



ecr

Evaluación de  
Consistencia y  
Resultados

Fondo de Aportaciones de la Salud (FASSA)

Ejercicio fiscal a evaluar: 2016

**Nombre de la evaluación:**

Evaluación de Consistencia y Resultados al Fondo de Aportaciones de la Salud (FASSA).

**Fecha de inicio de la evaluación:**

4 de Diciembre de 2017

**Fecha de término de la evaluación:**

31 de Mayo de 2018

**Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:**

Secretaría de Planeación y Finanzas, Dirección General de Planeación y Control

**Titular de la Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:**

Mtro. Eduardo Rosales Ochoa

**Principales colaboradores:**

M.C. Guadalupe Ariadna Flores Santana

M.C. Armando González Valencia

C.P. Luis Alejandro Almaraz Alcaraz

Licda. Yadira Dhalet Macias Vazquez

Dr Rubén López Molina

**Coordinador de la evaluación:**

Víctor Manuel Fajardo Correa

**Principales colaboradores:**

Lorena Gutiérrez Ugalde

Fiódor Rodríguez Mancebo

Pilar Ochoa Torres

Yoalli Melo Salvador Rosas

Jesús Antonio Martínez Melgoza

## Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
Metodología y Técnicas utilizadas.....	13
<b>Antecedentes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)</b> .....	<b>15</b>
Marco Jurídico de la Operación del Fondo .....	23
Aportaciones a los Servicios de Salud de Colima.....	25
Destino de las aportaciones al FASSA en 2016.....	28
<b>1. Características del fondo (programa)</b> .....	<b>32</b>
<b>2. Diseño</b> .....	<b>35</b>
2.1. Análisis de la justificación de la operación (creación y del diseño) del fondo (programa).....	35
2.2. Análisis de la contribución del fondo (programa) a las metas y estrategias nacionales.....	41
2.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de atención (elegibilidad).....	45
2.4. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores para resultados.....	49
2.4.1 De la lógica vertical de la MIR.....	50
2.4.2 De la lógica horizontal de la MIR.....	56
2.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros fondos (programas) federales.....	64
<b>3. Planeación y orientación a resultados</b> .....	<b>68</b>
3.1 Instrumentos de planeación.....	68
3.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación .....	71
3.3. De la generación de información.....	73
<b>4. Cobertura y focalización</b> .....	<b>76</b>
4.1. Análisis de cobertura .....	76
<b>5. Operación</b> .....	<b>80</b>

5.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable .....	80
5.2. Mejora y simplificación regulatoria .....	83
5.3. Eficiencia y economía operativa del fondo (programa) .....	84
5.4. Sistematización de la información .....	87
5.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos ..	89
5.6. Rendición de cuentas y transparencia .....	94
<b>6. Percepción de la población atendida .....</b>	<b>95</b>
<b>7. Medición de resultados.....</b>	<b>99</b>
<b>8. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones .....</b>	<b>106</b>
<b>9. Conclusiones .....</b>	<b>109</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>114</b>

## Índice de cuadros

Cuadro A.	Participaciones y Aportaciones Federales calendarizadas a diciembre de 2016	25
Cuadro B.	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) – FASSA- 2016	29
Cuadro 1.1	Valoración CONEVAL	34
Cuadro 2.1.1	Diez Principales causas de muerte por sexo en Colima, 2014, 2015 y 2016	39
Cuadro 2.1.2	Principales Causas de Morbilidad General 2013	40
Cuadro 2.3.1	Población de Colima de acuerdo con la derechohabiencia y sexo, 2016	46
Cuadro 2.3.2	Población total de Colima y su distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud al 15 de marzo de 2015	46
Cuadro 2.3.3	Consultas otorgadas por tipo de unidad, Colima 2016	47
Cuadro 2.4.4.1	Análisis de la lógica horizontal del FASSA	56
Cuadro 4.1.1	Servicios otorgados en Unidades de Hospitalización 2016	77
Cuadro 4.1.2	Consultas otorgadas en primer nivel por Jurisdicción sanitaria, Colima 2016	78
Cuadro 4.1.3	Gasto de Colima en población sin seguridad social 2015	79
Cuadro 5.3.1	Clasificación del Gasto FASSA, Colima 2016	85
Cuadro 6.1	Indicadores del Índice de Trato digno en primer y segundo nivel de atención en salud del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, Colima y Nacional, durante el tercer cuatrimestre del año 2016	97

## Índice de gráficas

Gráfica A.	Presupuesto FASSA por programa (Monto Modificado, Porcentaje)	26
Gráfica B.	Recursos de la Secretaría de Salud y Bienestar Social por fuente de financiamiento (Monto Modificado, Porcentaje)	27
Gráfica C.	Razón de Mortalidad Materna (2014) e Índice de Desarrollo Humano (2016) de México y ocho países de la OECD	30
Gráfica 5.5.1	Resultados del indicador del Fin "Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social", de la MIR del FASSA	89
Gráfica 5.5.2	Resultados del indicador del Propósito "Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico", de la MIR del FASSA	90
Gráfica 5.5.3	Resultados del indicador del Componente 1 "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente), de la MIR del FASSA	90
Gráfica 5.5.4	Resultados del indicador del Componente 2 "Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva", de la MIR del FASSA	91
Gráfica 5.5.5	Resultados del indicador de la Actividad 1 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud", de la MIR del FASSA	92

Gráfica 5.5.6	Resultados del indicador de la Actividad 2 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad", de la MIR del FASSA	92
Gráfica 7.1	Resultados del indicador del Fin "Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social", para el año 2016	99
Gráfica 7.2	Resultados del indicador del Propósito "Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico", para el año 2016	100
Gráfica 7.3	Resultados del indicador del Componente 1 "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)", para el año 2016	101
Gráfica 7.4	Resultados del indicador del Componente 2 "Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva", para el año 2016	102
Gráfica 7.5	Resultados del indicador de la Actividad 1 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud", para el año 2016	103
Gráfica 7.6	Resultados del indicador de la Actividad 2 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad", para el año 2016	104

### Índice de figuras

Figura 2.2.1	Vinculación del FASSA con los objetivos de política pública	41
Figura 2.2.2	Vinculación del FASSA con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible	43
Figura 2.4.1.1	Metodología de la lógica vertical aplicada al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	50
Figura 2.4.1.2	Relación causal de la Actividad 1.1 y el Componente 1 del FASSA	51
Figura 2.4.1.3	Relación causal de los Componentes con el Propósito del FASSA	52
Figura 2.4.1.4	Relación causal del Propósito con el Fin del FASSA	53
Figura 2.4.1.5	Relación del Fin con su supuesto del FASSA	54
Figura 2.4.2.1	Análisis de la lógica horizontal del Fin del FASSA	58
Figura 2.4.2.2	Análisis de la lógica horizontal del Propósito del FASSA	59
Figura 2.4.2.3	Análisis de la lógica horizontal del Componente 1 del FASSA	60
Figura 2.4.2.4	Análisis de la lógica horizontal del Componente 2 del FASSA	61
Figura 2.4.2.5	Análisis de la lógica horizontal de la Actividad 1.1 del FASSA	62
Figura 2.4.2.6	Análisis de la lógica horizontal de la Actividad 2.1 del FASSA	63
Figura 2.5.1	Coincidencias del FASSA con otros fondos federales o convenios	65

# Evaluación de Consistencia y Resultados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

## Introducción

El sistema actual de Evaluación de Desempeño en México tiene como antecedente un marco legal que se ha ido transformando a lo largo varios años de acuerdo con diferentes esquemas presupuestarios; para operacionalizar este enfoque, existe un marco normativo que se desprende de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la cual, en su artículo 134, expone que “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez; para cumplir con los objetivos a los que están predestinados”. (DOF, 2016)

Asimismo, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en su artículo 27 menciona:

“La estructura programática facilitará la vinculación de la programación de los ejecutores con el Plan Nacional de Desarrollo y los programas, y deberá **incluir indicadores del desempeño** con sus correspondientes metas anuales”, **que permitan la evaluación de programas** y proyectos; “estos indicadores **serán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño.**” (DOF 30-12-2015)

También, la LFPRH en el artículo 110 señala: “La **evaluación del desempeño** se realizará a través de la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas, **con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos** públicos federales” y en su artículo 111 especifica que: “[...] verificará periódicamente [...] los resultados de recaudación y de ejecución de los programas y presupuestos de las dependencias y entidades con base en el sistema de evaluación del desempeño para identificar la eficiencia, economía, eficacia, y calidad de la Administración Pública federal y el impacto social del ejercicio del gasto público. [...] **El sistema de evaluación**

**del desempeño [...] será obligatorio para los ejecutores de gasto.** Dicho sistema incorporará indicadores para evaluar los resultados". (DOF, 2015)

El artículo 85 de la LFPRH refiere que los recursos transferidos por la federación que ejerzan las entidades federativas, los municipios, o cualquier ente público de carácter local, "**serán evaluados** conforme a las bases establecidas en el **artículo 110 de esta ley, con base en indicadores estratégicos y de gestión** por instancias técnicas independientes de las instituciones que ejerzan dichos recursos observando los requisitos de información correspondientes". (DOF, 2015)

A este conjunto de normas se anexa la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) donde se señala la obligatoriedad de cumplir con la ley para todos los niveles de gobierno, lo que da origen a la armonización contable y al ente que la regula Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). En esta ley se menciona la integración de la cuenta pública en las entidades federativas en su artículo 53: La cuenta pública de las entidades federativas contendrá como mínimo: "III. Información programática, de acuerdo con la clasificación establecida en la fracción III del artículo 46 de esta ley", el cual señala que la información programática deberá tener la desagregación siguiente: "a) Gasto por categoría programática; b) Programas y proyectos de inversión; **c) Indicadores de resultados;**" y "IV. Análisis cualitativo de los indicadores de la postura fiscal, estableciendo su vínculo con los objetivos y prioridades definidas en la materia, en el programa económico anual". (DOF, 2016)

Por su parte, en el ámbito estatal, en el artículo 17, la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Colima, señala las atribuciones del Órgano Superior, donde en el inciso a, fracción IV, hace referencia a la **evaluación** semestral y anual **del cumplimiento de los objetivos y metas de los programas estatales** y municipales, conforme **a los indicadores estratégicos y de gestión** establecidos en los presupuestos de egresos [...]. (2017) Lo anterior con independencia de las atribuciones similares que tengan otras instancias, tanto internas, como externas.

Por su parte, en el inciso d) en materia de evaluación, se señala la atribución en el numeral I. de efectuar la evaluación de los recursos económicos federales, estatales y municipales a que se refiere el artículo 134

constitucional y que esta evaluación podrá ser realizada por el propio Órgano o a través de personas físicas o morales especializadas y con experiencia probada en la materia que corresponda evaluar, que sean contratadas al efecto y cumplan con los requisitos de independencia, imparcialidad y transparencia.

Así, desde 2013, Tecnología Social para el Desarrollo colaboró con el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado, para el Desarrollo del Sistema de Evaluación al Desempeño de Recursos Federalizados.

En 2014, se realizó un análisis de Consistencia de Fondo Federal; “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)” y para el “Fondo de Aportaciones para la Educación Básica (FAEB)” además de 12 servicios municipales. Así, para 2015, el Estado se encontraba con un índice General de Avance en PbR y SED de 81.3, encima de media nacional. Mientras que para 2016 debido al cambio de ponderación cae a 59, siendo las categorías de Planeación (35.8) y evaluación (45.8) con menor avance, siendo las principales áreas de oportunidad identificadas.

Por otra parte, el CONAC en cumplimiento a la LGCG emite la NORMA para establecer el formato para la difusión de los resultados de las evaluaciones de los recursos federales ministrados a las entidades federativas, en el numeral 11, refiere que para garantizar la evaluación orientada a resultados y retroalimentar el SED, **los entes públicos podrán aplicar los tipos de evaluación determinados en el numeral Décimo Sexto de los Lineamientos de Evaluación** de la APF, los cuales son los siguientes:

- ▶ **Evaluación de Consistencia y Resultados**
- ▶ Evaluación de Indicadores
- ▶ Evaluación de Procesos
- ▶ Evaluación de Impacto
- ▶ Evaluación Específica

Bajo este contexto legal, el Estado de Colima a través de la Secretaría de Planeación y Finanzas, estableció en el Programa Anual de Evaluación 2016 la evaluación de Consistencia y Resultados, al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, para el ejercicio fiscal 2016.

El tipo de evaluación seleccionada para este fondo fue la de **Consistencia y Resultados**, señalada en el inciso "A" numeral I del artículo décimo sexto de los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública<sup>1</sup> (2007), cuyos Términos de Referencia (TdR) son previstos en el artículo décimo octavo de dichos lineamientos<sup>2</sup> que consideran seis rubros a evaluar:

- ▶ Diseño,
- ▶ Planeación y orientación a resultados,
- ▶ Cobertura y focalización,
- ▶ Operación,
- ▶ Percepción de la población Atendida y,
- ▶ Medición de Resultados.

Esta evaluación constará de dos apartados específicos; el análisis del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, el cual tiene por objetivo evaluar la pertinencia del uso de los recursos del fondo para el ejercicio fiscal 2016, y la evaluación de Consistencia y Resultados al Fondo de Aportaciones de la Salud (FASSA), la cual contempla los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

---

<sup>1</sup> Evaluación de Consistencia y Resultados: analiza sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores.

<sup>2</sup> La evaluación de consistencia y resultados deberá ser realizada mediante trabajo de gabinete, y el informe correspondiente deberá incluir un análisis conforme a los siguientes criterios: En materia de diseño, planeación estratégica, cobertura y focalización, operación, percepción de la población objetivo, y de resultados.

Objetivos Específicos:

- ▶ Analizar el uso de los recursos del fondo;
- ▶ Analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales;
- ▶ Identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados;
- ▶ Examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado;
- ▶ Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas;
- ▶ Identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados, y
- ▶ Examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

La presente evaluación se divide en 10 capítulos, en el primero **“Antecedentes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud”**, se da un contexto histórico y normativo del fondo. En el siguiente capítulo se describen las **características del fondo**, donde se incluye una valoración basada en los TdR de CONEVAL.

En el capítulo de **“Diseño”**, se analiza la justificación de la operación del fondo; la contribución que tiene con las metas y estrategias nacionales e internacionales; la población potencial, objetivo y atendida por los programas que se financian con el fondo; la matriz de indicadores para resultados, que incluye el análisis de los árboles de problemas y objetivos, y la lógica vertical y horizontal. Asimismo, el capítulo incluye el análisis de las posibles complementariedades y coincidencias con otros fondos federales.

El siguiente capítulo **“Planeación y orientación a resultados”** se abordan los instrumentos de planeación del fondo, así como las evaluaciones previas que se han realizado al FASSA. También se analiza lo referente a la generación de la información en materia de salud. Por otro lado, en el capítulo de **“Cobertura y focalización”**, se analizan la cobertura del fondo, que es a través de los programas que se financian con él.

En cuanto al capítulo **“Operación”**, se conforma por el análisis de los procesos establecidos en la normatividad aplicable que regula el uso del fondo, la mejora y simplificación regulatoria, la eficiencia y economía operativa del fondo, la sistematización de la información, el cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos y la rendición de cuentas y transparencia.

El capítulo de **“Percepción de la población atendida”** se conforma por los lineamientos que hay en esta materia y un breve análisis del Sistema Unificado de Gestión. El antepenúltimo capítulo es el de **“Medición de resultados”**, donde se muestran los principales resultados del FASSA.

En el siguiente capítulo se establece el **“Análisis FODA y Recomendaciones”**, estableciendo las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la ejecución del programa y las principales Recomendaciones derivadas del resultado de la evaluación; y por último las **“Conclusiones”**.

## Metodología y Técnicas utilizadas

Para alcanzar los objetivos planteados, TECSO utilizó el Modelo de Términos de Referencia (TdR) de la Evaluación de Consistencia y Resultados diseñado por CONEVAL en un cuestionario (y anexos) para recolectar la información de los seis rubros ya mencionados.

Asimismo, el modelo utilizado para el **análisis** fue el del Marco Lógico (ML) conforme a los criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), elaborados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

La perspectiva de análisis del Programa TECSO ubica el ámbito de la **consistencia** en la ejecución del programa con los rubros de Diseño y Planeación. Esto se explica en función de que el ejercicio de los recursos públicos de un programa tendría que buscar una alineación coherente con objetivos de política pública, en los diferentes niveles de gobierno (desde el Municipal hasta el Federal), lo cual se evalúa en términos de cumplimiento de la normatividad vigente –Leyes, Lineamientos, reglamentos, etc.- así como en la coherencia técnica con la que se plantee la resolución de los instrumentos de planeación y seguimiento.

El ámbito temático que se concentra en la parte de los **resultados** incluye los asuntos operativos donde la planeación debería funcionar: cobertura y focalización de la población definida, los procesos operativos y de rendición de cuentas, así como la percepción de la población atendida por los programas que operan con recursos del Fondo.

Así es como la evaluación de consistencia y resultados se convierte en un ejercicio integral mediante el cual intentamos potenciar la mejora del programa en términos de eficacia y eficiencia social.<sup>3</sup> Es importante

---

<sup>3</sup> Usamos el término para enfatizar que no se trata de una resolución de orden económico simple –costo-beneficio monetario-, sino que se trata de integrar en las planeaciones y análisis un enfoque desde la perspectiva del bienestar público, lo cual implica integrar aspectos como la equidad, el desarrollo sustentable, etc.

reconocer que hay un balance preciso en los TdR del CONEVAL en los dos ámbitos que se evalúan.

Cabe señalar que un programa es un conjunto articulado de bienes y/o servicios que se producen y entregan a una población objetivo (o un área de enfoque) con el fin de atender necesidades específicas (problemas específicos que atiende la dependencia u organismo) que le permitirán mejorar sus condiciones de vida. (INDETEC, 2012, pág. 3). Lo cual implica que un programa pertenece a una dimensión de gasto. La solución de un problema específico se da mediante un programa, al cual le da sentido a la aplicación del Método del Marco Lógico.

En cambio, un Fondo es la fuente para el financiamiento de un programa que puede o no contener reglas de operación definidas. En este sentido, en la presente evaluación al FASSA, se considerarán los programas que se ejecutan con los recursos del fondo para el análisis de la consistencia y resultados.

## Antecedentes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)

Las acciones para la descentralización del Sector Salud fueron diversas, una de ellas fue la creación del Ramo 33, el cual surge de la integración de programas y recursos provenientes de los ramos 12, 25 y 26. (CEFP, 2006) A finales de 1997, el Poder Ejecutivo Federal planteó la propuesta de la creación del Ramo 33, lo que implicaba cambiar y adicionar un capítulo a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF)<sup>4</sup>, el Capítulo V. El cambio se tradujo en la creación de la figura “Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios”, esta fue incorporada por primera vez al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal de 1998.

Originalmente, el Ramo 33 estaba constituido por cinco fondos, y a partir del ejercicio fiscal de 1999 se le incorporaron dos fondos más, resultando siete fondos<sup>5</sup>, los cuales tienen como marco normativo la LCF. Entre estos, se encuentra el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), (CEFP, 2006) el cual tiene como objetivo:

“Disminuir las diferencias que existen en los servicios de salud que se prestan a la población abierta, mediante la implementación de mecanismos que apoyen las actividades de protección contra riesgos sanitarios, la promoción de la salud y prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportuna del medicamento”. (ASF, 2011)

El Fondo también busca preservar la capacidad operativa de las entidades federativas, y al mismo tiempo tener una mayor equidad en el gasto público al distribuir los recursos remanentes mediante una fórmula que otorga mayor

---

<sup>4</sup> Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1978, con fecha de última reforma el 30-01-2018.

<sup>5</sup> Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FAEB), Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal (FORTAMUNDF), Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM), Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos (FAETA), y el Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito Federal (FASP).

cantidad a los estados con más necesidades y rezagos, como el tener mayor mortalidad, morbilidad y marginación. Según la Auditoría Superior de la Federación (ASF) (2011), desde la creación del Ramo 33 el FASSA es uno de los fondos con que más recursos cuenta, con alrededor de 12.3% de las aportaciones federales.

Según el artículo 30 de la LCF el monto del Fondo será determinado cada año por el PEF correspondiente, exclusivamente a partir de los siguientes elementos:

- I. Por el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social;  
Por los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas al efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se hayan transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones presupuestarias que en el transcurso de ese ejercicio se hubieren autorizado por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que, en su caso, se requieran para integrar el ejercicio fiscal que se presupueste;
- III. Por los recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente y por los recursos que para iguales fines sean aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación en adición a los primeros; y
- IV. Por otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, mismos que serán distribuidos conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente." (Ley de Coordinación Fiscal, 2018)

Las aportaciones federales a través del FASSA, fungirán como apoyo a los estados para ejercer las atribuciones que en los términos de los artículos 3º, 13 y 18 de la Ley General de Salud (LGS) les competan. (Artículo 29, 2018)

En el artículo 13 de la Ley General de Salud, se establecen las atribuciones tanto de las entidades federativas como de la Federación. Resumiendo las fracciones de dicho artículo, las entidades federativas tienen como facultades, organizar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general referentes a las siguientes fracciones del artículo 3º:

- “II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables,
- IV. La atención materno – infantil,
- V. La salud visual,
- VI. La salud auditiva,
- VII. La planificación familiar,
- VIII. La salud mental,
- IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud,
- X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud,
- XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos,
- XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país,
- XIII. La educación para la salud,
- XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición,
- XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre,
- XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico,
- XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles,
- XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes,
- XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos,
- XX. La asistencia social,
- XXI. El programa contra el alcoholismo,
- XXII. El programa contra el tabaquismo, y
- XXIII. El programa contra la farmacodependencia. De igual forma, coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud

organizando sistemas estatales de salud y participando programáticamente en ellos; desarrollar programas locales de salud; llevar a cabo los programas y acciones en materia de salubridad local; elaborar información estadística local y remitirla a las autoridades federales.” (Ley General de Salud, 2017)

A su vez, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, tiene como facultades dictar Normas Oficiales Mexicanas y verificar su cumplimiento; operar los servicios de salud a su cargo y apoyar a entidades federativas si lo solicitan, vigilando su funcionamiento en coordinación con estas mismas; fomentar acciones en materia de salubridad general en las entidades federativas y ejercer acciones extraordinarias en esta materia; promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y realizar acciones necesarias para su funcionamiento; coordinar las acciones de protección social en salud; y evaluar la prestación de los servicios en el territorio nacional.

El grado de participación entre los estados y la Federación se dará conforme a lo establecido en el artículo 18 de la LGS:

“Las bases y modalidades de ejercicio coordinado de las atribuciones de la Federación y de las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general, se establecerán en los acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco del Convenio Único de Desarrollo.” (Ley General de Salud, 2017)

Por otro lado, cabe destacar que el 15 de mayo de 2003 se publicó el Decreto por el que se reforma y adiciona la LGS, creando un mecanismo de la Federación llamado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que actúa mediante un esquema de aseguramiento público en salud para la población que actualmente no cuenta con un régimen de seguridad social. Los beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los autoempleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección es coordinada por la Federación y operada por las entidades federativas. (SSA S. d., 2005)

El SPSS está encargado de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a

los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social (Acuerdo de colaboración de Colima, 2015).

Este mecanismo se encuentra sustentado en el artículo 1°, al tratarse de un derecho humano, así como en el artículo 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2°, 3°, fracciones II y II bis, 13, Apartado B, fracción I, 23, 28, 77 bis 1 a 77 bis 41, de la LGS y 1, 3 bis, 10, 39, 78 y 119, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

El SPSS, al igual que el FASSA, va dirigido a los servicios de la población que no se encuentra afiliada a algún régimen de seguridad social, sin embargo, este tiene una normatividad muy amplia dada su naturaleza. En el artículo 1°, 2° y 3° de la LGS se estipulan las particularidades del derecho a la protección de la salud; en el artículo 13, Apartado B, fracción I de la misma Ley, como ya se describió anteriormente en la normatividad del FASSA, se indica la facultad de organizar, supervisar y evaluar ciertas prestaciones de salubridad, pero dejando de lado todas las demás atribuciones del mencionado apartado de las entidades federativas referentes a replicar los programas nacionales o desarrollarlos, pero a nivel local.

El artículo 23 de esta misma ley se delimita lo que se entiende por servicios de salud, a saber, "son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad", a su vez, según el artículo 24, estos se clasifican en I. De atención médica, II. De salud pública, y III. De asistencia social. El artículo 28 establece que la prestación de los servicios se proporcionará con base a un cuadro básico para las instituciones públicas diferenciando si son de primer, segundo o tercer nivel de atención, elaborados por el Consejo de Salubridad General y participando La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal; y en los artículos 77 bis1 a 77 bis 41 se especifican los criterios y estatutos por los cuales se va a otorgar

el servicio, los roles de la Federación y las entidades federativas, los beneficios de este servicio, las aportaciones al SPSS, las cuotas familiares, lo relativo al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la transparencia y supervisión de los recursos, las atribuciones del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, los derechos y obligaciones de los beneficiarios, y las causas de cancelación o suspensión del SPSS.

Cabe destacar, que a partir de la creación del SPSS, el FASSA fue distribuido en dos fondos, el **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P)** y el **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C)**, y en el artículo 77 bis 20 de la LGS, se dicta lo siguiente:

“El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.” (Ley General de Salud, 2017)

En el documento llamado “Sistema de Protección Social en Salud, elementos conceptuales, financieros y operativos”, de la SSA (2005), se especifica que del Ramo 33, el FASSA se distribuye en los dos rubros mencionados, aportando por un lado a los Servicios de Salud de la

Comunidad y por otro lado a los Servicios de Salud a la Persona, al igual que lo hace el Ramo 12.

