



Instituto Nacional de Administración Pública, A. C.

El ejercicio y control del gasto federal a través de los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) en seis programas de salud de los ejercicios 2009 al 2012.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PRESENTA:

LIC. MARTHA GUADALUPE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESINA:

MTRO. SERGIO SANDOVAL MATURANO

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

Por permitirme vivir tan hermosas etapas de la vida.

A mis Padres,

Por enseñarme y forjarme el carácter,

la tenacidad, la disciplina y el amor.

A mi hijo,

Por ser el motor de mi vida.

A mis hermanos y hermana,

Por ser parte esencial de mí ser.

A mis compañeros y compañeras de estudio,

Gracias por la aventura tan grande y satisfactoria.

A Rebeca Hernández Muñoz

Por creer siempre en mí.

Maestro Sergio Sandoval Maturano

Por su gran paciencia y compartir su sabiduría.

Índice.

Introducción.

Capítulo I. Marco Metodológico y Conceptual.

1.1 Estado, Gobierno y Administración Pública.

1.2 Organización Administrativa:

a) Competencia Administrativa.

b) Coordinación Administrativa.

c) Concurrencia de facultades.

1.3 La Secretaría de Salud.

1.4 Programas de Salud.

1.5 Convenios de coordinación.

1.6 Control y seguimiento del gasto público.

Capítulo II. Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE).

2.1. Antecedentes y estructura de los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE).

2.2 Proceso de comprobación de las Entidades Federativas ante el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Epidemiología.

2.3 Estatus de las comprobaciones de las Entidades Federativas ante el Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Epidemiología al ejercicio fiscal 2012.

Capítulo III. Propuesta de proceso de comprobación del recurso asignado a las entidades federativas a través de los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

IV. Conclusiones.

V Bibliografía

Introducción

Para abordar un objeto de estudio debemos situarnos en un contexto definido, por ello, en el primer capítulo denominado Marco Metodológico se explicará el concepto de Estado, Gobierno y Administración Pública, ya que uno de los fines del Estado es propiciar escenarios que faciliten el desarrollo del país a través de diversas acciones en materia de seguridad, justicia, educación, economía y salud (por mencionar algunos); para ello, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se definen estrategias y políticas públicas en diversas materias.

En el presente trabajo se aborda como acción del Estado, la prevención y promoción de la salud como parte de la definición, implementación y consolidación de las políticas públicas de salud que pese a las dificultades de distancia e infraestructura que padecen diversas comunidades e instituciones de salud a lo largo y ancho de nuestra Nación, tienen como objetivo ayudar a mejorar la calidad de vida de la población.

La disminución en la tasa de morbilidad y mortalidad de la población requiere la intervención de la federación a través de la asignación de recursos a las entidades federativas con el objeto de atender los programas de salud federales.

Sin embargo, la transferencia del recurso no justifica que la federación se deslinde de la responsabilidad en su ejecución, control, seguimiento y evaluación, por lo que dentro de sus responsabilidades se encuentra dar cumplimiento a todo el proceso presupuestal.

Es justo en este proceso del ejercicio del recurso en donde encontramos fallas que implican que el capital que originalmente fue asignado no se traduzca en acciones de salud, logrando en el mejor de los casos, alcanzar parcialmente los objetivos institucionales.

El retraso en la comprobación del ejercicio del recurso es ocasionado por diversos factores que van desde la estructura de los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE), pasando por aspectos de planeación, elaboración de presupuestos e indicadores, hasta organizacionales.

Sin embargo, no podemos focalizarnos en el problema de comprobación del gasto público sin contextualizar nuestra investigación, por lo que en el primer capítulo denominado Marco Metodológico y Conceptual se expone los conceptos de Estado, Gobierno y Administración Pública que enmarcan nuestro objeto de estudio.

Se abordan como conceptos claves de la organización administrativa, la competencia y coordinación administrativa y la concurrencia de facultades que vinculan a la federación con las entidades federativas, cada uno desde su ámbito de competencia, para lograr la implementación de los programas definidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012.

Otro pilar para situarnos correctamente en el contexto de la investigación es conocer de manera general a la Secretaría de Salud, quien diseña y coordina programas orientados a la atención de los problemas de salud y prevención de enfermedades que causen gastos catastróficos a la sociedad, específicamente bajo la dirección de las unidades administrativas y Centros Nacionales que integran a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, por tanto, en este capítulo se mencionan de manera general los programas coordinados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y por la Dirección General de Epidemiología.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene como responsabilidad encabezar cinco programas a nivel federal: 1. Arranque Parejo en la Vida, 2. Planificación Familiar y anticoncepción (en el año 2010 incorporó como subprograma a Salud sexual y reproductiva de los adolescentes); 3. Prevención y atención de la violencia familiar y de género (en el ejercicio 2010 también incorpora el subprograma llamado Igualdad de género en Salud); 4. Prevención, detección y

atención del Cáncer de Mama y, 5. Prevención, detección y atención del Cáncer de Cérvix; la Dirección General de Epidemiología impulsa el programa denominado Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Estos seis programas servirán como muestra para identificar las dificultades de la comprobación del gasto y algunas propuestas que permitan a las entidades federativas y a Salud cerrar el ejercicio presupuestal en tiempo y forma. Por tanto, en este capítulo se abordarán de manera muy general, las metas de cada uno de ellos.