Por medio del FASSA-C, el recurso económico va dirigido a los Servicios Estatales de Salud, después a las Jurisdicciones, luego a las Unidades de atención y brigadas y finalmente a la población total, nacional, regional o estatal sin distinción de aseguramiento. En este rubro se consideran actividades como: vigilancia epidemiológica, servicios ambientales, servicios colectivos, extensión comunitaria y atención en desastres.

La rectoría de los servicios de salud a la comunidad es realizada por la SSA y la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC); las fuentes de financiamiento para el caso de bienes públicos<sup>6</sup> locales es totalmente proveniente del FASSA o Ramo 33. Para el caso de bienes públicos nacionales o regionales además del Ramo 33 hay recursos del Ramo 12 considerados como complementario. La prestación de estos servicios a la comunidad es realizada por los SESA.

En el caso del FASSA-P, el flujo es hacia las Entidades Federativas, de ahí el recurso fluye a los Servicios Estatales de Salud (SESA), así como a la Unidad Estatal del SPSS y al Fideicomiso del SPSS. Los servicios médicos que se consideran en este rubro son: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de padecimientos.

La rectoría y evaluaciones de los servicios de salud a la persona es competencia de la SSA y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); el financiamiento público se otorga de acuerdo con las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y las enfermedades denominadas como gastos catastróficos. La fuente de este financiamiento es tripartita: 1) la Cuota Social, proveniente del presupuesto de la SSA (Ramo 12), 2) Aportación solidaria federal (ASF), asignada a las entidades federativas mediante el FASSA-P tomando en

---

<sup>6</sup> Se entienden como aquellos bienes o servicios cuya cantidad disponible no se agota cuando los consume un individuo o grupos de individuos, ejemplo de bienes públicos: la regulación sanitaria, la generación de información y la evaluación, la generación de conocimiento derivado de la investigación y los servicios de salud pública dirigidos a colectividades, tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, la atención en caso de desastres y el control de vectores.

cuenta los recursos del FASSA de la entidad, y 3) Aportación solidaria estatal (ASE), provenientes del propio presupuesto estatal.

La prestación de los servicios de atención médica a la persona es realizada mediante el Seguro Popular a través de sus unidades médicas de la red de servicios del estado.

## Marco Jurídico de la Operación del Fondo

El FASSA está compuesto por un complejo entramado legal que proviene desde la época de la descentralización, continuando con la entrada del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), donde se realizó un gran esfuerzo para armonizar gran cantidad de instrumentos jurídicos, que finalmente fueron dejando al FASSA casi a disposición de los objetivos de este Seguro. Actualmente el marco jurídico del Fondo se encuentra sustentado en los siguientes instrumentos:

- ▶ Constitución de Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (artículos 1, 4 y 134)
- ▶ Ley de Coordinación Fiscal (LCF) (artículos 29, 30, 31 y 46)
- ▶ Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) (artículos 27, 45, 46 fracc. II, y III, 47, 48, 61, 78, 82, 85 fracc. I y II, 107 fracc. I, 110)
- ▶ Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) (artículos 1, 6, 7, 9, 3º, 4º y 5º Transitorio)
- ▶ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) (artículo 31, 32, 37)
- ▶ Lineamientos Generales de Operación para la entrega de recursos del Ramo 33 (artículos 9, fracc. IV. 10 y 11)
- ▶ Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (artículos 8 y 9)
- ▶ Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales 2016 y 2017.
- ▶ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG) (artículos 7 fracc. IX, X Y XI Y 9)
- ▶ Lineamientos sobre indicadores para medir los avances físicos financieros (Lineamientos sobre Indicadores para medir los avances físicos y financieros relacionados con los recursos públicos federales del Título Primero al Título Octavo)
- ▶ Acuerdo: Marco Conceptual de Contabilidad Gubernamental (numerales 20, 21, 36, 37, 38, 39, 40, 45, 46, 47, 62, 69, 90, 91, 95, 96, 100, 103, 114 y 116)
- ▶ Ley General de Salud (LGS) (artículos 3, 13 y 18)

Este complejo marco está compuesto por instrumentos de coordinación fiscal en su mayoría, donde se establecen las bases de participación de

cada una de las partes, su organización y funcionamiento. Asimismo, cuenta con otros instrumentos relacionados a sistemas financieros, que tienen el fin de contribuir a la eficacia económica y eficiencia del gasto de los recursos públicos; y leyes o normativas en materia de salud que dictan el protocolo por el cual cada padecimiento debe ser atendido o resuelto. Todo lo anterior integra la forma de proceder del FASSA desde el punto de vista reglamentario.

## Aportaciones a los Servicios de Salud de Colima

El Gasto Federalizado es una transferencia que se hace a las entidades federativas y a los gobiernos locales, y está constituido por el Ramo 28 “Participaciones Federales” y el Ramo 33 “Aportaciones Federales” principalmente. El Ramo 33 es considerado Gasto Programable, es decir, se destina al cumplimiento de las funciones y atribuciones de las instituciones del Gobierno Federal, y se encuentra vinculado al cumplimiento de programas específicos. A diferencia de las Participaciones Federales, estos recursos están etiquetados, tienen un destino específico en el gasto de las entidades federativas, quienes deben de ejercerlos de acuerdo con el marco legislativo aplicable. (CEFP, 2016)

En 2016, a nivel nacional el total de Participaciones y Aportaciones Federales fue de \$1,345,207.80, de los cuales se le asignaron \$666,460.5 millones de pesos (mdp), correspondiéndole al FASSA \$82,445.98 mdp.

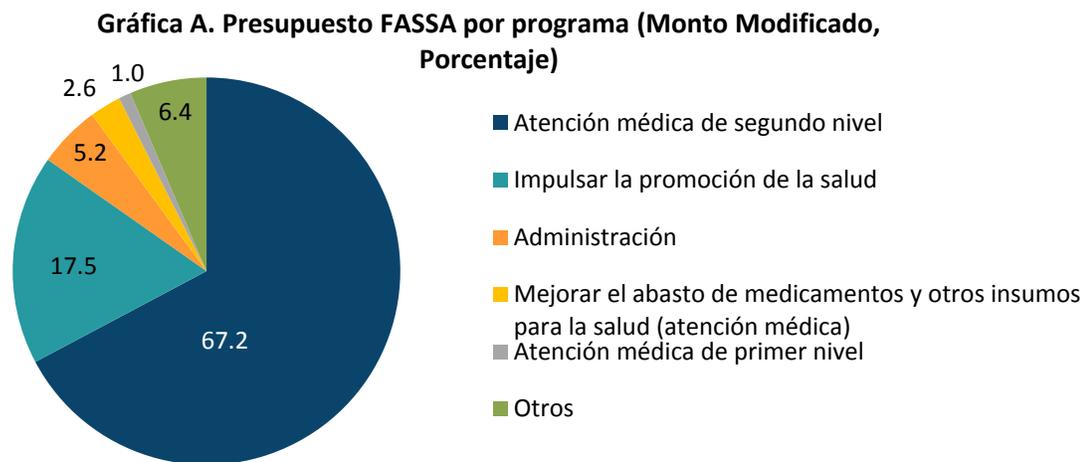
<b>Cuadro A. Participaciones y Aportaciones Federales calendarizadas a diciembre de 2016</b>		
<b>Concepto</b>	<b>Monto en mdp</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Gasto Federalizado (GF)</b>	\$ 1,345,207.80	-
Participaciones Federales	\$ 678,747.30	50.5 del total de GF
<b>Aportaciones Federales (AF)</b>	\$ 666,460.50	49.5 del total de GF
<b>FASSA total</b>	\$ 82,445.98	12.4 del total de AF
<b>FASSA Colima</b>	\$ 1,227.39	1.5 del total de FASSA
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	\$ 274.35	22.4 del total de FASSA Colima
Rectoría del Sistema de Salud	\$ 63.77	5.2 del total de FASSA Colima
Protección Social en Salud	\$ 889.27	72.5 del total de FASSA Colima
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO a partir de CEFP, 2016.		

Como se puede observar, del total de lo destinado al FASSA, al estado de Colima se le otorgaron \$1,227.39 mdp, lo que representa el 1.5%. A su vez, dentro del estado, este presupuesto se distribuyó en Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad, con un monto de 274.35 mdp, Rectoría del Sistema de Salud, con un monto de 63.77 mdp, y a Prestación de Servicios de Salud a la Persona con 889.27 mdp.

Estos \$1,227,389,264.00 fueron el total del monto aprobado, sin embargo, se modificó a \$1,250,251,559.92, con un aumento del 1.9%, es decir, \$22,862,294.92. Por otra parte, el monto ejercido fue de \$751,051.28, lo cual

representa el 0.06% del presupuesto modificado. En cuanto al monto devengado, fue de \$1,250,204,029.42; mientras que el monto pagado, fue un total de \$1,249,452,978.14. Estos dos últimos montos fueron menores que el monto modificado del FASSA.

De los \$1,250,251,559.92 del monto modificado, se distribuyeron en 87 programas de acuerdo con la Secretaría de Salud y Bienestar Social (SSyBS), de los cuales se destinó \$1,169,923,620.52 a los programas “Atención médica de segundo nivel”, “Impulsar la promoción de la salud”, “Administración”, “Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud (atención médica)” y “Atención médica de primer nivel”. A continuación se muestra la distribución del presupuesto del FASSA por programa:

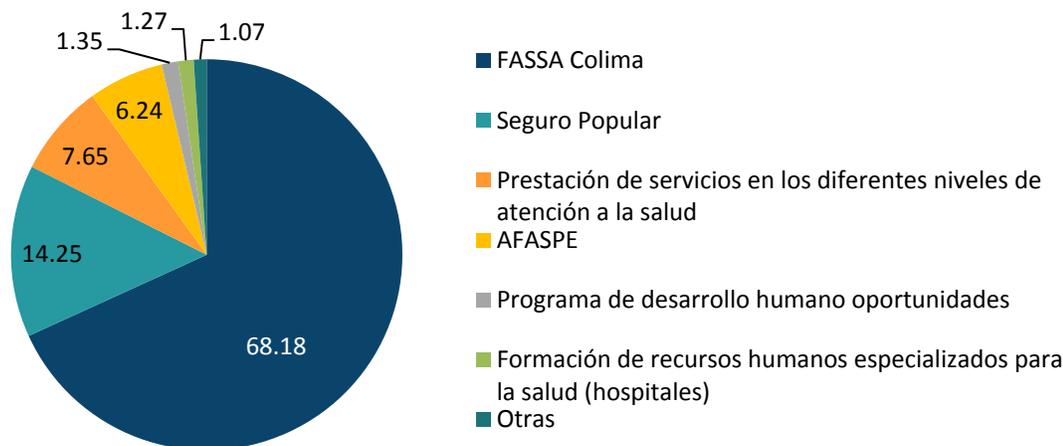


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base al Complemento Anexo 1 proporcionado por la dependencia.

El programa que contó con mayor presupuesto fue el de Atención médica de segundo nivel con \$840,611,144.60; seguido del programa Impulsar la promoción de la salud con \$219,074,589.60. El programa Administración recibió \$64,921,825.77; mientras que el programa Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud tuvo un presupuesto de \$32,653,945.02; y el de Atención médica de primer nivel contó con un presupuesto de \$12,662,115.53. Estos cinco programas representan el **93.6%** del total del presupuesto modificado del FASSA.

Por otro lado, la Secretaría de Salud y Bienestar Social contó con un presupuesto modificado de **\$1,833,768,165.07**, el cual proviene del FASSA y de otras fuentes de financiamiento, las cuales se desglosan a continuación:

**Gráfica B. Recursos de la Secretaría de Salud y Bienestar Social por fuente de financiamiento (Monto Modificado, Porcentaje)**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base al Complemento Anexo 1 proporcionado por la dependencia.

Como se puede ver, el presupuesto modificado del FASSA Colima representa la mayor fuente de financiamiento de la SSyBS con \$1,250,251,559.90, seguida del Seguro Popular que tuvo \$261,246,479.02 y de “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud” con un monto aprobado de \$140,222,454.93. Por otro lado, la dependencia menciona como fuente de financiamiento el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), que tuvo un presupuesto de \$114,396,577.54.

Las siguientes dos fuentes de financiamiento de la dependencia son el “Programa de desarrollo humano oportunidades” con un monto de \$24,771,068.80, y la “Formación de recursos humanos especializados para la salud (hospitales)” con \$23,346,452.38. Por último, dentro de “Otras” se incluyen “Protección contra riesgos sanitarios”, “Fortalecimiento de las redes de los servicios de salud”, “Caravanas para la salud”, “Regulación y vigilancia de los establecimientos y servicios de atención médica”, “Prevención y atención contra las adicciones” y “Sistema integral de calidad en salud”. Estas seis fuentes de financiamiento, juntas representan el 1.07% con un presupuesto aprobado de \$19,533,572.50.

## Destino de las aportaciones al FASSA en 2016

Según la estrategia programática del PEF 2016, las principales acciones para las cuales fueron destinados los recursos del FASSA en ese periodo son, entre otras:

- ▶ **Contribuir a la disminución de la Razón de Mortalidad Materna**, mediante la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas, su prevención y difusión.
- ▶ Lograr que mayor número de personas sin seguridad social cuenten con acceso a atención médica de profesionales de salud, manteniendo a dicho personal médico en los Servicios Estatales de Salud.
- ▶ Tratar con mayor énfasis el sobrepeso y la obesidad estableciendo una cultura de autocuidado de la salud, así como la formación y mantenimiento de ambientes saludables.
- ▶ Reducir la mortalidad infantil, fortaleciendo las acciones para la cobertura de vacunación con esquema completo.
- ▶ Fortalecer la cobertura de detecciones de cáncer de mama mediante autoexploración y mastografías en mujeres de 40 a 69 años.
- ▶ Reforzar las acciones de vigilancia epidemiológica para prevenir, controlar y atender oportunamente ciertas enfermedades.
- ▶ Elevar la calidad de la atención como actividad prioritaria, para incrementar el índice de satisfacción de usuarios y el índice de trato digno en primer y segundo nivel de atención.

Según la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) para el año fiscal 2016 dentro del FASSA, los seis indicadores fueron los siguientes:

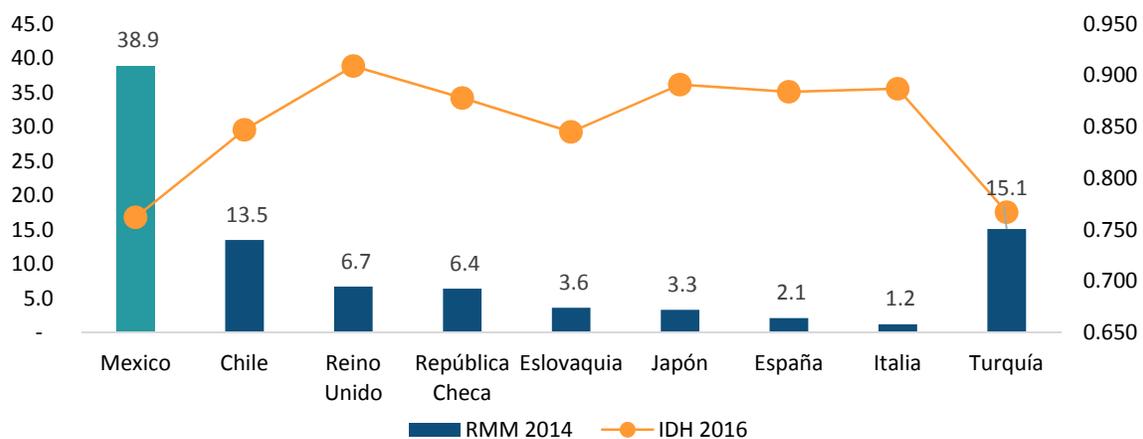
Cuadro B. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) – FASSA- 2016			
Indicador	Nivel	Tipo	Dimensión por medir
1. Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social.	Impacto final: Fin	Estratégico	Eficacia
2. Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico.	Impacto intermedio: Propósito	Estratégico	Eficacia
3. Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (no derechohabientes).	Producto: Componente	Estratégico	Eficacia
4. Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva.	Producto: Componente	Gestión	Eficacia
5. Asignación de presupuesto a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a protección social en salud ejercido.	Procesos: Actividad	Estratégico	Eficacia
6. Asignación de presupuesto a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad ejercido.	Procesos: Actividad	Estratégico	Eficacia
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO a partir de la Secretaría de Salud, Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) – FASSA-2016.			

Es importante modificar año con año los indicadores que monitorean al fondo para que las actividades estén guiadas por cada uno de ellos y contribuir así a la perspectiva de gestión para resultados.

Resalta a la atención que el indicador de Fin del FASSA para el año 2016 sea la Razón de Mortalidad Materna (RMM), y al mismo tiempo es muy significativo, ya que la muerte materna es un fenómeno que se ha relacionado al desarrollo social. (Vázquez Morales, 2016) **Según la OMS, la salud materna refleja las condiciones de salud de los pueblos**, siendo un buen indicador del estado de desarrollo de los servicios de atención prenatal, parto y postparto, además **la muerte materna se considera el último escalón de una historia de inequidad que se incrementa según el nivel de pobreza, raza, etnia y edad**. (Cordero Muñoz, 2010) El que el 99% de estas muertes se den en países en vías de desarrollo, convierte a la RMM en el indicador de salud más inequitativo a nivel mundial. (Frenk Mora, 2014)

Enfatizando más en este punto, se sabe que las muertes maternas son prevenibles y evitables en su mayoría, ya que actualmente se cuenta con los conocimientos necesarios, tecnología adecuada e infraestructura básica para la atención de complicaciones obstétricas, y sin embargo suceden. En México, este es un problema de salud pública dado que la RMM no corresponde con el nivel de desarrollo del país. (Vázquez Morales, 2016).

**Gráfica C. Razón de Mortalidad Materna (2014) e Índice de Desarrollo Humano (2016) de México y ocho países de la OECD**



**Fuente:** Elaborado por TECTO a partir de Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2018. Consultado en: <<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#>>

En nuestro país, la RMM en 2014 fue de 38.9 por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que, en otros países de Europa, como Italia, en el mismo año fue de 1.2 defunciones; o en Turquía, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) muy semejante a la de México, tuvo una RMM de 15.1, más de la mitad que la de México.

Según Eternod Arámburu, (2012) como tema de política pública, este indicador refleja los problemas de acceso a los servicios de salud, de calidad y oportunidad en la atención que se brinda, de la capacidad de técnicos y administrativos y de la infraestructura hospitalaria, así como de un conjunto de obligaciones del sector salud en el marco de sus programas de atención.

El presupuesto focalizado a disminuir la RMM podría ser de gran utilidad aplicándolo en los tres momentos claves que representan una demora en la atención: 1) la demora en la decisión de búsqueda de atención, 2) demora

en llegar a los servicios de salud y 3) demora en recibir el tratamiento adecuado una vez estando dentro del servicio. (Maine, Akalin, Ward, & Kamara, 1997) Siendo las muertes maternas (MM), muertes prevenibles y evitables, existiendo en México la infraestructura y tecnología adecuada, y los recursos humanos capacitados, cabría pensar que es en la organización y logística de la atención, o las redes de atención (la referencia y contrarreferencia) las que no están bien focalizadas.

Por otro lado, los protocolos de la atención de embarazo, parto y puerperio complementarios de la NOM-007-SSA2-2016 son muy claros, y de tener un cumplimiento en todo el país, la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal sería más acelerada. Para esto, además de la voluntad del personal médico, sería indispensable la disposición y abastecimiento de los requerimientos médicos como personal capacitado, ambulancias, medicamentos, equipamiento y espacios físicos que faciliten la puesta en marcha de los protocolos de atención.

En conclusión, a partir de la descentralización del Sector Salud, se dieron procesos para fortalecer los sistemas estatales de salud para que tuvieran autonomía operativa para el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros en materia de salud. En este sentido, es vital incrementar esfuerzos para el impulso y fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización y calidad, para que de esta manera se satisfagan equitativamente las necesidades de salud de la población y se reduzcan los contrastes sociales que persisten en México.

## 1. Características del fondo (programa)

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) es ejecutado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima a través de 87 programas, para el ejercicio fiscal 2016, y tiene como objetivo general plasmado en el árbol de objetivos del FASSA 2016:

“Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos federales a los SESA<sup>7</sup> para otorgar de servicios de salud con calidad.”

Este objetivo se encuentra plasmado en el árbol de objetivos del FASSA 2016, mientras que el problema que busca atender el fondo, de acuerdo con el árbol de problemas, es la “Ineficiencia en la asignación de recursos federales a los SESA para otorgar de servicios de salud con calidad”.

El objetivo del fondo, en materia de “otorgar servicios de salud con calidad” se vincula con el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. En concreto, la Estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”. (2013)

Asimismo, se alinea con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en específico con el objetivo 2 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.” (2013) Éste tiene como estrategia 2.1 “Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral”, la cual se acota al objetivo del fondo.

El FASSA tiene como principal objetivo aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud. Este objetivo se lleva a cabo mediante:

- a) “La implementación de mecanismos que apoyan las actividades de protección contra riesgos sanitarios.

---

<sup>7</sup> Servicios Estatales de Salud

- b) La promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- c) La mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud.
- d) El abasto y entrega oportuna y adecuada de medicamentos.”  
(Secretaría de Salud, 2015)

La población potencial es la población total del estado, la población objetivo es la que no tiene derechohabencia, y la atendida la que acudió a consulta a algún centro de salud. Sin embargo, cabe mencionar que la población atendida es amplia debido a los programas que operan con financiamiento del FASSA.

A partir de los programas que financia el fondo se puede conocer la cobertura del FASSA. De acuerdo con la Secretaría de Salud y Bienestar Social, los cinco programas con mayor financiamiento son “Atención médica de segundo nivel”, “Impulsar la promoción de la salud”, “Administración”, “Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud (atención médica)” y “Atención médica de primer nivel”. Estos cinco programas representan el 93.6% del total del presupuesto modificado del FASSA para el 2016, y se vinculan con los objetivos específicos del fondo.

En primer lugar, los programas de Atención médica de primer y segundo nivel corresponden a “la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud.” Mientras que el programa Impulsar la promoción de la salud responde al inciso b) “La promoción de la salud y la prevención de enfermedades”. Asimismo, el programa Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud, corresponde al inciso d) “El abasto y entrega oportuna y adecuada de medicamentos.” Sin embargo, el programa de Administración no se relaciona directamente con estos objetivos, empero, es elemental para que el sistema de salud pueda funcionar.

Para el 2015 se tuvo un presupuesto aprobado de **\$1,172,573,908.00**, mientras que para el 2016 se tuvo un monto aprobado de **\$1,227,389,265.00**.

La principal meta del Fin es reducir la Razón de Mortalidad Materna a 37.10. Mientras que la del Propósito, es aumentar el número de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico a un 85.60%. En cuanto al Componente, tiene como meta aumentar a 1.82 el número de médicos generales y especialistas por cada mil personas sin derechohabencia.

Se revisó conforme a la metodología de CONEVAL la cédula proporcionada por la dependencia para el análisis del programa. El resultado fue de un cumplimiento del **39.7%**, al obtener **54** puntos de los posibles 136. En el cuadro siguiente se observa esto:

<b>Cuadro 1.1 Valoración CONEVAL</b>			
<b>Apartado</b>	<b>Valoración máxima</b>	<b>Valoración obtenida</b>	<b>%</b>
Diseño	36	29	80.6
Planeación y orientación a resultados	24	7	29.2
Cobertura y Focalización	4	1	25
Operación	48	13	27.1
Percepción de la población atendida	4	0	0
Medición de resultados	20	4	20
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>54</b>	<b>39.7</b>

A continuación, se detalla cada uno de los apartados.

## 2. Diseño

### 2.1. Análisis de la justificación de la operación (creación y del diseño) del fondo (programa)

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud es ejecutado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima (SSyBS), para el ejercicio fiscal 2016 y tiene como objetivo general plasmado en el árbol de objetivos del FASSA 2016:

“Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos federales a los SESA para otorgar de servicios de salud con calidad”.

Por otra parte, la problemática identificada por la dependencia es la “Deficiencia en la atención a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio sin seguridad social”. Sin embargo, en el Anexo 1 y en el árbol de problemas presentan una diferente, que es la “Ineficiencia en la asignación de recursos federales de los SESA para otorgar servicios de salud con calidad”.

Si bien, la traducción de la problemática a objetivo es consistente, es decir, la “ineficiencia en la asignación de recursos federales [...]” se traduce a “Mejorar la eficiencia [...]”. Dado que se retomó el Marco Lógico desarrollado por la federación (árbol de problemas, objetivos y MIR), el objetivo es de cobertura nacional y por ende no es competencia del Estado de Colima, ya que el fondo es sólo la fuente de financiamiento que recibe el Estado para la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social. Por otra parte, aunque la dependencia identifica el árbol de problemas como diagnóstico, éste no representa la problemática o necesidad que vive el Estado en materia de salud.

Así, al ser un recurso federal, el Estado de Colima debe dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 48 de la Ley de Coordinación Fiscal, que entre otras cosas, señala que los Estados por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realizan informes sobre el ejercicio y destino de los recursos de los fondos; el mismo señalamiento ubicado en el numeral II del artículo 85 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Por este motivo, se debe reportar los resultados de los indicadores contemplados en la MIR FASSA en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH), donde el indicador a nivel Fin es la razón de mortalidad materna en mujeres sin seguridad social, que responde a la problemática identificada por la dependencia.

Sin perder de vista el objetivo del FASSA, que es aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud; con los recursos que las entidades federativas reciben a través del FASSA, se busca favorecer la consolidación de los sistemas estatales de salud y con ello coadyuvar al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. (Secretaría de Salud, 2015)

Estos recursos, están regulados desde la LCF, como se mencionó en el apartado de antecedentes. Asimismo, la Ley General de Salud (LGS) establece que los recursos del Ramo 33 se dividen en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C):

“**Artículo 77 bis 13.** Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas efectuarán aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios: [...]

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona** de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior. [...]

**Artículo 77 bis 20.** El gobierno federal establecerá un **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad**, mediante el cual se aportarán recursos que serán ejercidos, en los términos que disponga el Reglamento, por la Secretaría de Salud y las entidades federativas para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos

establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.” (Negritas propias, LGS, 2017)

Como se señaló anteriormente, el fondo es la fuente de financiamiento para operar los programas presupuestarios en las instalaciones de la Secretaría de Salud del Estado de Colima. Por ello, se puede identificar como diagnóstico lo establecido en el apartado de salud del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021, donde se describen los Servicios de Salud con los que cuenta el Estado:

“[...] la red de unidades de los servicios de salud de Colima se integra por 118 centros de salud, cuatro hospitales, un Instituto estatal de cancerología, siete Unidades de Especialidades Médicas, once unidades móviles de fortalecimiento y un centro estatal de hemodiálisis”. (Colima, 2016-2021, pág. 98)

“El Estado tiene 29 clínicas públicas por cada 100,000 habitantes, mientras el promedio nacional es de 22. Además Colima tiene una tasa de 1.0 camas de hospital por cada 1,000 personas, similar al promedio nacional”. (Colima, 2016-2021, pág. 92)

Dentro de las áreas de oportunidad identificadas en dicho diagnóstico se tienen las encuestas aplicadas a la población:

“[...] sobre la prestación de servicios de salud, se manifiesta, principalmente, la inconformidad en relación al trato digno y abasto de medicamentos. La ENSANUT 2012 revela que las personas que se atienden en el sector privado tienen una mejor percepción de calidad, le sigue el IMSS y después la Secretaría de Salud”. (Colima, 2016-2021, pág. 99)

Asimismo, se menciona un problema que se enfrenta a nivel estatal, el cual es el surtimiento completo de medicamentos:

“Sólo 78% de los colimenses que se atendieron en las unidades de la Secretaría de Salud recibió todos los medicamentos rectados. Las causas principales de desabasto son la falta de recursos o las gestiones deficientes en la compra y distribución de los medicamentos.

[...] Hay tres causas principales que impiden el abasto oportuno de medicamentos, insumos y diversos materiales: los precios de las licitaciones consolidadas del IMSS se encuentran fuera de mercado, lo que provoca que los proveedores no participen en la totalidad de las partidas de las licitaciones correspondientes; las unidades médicas no programan las cantidades necesarias de acuerdo a sus consumos reales, debido a que no llevan a cabo una planeación correcta de sus consumos y no hay comunicación correcta entre las áreas de adquisiciones y almacén". (Colima, 2016-2021, pág. 100)

En cuanto a la información referente al indicador del fondo en el PED se señala que la razón de mortalidad materna pasó "de 45.8 defunciones por 100,000 nacidos vivos en 1990, a 29.4 en 2014. Esta tasa es más baja en Colima que el promedio nacional (38.9 defunciones por 100,000 nacidos vivos)". (2016, pág. 93)

Asimismo, de acuerdo con el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021, se menciona que para el 2016 había 2.8 médicos por cada mil habitantes. (2016, pág. 92)

En este mismo sentido, el Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2016 (INEGI), cuenta con información de los indicadores en instituciones públicas de salud y personal médico. La "Razón de médicos en instituciones públicas de salud en contacto con el paciente (Por 1,000 habitantes)", para el 2014, a nivel nacional se tenían 1.71 médicos de instituciones públicas de salud en contacto con el paciente, y a nivel estatal la razón era de 2.16, colocando así al Estado de Colima por encima de la media nacional. (INEGI, 2016, pág. 247)

Además, se señalan las principales causas de muerte de los colimenses, las cuales se desarrollan a continuación:

<b>Cuadro 2.1.1 Diez Principales causas de muerte por sexo en Colima, 2014, 2015 y 2016</b>						
<b>Principales causas</b>	<b>Defunciones 2015</b>			<b>Defunciones 2016</b>		
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Total</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Total</b>
Enfermedades del corazón	462	377	<b>839</b>	379	344	<b>723</b>
Diabetes mellitus	363	328	<b>691</b>	345	260	<b>605</b>
Tumores malignos	266	239	<b>505</b>	254	233	<b>487</b>
Accidentes	207	70	<b>277</b>	220	75	<b>297</b>
Enfermedades del hígado	178	50	<b>228</b>	201	62	<b>263</b>
Enfermedades cerebrovasculares	99	108	<b>207</b>	91	90	<b>181</b>
Agresiones (homicidios)	203	26	<b>229</b>	544	63	<b>612</b>
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	80	56	<b>136</b>	88	55	<b>143</b>
Neumonía e influenza	103	77	<b>180</b>	73	59	<b>132</b>
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	30	26	<b>57</b>	28	26	<b>54</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 y la información disponible en Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud. Cubo de principales causas de defunción.  
M (Masculino)  
F (Femenino)

Como se observa la principal causa de muerte en el Estado se derivan de enfermedades del corazón, sin embargo, el número de defunciones disminuyó en 2016 en 116 casos con respecto al año anterior, siendo el sexo masculino quien tuvo un descenso mayor con 83 caso; respecto de diabetes mellitus tuvo el mismo comportamiento, presentándose 86 casos menos solo que las mujeres representaron el menor número de casos con respecto al 2015. En caso contrario se tiene que el número de agresiones (homicidios) presentó un incremento del 267% lo que representa 383 casos más que en 2015. Es de destacar que los homicidios tanto en hombres como en mujeres hayan ido en aumento, ya que esto habla de que el contexto violento del país también se ve reflejado en el Estado de Colima.

Asimismo, se cuenta con el Anuario estadístico (2017), en el cual, se describe la morbilidad general del Estado, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 2.1.2 Principales Causas de Morbilidad General 2016		
	Diagnóstico	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	182,338
2	Infecciones intestinales por otros organismos	42,279
3	Infección de vías urinarias	37,328
4	Intoxicación por picadura de alacrán	12,582
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	10,939

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el Anuario estadístico 2017.

Se puede observar que las enfermedades infecto contagiosas (respiratorias agudas, intestinales por otros organismos y de vías urinarias) aparecen dentro de las 3 primeras causas. Asimismo, la siguiente causa de morbilidad es la intoxicación por picadura de alacrán, la cual se debe a las condiciones climáticas del Estado.

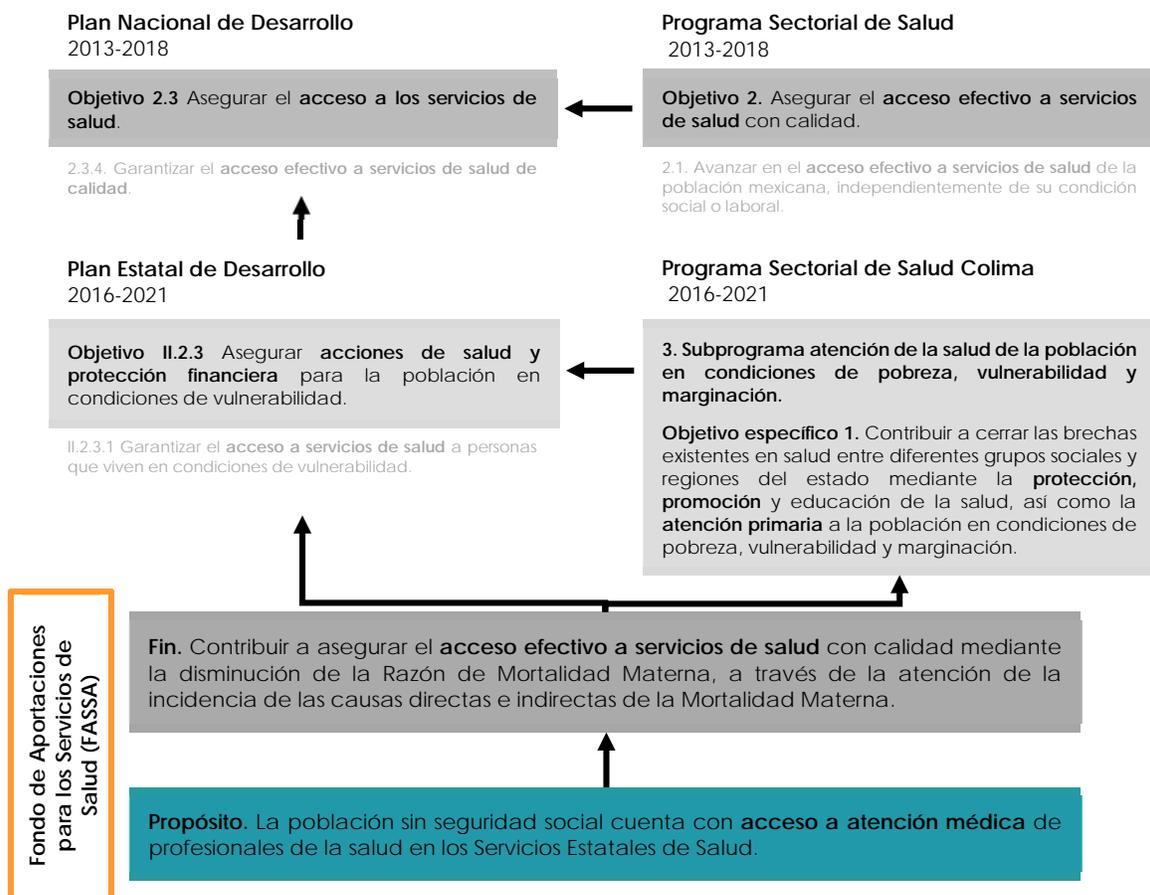
En conclusión, se cuenta con un contexto normativo donde se establece la responsabilidad que tiene la SSyBS de operar los recursos del fondo para los servicios de salud, haciendo énfasis en la población del Estado que no goza de seguridad social. Además, es importante señalar que el FASSA tuvo un cambio importante al distribuirse en dos fondos, a partir de la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud en el 2004. Sin embargo, el efecto que tienen los recursos destinados se ven en la operación de los programas para mejorar las condiciones de acceso a la salud de los habitantes de Colima. Por ello, se recomienda que se tenga programáticamente identificada la diferencia entre fondo y programa, es decir, que se generen los Marcos Lógicos de los programas, y no solo el del fondo. En este sentido, se puede utilizar la estructura utilizada por OSAFIG.

## 2.2. Análisis de la contribución del fondo (programa) a las metas y estrategias nacionales

En este apartado se identifica la vinculación que tiene el fin y propósito del fondo con los objetivos de los planes estatal y nacional, y programas sectoriales; así como con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas.

El FASSA es el fondo con el que operan los programas que buscan atender un derecho constitucional, por lo tanto, el Propósito del fondo, que es “La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud”, tiene vinculación directa con la política pública nacional. En la figura siguiente se muestra esta vinculación:

**Figura 2.2.1 Vinculación del FASSA con los objetivos de política pública**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la MIR proporcionada por la dependencia; Programa Sectorial de Salud Colima 2016-2021; Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021; Programa Sectorial de Salud 2013-2018; y Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

La dependencia señala que existe vinculación de dicho propósito con el objetivo general del **Programa Sectorial de Salud del Estado de Colima 2016-2021**: “Fortalecer la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de riesgos para el mejoramiento de las condiciones de salud de los colimenses”. A su vez, el propósito responde de manera directa al objetivo específico 1 del “Subprograma atención de la salud de la población en condiciones de pobreza, vulnerabilidad y marginación” del mismo Programa Sectorial:

“Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del estado mediante la protección, promoción y educación de la salud, así como la atención primaria a la población en condiciones de pobreza, vulnerabilidad y marginación.” (2016)

Como se observa ambos buscan una mayor cobertura de los servicios de salud en el Estado. Tomando en cuenta que parte importante de la población sin seguridad social se concentra en la población en condiciones de pobreza vulnerabilidad y marginación, la vinculación resulta pertinente.

Asimismo, se encontró vinculación con el **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**, con el objetivo 2 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”; respondiendo de manera directa a la estrategia 2.1 “Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral”.

Por otro lado, hay vinculación entre el objetivo del Propósito del FASSA con el **Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021**, en particular con el objetivo II.2.3 “Asegurar acciones de salud y protección financiera para la población en condiciones de vulnerabilidad”, de la línea de política II.2 “Mejorar el bienestar de los colimenses mediante una política de salud enfocada en la prevención, en prestar servicios de calidad y proteger a la población más vulnerable.”

Finalmente, existe vinculación con el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, del **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018** (PND), con la

estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.”

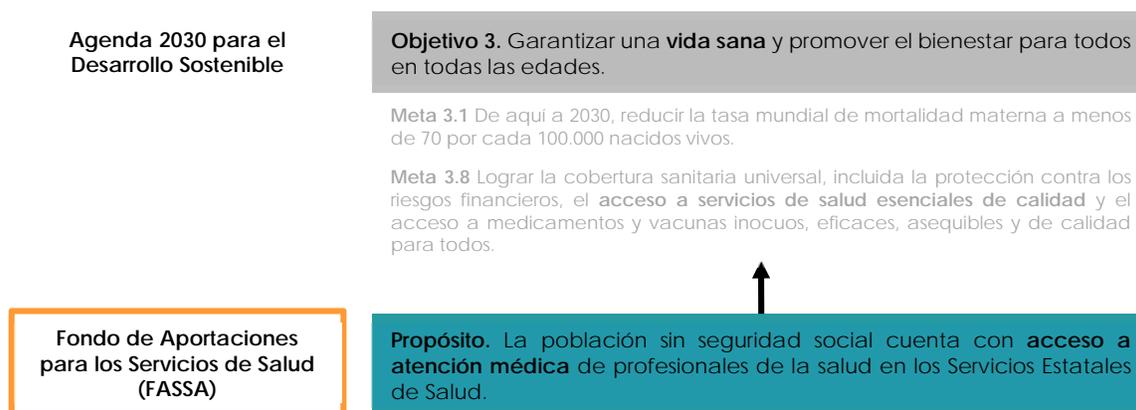
Por todo lo anterior, hay una vinculación directa con la política pública nacional, lo cual es importante porque se trata de un derecho constitucional que se ve reflejado en todos los niveles de planeación federal. Además, el logro del Propósito aportaría al cumplimiento de los dos objetivos de los programas sectoriales de salud estatal y nacional, así como de los objetivos de los planes de desarrollo.

Ahora bien, el Propósito del fondo se vincula con el objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, de la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible** de la Organización de las Naciones Unidas.

La dependencia señala que hay vinculación con la meta 3.1: “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”, en ese mismo sentido la meta 3.8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el **acceso a servicios de salud esenciales de calidad** y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”; se vincula con el Propósito del FASSA.

En la figura siguiente se muestra esta vinculación:

**Figura 2.2.2 Vinculación del FASSA con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la MIR proporcionada por la dependencia y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

La vinculación que se tiene con la Agenda 2030 es importante, puesto de que el acceso de todas las personas a los servicios de salud es un derecho humano que garantiza que la población del país tenga las mismas condiciones y oportunidades para gozar de una vida plena.

Como se puede apreciar, la dependencia identifica de manera general la vinculación que el fondo tiene con las metas nacionales e internacionales. Esto es importante para que se pueda dimensionar la relevancia de las acciones que se realizan por medio de los programas financiados con el fondo, y su contribución a objetivos y metas de política pública superior.

### 2.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de atención (elegibilidad)

Este apartado tiene como objetivo identificar si el Estado de Colima, a través de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, tiene definidos los siguientes conceptos:

- ▶ Población potencial, objetivo y atendida, y mecanismos para identificarla.
- ▶ Información sobre la demanda total del servicio y sus características.
- ▶ Estrategia de cobertura.
- ▶ Procedimientos para la selección de beneficiarios/usuarios.

Estos conceptos ya tienen referentes obligatorios, por ello, de acuerdo con los términos de referencia de CONEVAL, se entenderá por:

- ▶ **Población potencial** a la población total que representa la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
- ▶ **Población objetivo** a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
- ▶ **Población atendida** a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

Previo al análisis, es importante señalar que la cédula de levantamiento emitida por CONEVAL está diseñada para la evaluación de programas sociales, por lo que el lenguaje está enfocado a beneficiarios; sin embargo, para el FASSA se tienen sujetos receptores del servicio por programa. Es decir, beneficiario es igual al receptor de servicio, mientras que el mecanismo de elegibilidad es igual al procedimiento de atención; y al tratarse de un fondo, se tomará en cuenta la población receptora de servicio por programa que reciba financiamiento del FASSA.

La dependencia señala como documento oficial al Anuario Estadístico 2017, donde “contiene la población sin seguridad y con seguridad, por grupo de edad y sexo de 2016.” Sin embargo, los datos señalados no se identifican en la fuente a la que hacen referencia.

En información pública (cubos dinámicos), se encontró la población total por condición de derechohabiencia, donde se muestran los siguientes datos:

<b>Cuadro 2.3.1 Población de Colima de acuerdo con la derechohabiencia y sexo, 2016</b>			
<b>Seguridad social</b>	<b>Población</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
Con Derechohabiencia	414,372	213,267	201,105
Sin Derechohabiencia	321,352	159,903	161,449
<b>Total</b>	<b>735,724</b>	<b>373,170</b>	<b>362,554</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información disponible en los Cubos dinámicos: SS. DGIS. Estimaciones a partir de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO (abril 2013)

Se puede observar que casi la mitad de la población del Estado no cuenta con derechohabiencia, y de esta población, la mayor proporción son hombres. Es necesario aclarar que para la estimación de la población sin derechohabiencia también se incluye la que cuenta con Seguro Popular, así como la que no está especificada. Asimismo, esta información es una proyección basada en la población del 2010 que el Consejo Nacional de Población elabora (CONAPO). Esto es adecuado de acuerdo con la NOM-035-SSA3-2012, ya que “para la construcción de indicadores en los que el denominador sea la población, deben utilizarse las estimaciones de la población a mitad de año elaboradas por el CONAPO.”

Si bien el objetivo de este subapartado es identificar a la población potencial y objetivo, es necesario considerar lo que dice la NOM-035, ya que a partir de esta información se realiza la planeación de la distribución del fondo.

Ahora bien, en el Anuario estadístico y geográfico de Colima 2017 que menciona la SSyBS, se encuentra la siguiente información:

<b>Cuadro 2.3.2 Población total de Colima y su distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud al 15 de marzo de 2015</b>					
<b>Población total (Absoluto)</b>	<b>Sin afiliación</b>	<b>Con afiliación</b>			<b>No especificado</b>
		<b>IMSS</b>	<b>ISSSTE</b>	<b>SPSS-SSA</b>	
711,235	12.11	47.43	7.48	43.17	0.35

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el Cuadro 5.1 del Anuario estadístico y geográfico de Colima 2017.

A partir de estos datos, se puede estimar que 86,131 personas no cuentan con afiliación a servicios de salud. Asimismo, se puede ver que poco menos de la mitad cuentan con Seguro Popular, lo cual puede indicar que se busca mejorar las condiciones de salud de los colimenses.

Por otra parte, la dependencia señala que cuenta con información respecto a los receptores de servicio, pero esta hace referencia al padrón de beneficiarios del Seguro Popular. Esto se puede deber a lo previamente mencionado, ya que al estimar la población sin derechohabencia se hace en conjunto con la que cuenta con Seguro Popular. En este sentido, se presentó como parte de la evidencia, el padrón de beneficiarios del SPSS.

Respecto a los tipos de servicios otorgados y la población atendida por ellos, de acuerdo con la Secretaría de Salud y Bienestar Social, el fondo financia 87 programas, de los cuales se analizarán los que reciben mayor financiamiento. Estos son “Atención médica de segundo nivel”, “Impulsar la promoción de la salud”, “Administración”, “Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud (atención médica)” y “Atención médica de primer nivel”.

Para los programas “Atención médica de segundo nivel” y “Atención médica de primer nivel”, se tomó como población atendida a las personas que acuden a consulta, como se muestra en el cuadro siguiente:

<b>Cuadro 2.3.3 Consultas otorgadas por tipo de unidad, Colima 2016</b>	
<b>Tipo Unidad</b>	<b>Total</b>
Unidad de Consulta Externa	546,888
Establecimiento de apoyo	2,560
Unidad de Hospitalización	138,823
<b>Total</b>	<b>688,271</b>
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO con base en los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud.	

La población atendida del programa de Atención médica de segundo nivel es la población que recibió consulta en una Unidad de Hospitalización, es decir 138,888 personas. Sin embargo, es necesario mencionar que este es sólo uno de los servicios que se ofrecen en las unidades de segundo nivel.

Por otro lado, se tomó en cuenta para la población que recibió atención médica en primer nivel a la que recibió consulta en una Unidad de Consulta Externa o en un Establecimiento de apoyo. Esto quiere decir que la población atendida de este programa fue un total de 549,448 personas.

Para el programa "Impulsar la promoción de la salud", de acuerdo con los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud, se tiene que hubo un total de 154,609 acciones de promoción de la salud. Estas 154,609 acciones son de las variables "Promotores y brigadistas juveniles de salud sexual y reproductiva", "Promoción de la salud escolar (Preescolar, Primaria, Secundaria, Medio Superior)", y "Promoción de la salud y determinantes sociales". Este último programa hace énfasis en la promoción en las personas migrantes.

En resumen, la población potencial es la población total del Estado, la población objetivo es la que no tiene derechohabiencia, y la atendida la que acudió a consulta a algún centro de salud. Sin embargo, cabe mencionar que la población atendida es más amplia debido a los programas que se ejecutan con financiamiento del FASSA, como es el ejemplo del programa "Impulsar la promoción de la salud", que dentro de su población atendida se tiene a toda la población en edad escolar y a la población migrante. Por lo que se recomienda que las futuras evaluaciones al fondo, se realicen a los programas que presupuestalmente sean representativos y que tengan un impacto en la comunidad.

## 2.4. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores para resultados

Técnicamente, como parte del proceso de planeación de un programa presupuestario, y siguiendo la lógica establecida en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), es necesario contemplar integralmente la elaboración de la **secuencia** *Árbol de Problemas-Árbol de Objetivos-Matriz de Indicadores* para lograr una mayor asertividad en cuanto al planteamiento de los objetivos que serán sometidos a medición de resultados.

Estos tres momentos son fundamentales en la creación y diseño de un programa, no sólo en su elaboración sino también en la coherencia y correspondencia que deben mantener como parte de la estructura analítica de un programa presupuestario.

Cabe mencionar que la MIR “es una herramienta que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultando de un proceso de planeación con base en la Metodología del Marco Lógico” (SHCP, 2016, pág. 24), por lo que se hace énfasis en su correspondencia, ya que forman parte de **un ejercicio de articulación estratégico**.

Es importante resaltar que la MIR del fondo es adoptada por el Estado a partir de la MIR FASSA Federal y es la que se reporta al Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH), lo cual es pertinente a nivel estratégico, pero no a nivel de gestión debido a que los indicadores que se tienen responden a cuestiones de las entidades federativas.

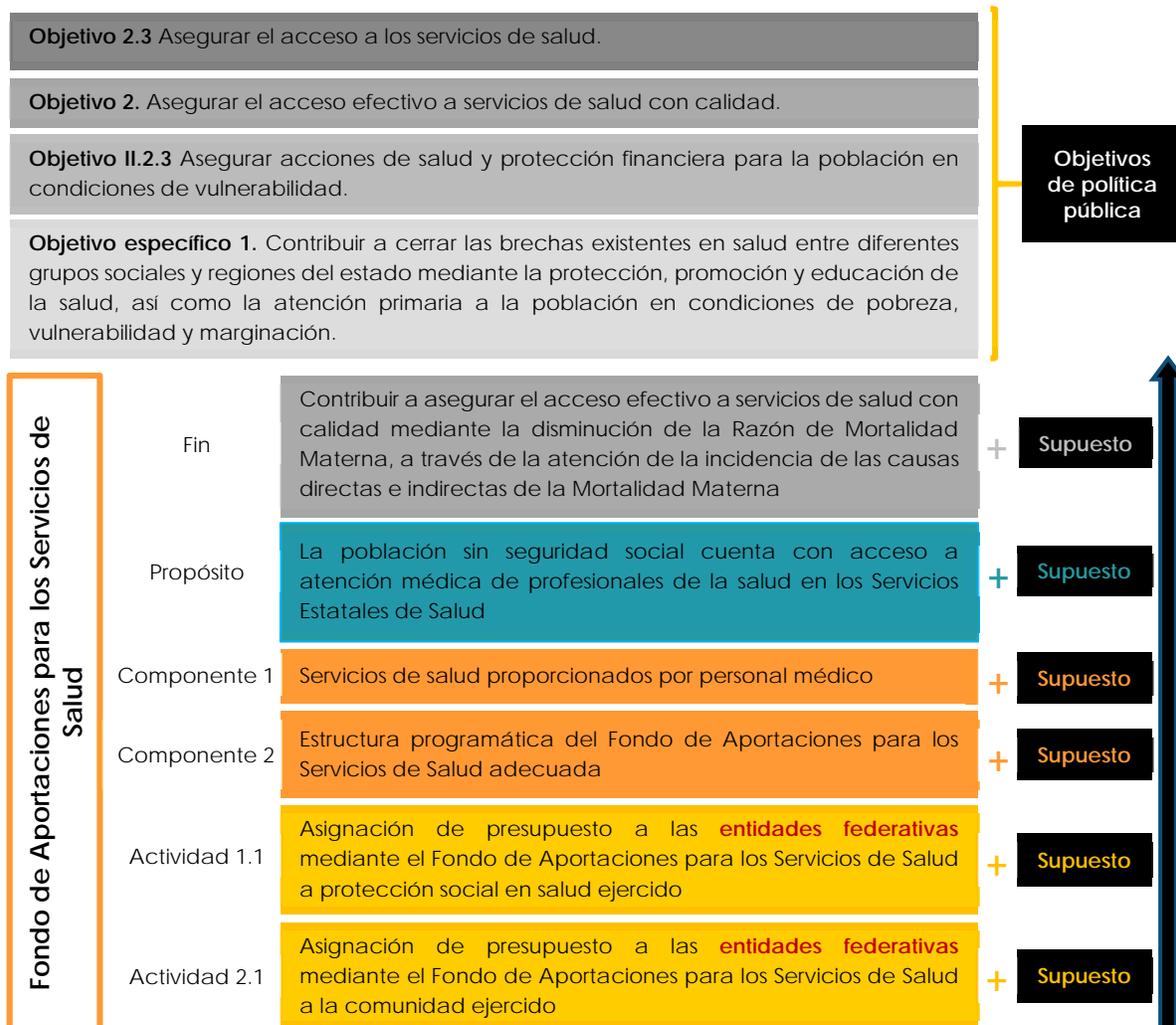
Por este motivo, se realizó un análisis de la MIR, incluyendo lógica vertical y horizontal. La MIR del fondo está compuesta por un Fin, un Propósito, dos Componentes y dos Actividades.