Para transferir los recursos, el gobierno federal debe elaborar junto con las entidades federativas, los convenios de coordinación, por lo que trataré de explicarlo de manera simple, así como el control y seguimiento del gasto público.

Debido a que los recursos transferidos conservan su carácter federal son sujetos a revisión, seguimiento, comprobación, evaluación y fiscalización a nivel central; de tal suerte que cada unidad administrativa y Centro Nacional deben dar seguimiento a estas acciones y a los resultados de los programas.

La federación diseña mecanismos para efectuar con orden y transparencia la transferencia de recursos, un ejemplo de ello son los denominados Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE), por lo que en el capítulo II abordaremos sus antecedentes y estructura, el proceso de comprobación del ejercicio del gasto y el estatus que guardan los seis programas de enero 2009 a diciembre de 2012 ante el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Epidemiología, respectivamente.

Pese a que la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud ha encontrado mecanismos para agilizar y coordinar la transferencia de recursos a las entidades federativas aún quedan acciones pendientes para ordenar la comprobación del ejercicio del presupuesto, de tal suerte, que el estatus de comprobación que guarda una entidad no es único ya que debe efectuar el proceso de comprobación que cada unidad administrativa y Centro Nacional le señale como adecuado para el ejercicio y comprobación del presupuesto, lo que vuelve más complejo su seguimiento y origina atrasos significativos en el ejercicio y comprobación transparente del gasto público.

Los seis programas a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva recibieron el 36% del recurso transferido a las entidades federativas en el 2009, el 18% en el 2010, 31% en el 2011 y 37% en el 2012, sin duda una de las unidades que maneja más programas y recurso federal, que con el paso del tiempo ha incrementado su participación presupuestal en las entidades federativas.

La Dirección General de Epidemiología impulsa el programa denominado Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que con el paso del tiempo ha disminuido su recurso: En el ejercicio 2009 se le transfirió el 17% del total de recursos federal, en 2010 y 2011 disminuyeron a 6% y 8% respectivamente, por último, en el 2012 fue apenas del 3.7% del total del recurso federal para transferirse; pese a esto es uno de los programas al que se le asigna mayor recurso.

Los ajustes a la baja en el presupuesto de las dependencias a nivel federal impactaron negativamente en los acuerdos, por lo que se han tenido que firmar acuerdos modificatorios para asentar los nuevos montos a transferir, esto ha implicado también un retraso en la transferencia, de tal suerte que para noviembre de 2011 aún se tenía un rezago de 101 millones de pesos correspondientes a los convenios de 2010 y un rezago de 164 millones de pesos del ejercicio de 2011, para diciembre de 2012 todo el recurso federal finalmente se había transferido.

El análisis del ejercicio del recurso transferido muestra que del total que recibieron las entidades federativas en el 2009, a la fecha aún queda sin comprobar el 1%, del 2010 quedaba pendiente el 5.6%; del 2011 el 16.55% y del recurso transferido en el 2012 el 60.44%.

En el capítulo III se describen algunas propuestas para mejorar el proceso de comprobación del recurso asignado; si bien la Subsecretaría ha diseñado el Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), se deben incorporar algunas acciones o habilitar funciones en la plataforma a fin de que se transparente, agilice y concluya adecuadamente el proceso del ejercicio y control del gasto federal en esta materia.

Aportaciones que se pueden incorporar desde el acuerdo mismo al aclarar las formas de intervención y responsabilidades de las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Función Pública y la Auditoría Superior de la Federación y acotar la intervención de la Secretaría de Finanzas de la entidad federativa para ampliar la de la Secretaría de Salud de la entidad; hasta incorporar módulos de administración, uso de la Firma Electrónica Avanzada y certificar a los y las servidoras públicas en el manejo del sistema.

Como parte de las conclusiones veremos que el ejercicio y comprobación del gasto público federal es una actividad relevante cuya complejidad en muchos casos impide llevar una contabilidad exacta y reflejar con oportunidad los informes de su avance; por tanto el Acuerdo denominado AFASPE y el sistema creado para su control (SIAFFASPE) son perfectibles; sin embargo, por sí solos difícilmente darán resultados positivos por lo que se requiere que cada instancia involucrada y cada servidor público asuman su compromiso y responsabilidad en beneficio de la salud de la población a nivel nacional.