### 2.4.1 De la lógica vertical de la MIR

El análisis de la lógica vertical de la MIR permite verificar la relación causa-efecto directa que existe entre los diferentes niveles de la matriz. Esta relación se analiza de abajo hacia arriba, es decir, desde las Actividades hasta el Fin. (SHCP, 2016, pág. 61)

En la siguiente figura se muestra esquemáticamente el análisis de las causas, y si los supuestos asociados a cada nivel influyen en el logro de cada uno de los niveles.

**Figura 2.4.1.1 Metodología de la lógica vertical aplicada al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud**



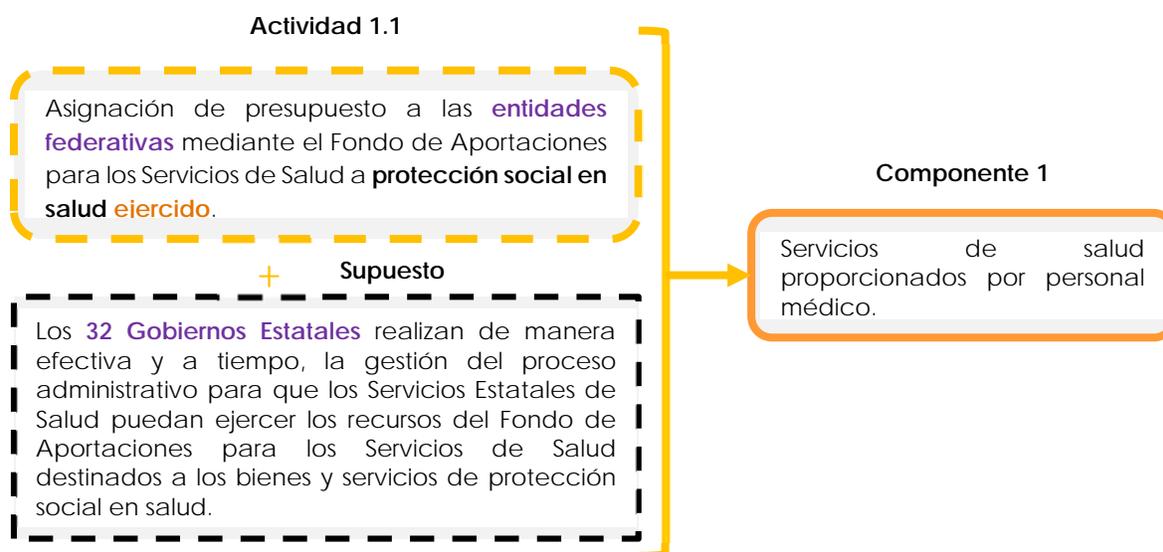
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 y Programa Sectorial de Salud Colima 2016-2021.

Como se puede observar la estructura de la MIR contiene un Fin, un Propósito, dos Componentes y dos Actividades, que corresponden a un componente respectivamente. El Fin y el Propósito se vinculan a los objetivos de política pública estatal y nacional.

A continuación, se presenta el análisis de las relaciones causales entre los diferentes niveles de la MIR, empezando con las Actividades.

En la siguiente figura se puede observar la relación causal existente entre la Actividad 1.1 y el Componente 1:

**Figura 2.4.1.2 Relación causal de la Actividad 1.1 y el Componente 1 del FASSA**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

Como se mencionó anteriormente, al ser retomada la MIR federal, el planteamiento de actividad y supuesto contempla en su conjunto a las entidades federativas, en el cual está incluido Colima. Aclarado ese punto, la relación causal entre la Actividad y el Componente es directa, esto debido a que la asignación de presupuesto al Estado es necesaria para que los servicios de salud sean proporcionados por el personal médico.

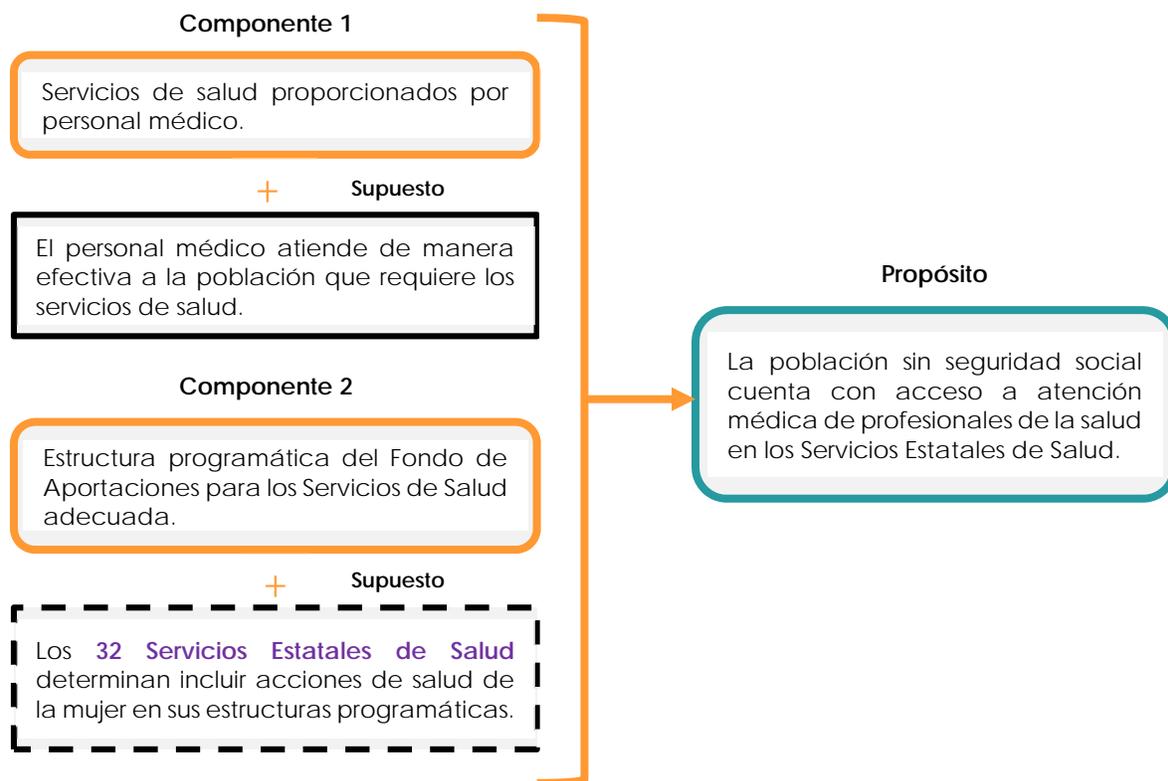
En cuanto la Actividad 2.1 y el Componente 2, se presentó la misma situación. A pesar de que la Actividad refiere a la asignación del

presupuesto a las entidades, si hay relación causal entre la Actividad y el Componente, ya que el proceso de gestión del fondo se requiere concretarlo en la estructura programática.

Cabe mencionar que la Actividad 1.1 y la 2.1 son casi iguales, con la excepción de que en una se hace referencia al FASSA-P y la otra al FASSA-C.

En la figura siguiente se muestra la relación de los Componentes con el Propósito del fondo:

**Figura 2.4.1.3 Relación causal de los Componentes con el Propósito del FASSA**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El supuesto del primer Componente es consistente, ya que para que se puedan otorgar los servicios de salud, se necesita que el personal médico atienda de manera efectiva a las personas que lo requieran, aun cuando éstos estén capacitados. Asimismo, para que la población sin seguridad social tenga acceso a la atención médica, es importante que esta atención sea proporcionada por personal médico, abarcando a todos los

trabajadores de los servicios estatales de salud; es por ello que existe relación directa del Componente 1 con el Propósito.

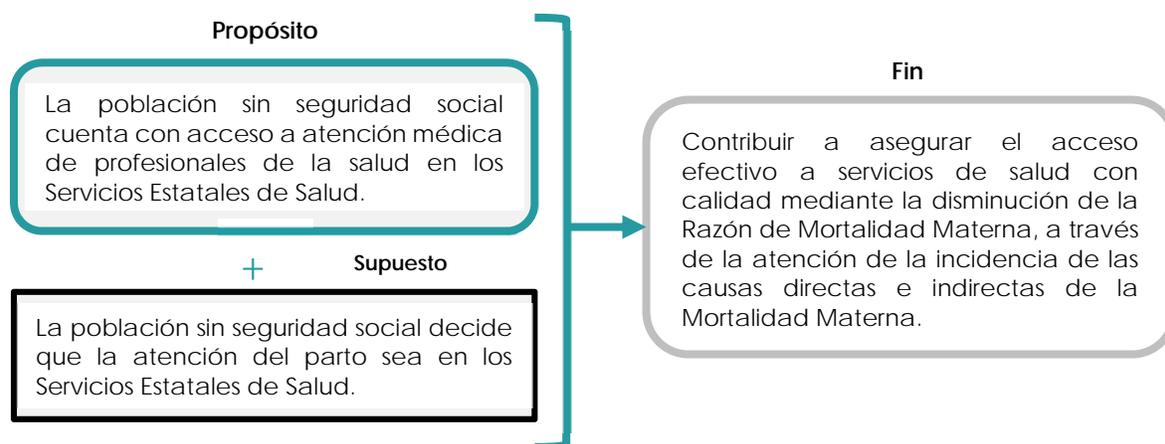
Para el supuesto del segundo Componente, se menciona que los SESA incluyan acciones de salud de la mujer en las estructuras programáticas. Sin embargo, no se encuentra relación con el objetivo del Componente, a menos que con “adecuada” se esté haciendo referencia a las acciones de salud de la mujer.

Para este componente se tiene relación directa con el propósito pues para que la población sin derechohabencia cuente con atención médica se necesita que el fondo tenga una adecuada estructura programática, es decir, que se definan acciones que colaboren con el logro del propósito.

Ahora bien, la relación de los Componentes con el Propósito del FASSA es directa. Es decir, los objetivos de éstos son suficientes para el cumplimiento del objetivo del Propósito.

A continuación, se muestra la relación causal del Propósito con el Fin:

**Figura 2.4.1.4 Relación causal del Propósito con el Fin del FASSA**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

La relación entre el supuesto y el Propósito es consistente, ya que la Secretaría de Salud y Bienestar Social no puede controlar en qué tipo de hospital las mujeres embarazadas decidan atenderse. Cabe señalar que el supuesto sólo se refiere a un tipo de atención médica, y que, si bien es

adecuado, el Propósito no especifica esto y abarca todo tipo de atención médica.

Por otro lado, el Propósito contribuye a que el objetivo del Fin se pueda cumplir, aunque el objetivo del Propósito abarque a un mayor rango de población. En cambio, el Fin se enfoca sólo en la atención de mujeres embarazadas.

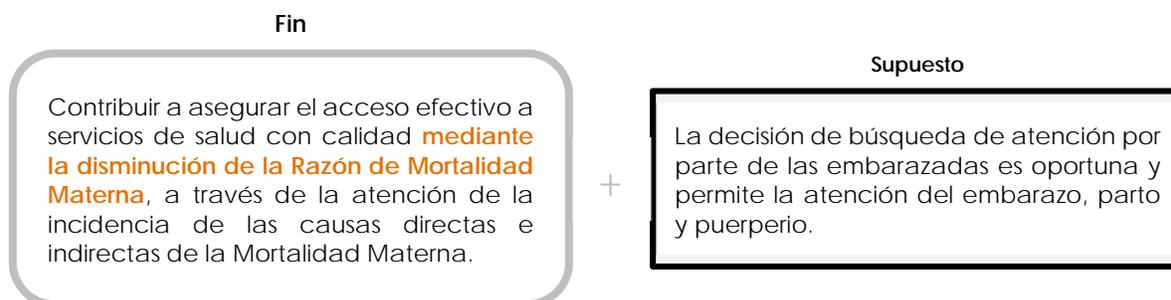
Es importante resaltar que la Razón de Mortalidad Materna es relevante porque si se da el seguimiento médico pertinente a lo largo del embarazo, parto y puerperio, la mayoría de las muertes maternas son prevenibles. Por esta razón, es un indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ya que:

“[...] da cuenta de los problemas de acceso a los servicios de salud, de la calidad y oportunidad de la atención que brinda, de la capacidad de sus cuadros técnicos y administrativos, así como de la infraestructura que se tiene, además de un conjunto de acciones a las que está obligado el sector salud en el marco de la política pública y de sus programas de atención.” (Eternod Arámburu, 2012)

Es por ello que reducir la Razón de Mortalidad Materna cobra relevancia, ya que este es un indicador que da cuenta del acceso y la calidad de los servicios de salud, en este caso en el Estado de Colima.

Por último, se analizará la relación del Fin con su supuesto:

**Figura 2.4.1.5 Relación del Fin con su supuesto del FASSA**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El supuesto del Fin es consistente porque la Secretaría de Salud y Bienestar social no puede controlar lo que las mujeres embarazadas decidan en torno

a recibir atención. Sin embargo, hay factores que la dependencia puede controlar para que ellas lleguen a esa decisión.

Por todo lo anterior, se concluye que en el FASSA hay una relación causal directa entre todos los niveles que componen la MIR. En su mayoría, los supuestos de los objetivos son consistentes, lo que refleja que sí se consideran factores externos que puedan impedir el logro de los objetivos del fondo. Esto demuestra una planeación eficaz para la gestión del FASSA.

## 2.4.2 De la lógica horizontal de la MIR

El análisis horizontal de la MIR consiste en examinar las relaciones causa-efecto, siendo el análisis de derecha a izquierda buscando que haya congruencia entre todos sus elementos. (SHCP, 2016, pág. 61)

La lógica horizontal permite tener una base objetiva para monitorear y evaluar el comportamiento y resultados del fondo. En el siguiente cuadro se muestran las variables de este análisis:

Cuadro 2.4.2.1 Análisis de la lógica horizontal del FASSA					
Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Frecuencia de medición	Supuestos
Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social	[Número de muertes maternas de mujeres sin seguridad social/Número de Nacidos vivos de madres sin seguridad social] *100,000 por entidad de residencia en un año determinado	Muertes maternas de mujeres sin seguridad social: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos">www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos</a> ; Número de Nacidos vivos de madres sin seguridad social: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos">www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos</a>	Anual	La decisión de búsqueda de atención por parte de las embarazadas es oportuna y permite la atención del embarazo, parto y puerperio.
La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud	Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico	(Número de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico / Número total de nacidos vivos de madres sin seguridad social) *100	Nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos">www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos</a> ; Número total de nacidos vivos de madres sin seguridad social: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos">www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/cubos</a>	Anual	La población sin seguridad social decide que la atención del parto sea en los Servicios Estatales de Salud.
Servicios de salud proporcionados por personal médico	Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)	Número de Médicos generales y especialistas en unidades de la secretaría de salud / Población (no derechohabiente) en ese momento * 1000	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la atención a la Salud (SINERHIAS), Censo de población proyectada para el año 2013	Anual	El personal médico atiende de manera efectiva a la población que requiere los servicios de salud
Estructura programática del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud adecuada	Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva	(Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva programadas / total de estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva) * 100	Estructura programática de las 32 entidades federativas alineadas a la Estructura programática homologada, donde se contemplan acciones de salud materna, sexual y reproductiva. La estructura programática es revisada por la DGPOP de la Secretaría de Salud y concertada con las entidades federativas en el Programa Anual de Trabajo. La fuente de información de las Estructuras Programáticas es el Programa Anual de Trabajo, donde los datos se ingresan y se registran en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPSS). La base de datos de las estructuras programáticas es consolidada por la DGPOP	Anual	Los 32 Servicios Estatales de Salud determinan incluir acciones de salud de la mujer en sus estructuras programáticas
Asignación de presupuesto a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a protección social en salud ejercido	Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud	(Gasto ejercido en los bienes y servicios de protección social en salud /Gasto total del FASSA) *100	Gasto Total del FASSA: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel federal y Estatal en Salud (SICIENTAS). Disponible en: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx">www.sinais.salud.gob.mx</a> ; Gasto ejercido en los bienes y servicios de protección social en salud: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel federal y Estatal en Salud (SICIENTAS). Disponible en: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx">www.sinais.salud.gob.mx</a>	Semestral	Los 32 Gobiernos Estatales realizan de manera efectiva y a tiempo, la gestión del proceso administrativo para que los Servicios Estatales de Salud puedan ejercer los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a los bienes y servicios de protección social en salud

Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Frecuencia de medición	Supuestos
Asignación de presupuesto a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la comunidad ejercido	Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	(Gasto ejercido en la subfunción de Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad/Gasto total del FASSA) *100	Gasto en la Subfunción de Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad; Sistema de Cuentas en Salud a Nivel federal y Estatal en Salud (SICUENTAS). Disponible en: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx">www.sinais.salud.gob.mx</a> ; Gasto total del FASSA: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel federal y Estatal en Salud (SICUENTAS). Disponible en: <a href="http://www.sinais.salud.gob.mx">www.sinais.salud.gob.mx</a>	Semestral	Los 32 Gobiernos Estatales realizan de manera efectiva y a tiempo, la gestión del proceso administrativo para que los Servicios Estatales de Salud puedan ejercer los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad

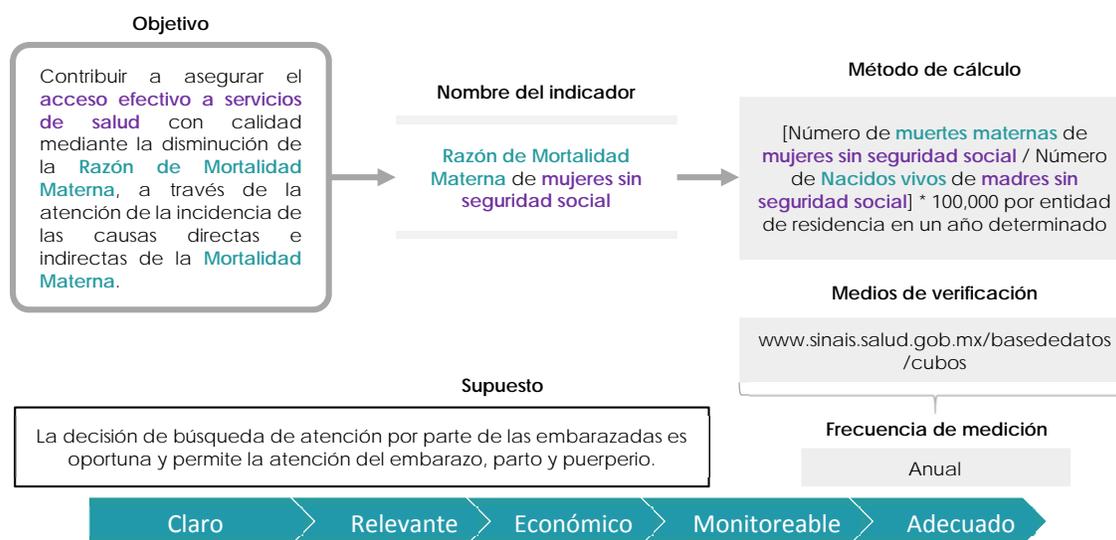
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

En el cuadro anterior se representa esquemáticamente la lectura del análisis de la matriz de indicadores del FASSA. Comprende una lectura lineal abarcando los elementos de la MIR, como lo son el objetivo (resumen narrativo), nombre del indicador, los indicadores (método de cálculo), los medios de verificación, la frecuencia de medición y los supuestos.

Es importante señalar que dicho análisis se realizó de manera independiente a los resultados obtenidos en la lógica vertical.

El objetivo del Fin “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna”; se mide con la “Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social”, como se muestra a continuación:

**Figura 2.4.2.1 Análisis de la lógica horizontal del Fin del FASSA**

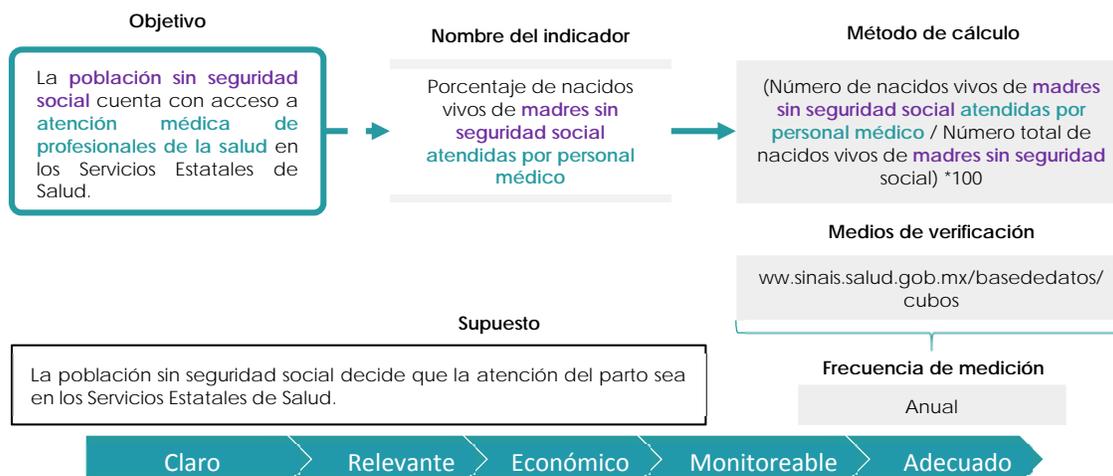


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

La importancia de este indicador parte del hecho de que con él se pueden apreciar los logros o avances en materia de salud que tienen los Estados ya que, como se ha mencionado, este es un indicador de carácter internacional, por lo cual tiene relevancia en todos los niveles.

Por otro lado, el Propósito “La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud”, se mide a través del “Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico”, como se muestra en la figura siguiente:

**Figura 2.4.2.2 Análisis de la lógica horizontal del Propósito del FASSA**

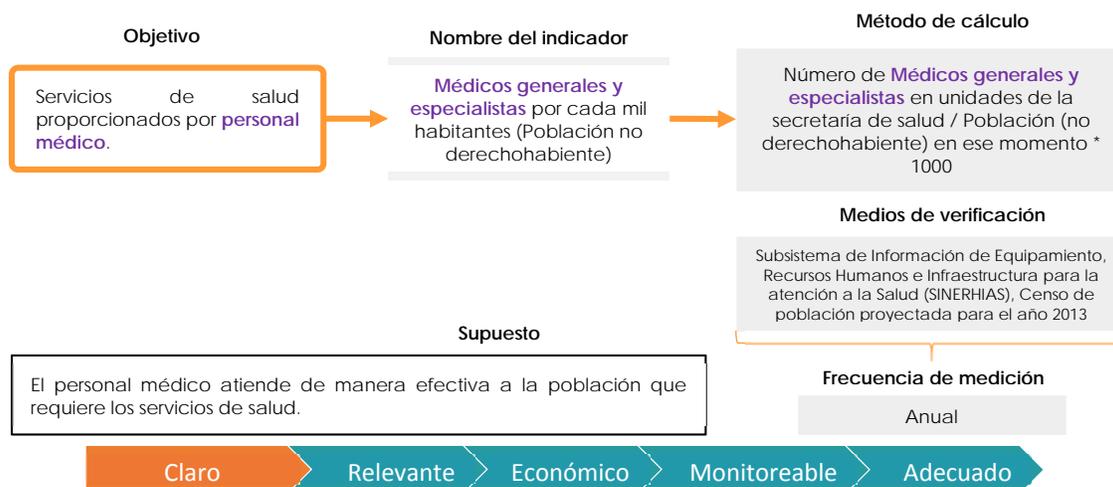


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

La importancia de que las madres sin seguridad social sean atendidas por personal médico radica en la reducción de las muertes maternas y de los recién nacidos ya que uno de los factores de estas muertes es la atención del parto de personas no capacitadas. Por otra parte, el método de cálculo es consistente con el nombre del indicador. Asimismo, la frecuencia de medición y los medios de verificación son adecuados para medir el avance del indicador.

En cuanto al Componente 1, tiene como objetivo “Servicios de salud proporcionados por personal médico”, el cual se mide con “Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)”. A continuación, se muestra esto:

**Figura 2.4.2.3 Análisis de la lógica horizontal del Componente 1 del FASSA**

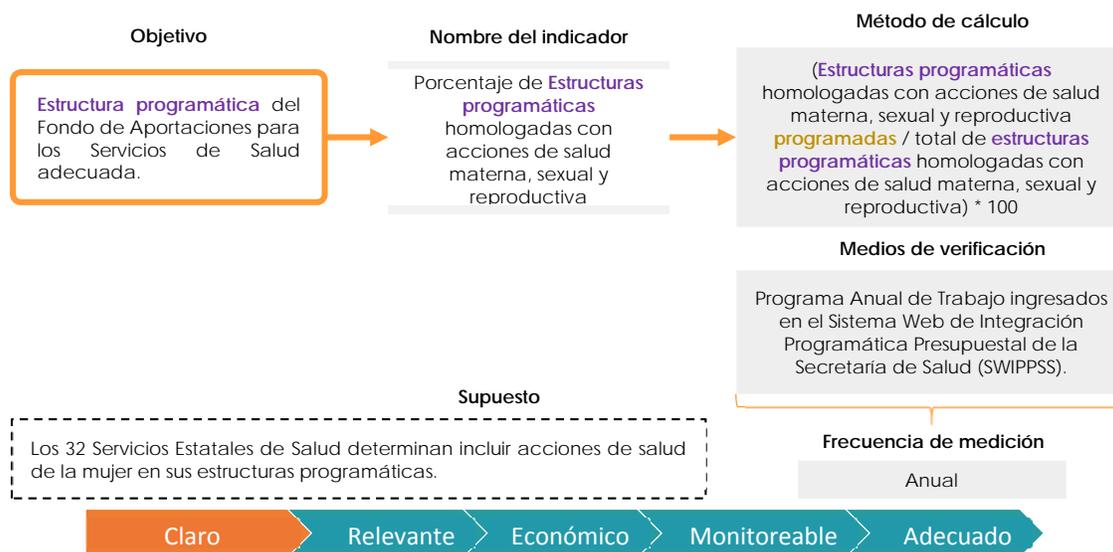


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El nombre del indicador es consistente con el objetivo y el método de cálculo; sin embargo, carece de medida de frecuencia, que en este caso es "razón". Por otro lado, los medios de verificación, así como la frecuencia de medición son consistentes para el indicador. Asimismo, el indicador mide el número de especialistas y médicos generales con el que cuentan las unidades de salud, lo cual es significativo ya que el fondo contribuye con los recursos humanos que tenga la secretaría de salud para la atención de la población sin seguridad social.

Respecto al objetivo del Componente 2 "Estructura programática del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud adecuada", se mide con el "Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva". A continuación, se muestra esto:

**Figura 2.4.2.4 Análisis de la lógica horizontal del Componente 2 del FASSA**

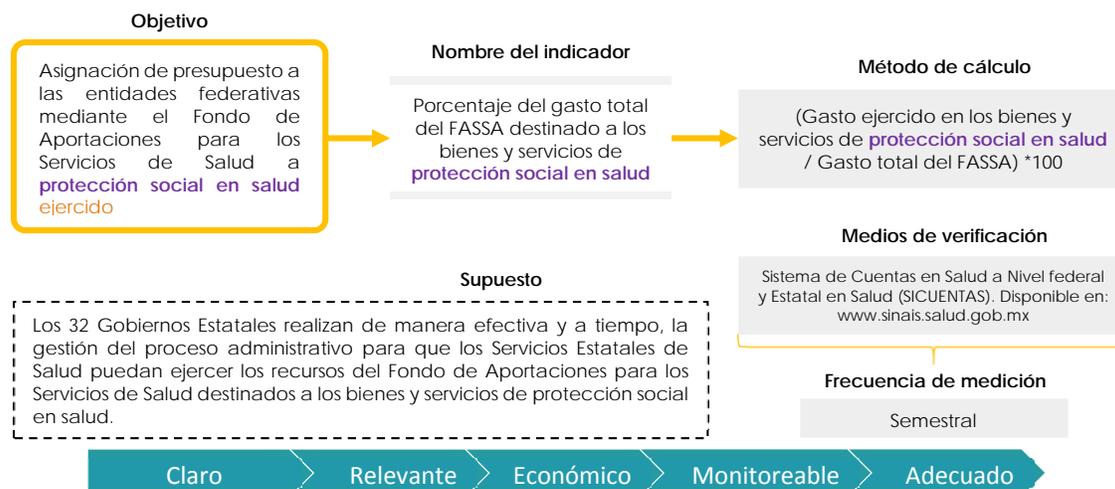


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

En este caso, el indicador brinda mayor información de lo que se quiere lograr, ya que contiene las cualidades que se requieren de las estructuras programáticas, es decir, que estén homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva. Por otra parte, en el método de cálculo las variables están invertidas, ya que se está midiendo el porcentaje de cumplimiento  $(\text{realizado}/\text{programado}) * 100$ . En cuanto a los medios de verificación, son las fuentes donde se podrá verificar el logro o avance del indicador, y para este caso sólo se presenta para la variable referente a la programación.

Por otro lado, la Actividad 1.1 tiene como objetivo "Asignación de presupuesto a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a protección social en salud ejercido"; el cual se mide a través del "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud". En la figura siguiente se muestra esto:

**Figura 2.4.2.5 Análisis de la lógica horizontal de la Actividad 1.1 del FASSA**

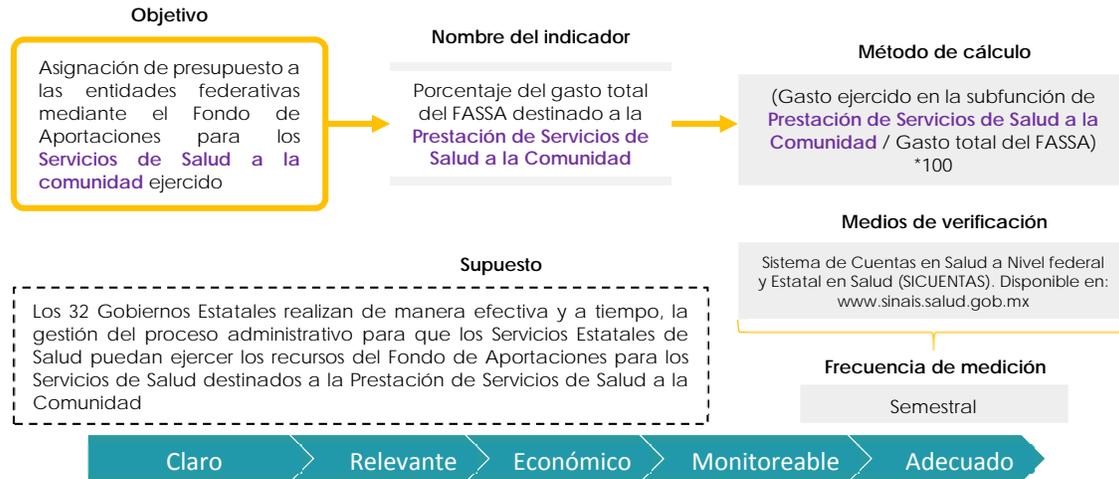


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

Si bien la relación causal es directa entre los primeros tres elementos del indicador, se tiene que el objetivo es “asignar presupuesto a la protección social en salud” y tanto en el nombre del indicador como en el método de cálculo hacen referencia al porcentaje del gasto ejercido en los bienes y servicios de protección social en salud con respecto al gasto total del FASSA. Por lo que sería importante que se unificaran los conceptos para que no se presentaran ambigüedades en la interpretación del indicador y sus resultados.

Por último, la Actividad 2.1 tiene como objetivo la “Asignación de presupuesto a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la comunidad ejercido”, y se mide con el “Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad”. En la figura siguiente se muestra esto:

**Figura 2.4.2.6 Análisis de la lógica horizontal de la Actividad 2.1 del FASSA**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El indicador es consistente con el objetivo ya que pretende medir el gasto de los servicios de salud a la comunidad (FASSA-C), los cuales incluyen campañas para la promoción y prevención de la salud, el fomento a la salud pública, entre otros. Asimismo, el método de cálculo y la frecuencia de medición son consistentes. Aunque presenta la misma ambigüedad del indicador anterior.

Se puede concluir que los indicadores del FASSA 2016 son consistentes a nivel estratégico y con ambigüedades a nivel de gestión, por lo que la SSyBS del Estado de Colima tendría que cumplir con el seguimiento que se da mediante el PASH, y medir los resultados de los programas que operan con el Fondo. Este es el caso de la MIR establecida a nivel estatal, que se enfoca en los servicios de salud a la Comunidad, donde se plasman la mayoría de los programas ofertados; situación que es técnicamente incorrecta, ya que un programa no puede estar compuesto de otros programas, por lo que se sugiere que se desarrolle el marco lógico que responda a las necesidades en materia de salud.

## 2.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros fondos (programas) federales

El objetivo de este subapartado es identificar otros fondos o programas que podrían funcionar en dos sentidos con el fondo evaluado:

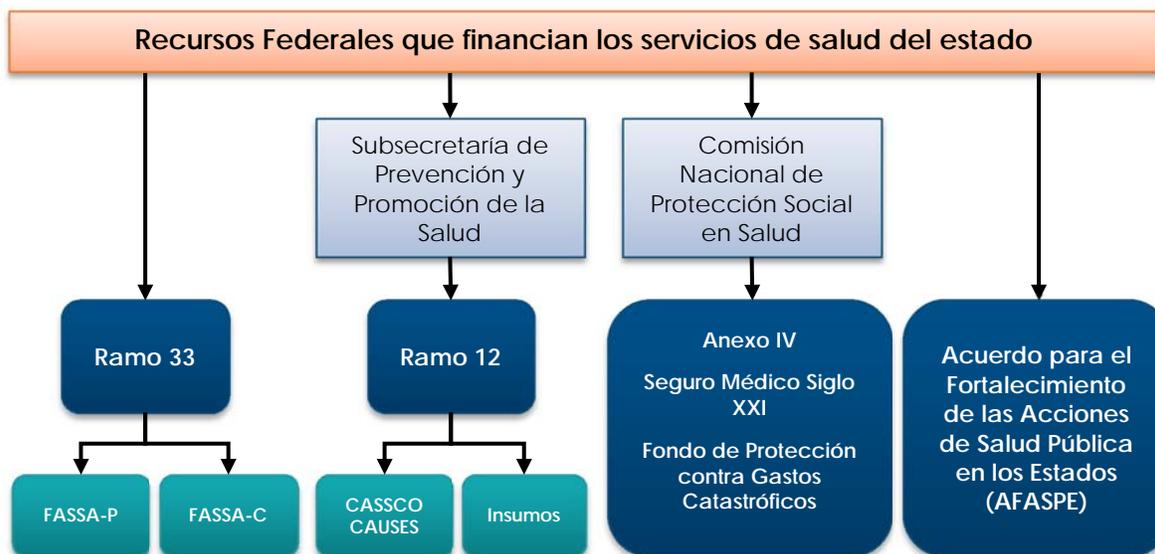
- a) Complementariedad: el fondo puede realizar una función que permita el uso de recursos provenientes de otros programas o servicios con los que se puede potenciar el impacto social.
- b) Coincidencias: los operadores de un fondo tendrían que realizar, de acuerdo con las normas establecidas, una planeación que contemple una revisión de los fondos que aporten apoyos similares para, de ese modo, evitar al máximo posibles sesgos de inclusión o exclusión.

En este sentido, en este último subapartado del diseño del fondo se abordará a partir de las coincidencias que el FASSA tiene con otros fondos federales en materia de salud. Asimismo, para las complementariedades se tomarán en cuenta los servicios de salud otorgados por otras instancias que no sean los Servicios Estatales de Salud.

En primer lugar, se analizarán las coincidencias, empezando con el "ACUERDO Marco de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Colima", el cual tiene por objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general. (DOF, 2013) De este acuerdo se desprende el "Convenio específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas", que busca definir las bases y mecanismos generales para ministrar los recursos presupuestarios federales otorgados por el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE).

En la figura siguiente se muestran las distintas fuentes de financiamiento federales del Sistema de Salud de Colima, según dicho convenio.

Figura 2.5.1 Coincidencias del FASSA con otros fondos federales o convenios



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el Convenio específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, Colima 2016.

Como se puede ver, el Ramo 33, que es donde se desprende el FASSA, tiene coincidencias con el Ramo 12, el Anexo IV, el Seguro Médico Siglo XXI, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE).

El AFASPE otorga recursos federales a 36 Programas de Acción Específicos, los cuales también reciben financiamiento de los otros fondos federales. (2016) Estos 36 programas son relevantes, ya que dentro de ellos se cubren la prevención y la promoción de la salud. Entre estos programas se encuentra el de Salud Materna y Perinatal, el cual complementa los objetivos planteados en la MIR FASSA, ya que los indicadores contenidos en la MIR específica del programa contribuyen al cumplimiento los indicadores de nivel estratégico de la MIR del fondo.

Ejemplo de esto es el indicador "Número de consultas prenatales de primera vez otorgadas en el primer trimestre gestacional, en la Secretaría de Salud", porque por medio del control y monitoreo prenatal se pueden detectar a tiempo las condiciones que pueden desencadenar en una muerte materna.

Otra coincidencia de recursos financieros es el Ramo 12, el cual es ministrado por la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Por medio de este Ramo, se otorgan

recursos para el Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad (CASSCO), que se enfoca en la prevención; y el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que se orienta a la atención.

Por otro lado, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), cuenta con tres fuentes de financiamiento coincidentes al FASSA. La primera es el Anexo IV, el cual se desglosa en la Programación de Recursos de Salud Pública para Prevención con Oportunidad (PRORESPPO), el Apoyo federal insumos y Consulta Segura (CONSEG).

La segunda fuente de financiamiento de la CNPSS es el Seguro Médico Siglo XXI, el cual es un apoyo federal para presupuesto e insumos que se centra en la atención a menores de 5 años. Por último, se tiene al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el cual es un apoyo federal para insumos y pruebas de laboratorio para la población que no puede cubrir los gastos derivados de una enfermedad crónico-degenerativa.

Cabe señalar que en el Convenio se mencionan otras fuentes de recursos financieros, como es la Aportación Estatal, Oportunidades (actualmente IMSS-Prospera) y "Otra". Sin embargo, en el apéndice del convenio no se reflejan montos que pertenezcan a dichas fuentes de financiamiento.

Asimismo, las fuentes de financiamiento de los servicios de salud también pueden proceder de las contribuciones de los empleadores y de los trabajadores, en el caso de la población que cuenta con seguridad social; o bien, de los individuos que aportan o pagan por el servicio de salud.

Respecto a las complementariedades, al tratarse de un servicio de salud, se complementa con todos los demás establecimientos que ofertan estos servicios, ya sean públicos o privados.

En el sector público, se complementa con las clínicas y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (MARINA). Estos establecimientos prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, así como a sus familiares.

Respecto a la población sin seguridad social, el Seguro Popular le ofrece seguridad social a la mayoría de esta a cambio de aportaciones proporcionales a su nivel de ingreso económico, y así este sector de la

población se puede atender en los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud, que también son los que financia el FASSA. Asimismo, el programa IMSS-Prospera también presta servicios de salud a la población sin derechohabiencia.

Por otro lado, en el sector privado de la prestación de servicios de salud se encuentran todos los hospitales y clínicas privadas, y las personas que se atienden ahí son las que tienen la capacidad de pagar por esos servicios.

Para concluir, se aprecia que el fondo tiene coincidencias con otros fondos u otras fuentes de financiamiento dirigidos a los servicios de salud, como son el Ramo 12, el Seguro Médico Siglo XXI, el Anexo IV y el AFASPE. Por esto, se recomienda considerar a las otras fuentes de financiamiento en el proceso de planeación para que así la SSyBS pueda ejercer eficientemente estos recursos. En cuanto a las complementariedades, el FASSA se complementa a través de la prestación de servicios de salud por otras instituciones, ya sean del sector público, que cubre a la población con seguridad social, así como las del sector privado, que cubren a la población que puede pagar por el servicio.

### 3. Planeación y orientación a resultados

#### 3.1 Instrumentos de planeación

En este apartado es importante mencionar que no se cuenta con instrumentos de planeación, como serían un plan estratégico o de trabajo anual, ya que la Secretaría de Salud y Bienestar Social argumenta que “No es un programa específico, sino un fondo que asigna presupuesto a los programas de salud para atender a la población”.

En este sentido, la SSyBS entregó como evidencia un Programa Anual de Trabajo de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, de la Subsecretaría de Administración y Finanzas. Este documento es un resumen por Actividad Institucional Estatal, donde se hace una relación del monto que se le otorga a cada programa de la SSyBS. Con esto se refleja que si hay una planeación presupuestaria en la cual se distribuyen los recursos del FASSA que se le otorgan al Estado.

Asimismo, al ser un fondo de aportaciones federales, se consideraron como instrumentos de planeación, en primer lugar, las leyes que determinan el actuar de la Secretaría de Salud y Bienestar Social en torno al fondo. En segundo lugar, se toma en cuenta la MIR FASSA federal que permite medir el avance de logros del fondo; así como la MIR estatal, que como se mencionó anteriormente, se enfoca en los servicios de salud a la Comunidad.

Así, el primer punto tiene su origen en la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), como se profundizó en el primer apartado, que establece los lineamientos del FASSA en los artículos 29, 30 y 31. En el artículo 29, como se mencionó previamente, se señala que “[...] los Estados y el Distrito Federal recibirán los recursos económicos que los apoyen para ejercer las atribuciones que en los términos de los artículos 3o., 13 y 18 de la Ley General de Salud les competan.” (Art. 29, 2018)

Respecto al artículo 30 de la LCF, se determina el monto de los recursos del FASSA con el fin “[...] de **promover la equidad en los servicios de salud** [...]” (Negritas propias, Art. 30, Fracc. IV, 2018)

En el artículo 31 se desarrolla la fórmula por la cual se asignará el presupuesto del FASSA para cada estado. Esta se da a conocer anualmente por la Secretaría de Salud por medio del Diario Oficial de la Federación. (Art. 31, 2018)

Ahora bien, los artículos 3, 13 y 18 de la Ley General de Salud (2017) que menciona la LCF, como se desarrolló previamente, son los que establecen las atribuciones y las materias de salubridad general que le competen a las entidades federativas.

Por otro lado, en el artículo 5° de la Ley de Salud del Estado de Colima (2014), se señalan las materias en las que la Secretaría de Salud y Bienestar Social debe interceder, entre las que destacan:

- I.- “Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de:
  - a). - Atención médica en sus formas preventiva, curativa y de rehabilitación, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
  - b). - Salud reproductiva, de atención a la salud del niño y de atención a la salud del adulto y adulto mayor”. (2014)

También se debe de considerar el Programa Sectorial de Salud nacional y estatal como planes estratégicos a mediano plazo ya que, como se ha mencionado previamente, tienen vinculación con los objetivos de los indicadores estratégicos del fondo. Estos son instrumentos de planeación que trascienden a la periodicidad anual de la planeación presupuestaria del fondo.

En cuanto al segundo punto, la dependencia señala la MIR del FASSA como instrumento de planeación: “La MIR 2016 contiene los indicadores con los que se pueden medir los resultados del Fin y Propósito [...]”. Como ya se mencionó antes, esta MIR es adoptada por el Estado a partir de la federación, lo cual es pertinente a nivel estratégico, pero no a nivel de gestión debido a que los indicadores que se tienen no le competen al Estado de Colima.

El objetivo del Fin es “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad

Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna”; mientras que el objetivo del Propósito es “La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud”. A través de estos dos indicadores se establecen los resultados que se esperan alcanzar, los cuales se analizarán más adelante.

Por otro lado, se tiene la MIR “Prestación de los servicios de salud a la comunidad”, disponible en el Presupuesto de egresos 2016, la cual tiene como objetivo del Fin “Contribuir el mejoramiento integral de las condiciones de vida de los colimenses a través de un sistema de salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional.”

El objetivo del Propósito es “Los habitantes del Estado de Colima reciben servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional.” Al igual que con los indicadores de la MIR del FASSA federal, por medio de estos indicadores se pueden medir los resultados y metas que se tenían proyectadas. Esto se analizará en el “Anexo. Análisis de los indicadores del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)”, de la presente evaluación.

Si bien, la dependencia argumenta que al ser un fondo no se cuenta con instrumentos de planeación específicos como si fuera un programa, se cuenta con el marco normativo por medio del cual opera el FASSA. Asimismo, se cuenta con los parámetros de los Programas Sectoriales de Salud nacional y estatal, los cuales son instrumentos de planeación estratégica a mediano plazo. También el fondo cuenta con dos MIR por medio de las cuales se pueden medir los resultados y avances esperados.

### 3.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación

Para este subapartado la dependencia señala que no se cuenta con evaluaciones externas anteriores sobre el fondo. Sin embargo, se tienen tres evaluaciones al desempeño del FASSA realizadas por el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado (OSAFIG), para los ejercicios fiscales 2013, 2014 y 2015.

Estas evaluaciones tienen como objetivo “Verificar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de los programas, políticas públicas, así como el desempeño de las instituciones [...]”. (2014) Si bien las evaluaciones tienen recomendaciones, no se encuentra evidencia de Aspectos Susceptibles de Mejora. A continuación, se muestran las recomendaciones al desempeño que se realizaron a los programas financiados con el fondo.

En 2013 se recomendó a la entidad que “implemente las acciones necesarias para obtener registros estadísticos necesarios para alimentar los indicadores faltantes y mejorar la conformación de los Marcos Lógicos.” (2014, pág. 43)

Por otro lado, en la Evaluación del 2014 se recomendó que se realizaran:

“[...] las acciones necesarias para que se revisen y se efectúen las adecuaciones a la matriz de indicadores de resultados del programa Urgencias Epidemiológica, ya que no fue posible medir sus resultados, para verificar el cumplimiento de los objetivos del programa mencionado.” (2015, pág. 28)

En esta misma evaluación se recomienda al Estado que realice acciones para “cumplir los objetivos y metas establecidos en la matriz de indicadores de resultados de los programas de Cesáreas, Neonatal y PASIA, ya que el resultado obtenido en esta evaluación no fue favorable.” (2015, pág. 28)

Por último, en la Evaluación de desempeño del FASSA, 2015, realizada por el OSAFIG, se recomienda a la SSyBS revisar y adecuar “[...] la matriz de indicadores de resultados del programa *Comunidades Saludables y Vigilancia Epidemiológica*, ya que no fue posible medir sus resultados, para

verificar el cumplimiento de los objetivos de los programas mencionados.” (2017, pág. 39)

También se recomienda en esta evaluación que se realicen:

“[...] acciones necesarias para cumplir los objetivos y metas establecidos en la matriz de indicadores de resultados de los programas de *Cáncer Uterino, Cáncer de Mama, PASIA, Salud Materna Perinatal* y *Cólera* ya que el resultado obtenido en esta evaluación no fue favorable.” (2017, pág. 39)

Se puede deducir que la recomendación que se realizó en el 2014 respecto a los programas de Neonatal (o Salud Materna Perinatal) y PASIA, no tuvo el efecto deseado puesto que para el año 2015 se recomendó lo mismo. Respecto a las demás recomendaciones no se tiene evidencia de que éstas se hayan seguido.

Por otro lado, se sugiere que se realice una evaluación externa de percepción de los usuarios en torno al sistema de salud, haciendo énfasis en los programas con mayor presupuesto del FASSA o de gran relevancia social, y de esa forma se identifiquen las áreas donde es pertinente que la dependencia tome medidas que coadyuven con el mejoramiento de los servicios de salud.

Asimismo, se recomienda que se les siga dando seguimiento a los indicadores del Sistema de Formato Único registrados en el PASH (MIR FASSA) y que se desarrollen los programas presupuestarios necesarios en materia de salud, mediante la Metodología del Marco Lógico, para así conocer los avances y logros de los programas que se operan con recursos del fondo.

Como se puede observar existen recomendaciones hechas al FASSA en distintos niveles, por lo que es importante, a partir de los resultados obtenidos, retomar las sugerencias y que sean tomadas en cuenta por la secretaría para mejorar el desempeño de la operación del fondo. Asimismo, sería importante atender a las sugerencias de evaluaciones externas, ya que, en el caso de la evaluación externa de percepción de los usuarios, por medio de ella se podría mejorar la calidad de los servicios estatales de salud.

### 3.3. De la generación de información

En este subapartado se analizó el proceso de generación de información a través de las herramientas que dispone la Secretaría de Salud y Bienestar Social.

En primer lugar, la SSyBS en su Reglamento interior de los Servicios de Salud, artículo 3, establece que tiene dentro de sus funciones:

- IX. “Integrar un acervo de información y documentación que facilite a las autoridades e instituciones competentes, la investigación, estudio y análisis de ramas y aspectos específicos en materia de salud;” (2011)

Sin embargo, la dependencia señala que el fondo no puede “determinar la información solicitada debido a que no se tiene un registro nominal de los usuarios”. Esto haciendo referencia a la caracterización socioeconómica de los usuarios de los servicios de salud.

No obstante, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (1986), se hace referencia a que “[...] el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socio-económico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaría de la zona correspondiente”. (Art. 7, fracc. VII, 1986) Esto con el fin de definir a la población de escasos recursos.

Por otro lado, la SSyBS también señala que no se recolecta información respecto a la contribución del fondo a los objetivos del Programa Sectorial de Salud. Sin embargo, a través del avance de los indicadores estratégicos (Fin y Propósito) de la MIR del fondo, se puede medir la contribución de la Secretaría. Esto se hace por medio del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH). En este portal, de acuerdo con la dependencia, “se informa el destino y resultado de los recursos federales que fueron transferidos a la entidad”. Esto se sistematiza por medio del Sistema de Formato Único, el cual se actualiza trimestralmente.

Asimismo, el avance de los indicadores se puede conocer gracias a los Cubos dinámicos, que es un servicio de consulta dinámica de información

de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información. Los cubos son:

“[...] un repositorio o almacén de datos integrados orientados a una materia, que varían con el tiempo y que no son transitorios los cuales soportan el proceso de toma de decisiones de una administración. Un cubo permite la consulta interactiva de grandes volúmenes de datos de una manera rápida.” (2016, pág. 13)

Esta herramienta es donde se difunde la información que se recopila mensualmente por medio del Sistema de Información en Salud, el cual se basa en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 035-SSA3-2012 “En materia de información en salud”. Esta Norma busca:

“[...] establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la Información en Salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud”. (DOF, 2012)

Como se mencionó previamente, la SSyBS tiene el deber de generar, integrar y entregar la Información en Salud, y una de las formas en que lo hace es recolectando datos de los usuarios:

8.2.6 “Los integrantes del SNS<sup>8</sup> deben generar la información básica de sus afiliados y la relacionada con la vigencia de derechos y enviar información solamente de aquellos afiliados cuya CURP<sup>9</sup> se encuentre validada por RENAPO<sup>10</sup>. [...]” (DOF, 2012)

En el siguiente apartado se ahondará en este tema de la información que el Sistema de Información en Salud recopila.