Capítulo I. Marco Metodológico y Conceptual.

1.1 Estado, Gobierno y Administración Pública

El concepto de Estado es comunmente utilizado como sinónimo de gobierno y administración pública por la mayoría de las personas; sin embargo, cada uno tiene diversos significados que a simple vista son poco conocidos.

Este análisis de categorías sin pretender ser riguroso y exhaustivo busca expresar en ideas simples el contexto en el que se encuentra nuestro objeto de estudio, ante tal encomienda, partamos del análisis de los elementos constitutivos del Estado: población, territorio y gobierno, que a través de un conjunto de normas establece y vigila el orden social.

De la población podemos decir que el hombre por naturaleza es social, la primera sociedad que conoce es la de sus padres y juntos, integran la familia que al concentrarse y multiplicarse en un tiempo y espacio forma la población; ésta, al crecer se extiende, divide y organiza para integrar finalmente al Estado¹.

En esa construcción de la población, el hombre al convertirse en sedentario se adueña de una porción de tierra propicia para organizar su actividad (caza, agricultura, comercio, etc.) y la forma de relacionarse con los demás (clanes, tribus, etc.), por tanto, el territorio juega un papel relevante para su desarrollo.

Los ejemplos claros los encontramos en las antiguas civilizaciones, los pueblos más prósperos y con mayor desarrollo fueron aquellos que se establecieron cerca de los cauces de los ríos (Egipto, Babilonia, Roma, etc.).

Por ello, según Jellinek² el territorio del Estado debe tener dos propiedades, la primera el sedentarismo y el segundo el espacial “para que el estado despliegue su autoridad sobre los individuos que vivan en él”³.

¹ Charles - Jean Bonnin de Obarrio Pedro. *Principios de Administración Pública*, Primera edición, Fondo de Cultura Económica, México, 2004, pág. 317

² Jurisconsulto alemán. Profesor en las universidades de Basilea y de Heidelberg, publicó varias obras sobre filosofía del derecho y ciencia jurídica, entre las que destaca *Teoría General del Estado*, en donde sostiene que la soberanía recae en el Estado y no en la nación, que es un simple órgano de éste.

³ Rivera Lugo Fidel, Roberto. *Gerencia Cataláctica, Anatomía de la nueva gerencia pública*, Primera edición, Miguel Ángel Porrúa, México, 2007, p.29

Finalmente para armonizar las relaciones entre clanes, familias y en general entre la población, se establecieron reglas de convivencia ejecutadas por el gobierno como regulador de la vida en sociedad. Es decir, el gobierno ejecuta las acciones y decisiones del Estado en beneficio del bien común, de la armonía y el desarrollo, de esta manera se origina la relación gobernantes (quienes dan órdenes) y gobernados (quienes obedecen).

El poder del Estado se legitima siempre y cuando se crea en la necesidad del poder, por lo que éste debe recaer en quién o quiénes la sociedad determine (monarca, rey, dictador, gobernante por elección popular, etc.)⁴, lo que da origen a otra definición de Estado, entendido como la organización política suprema de una población; por sobre el poder y unidad del Estado no puede haber otro poder.

Por eso el Estado es soberano, porque su unidad de poder debe ser indivisible, inalienable e incompañible; dicho de otra forma, el Estado es la cúspide de nuestra pirámide organizacional.

El Estado, implica un orden político y normativo para la convivencia social, en el que la conducta recíproca de los individuos está ordenada de determinado modo, conforme a un catálogo de valores o a un sistema de creencias (políticos, religiosos, militares, liberales, conservadores, socialistas, etc.).

A lo largo de la historia se han organizado y desarrollado distintas formas de Estado y de gobierno en cada una de las sociedades históricas. Siguiendo a Paolo Biscaretti, podemos precisar que las formas de Estado están determinadas por la posición recíproca en la cual se encuentra el gobierno, el pueblo y el territorio. A diferencia de ello, la forma de gobierno está determinada por la posición que ocupan entre sí los diversos órganos constitucionales del Estado.⁵

Otra forma de abordar al Estado puede ser a través de sus fines, atribuciones y atributos para los que fue creado, por ello, es posible observar que cualquier Estado,

⁴ Duverger Maurice. *Instituciones Políticas y Derecho Constitucional*, Colección Demos 5ta. edición, Editorial Ariel, España, 1970, p. 29

⁵ Biscaretti di Ruffia, Paolo. *Derecho constitucional*, Editorial Tecnos, Madrid 1984, p. 233.

pasado o presente, ha tenido y tiene, dos fines principales para con la sociedad que lo forma: brindarle seguridad y justicia, a cambio de ello la población debe entregar sus contribuciones (impuestos), que formarán los recursos públicos (presupuesto de ingresos) y con ello el presupuesto de egresos de un país. Por lo que los economistas han señalado que no hay gobierno sin gasto público.