---

<sup>8</sup> Sistema Nacional de Salud.

<sup>9</sup> Clave Única de Registro de Población.

<sup>10</sup> Registro Nacional de Población.

Por todo lo anterior se concluye que la SSyBS tiene la obligación de generar información en materia de salud. Esto responde también a las Normas Oficiales que existen en esta materia, las cuales establecen los criterios para poder generar y sistematizar la información en salud. Además, se cuentan con indicadores que recolectan información de la contribución del FASSA a las metas nacionales, los cuales se reflejan en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda. Sin embargo, se tienen inconsistencias en la información presentada para los resultados del ejercicio fiscal a evaluar, por lo que se recomienda mejorar la sistematización de la información para así cumplir con los lineamientos establecidos en esta materia.

## 4. Cobertura y focalización

### 4.1. Análisis de cobertura

El FASSA tiene una “Cobertura estatal”, ya que financia los programas de salud para cubrir las necesidades de la población que no tiene seguridad social. Empero, toda persona que acuda a los Servicios Estatales de Salud tiene que recibir atención sin hacer distinción de su situación social.

Además, como parte de las atribuciones de la SSyBS, se lleva un registro de los usuarios de los SESA, tal como se establece en el artículo 3, fracción XIII, del Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado: “Operar y actualizar el Sistema de Información en Salud para Población Abierta [...]”. (2011)

En la NOM-035 “En materia de información en salud”, se especifica, entre otras cosas, cómo se conforma el Padrón General de Salud (PGS), el cual tiene como objetivo:

“Identificar a la población afiliada mediante un registro único por CURP, concentrar en un único repositorio la información básica de los afiliados y el estado de su vigencia de derechos, así como contar con un padrón que permita obtener de manera confiable y oportuna información del número de afiliados de salud que existen por institución, del número de afiliados que están o han estado en una o más instituciones de salud y la convergencia de afiliados vigentes por institución.” (DOF, 2012)

Es decir, el PGS es un sistema de datos personales donde se detalla la derechohabiencia de la población, la vigencia de la afiliación y la información histórica en estos temas. (DOF, 2012)

La información generada debe observar los aspectos de confidencialidad y reserva que señalan las disposiciones jurídicas<sup>11</sup> en la materia de transparencia y protección de datos personales.

Por otro lado, a partir de los programas que financia el fondo se puede conocer la cobertura. De acuerdo con la Secretaría de Salud y Bienestar Social, los cinco programas con mayor financiamiento son “Atención médica de segundo nivel”, “Impulsar la promoción de la salud”, “Administración”, “Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud (atención médica)” y “Atención médica de primer nivel”.

Para el programa “Atención médica de segundo nivel”, se tiene la siguiente información:

<b>Cuadro 4.1.1 Servicios otorgados en Unidades de Hospitalización 2016</b>		
<b>Unidad de Hospitalización</b>	<b>Tipo de servicio</b>	
	<b>Consultas</b>	<b>Días de Hospitalización por paciente</b>
Hospital Regional Universitario	59,206	29,614
Instituto Estatal de Cancerología	14,683	1,250
Hospital General Ixtlahuacán	19,881	14,889
Hospital General Tecomán	20,485	12,260
Hospital General de Manzanillo	24,568	13,762
<b>Total</b>	<b>138,823</b>	<b>71,775</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud.

La cobertura del programa de Atención médica de segundo nivel es la población que recibió consulta en una Unidad de Hospitalización, es decir, 688,271 personas. Se puede apreciar que el hospital donde se realizaron más consultas fue en el Hospital Regional Universitario teniendo un porcentaje del 42.6%, mientras que donde se tuvo un menor número de consultas fue en el Instituto Estatal de Cancerología.

<sup>11</sup> Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; y Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Otra forma de medir la cobertura es por medio de los Días de Hospitalización por hospital, que en este caso fueron 71,775 días en total, siendo el Hospital Regional Universitario el que contó con más días de hospitalización, con 29,614 días. Asimismo, en los Cubos dinámicos se muestra que en el Estado de Colima se cuentan con 2,554 camas de hospitalización.

Para el programa “Atención médica de primer nivel”, se tomará como referencia el número de consultas que se tuvieron:

<b>Cuadro 4.1.2 Consultas otorgadas en primer nivel por Jurisdicción sanitaria, Colima 2016</b>		
<b>Jurisdicción sanitaria</b>	<b>Tipo Unidad</b>	
	<b>Unidad de Consulta Externa</b>	<b>Establecimiento de Apoyo</b>
Colima	243,253	
Tecomán	201,004	
Manzanillo	102,631	2,560
<b>Total</b>	<b>546,888</b>	<b>2,560</b>
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO con base en los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud.		

Como se observa, en la Jurisdicción sanitaria donde se otorgan un mayor número de consultas es en la de Colima, mientras que en la de Manzanillo es donde se tiene un menor número de consultas. Sin embargo, en esta jurisdicción se tiene un Establecimiento de apoyo, donde se otorgaron 2,560 consultas en el 2016. En total, se concedieron 549,448 consultas en estas unidades de primer nivel de atención médica.

Por otro lado, para el programa “Impulsar la promoción de la salud”, de acuerdo con los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud, se tiene que hubo un total de 154,609 acciones de promoción de la salud. Estas 154,609 acciones son de las variables “Promotores y brigadistas juveniles de salud sexual y reproductiva”, “Promoción de la salud escolar (Preescolar, Primaria, Secundaria, Medio Superior)”, y “Promoción de la salud y determinantes sociales”.

Para el programa “Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud (atención médica)”, se cuenta con la información disponible en “Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública” (2016), donde, entre otras cosas, se detallan los gastos corrientes del FASSA. Una de las partidas es la “253 Medicinas y productos farmacéuticos”, para la cual se destinó un monto de \$26,509,601.32, que representa el 2.1% del monto modificado del fondo.

Por último, se encontró información pública con respecto al gasto que el Estado hace para la población sin seguridad social, como se muestra en la siguiente tabla:

<b>Cuadro 4.1.3 Gasto de Colima en población sin seguridad social 2015</b>			
<b>Gasto federal Ramo 33</b>	<b>Gasto población sin seguridad social</b>	<b>Población no asegurada</b>	<b>Gasto en población sin seguridad social (% del gasto público en salud)</b>
\$ 1,216,394.42	\$ 1,760,905.52	316,625	45.91
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO con base en los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud.			

Como se puede observar, el Estado de Colima invierte el 45.91% del gasto público en la población sin seguridad, es decir, lo que se tiene que gastar para que las personas sin derechohabencia pueda acceder a los servicios estatales de salud. Asimismo, el 69% de este gasto es del Ramo 33, de donde proviene el FASSA, lo cual muestra que la mayor parte de los recursos para esta población son de este gasto federal.

En conclusión, a pesar de ser un fondo y no un programa, hay herramientas para analizar la sistematización de la información de las personas que se atienden con recursos del FASSA. Sin embargo, es importante que se cuente y diferencie la población potencial, objetivo y atendida por cada tipo de servicio ofertado para que se pueda conocer por programa la cobertura de cada uno.

## 5. Operación

### 5.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable

Como el FASSA no es un programa, no se cuenta con reglas de operación (ROP), ni se puede tener un diagrama de flujo que abarque toda la operación de los SESA. Sin embargo, la SSyBS cuenta con un cronograma por medio del cual se da cumplimiento al proceso de planeación del fondo.

En este se describen las etapas de captura de información para el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS). La primera es de Planeación, luego sigue la Programación y la Presupuestación del FASSA. A partir de esto la SHCP comunica los "Techos presupuestales" del FASSA para cada ejercicio fiscal.

En cuanto a la solicitud de servicio por parte de los usuarios, queda sistematizada por medio del Sistema de Información en Salud, el cual se basa en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 035-SSA3-2012 "En materia de información en salud". En esta Norma se especifica cómo se conforma el Padrón General de Salud (PGS), el cual es un sistema de datos personales donde se detalla la derechohabiencia de la población, la vigencia de la afiliación y la información histórica en estos temas. (DOF, 2012) Esta información se actualiza mensualmente.

Por otro lado, no hay una selección de usuarios porque, al ser un servicio de salud, este tiene que ser para toda la población del Estado. Sin embargo, el uso del fondo se determina a través de la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley General de Salud, como ya se mencionó previamente.

La Ley de Coordinación Fiscal especifica los artículos de la Ley General de Salud para los cuales se debe enfocar el uso del fondo, entre los cuales destacan "La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables" y "La Protección Social en Salud". (2017) En esta Ley General se menciona que el total de los recursos del FASSA se divide en dos: FASSA-C y FASSA-P.

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad tiene entre sus atributos generales que los recursos sean para "acciones de

impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica" (Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud, 2014) Por otro lado, el FASSA-P se concentra en "los servicios de salud a la persona se componen de los servicios esenciales". (2014)

Los recursos ejercidos del fondo se monitorean por medio de los indicadores que se reportan en el PASH, así como por medio del Sistema de Formato Único de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Por medio de estos mecanismos se reporta la información referente del uso y destino de los recursos del FASSA.

Respecto a los tipos de apoyos, estos se traducen en servicios otorgados por los programas que se ejecutan con el presupuesto del FASSA, los cuales se ven regulados en las Normas Oficiales Mexicanas y en el Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima. Estos a su vez determinan cómo será la ejecución de las acciones que se realizan mediante los recursos del FASSA.

En este caso, se tomaron en cuenta los cinco programas con mayor financiamiento son "Atención médica de segundo nivel", "Impulsar la promoción de la salud", "Administración", "Mejorar el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud (atención médica)" y "Atención médica de primer nivel", de acuerdo con la Secretaría de Salud y Bienestar Social.

La "Atención médica de segundo nivel", se regula por medio del Reglamento interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima. En el artículo 40 se desarrollan las facultades y obligaciones de los hospitales generales del Estado, entre ellas se encuentra:

- I. "Organizar y proporcionar la atención médica a la población en general en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así como urgencias, consulta externa de segundo nivel, hospitalización, otras especialidades y sub-especialidades que la disponibilidad de recursos e infraestructura lo permitan;" (2011)

Asimismo, la prestación de servicios de salud, tanto en primer como en segundo nivel, se ve regulada por el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica en México. Este es concentrado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), el cual es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud adscrito a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. El Catálogo conjunta las Guías de Práctica Clínica (GPC) que regulan a las instituciones públicas de salud del país. (Organización Panamericana de la Salud)

Estas Guías de Práctica Clínica buscan ser un referente nacional homologado:

“[...] que beneficie a la comunidad en general y ayude al profesional de la salud en la toma de decisiones clínicas, por lo que se actualizan de manera programada a partir de los 3 años y hasta los 5 posteriores a su publicación en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, o bien, antes si existe nueva evidencia que determine su renovación.” (CENETEC)

Actualmente, existen 422 GPC, las cuales se dividen en cuatro categorías: enfermedades, enfermería, procedimientos en medicina y procedimientos de atención. Estas guías proporcionan criterios básicos que cada establecimiento de salud debe de cumplir.

Por otro lado, en cuanto al programa “Administración”, se tiene un proceso certificado por medio del ISO 9001:2008, el cual cuenta con el alcance de: Trámites y Servicios, Autorización, Resolución Administrativa, Verificación Sanitaria, Dictamen Sanitario. Sin embargo, no se cuenta con más información respecto al proceso.

Si bien no se tienen reglas de operación para el fondo, existen lineamientos que regulan los procesos del FASSA, como es el caso de la Ley General de Salud y su respectivo Reglamento en materia de protección social en salud. En este mismo sentido, hay lineamientos claros que homologan los procedimientos que se llevan a cabo en los servicios de salud a nivel nacional.

## 5.2. Mejora y simplificación regulatoria

La Secretaría de Salud y Bienestar Social menciona que no se han realizado cambios sustantivos en el documento normativo en los últimos tres años. Sin embargo, se han hecho reformas a las leyes que regulan el fondo.

En primer lugar, la Ley de Coordinación Fiscal tuvo una reforma al artículo 31 en el 2013. Este artículo trata de la distribución de los recursos del FASSA, los cuales se asignan por medio de una fórmula y se dan a conocer por la Secretaría de Salud anualmente. (Ley de Coordinación Fiscal, 2018)

Por otro lado, la Ley General de Salud modificó el capítulo referente al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad en el 2014. El artículo en cuestión es el 77 bis 20, el cual adicionó que los recursos del FASSA-C serán ejercidos bajo los términos que se dispongan en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y por la Secretaría de Salud. (Ley General de Salud, 2017)

En este mismo sentido, en el Reglamento mencionado se modificó la fracción I, del artículo 91 en el 2014. En esta, se establece que el monto de los recursos será determinado por la Secretaría de Salud, con previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Por su parte, la SSyBS menciona que no se detectan problemas para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras, ya que estas se realizan en tiempo y forma.

En conclusión, estas tres reformas a las leyes y el reglamento van encaminadas a una mejor gestión de los recursos, por parte de la Secretaría de Salud, para que el FASSA pueda ejercerse eficientemente. Por ello, es importante considerarlas como parte del proceso de simplificación regulatoria. Por otro lado, el que no se detecten problemas en la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras, refleja una buena gestión por parte de la SSyBS.

### 5.3. Eficiencia y economía operativa del fondo (programa)

En este subapartado se identifican y cuantifican los gastos en los que incurre para generar los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

- a. **Gastos en operación:** se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000);
- b. **Gastos en mantenimiento:** requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000,3000 y/o 4000;
- c. **Gastos en capital:** son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej. terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias); y
- d. **Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida (Gastos totales = Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Para el año 2016, el Estado de Colima tuvo una asignación presupuestal total de **\$1,227,389,000** provenientes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (H. Congreso del Estado, 2016). Mientras que para el año anterior la asignación fue de **\$1, 172, 573,908**, teniendo un aumento de **\$54, 815,092** para el año evaluado.

A continuación, se presenta información desagregada sobre la distribución de los recursos en cuanto al tipo de concepto (gastos de operación, de mantenimiento y de capital):

Cuadro 5.3.1. Clasificación del Gasto FASSA, Colima 2016	
Capítulo	FASSA
1000. Servicios personales	\$ 1,097,141,065.90
2000. Materiales y Suministros	\$ 80,106,358.09
3000. Servicios generales	\$ 27,052,175.04
4000. Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras ayudas	\$ 22,181,417.64
5000. Bienes Muebles e Inmuebles	\$ 908,247.33
6000. Obras públicas	\$ -
<b>Total</b>	<b>\$ 1,227,389,264.00</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a lo declarado por la dependencia en el Anexo 14 "Gastos desglosados del programa".

Como se puede observar, el **89.4%** de los recursos se focalizaron hacia el capítulo de servicios personales, es decir, a un gasto directo, en este caso el pago de los trabajadores de los servicios de salud del Estado. El **6.5%** de los recursos se centraron en la adquisición de materiales y suministros, que se traduce en materiales médicos y medicinas. Por otro lado, el **2.2%** se destinó a los servicios generales; y finalmente, para los gastos relacionados al capital, que es la adquisición de bienes muebles e inmuebles, se utilizó el **0.1%** de los recursos.

Es importante mencionar que no se dispone con la información de la distribución del presupuesto FASSA desagregada por capítulo para el monto modificado, que es de **\$1,250,251,559.90**. Esto es importante ya que hay una diferencia de **\$22, 862,294.90** del presupuesto que no se tiene evidencia en que se gastó. Asimismo, al distribuirse los recursos del fondo en 87 programas no se tiene evidencia del gasto desglosado por capítulo para cada uno de éstos.

En conclusión, en la distribución de los recursos por tipo de concepto se focalizaron el 89.4% de los recursos hacia el capítulo de servicios personales, es decir, el pago de los trabajadores de los servicios de salud del Estado. Esto coincide con lo que se menciona en el capítulo de antecedentes del FASSA, ya que del total del presupuesto del fondo se destina mayor cantidad de recursos a cinco programas, de los cuales dos son de atención médica (en primer y segundo nivel), y uno de administración.

Asimismo, al no tener evidencia del gasto desglosado por capítulo del monto modificado, se recomienda tener mecanismos adecuados que posibiliten mayor transparencia en cuanto a los gastos que se tienen, y con ello tener una mejor planeación operativa en cuanto a los recursos del fondo.

#### 5.4. Sistematización de la información

La Secretaría de Salud y Bienestar Social señala al “Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud como fuente de obtención de cifras”. Este sistema es una herramienta que garantiza el intercambio de información y el análisis de esta, en materia de salud a nivel nacional.

Este se complementa con el Sistema de Información en Salud, el cual se basa en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 035-SSA3-2012 “En materia de información en salud”. (2012) Ambos se coordinan bajo los lineamientos de la NOM-024-SSA3-2012, “Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud”. (DOF, 2012)

El Sistema de Información en Salud, por medio de la NOM 035, busca:

“[...] establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la Información en Salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud.” (DOF, 2012)

Asimismo, en esta norma se especifica la calidad de la información que se recolecta por medio del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

El SINAIS se alimenta de otros subsistemas, como son el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH); el Sistema de Nacimientos (SINAC); Sistema Nacional de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura en Salud (SINERHIAS); Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) e información de proyecciones y cobertura proporcionada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). (SSA, Estadísticas) Esta información se actualiza mensualmente y se puede consultar en los Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud.

Por otro lado, la Secretaría de Salud cuenta con un “Manual de Procesos. Sistema de Información en Salud. Prestación de Servicios 2015”, con el cual mantienen informado al personal de salud para que puedan involucrarse de la forma adecuada en el proceso de sistematización de la salud.

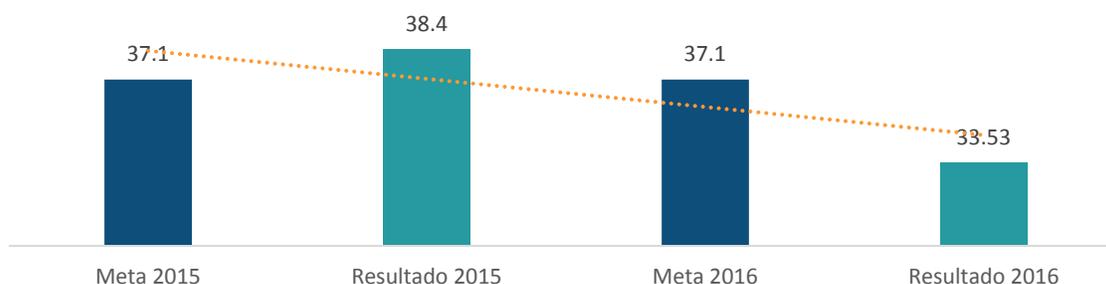
Como se puede apreciar, hay lineamientos establecidos para que se pueda sistematizar la información, por medio de aplicaciones informáticas, que se genera a través de los programas que operan con el financiamiento del FASSA. Asimismo, hay herramientas para que el personal de salud se informe y actualice constantemente en el uso de estas aplicaciones de información en salud. Empero, a pesar de contar con todas estas herramientas, hay inconsistencias en la sistematización de la información de los resultados del fondo, por lo que se recomienda seguir los lineamientos establecidos para mejorar la sistematización de la información.

## 5.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos

En este subapartado se analizó el avance de los indicadores de la MIR respecto a sus metas, por medio de lo reportado en el PASH, en los Anexos 6 y 15 contestados por la dependencia, y las fichas técnicas de los indicadores.

En primer lugar, para todos los indicadores se tienen metas y resultados de 2015 y 2016, por lo que al análisis se hará conforme a ello. En la gráfica siguiente se muestran los resultados del Fin "Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social":

**Gráfica 5.5.1 Resultados del indicador del Fin "Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social", de la MIR del FASSA**

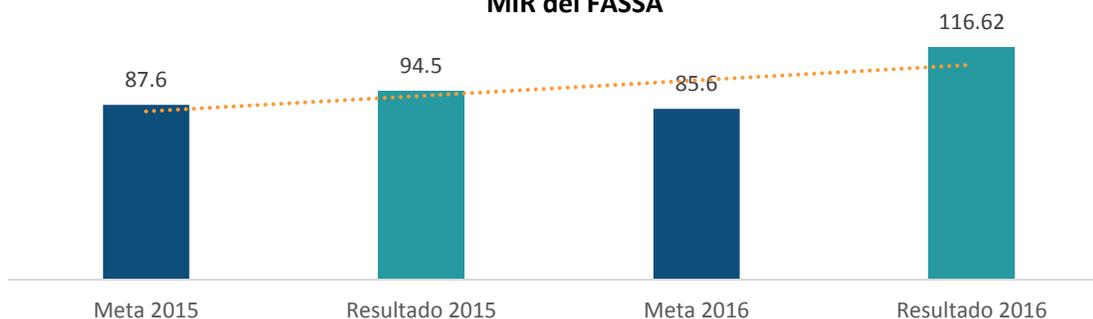


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a la Ficha técnica del indicador del Fin FASSA, el Anexo 6 "Metas del programa" y el Anexo 15 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas".

Colima tiene una RMM baja en los últimos años. En cuanto al año evaluado, se tuvo como resultado un porcentaje menor a la meta en 3.57%, esto puede deberse a que se registraron un menor número de muertes maternas a las estimadas, y considerando que el comportamiento del indicador es descendente, el resultado es positivo.

En cuanto al Propósito "Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico", se muestra la gráfica siguiente:

**Gráfica 5.5.2 Resultados del indicador del Propósito "Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico", de la MIR del FASSA**

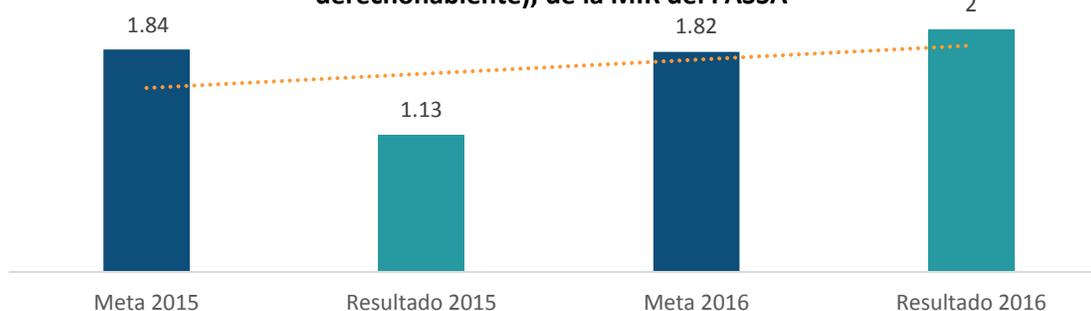


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a la Ficha técnica del indicador del Fin FASSA, el Anexo 6 "Metas del programa" y el Anexo 15 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas".

Se puede observar que las metas tienen una tendencia descendente, sin embargo, para el año a evaluar el resultado superó la meta por 31.02 puntos porcentuales. Por ello, se puede decir que hubo más nacimientos de los esperados, lo cual significa que fueron atendidas todas las mujeres sin derechohabencia que lo requirieron.

En cuanto al Componente 1 "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)", se muestra la gráfica siguiente:

**Gráfica 5.5.3 Resultados del indicador del Componente 1 "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente), de la MIR del FASSA**



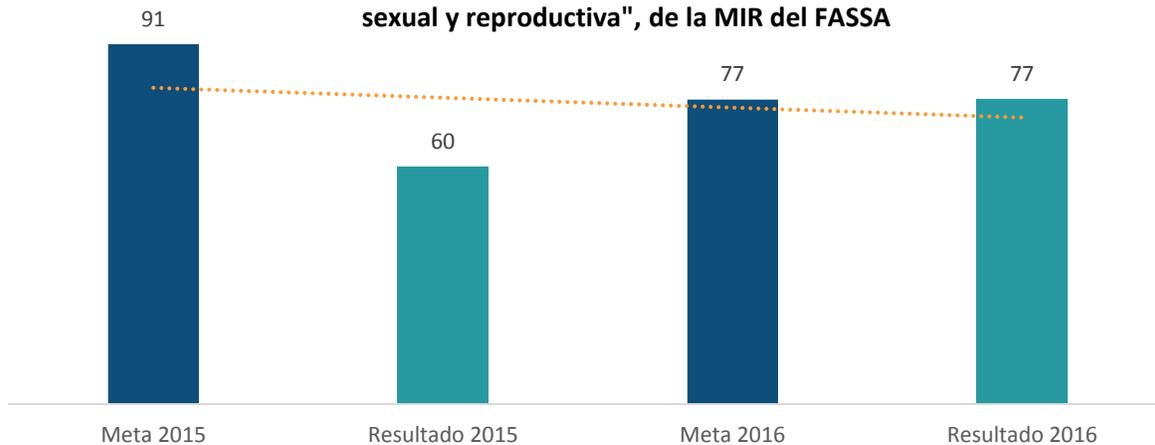
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a la Ficha técnica del indicador del Fin FASSA, el Anexo 6 "Metas del programa" y el Anexo 15 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas".

El resultado para 2015 fue menor 0.71 puntos porcentuales de lo proyectado. Sin embargo, el resultado del año a evaluar fue de 0.69 puntos porcentuales por encima del año anterior, quedando al 91% de avance de la meta.

Además, Colima se encuentra por arriba de la media nacional, lo cual contribuye con el mejoramiento de los servicios que se dan en salud ya que entre más especialistas se tengan la atención se dará de mejor forma.

Sobre el Componente 2 “Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva” se muestra la gráfica siguiente:

**Gráfica 5.5.4 Resultados del indicador del Componente 2 "Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva", de la MIR del FASSA**



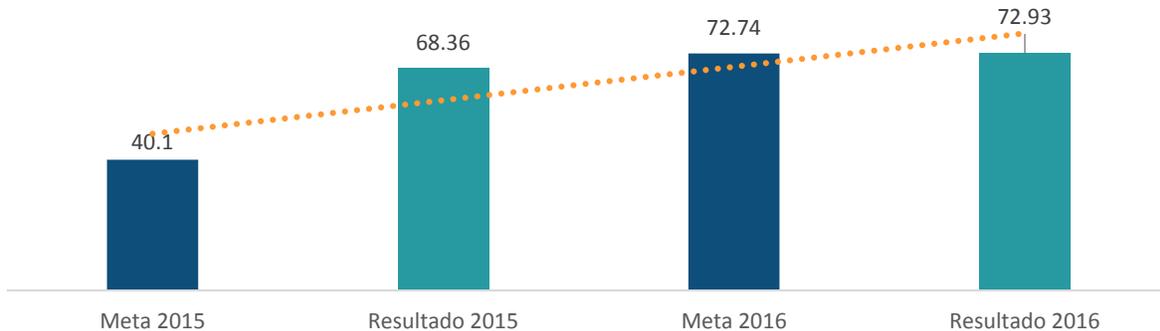
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a la Ficha técnica del indicador del Fin FASSA, el Anexo 6 “Metas del programa” y el Anexo 15 “Avance de los Indicadores respecto de sus metas”.

Es importante mencionar que las estructuras programáticas homologadas del FASSA incluyen la planificación familiar y anticoncepción; cáncer de la mujer; salud perinatal; igualdad y atención a la violencia de género; mortalidad materna y atención obstétrica y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Ahora bien, en cuanto al indicador, se puede observar que la meta ha ido decreciendo. No obstante, los resultados reflejan que hubo un aumento de estructuras programáticas homologadas de 17 puntos porcentuales entre el 2015 y el 2016, alcanzando así la meta del 2016. Sin embargo, se tiene que en 2013 y 2014 el resultado fue del 100%; por lo que se sugiere que para los siguientes años dentro de los planes de trabajo se retome la estrategia llevada a cabo en ese periodo.

Para la Actividad 1 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud" se muestra la gráfica siguiente:

**Gráfica 5.5.5 Resultados del indicador de la Actividad 1 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud", de la MIR del FASSA**

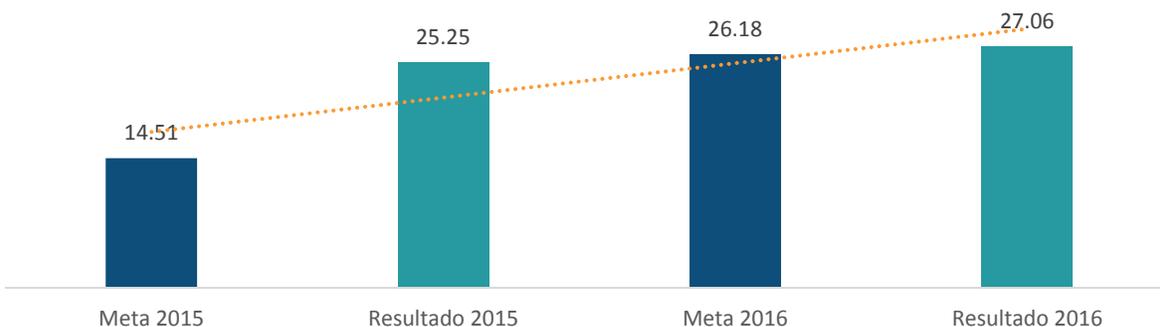


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a la Ficha técnica del indicador del Fin FASSA, el Anexo 6 "Metas del programa" y el Anexo 15 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas".

El resultado que se tuvo en el 2015, superó la meta para dicho año por 28.26 puntos porcentuales. Del 2015 al 2016 se tuvo un resultado del crecimiento de 4.57 puntos porcentuales, teniendo así un alza significativa respecto a los años anteriores. Lo cual demuestra que en la asignación de los recursos del fondo, en el año evaluado fue mayor.

Por último, para la Actividad 2 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad", se muestra la gráfica siguiente:

**Gráfica 5.5.6 Resultados del indicador de la Actividad 2 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad", de la MIR del FASSA**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base a la Ficha técnica del indicador del Fin FASSA, el Anexo 6 “Metas del programa” y el Anexo 15 “Avance de los Indicadores respecto de sus metas”.

Es importante mencionar que los servicios de salud a la comunidad incluyen campañas para la promoción y prevención de salud y el fomento de la salud pública como la vigilancia epidemiológica, salud ambiental, control de vectores y regulación sanitaria. En ese sentido la asignación de recursos en este rubro cobra importancia.

Se puede decir que cada vez se le ha destinado un mayor presupuesto al FASSA-C, tal como se puede ver en la relación meta-resultado del 2015, con la meta 2016. Respecto al avance del año a evaluar, se tuvo un aumento de 0.88 puntos porcentuales del gasto para la prestación de servicios de salud a la comunidad.

A modo de conclusión, se aprecia que todos los resultados han superado las metas del 2016, lo cual demuestra una buena planeación de la Secretaría de Salud y Bienestar Social; así como un interés por garantizar el acceso a la salud para toda la población del Estado, en específico para aquellos que no cuentan con seguridad social.

## 5.6. Rendición de cuentas y transparencia

La Secretaría de Salud y Bienestar Social es un sujeto obligado a transparentar y permitir el acceso a la información, por lo que debe de “publicar y mantener actualizada la información relativa a las obligaciones de transparencia”. (Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 2015)

En este sentido, en la página de transparencia de la Secretaría de Salud y Bienestar Social<sup>12</sup>, se puede encontrar información respecto al FASSA, entre la que se encuentra el presupuesto de egresos del fondo. Esta información está al alcance de 3 clics, lo cual indica que es de fácil acceso para la población que cuente con acceso al internet.

También se puede encontrar un documento donde vienen las metas de los indicadores de la MIR que se reportan en el PASH; un documento donde se puede ver el nivel financiero del fondo por trimestre (también de lo que se reporta en el PASH); y un documento donde se desglosan los gastos en personal, todo esto para el ejercicio fiscal a evaluar.

Asimismo, se cuenta con un enlace a la Plataforma Nacional de Transparencia<sup>13</sup> que permite recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información. Esto garantiza el cumplimiento al artículo 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna [...]”, fomentando así que la ciudadanía haga parte de la democratización de las instituciones.

En conclusión, en materia de transparencia, la dependencia hace pública la información respecto al FASSA, lo cual refleja el compromiso de la SSyBS que tiene con la democratización de las instituciones y el fomento que hay para que la ciudadanía pueda acceder fácilmente a la información pública.

---

<sup>12</sup> <http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/>

<sup>13</sup> <http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/inicio>

## 6. Percepción de la población atendida

Si bien no es programa, se puede conocer la percepción de la población atendida del total de los Servicios Estatales de Salud, los cuales reciben financiamiento del FASSA, a través de las quejas o sugerencias que se hagan, y del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

En primer lugar, el uso de quejas y sugerencias queda establecido en la Ley General de Salud, en el Capítulo IV "Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad", en los artículos 51 Bis 3 y 58.

El artículo 51 Bis 3 trata de las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, y que estas deben de ser atendidas y resueltas. Por otro lado, el artículo 58 habla de la participación de la comunidad en los servicios de salud de todos los sectores (público, social y privado). Entre otras cosas, una de las formas en las que pueden partir de la "Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud". (Art. 58, fracc. V, 2017)

Estos dos artículos plasmados en la LGS se ven reflejados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud:

"Artículo 55. Los establecimientos para la atención médica del Sistema, los Regímenes Estatales y, en su caso, la Comisión, responderán, canalizarán y darán seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de servicios y los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley.

Artículo 56. Las preguntas, quejas y sugerencias, presentadas por cualquier medio, serán analizadas en primera instancia por los establecimientos para la atención médica, atendiendo a los principios de celeridad en la respuesta a todas las solicitudes, adoptando la forma escrita cuando así se formulen. Los Regímenes Estatales validarán periódicamente la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud.

Cada instancia deberá establecer mecanismos para determinar la procedencia o improcedencia de las preguntas, quejas y sugerencias presentadas por los beneficiarios, y cuyos plazos de respuesta no deberán exceder tres meses.” (2014)

Esto es posible gracias al Sistema Unificado de Gestión (SUG, antes Modelo de Gestión para la atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones en los establecimientos médicos del Sector Salud-MANDE), el cual tiene como objetivo general:

“Incrementar con transparencia la capacidad resolutoria de los establecimientos de atención médica en lo referente a las solicitudes de atención de los usuarios mediante el Sistema Unificado de Gestión para la tutela de derechos y consolidar la mejora en el establecimiento y la población que atiende.” (2015)

En el “Lineamiento para el uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud”, se puede encontrar información detallada sobre los elementos que se articulan con el SUG para la atención y orientación al usuario; los criterios generales, es decir los procesos del Sistema; y los procesos de gestión de las solicitudes de atención en el SUG. Asimismo, se incluye un capítulo de Mejora continua, con el cual se busca que las inconformidades sean atendidas y se realicen acciones correctivas y preventivas.

Por otro lado, se puede medir la satisfacción de los usuarios mediante el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), el cual es operado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud. Este sistema es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud a nivel nacional. El INDICAS tiene como principal objetivo:

“Contar con un sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de la calidad técnica, **calidad percibida** y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).” (Negritas propias, SSA)

Esto se logra mediante dos sistemas: el local y el web. En el sistema local es donde se realizan encuestas a los usuarios y familiares para conocer la satisfacción que tienen respecto al trato que se brinda en los servicios de salud, que es la forma en la que se puede conocer la “calidad percibida” de los servicios de salud. Asimismo, en el sistema local se registra la información que nutre el sistema web nacional, para que ésta sea analizada y evaluada. De esta forma, se pueden conocer los procesos de las unidades médicas, y por medio de esta información, de ser necesario, se pueden implementar acciones de mejora.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados, para el tercer trimestre del 2016, respecto al Trato digno en primer y segundo nivel de atención médica del Sistema INDICAS:

<b>Cuadro 6.1 Indicadores del Índice de Trato digno en primer y segundo nivel de atención en salud del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, Colima y Nacional, durante el tercer cuatrimestre del año 2016</b>			
<b>Nivel de atención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Resultado Colima</b>	<b>Resultado Nacional</b>
<b>Primer</b>	Satisfacción por la Oportunidad en la Atención	97.6	94.4
	Satisfacción por la información proporcionada por el médico	98.9	98.7
	Satisfacción por el surtimiento de medicamentos	95.3	87.9
	Satisfacción por el trato recibido	98.7	97.3
	<b>Índice Trato Digno en Primer Nivel</b>	<b>97.9</b>	<b>95.5</b>
<b>Segundo (Urgencias)</b>	Satisfacción por la Oportunidad en la Atención	87.6	85.6
	Satisfacción por la información proporcionada por el médico	96.8	94.6
	Satisfacción por el trato recibido	97.1	91.4
	<b>Índice Trato Digno en Segundo Nivel Urgencias</b>	<b>95.1</b>	<b>91.7</b>
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO con base en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.			

Se puede observar que Colima tiene un índice de Trato digno en primer nivel de salud superior al nacional, lo que refleja que el grado de satisfacción de los usuarios que asisten a consulta externa. La muestra en la que se basa esta información fue de 28,650 encuestas realizadas a nivel estatal. (SSA)

Respecto al Trato digno en segundo nivel, urgencias, se tuvo una muestra de 1,290 encuestas (SSA), con las cuales se puede apreciar que la satisfacción de los usuarios respecto al servicio de urgencias en Colima también es mayor que la satisfacción a nivel nacional.

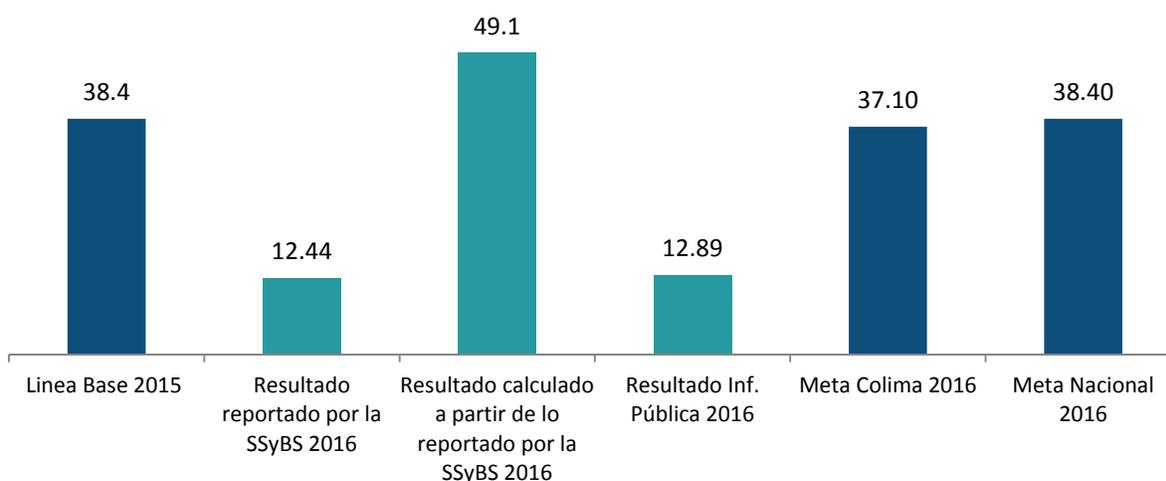
En conclusión, existen mecanismos para conocer la percepción de la población atendida respecto a los servicios de salud, y que, si bien no se tiene el registro de satisfacción de la población específica que atiende el FASSA, se da seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones que la población atendida por los servicios estatales de salud pueda llegar a tener. Además, se puede conocer la calidad percibida por los usuarios por medio del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.

## 7. Medición de resultados

Para este último apartado, se analizaron los metadatos de los indicadores de la MIR FASSA Federal que proporcionó la Secretaría de Salud y Bienestar Social (SSyBS). Para esto, se cuenta con información pública para los 6 indicadores.

En primer lugar, para el ejercicio fiscal evaluado se tienen distintos datos respecto a la **Razón de Mortalidad Materna**, como a continuación se muestra:

**Gráfica 7.1 Resultados del indicador del Fin "Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social", para el año 2016**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social y Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud, Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2016.

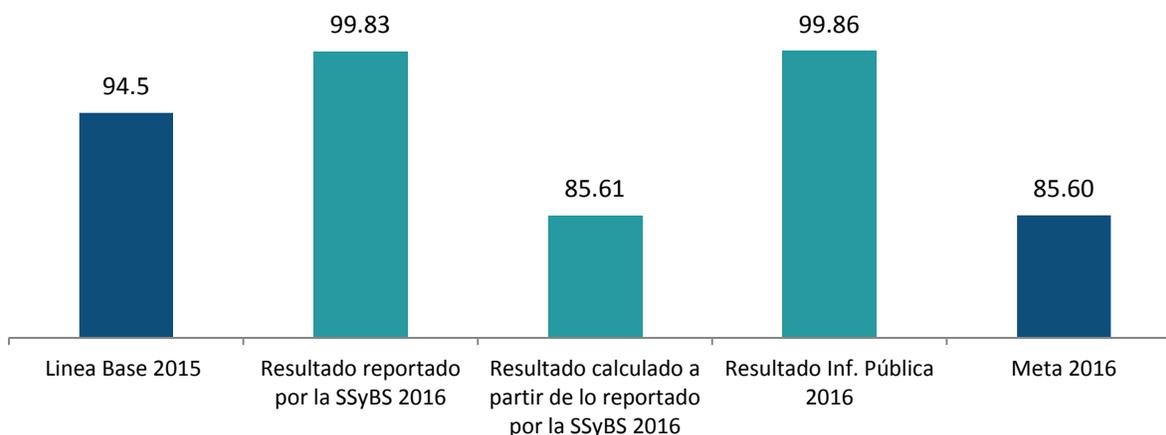
Se observa que hubo una disminución de la Razón de muerte materna en dos de las fuentes de información que se tienen. Si bien en la información proporcionada por la dependencia se reportó como resultado 12.44 muertes maternas, al hacer el cálculo con la información por variable, da un resultado mucho mayor. Es decir, hubo una razón de 49.1 muertes maternas de mujeres sin seguridad social, lo cual supera tanto la meta estatal como la nacional. Esto se debe a que reportaron 4 muertes maternas en lugar de 1, como se puede comprobar en los Cubos dinámicos.

De acuerdo con la información pública, se tuvo un resultado de 12.89 muertes maternas por cada 100,000 mujeres sin seguridad social. Esto demuestra que menos mujeres murieron en labor de parto, lo cual refleja un mejor monitoreo de los signos de preeclampsia y otras condiciones que pueden desencadenar un deceso. Es de destacar que este resultado está muy por debajo de la meta nacional, lo cual refleja la calidad de los servicios de salud de Colima.

No obstante, estos datos tienen algunas diferencias, esto puede deberse a falta de coordinación entre las diferentes áreas involucradas en proporcionar los resultados del indicador. Ante esto, se sugiere mejorar los mecanismos de sistematización de la información para que estas inconsistencias no afecten la medición de los resultados del indicador.

Asimismo, el indicador del **Propósito "Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico"**, cuenta con diversas fuentes para los resultados, como se puede ver en la gráfica siguiente:

**Gráfica 7.2 Resultados del indicador del Propósito "Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico", para el año 2016**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social y Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud, Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2016.

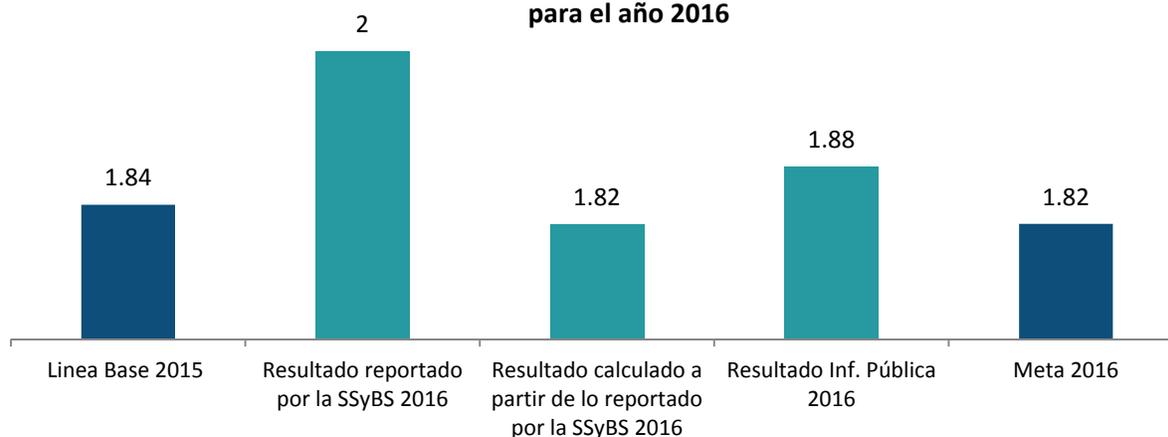
Los resultados del año a evaluar superan la meta estatal. Esto quiere decir que casi el total de nacidos vivos de madres sin seguridad social fueron atendidas por personal médico en Colima. No obstante, al realizar el cálculo

a partir de lo reportado por la SSyBS, se tiene un resultado menor que el resultado reportado por la dependencia y el obtenido a partir de la información pública. Es decir, se presentaron menos nacimientos de los esperados.

Por otro lado, la meta 2016 está por debajo de la línea base, lo cual podría indicar que no se planeaba cubrir el total de nacimientos con personal médico calificado. Sin embargo, se observa que el resultado calculado a partir de los Cubos dinámicos supera la meta por aproximadamente 14.14 puntos porcentuales. Por ello, es importante tener un mejor control sobre los sistemas de información.

Por su parte, el indicador del **Componente 1, "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)"**, cuenta con los siguientes resultados:

**Gráfica 7.3 Resultados del indicador del Componente 1 "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)", para el año 2016**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social y Cubos dinámicos de la Dirección de General de información en Salud. Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO y Dirección de información en salud (DGIS). Base de datos de Recursos de Salud y Servicios Estatales de Salud 2001-2016.

Como se puede apreciar, la meta estatal fue superada tanto por el resultado de la SSyBS, como por la información pública. Esto es importante porque quiere decir que hay suficientes doctores para atender a la población sin derechohabencia en el Estado.

Sin embargo, al calcular el indicador a partir de las variables reportadas por la dependencia, el resultado obtenido fue menor que el reportado, así como menor que el de la información pública. Esto se debe a que la SSyBS reportó menos médicos generales y especialistas (585) de los que se retoman de la Dirección de información en salud (605). Por este motivo, se sugiere mejorar los sistemas de información para que las inconsistencias no afecten los resultados de la dependencia.

A continuación, se muestra la información disponible para el **Componente 2 "Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva"**:

**Gráfica 7.4 Resultados del indicador del Componente 2 "Porcentaje de Estructuras programáticas homologadas con acciones de salud materna, sexual y reproductiva", para el año 2016**

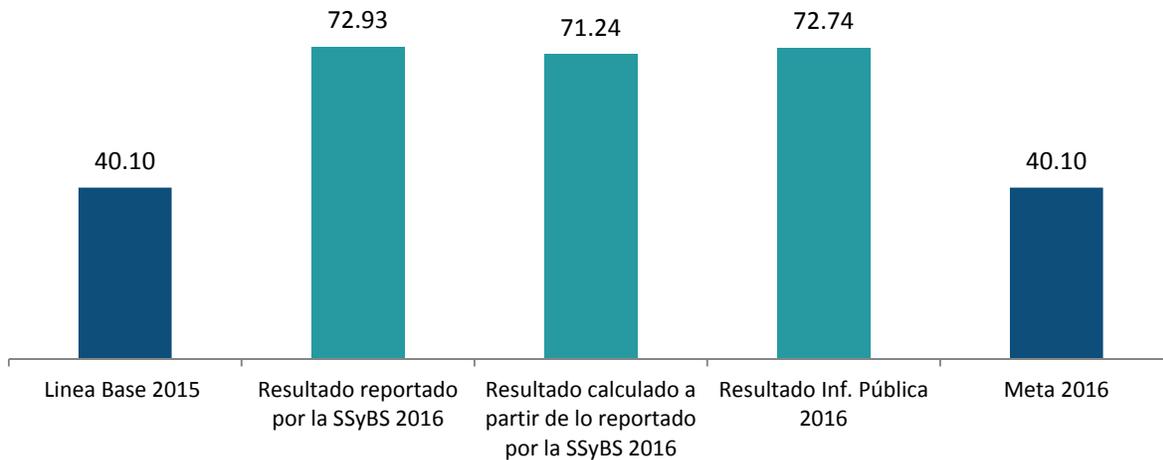


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social y Transparencia presupuestaria, Observatorio del gasto con datos de la base de datos del Estado de Colima con respecto al Gasto Federalizado (Indicadores) FASSA 2016, "Informe Definitivo".

El resultado del indicador cumplió con la meta establecida tanto en lo reportado por la SSyBS, como en la información pública. Esto quiere decir que se homologaron las estructuras programáticas que se tenían programadas para el ejercicio fiscal a evaluar, lo que demuestra el interés de la dependencia por promover de manera transversal, acciones a favor de la salud materna, sexual y reproductiva, lo que llama la atención es que se planeó estar por debajo del resultado del año 2015.

Por su parte, el indicador de la **Actividad 1 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud"**, tuvo los siguientes resultados:

**Gráfica 7.5 Resultados del indicador de la Actividad 1 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de protección social en salud", para el año 2016**

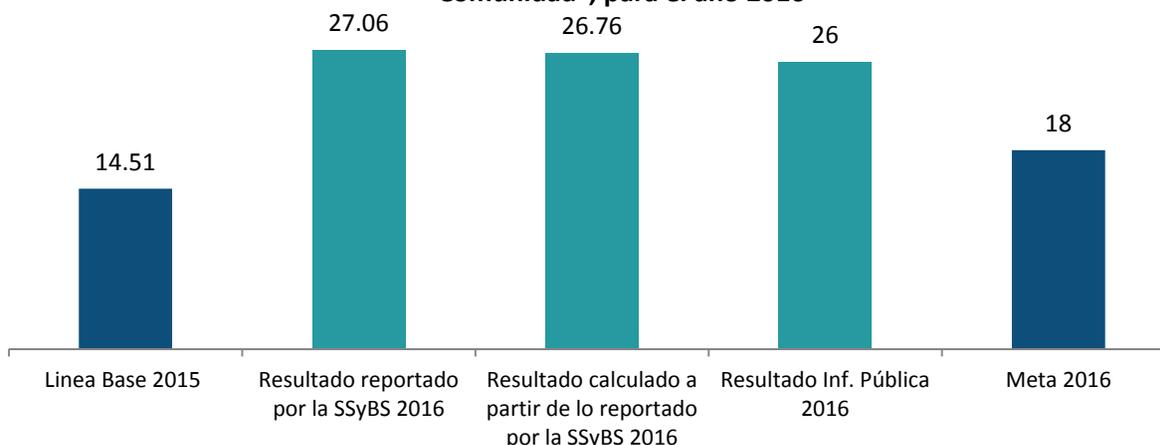


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social y Transparencia presupuestaria, Observatorio del gasto con datos de la base de datos del Estado de Colima con respecto al Gasto Federalizado (Indicadores) FASSA 2016, "Informe Definitivo".

Este indicador refleja lo destinado al FASSA-P, y a pesar de que el resultado calculado es menor que lo reportado y que lo disponible en la información pública, la diferencia es de 1.5 puntos porcentuales, lo que representa \$12,837.30. Esto quiere decir que lo que se destina a la protección social en salud a la persona, es casi tres cuartas partes de los recursos destinados del FASSA al Estado.

Por último, la Actividad 2 tiene como indicador el **"Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad"**, y a continuación se muestran sus resultados:

**Gráfica 7.6 Resultados del indicador de la Actividad 2 "Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad", para el año 2016**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social y Transparencia presupuestaria, Observatorio del gasto con datos de la base de datos del Estado de Colima con respecto al Gasto Federalizado (Indicadores) FASSA 2016, "Informe Definitivo".

Se puede observar que se superó la meta propuesta tanto con el resultado brindado por la SSyBS, como con el resultado de información pública. Sin embargo, al calcular el indicador con la información de las variables proporcionadas por la dependencia, se nota que hay una diferencia de 0.3 puntos porcentuales, lo que representa \$97.60. No obstante, en los tres resultados se observa que se le otorgó un mayor presupuesto al FASSA-C que lo que se tenía como meta.

Estos resultados demuestran una adecuada planeación y acciones por parte de la Secretaría de Salud y Bienestar Social por disminuir la brecha de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, los datos difieren respecto a las fuentes lo que provoca opacidad en dichos resultados.

Por otro lado, se tiene evidencia de tres evaluaciones de desempeño al FASSA del OSAFIG, sin embargo, no cuentan con datos comparables con los establecidos en la MIR FASSA. La información disponible en estas evaluaciones es respecto al programa "Arranque parejo en la vida" (Cesáreas y Neonatal), y "Salud Materna y Perinatal" (Cesáreas y Neonatal). Estos datos son analizados en la Evaluación de Consistencia y Resultados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud \*Programa Salud Materna y Perinatal, para el ejercicio fiscal 2017.

A nivel nacional se cuenta con el Informe de avance de metas de los indicadores del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud 2014, (2015) en el que se muestran las metas y resultados a nivel nacional de la que en ese entonces era la MIR FASSA.

En primer lugar, para el indicador de Razón de Mortalidad Materna en mujeres sin seguridad social, la meta nacional 2014 fue de 42.61, mientras que la de Colima fue de 25. El resultado que se tuvo en promedio a nivel nacional fue de 40.60, y el de Colima fue de 23, de acuerdo con lo reportado en el PASH.<sup>14</sup> Este resultado posiciona al Estado como uno de los que tienen una menor razón de mortalidad materna, lo cual es de destacar ya que es un síntoma del buen funcionamiento del sistema de salud estatal.

Por otro lado, el indicador de Propósito a nivel nacional tuvo una meta de 95.9%, obteniendo un resultado promedio para el 2014 de 95.4%. En cambio, la meta de Colima fue de 99.8% y se tuvo un resultado de 99.80%,<sup>14</sup> lo cual indica que se logró el cumplimiento de la meta proyectada.

En conclusión, los resultados del año fiscal a evaluar demuestran que el sistema de salud de Colima está por encima de los estándares nacionales, ya que tiene una de las razones de mortalidad materna más bajas del país. Asimismo, al comparar los resultados a nivel nacional para el ejercicio fiscal 2014, se muestra que ha habido un avance en la disminución de la razón de mortalidad materna en mujeres sin seguridad social, y un aumento de embarazadas sin seguridad social atendida por el personal médico estatal. Por ello, se puede decir que el manejo de los recursos del FASSA para Colima han sido acertados y por lo tanto han repercutido en mejores resultados en salud.

---

<sup>14</sup> [http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/2014/Reporte\\_FASSA\\_2014\\_Avances\\_Indicadores.pdf](http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/2014/Reporte_FASSA_2014_Avances_Indicadores.pdf)

## 8. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES
Se cuenta con información estadística para focalizar los recursos en los programas que responden a los objetivos del fondo.	Se recomienda el uso de la información disponible para la toma de decisiones en beneficio de los colimenses.
Hay un contexto normativo de donde parte el fondo, y por medio del cual lo ejecuta el Estado de Colima.	Se recomienda mantener la operación bajo los requerimientos normativos.
El Sistema de Salud de Colima cuenta con coincidencias con otras fuentes de financiamiento para poder brindar la prestación de servicios de salud.	Se recomienda fortalecer la gestión en los casos que el recurso lo requiera y apegarse a los lineamientos de cada fondo o convenio.
El FASSA se complementa a través de la prestación de servicios de salud con otras instituciones, ya sean públicas o privadas.	Se recomienda establecer convenios de coordinación con las otras instituciones para garantizar el acceso de los servicios de salud de calidad a los colimenses.
El Estado de Colima cumple con el seguimiento de los indicadores del Sistema de Formato Único reportados en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda.	Continuar reportando para dar cumplimiento a lo establecido en la ley.
Se cuenta con lineamientos establecidos para que se pueda sistematizar la información que se genera a través de los programas que operan con el financiamiento del FASSA en el Estado de Colima.	Se recomienda que se sigan los lineamientos establecidos para los sistemas de información en salud.
Las metas de los indicadores de la MIR FASSA federal han sido superadas en el año a evaluar.	Se recomienda continuar con un proceso de planeación oportuno y realizar una valoración sobre la pertinencia de las metas.
Los resultados del año fiscal a evaluar demuestran que el sistema de salud de Colima está por encima de los estándares nacionales.	Se recomienda enfocar las acciones a mantenerse encima de los estándares nacionales, direccionando los esfuerzos a brindar un servicio de calidad y no de cobertura.

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES
El Estado de Colima tiene una de las razones de mortalidad materna más bajas del país.	Se recomienda mantener la estrategia en salud materna y perinatal que se está llevando a cabo, y fortalecer la capacitación al personal médico para seguir reduciendo la razón de mortalidad materna en el Estado.
La dependencia hace pública la información respecto al FASSA en el portal de transparencia de la SSyBS.	Continuar publicando la información del fondo en la página de transparencia de la dependencia.

OPORTUNIDADES	RECOMENDACIONES
Aprovechar que el SPSS quita responsabilidades a la SSyBS, ya que es un órgano público descentralizado el cual limita las atribuciones en cuanto a la operación de este financiamiento.	El proceso de transición tendría que ser paulatino para que ninguno de los sistemas se vea debilitado ante dichas atribuciones.
La SSyBS no identifica evaluaciones externas para medir su desempeño.	Se recomienda realizar evaluaciones externas a los programas operados por el fondo para conocer los avances y logros, atribuibles a la operación eficaz del FASSA, que se tienen en materia de salud.

DEBILIDADES	RECOMENDACIONES
Programáticamente el FASSA no es un programa.	Se recomienda tratar a los fondos como fuentes de financiamiento para la implementación de los programas, por lo que se deberían generar Marco Lógico por programa y no solo del fondo. Se puede utilizar la estructura utilizada por OSAFIG.
El FASSA se opera a través de 87 "programas" (acciones) para brindar los servicios de salud en el Estado.	Identificar cuáles de las 87 acciones son los programas a los que se les podría asignar mayor presupuesto del fondo.
Al adoptar la MIR FASSA federal se atribuyen responsabilidades que no le competen al Estado de Colima.	Se recomienda seguir reportando los avances de los indicadores en el PASH, y que se cuente con programas presupuestarios diferenciados para la operación del fondo.

DEBILIDADES	RECOMENDACIONES
A pesar de que se cuenta con normatividad que obliga a la recolección y sistematización de información en materia de salud, se presentan inconsistencias entre lo reportado y la información pública.	Se recomienda mejorar los mecanismos de sistematización de información.
Aunque se cuenta con sistemas para conocer la percepción de la población atendida, estos se enfocan a criterios polarizados, o bien, se desconoce si la muestra es representativa y el nivel de confianza aceptable para obtener dicha percepción mediante una encuesta.	Se recomienda que se realice una evaluación externa de percepción de los usuarios en torno al sistema de salud.
La MIR "Prestación de servicios de salud a la comunidad" no es identificada por la SSyBS.	Se recomienda que la SSyBS tenga estrecha vinculación con la Secretaría de Planeación y Finanzas para encaminar los esfuerzos en salud hacia el bienestar de la población colimense.

AMENAZAS	RECOMENDACIONES
Que el presupuesto asignado sea ministrado fuera de tiempo, lo que limite la operación de los programas.	Cumplir con los requerimientos de gestión en tiempo y forma.
Que no se cuente con una planeación eficaz de los recursos en materia de salud, ya que ante una emergencia podría provocar una desestabilización en todo el sistema de salud del Estado.	Se recomienda que se cuente con una estrategia previsoras que permita amortiguar alguna situación no contemplada.

## 9. Conclusiones

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud es ejecutado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social, con el fin de brindar servicios de salud a la población que no goza con seguridad social. En el Estado de Colima se retoma una problemática que no le compete solucionar, ya que adoptan el árbol de problemas y de objetivos federales; por lo cual se recomienda elaborar sus propios árboles de problemas y de objetivos para cada uno de los programas que se ejecutan con recursos del fondo, basados en la Metodología del Marco Lógico.

Se identifica la normativa que determina la responsabilidad que tiene la SSyBS de operar los recursos del fondo para los servicios de salud, haciendo énfasis en la población del Estado que no goza de seguridad social. Además, es importante señalar que el FASSA tuvo un cambio importante al distribuirse en dos fondos, a partir de la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud en el 2004. Sin embargo, el efecto que tienen los recursos destinados se ven en la operación de los programas para mejorar las condiciones de acceso a la salud de los habitantes de Colima. Por ello, se recomienda que se tenga programáticamente identificada la diferencia entre fondo y programa, es decir, que se generen los Marcos Lógicos de los programas, y no solo el del fondo. En este sentido, se puede utilizar la estructura utilizada por OSAFIG.

Por otro lado, la dependencia identifica la vinculación que el fondo tiene con las metas nacionales e internacionales. Esto es importante para que se pueda dimensionar la relevancia de las acciones que se realizan por medio de los programas financiados con el fondo, y su contribución a objetivos y metas de política pública superior.

Respecto a la población potencial, objetivo y atendida, la población potencial es la población total del Estado, la población objetivo es la que no tiene derechohabencia, y la atendida la que acudió a consulta a algún centro de salud. Sin embargo, cabe mencionar que la población atendida es más amplia debido a los programas que operan con financiamiento del FASSA, como es el ejemplo del programa "Impulsar la promoción de la salud", que dentro de su población atendida se tiene a toda la población en edad escolar y a la población migrante. Por lo que se recomienda que

las futuras evaluaciones al fondo, se realicen a los programas que presupuestalmente sean representativos y que tengan un impacto en la comunidad.

En cuanto a la MIR, empezando con la lógica vertical, se concluye que en el FASSA hay una relación causal directa entre todos los niveles que lo componen. En su mayoría, los supuestos de los objetivos son consistentes, lo que refleja que sí se consideran factores externos que puedan impedir el logro de los objetivos del fondo. Esto demuestra una planeación eficaz para la gestión del FASSA.

De la lógica horizontal se puede concluir que los indicadores del FASSA 2016 son consistentes a nivel estratégico y con ambigüedades a nivel de gestión, por lo que la SSyBS del Estado de Colima tendría que cumplir con el seguimiento que se da mediante el PASH, y medir los resultados de los programas que operan con el Fondo. Este es el caso de la MIR establecida a nivel estatal, que se enfoca en los servicios de salud a la Comunidad, donde se plasman la mayoría de los programas ofertados; situación que es técnicamente incorrecta, ya que un programa no puede estar compuesto de otros programas, por lo que se sugiere que se desarrolle el marco lógico que responda a las necesidades en materia de salud.

Asimismo, el fondo tiene coincidencias con otros fondos o convenios que financian los servicios estatales de salud, como son el Ramo 12, el Seguro Médico Siglo XXI, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el Anexo IV y el AFASPE. Por otra parte, el FASSA se complementa a través de la prestación de servicios de salud por otras instituciones, ya sean del sector público, que cubre a la población con seguridad social, así como las del sector privado, que cubren a la población que puede pagar por el servicio.

Para la planeación y orientación a resultados, si bien al ser un fondo no se cuentan con instrumentos de planeación específicos como si fuera un programa, se cuenta con el marco normativo por medio del cual opera el FASSA. Asimismo, se cuenta con los parámetros de los Programas Sectoriales de Salud nacional y estatal, los cuales son instrumentos de planeación estratégica a mediano plazo. Además, el fondo cuenta con dos MIR, por medio de las cuales se pueden medir los resultados y avances esperados.

También se tiene evidencia de evaluaciones externas, las cuales emiten recomendaciones en distintos niveles, por lo que es importante, a partir de los resultados obtenidos, retomar las sugerencias y que sean tomadas en cuenta por la secretaría para mejorar el desempeño de la operación del fondo. Asimismo, sería importante atender a las sugerencias de evaluaciones externas, ya que, en el caso de la evaluación externa de percepción de los usuarios, por medio de ella se podría mejorar la calidad de los servicios estatales de salud.

Además, la SSyBS tiene la obligación de generar información en materia de salud. Esto responde también a las Normas Oficiales que existen en esta materia, las cuales establecen los criterios para poder generar y sistematizar la información en salud. Además, se cuentan con indicadores que recolectan información de la contribución del FASSA a las metas nacionales, los cuales se reflejan en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda. Sin embargo, se tienen inconsistencias en la información presentada para los resultados del ejercicio fiscal a evaluar.

En cuanto a la cobertura y focalización, a pesar de ser un fondo y no un programa, hay herramientas para analizar la sistematización de la información de las personas que se atienden con recursos del FASSA. Sin embargo, es importante que se cuente y diferencie la población potencial, objetivo y atendida por cada tipo de servicio ofertado para que se pueda conocer por programa la cobertura de cada uno.

Respecto a la operación, si bien no se tienen reglas de operación para el fondo, existen lineamientos que regulan los procesos del FASSA, como es el caso de la Ley General de Salud y su respectivo Reglamento en materia de protección social en salud. En este mismo sentido, hay lineamientos claros que homologan los procedimientos que se llevan a cabo en los servicios de salud a nivel nacional.

Para el subapartado Mejora y simplificación regulatoria, se han realizado cambios en los documentos normativos en los últimos tres años, ya que se realizaron tres reformas a las leyes y el reglamento van encaminadas a una mejor gestión de los recursos, por parte de la Secretaría de Salud, para que el FASSA pueda ejercerse eficientemente. Por ello, es importante considerarlas como parte del proceso de simplificación regulatoria. Por otro

lado, el que no se detecten problemas en la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras, refleja una buena gestión por parte de la SSyBS.

En la eficiencia y economía operativa del fondo, en la distribución de los recursos por tipo de concepto se focalizaron el 89.4% de los recursos hacia el capítulo de servicios personales, es decir, el pago de los trabajadores de los Servicios de Salud del Estado. Esto coincide con lo que se menciona en el capítulo de antecedentes del FASSA, ya que del total del presupuesto del fondo se destina mayor cantidad de recursos a cuatro programas, de los cuales dos son de atención médica (en primer y segundo nivel), y uno de administración.

Por otro lado, para la sistematización de la información, hay lineamientos establecidos para que se pueda sistematizar la información, por medio de aplicaciones informáticas, que se genera a través de los programas que operan con el financiamiento del FASSA. Asimismo, hay herramientas para que el personal de salud se informe y actualice constantemente en el uso de estas aplicaciones de información en salud. Empero, a pesar de contar con todas estas herramientas, hay inconsistencias en la sistematización de la información de los resultados del fondo.

Para el cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos, se aprecia que todos los resultados han superado las metas del 2016, lo cual demuestra un buen desempeño de las funciones de la Secretaría de Salud y Bienestar Social; así como un interés por garantizar el acceso a la salud para toda la población del Estado, en específico para aquellos que no cuentan con seguridad social.

En materia de transparencia, la dependencia hace pública la información respecto al FASSA, lo cual refleja el compromiso de la SSyBS que tiene con la democratización de las instituciones y el fomento que hay para que la ciudadanía pueda acceder fácilmente a la información pública.

Existen mecanismos para conocer la percepción de la población atendida respecto a los servicios de salud, y que, si bien no se tiene el registro de satisfacción de la población específica que atiende el FASSA, se da seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones que la población atendida por los servicios estatales de salud pueda llegar a tener. Además,

se puede conocer la calidad percibida por los usuarios por medio del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.

Por último, los resultados del año fiscal a evaluar demuestran que el sistema de salud de Colima está por encima de los estándares nacionales, ya que tiene una de las razones de mortalidad materna más bajas del país. Por ello, se puede decir que el manejo de los recursos del FASSA para Colima han sido adecuados y por lo tanto han repercutido en mejores resultados en materia de salud.

## 10. Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (10 de Diciembre de 1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 20 de Febrero de 2018, de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- ASF, A. S. (2011). Tomo 1, Informe Ejecutivo. *Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009*.
- ASF, A. S. (2011). Tomo 5, Gasto Federalizado. *Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009*.
- CEFP, C. d. (2006). Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. En H. C. Legislatura, *Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas 2006*. . México.
- CEFP, C. d. (2016). Gasto Federalizado identificado en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2016. En H. C. Legislatura. México.
- CENETEC. (s.f.). *Guías de Práctica Clínica*. Recuperado el 22 de Marzo de 2018, de Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/>
- Colima, G. d. (2016-2021). *Plan Estatal de Desarrollo* .
- CONEVAL. (30 de Marzo de 2007). *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública*. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval\\_mon/361.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/361.pdf)
- Cordero Muñoz, L. y. (2010). *Salud de la mujer indígena, Intervenciones para reducir la muerte materna*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Dirección de Procesos Legislativos del H. Congreso del Estado de Colima. (1 de Abril de 2017). *Ley de Fiscalización Superior del Estad*. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de <http://www.osaf.gob.mx/marcolegal/LeydeFiscalizacionSuperiordelEstado.pdf>

Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). *Informe de avance de metas de los indicadores del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud 2014*. Secretaría de Salud. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/fassa/fassa\\_2015/avance\\_indicadores\\_2014.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/fassa/fassa_2015/avance_indicadores_2014.pdf)

Dirección General de Información en Salud. (27 de Junio de 2016). *Sistema de análisis dinámico de la información*. Recuperado el 9 de Marzo de 2018, de Manual del Usuario: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Manual\\_de\\_usuario\\_cubos2016.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Manual_de_usuario_cubos2016.pdf)

DOF. (30 de Noviembre de 2012). *NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud*. Recuperado el 11 de Marzo de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012)

DOF. (24 de Agosto de 2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud*. Recuperado el 11 de Marzo de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5280848](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5280848)

DOF. (23 de Abril de 2013). *ACUERDO Marco de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Colima*. Recuperado el 23 de Febrero de 2018, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5296772&fecha=23/04/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5296772&fecha=23/04/2013)

DOF. (17 de Diciembre de 2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud*. Recuperado el 11 de Marzo de 2018, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88537.pdf>

DOF. (30 de Diciembre de 2015). *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH\\_301215.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH_301215.pdf)

- DOF. (29 de Enero de 2016). *DECRETO por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México*. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5424043&fecha=29/01/2016](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5424043&fecha=29/01/2016)
- DOF. (18 de Julio de 2016). *Ley General de Contabilidad Gubernamental*. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de [http://www.amerieiaf.mx/sites/default/files/Contabilidad\\_gubernamental.pdf](http://www.amerieiaf.mx/sites/default/files/Contabilidad_gubernamental.pdf)
- DOF. (27 de Enero de 2017). *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFTAIP\\_270117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFTAIP_270117.pdf)
- Eternod Arámburu, M. (1 de Enero de 2012). *Realidad, datos y espacio*. *Revista internacional de estadística y geografía*. Recuperado el 02 de Marzo de 2018, de Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente: [http://www.inegi.org.mx/rde/RDE\\_05/doctos/rde\\_05\\_art3.pdf](http://www.inegi.org.mx/rde/RDE_05/doctos/rde_05_art3.pdf)
- Frenk Mora, J. y. (2014). Salud y mujer en México. En T. y. Corona Vasquez, *La mujer y la salud en México*. México: CONACYT, Academia Nacional de Medicina, Intersistemas.
- Gobierno de la República. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado el 1 de Febrero de 2018, de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- H. Congreso del Estado. (29 de Febrero de 2016). *Decreto No. 67*. Recuperado el 11 de Marzo de 2018, de Presupuesto de Egresos del Estado de Colima para el ejercicio fiscal 2016: [http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/presupuesto\\_egresos\\_2016.pdf](http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/presupuesto_egresos_2016.pdf)
- INEGI. (2016). *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2016*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_s](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_s)

erv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\_estruc/AEGPEF\_2  
016/702825087357.pdf

*Ley de Coordinación Fiscal.* (2018). Recuperado el 6 de Febrero de 2018, de  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31\\_300118.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31_300118.pdf)

*Ley de Salud del Estado de Colima.* (2014). Recuperado el 8 de Marzo de  
2018, de [www.congresocol.gob.mx/leyes/salud.doc](http://www.congresocol.gob.mx/leyes/salud.doc)

*Ley General de Salud.* (2017). Recuperado el 9 de Febrero de 2018, de  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_171117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_171117.pdf)

Maine, D., Akalin, M., Ward, V., & Kamara, A. (1997). *Diseño y evaluación de  
programas para mortalidad materna.* Nueva York: Centro para la  
población y la salud familiar. Universidad de Columbia. Recuperado  
el 27 de Marzo de 2018, de  
[https://www.mailman.columbia.edu/sites/default/files/pdf/designeva  
lmm-sp.pdf](https://www.mailman.columbia.edu/sites/default/files/pdf/designeva<br/>lmm-sp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Catálogo Maestro de Guías  
de Práctica Clínica en México.* Recuperado el 22 de Marzo de 2018,  
de  
[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=ar  
ticle&id=463:catalogo-maestro-guias-practica-clinica-  
mexico&Itemid=499](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=ar<br/>ticle&id=463:catalogo-maestro-guias-practica-clinica-<br/>mexico&Itemid=499)

Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado. (23  
de Junio de 2014). *Evaluación al Desempeño del Fondo de  
Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).* Recuperado el 9 de  
Marzo de 2018, de  
[http://www.osaf.gob.mx/Resultados\\_2014/Evaluacion/EVAL\\_FASSA\\_2  
014.pdf](http://www.osaf.gob.mx/Resultados_2014/Evaluacion/EVAL_FASSA_2<br/>014.pdf)

Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado. (15  
de diciembre de 2015). *Evaluación al Desempeño del Fondo de  
Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).* Recuperado el 9 de  
Marzo de 2018, de  
[http://www.osaf.gob.mx/Resultados\\_2014/Evaluacion/EVAL\\_FASSA\\_2  
014.pdf](http://www.osaf.gob.mx/Resultados_2014/Evaluacion/EVAL_FASSA_2<br/>014.pdf)

Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado. (25 de Enero de 2017). *Evaluación al Desempeño del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)*. Recuperado el 9 de Marzo de 2018, de [http://www.osaf.gob.mx/Resultados\\_2015/Evaluacion/EVAL\\_FASSA\\_2015.pdf](http://www.osaf.gob.mx/Resultados_2015/Evaluacion/EVAL_FASSA_2015.pdf)

*Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021*. (2016). Recuperado el 22 de Febrero de 2018, de <http://www.colima-estado.gob.mx/2016/index.php/portal/detalle/NjQ5OQ==>

*Programa Sectorial de Salud del Estado de Colima 2016-2021*. (2016). Recuperado el 19 de Febrero de 2018, de [http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/ProgramaSectorialSalud\\_20162021.pdf](http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/ProgramaSectorialSalud_20162021.pdf)

*Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. (29 de Abril de 1986). Recuperado el 16 de Marzo de 2018, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>

*Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. (17 de Diciembre de 2014). Recuperado el 16 de Marzo de 2018, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4125.pdf>

*Reglamento interior de los Servicios de Salud del estado de Colima*. (12 de Febrero de 2011). Recuperado el 12 de Marzo de 2018, de <http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/Reglamento-Interior-Servicios-Salud-Estado-de-Colima.pdf>

Secretaría de Salud. (3 de Julio de 2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Recuperado el 1 de Febrero de 2018, de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial\\_salud.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf)

Secretaría de Salud. (6 de Julio de 2015). *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)*. Recuperado el 22 de Enero de 2018, de

Dirección General de Evaluación del Desempeño:  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

Secretaría de Salud. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de Diagnóstico general de la salud poblacional:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)

Secretaría de Salud. (2016). *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf)

Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2015). *Diagnóstico en Salud*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de [http://www.saludcolima.gob.mx/anuario2014/DiagnosticoSalud\\_2015.pdf](http://www.saludcolima.gob.mx/anuario2014/DiagnosticoSalud_2015.pdf)

Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2017). *Anuario Estadístico 2017*. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de Principales Causas de Morbilidad por Grupo de Edad e Institución 2016 Estatal:  
[http://www.saludcolima.gob.mx/anuario2017/morbilidad/PrincipalesCausasDeMorbilidad\\_Estatal\\_2016.pdf](http://www.saludcolima.gob.mx/anuario2017/morbilidad/PrincipalesCausasDeMorbilidad_Estatal_2016.pdf)

Secretaría de Salud y Estado Libre y Soberano de Colima. (1 de Enero de 2016). *Convenio específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas*. Obtenido de Colima.

SHCP. (2016). *Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*.

SSA. (s.f.). *Estadísticas*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de Dirección General de Información en Salud:  
[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas_gobmx.html)

SSA. (s.f.). *Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud*. Recuperado el 23 de Abril de 2018, de <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>

SSA. (s.f.). *Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud*. Recuperado el 23 de Abril de 2018, de <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>

SSA, S. d. (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México: SSA, Seguro Popular.

Vázquez Morales, V. y. (2016). La Salud Materna como Indicador de Inequidad en Salud Pública . *Journal of Negative & No Positive Results*, Vol. 1(Núm. 3), 115-122.