El Estado de la Antigüedad (babilonios, egipcios, griegos, persas, hindúes, romanos, etc.), se fundaba sobre bases políticas, militares, religiosas; con sociedades diferenciadas en clases incluidos los esclavos; cuyos fines son exclusivamente la seguridad y la justicia.

En el Estado Moderno, especialmente en los países occidentales, tras la lucha entre las potestades civil y religiosa, entre el príncipe y el Papa, el rey se atribuye todas las facultades (legislativa, ejecutiva y judicial), por lo que llega a declarar “El Estado soy Yo, el poder me viene de Dios” por tanto, las leyes solo son para los gobernados. Es la época de las monarquías absolutas, la concentración del poder en una persona se basa en el derecho divino; seguridad, justicia y orden público sus principales fines.

El llamado Estado de Derecho surge con las revoluciones norteamericana y francesa de finales del siglo XVIII, da paso a la Constitución política de los Estados Unidos de Norteamérica y la declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano.

En este tipo de organización estatal es el Derecho el elemento que controla, organiza y legitima el poder; somete a gobernantes y gobernados, se basa en un sistema de pesos y contrapesos que, en palabras de Montesquieu, “el poder frene al poder”;⁶ contribuye Max Weber a esta definición cuando legitima la violencia física como monopolio del Estado.⁷

La palabra Estado se conoció como tal hasta el Renacimiento cuando Maquiavelo la utilizó por primera vez en su trascendental obra denominada El Príncipe, en ella se refiere a las nuevas formas de organización social-territorial surgidas al finalizar la época feudal y unidas por un poder político unitario;⁸ finalmente, para Omar Guerrero

⁶ Norberto Bobbio describe con toda precisión cada una de las etapas históricas en **La teoría de las formas de gobierno en la historia del pensamiento político**.

⁷ Max Weber; **El político y el científico**, Trab. José Chávez Martínez, México, Ediciones Coyoacán, 2000, p. 9.

⁸Maquiavelo, Nicolás. **El príncipe**, México Dante Quincenal, 1990, (1513) p. 9.

el Estado corresponde a la fase actual de la organización política, aunque se aplique por extensión a todas las formas precedentes⁹.

En la época contemporánea, la forma en que se define y se percibe al Estado ha cambiado al incorporarse en su forma de operar, elementos organizacionales y funciones muy diversas.

Para Ayala Espino existen cinco funciones sustantivas del Estado, enfatizadas también por Richard Musgrave¹⁰: “asignación de recursos, distribución del ingreso, estabilización, promoción del crecimiento y regulación económica”¹¹; de esta forma, podemos definir al Estado como una “organización cuyo papel es crucial para diseñar, crear y mantener las instituciones públicas y privadas que fijan las reglas del juego para el intercambio”¹².

En nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) en su artículo 25, deposita el desarrollo nacional en la rectoría del Estado bajo un régimen democrático, el que deberá planear, conducir, coordinar y orientar la actividad económica nacional.

En el artículo 39 se puntualiza que la soberanía nacional reside esencial y originariamente en el pueblo; quien por voluntad se constituye en una República representativa, democrática, federal, compuesta de estados libres y soberanos en su régimen interior pero unidos en la federación (art. 49) y en el artículo 43 se enlistan los 31 estados y el Distrito Federal que integran la federación.

Para el concepto de Gobierno la historia señala como antecedente a la tribu que se formó con la intención de coordinar de manera eficiente a los individuos en las diversas tareas como caza y recolección.

⁹ Rivera Lugo, Fidel Roberto. *Gerencia Cataláctica: Anatomía de la Nueva Gerencia Pública*, Primera edición, Miguel Ángel Porrúa, México, 2007, p.28.

¹⁰ Economista americano de origen alemán, docente en las universidades de Harvard, Michigan, Princeton y Santa Cruz, desempeñó cargos en la Reserva Federal de los Estados Unidos y asesoró económicamente a diversas naciones en desarrollo, sus obras: la teoría de las finanzas públicas.

¹¹ Ayala Espino, José Mercado. *Elección pública e instituciones. Una revisión de las teorías modernas del Estado*, Miguel Ángel Porrúa, México, 2000 (1996), p. 55.

¹² Rivera Lugo, Fidel Roberto. *Gerencia cataláctica*, anatomía de la nueva gerencia pública, Miguel Ángel Porrúa, México, 2007, p.87.

Con el tiempo, la función del gobierno terminaría por dividirse en tres poderes: el Poder Ejecutivo, que actúa como ente coordinador; el Poder Legislativo, encargado de generar las leyes y normas que rigen la vida en un cierto territorio; y el Poder Judicial, cuya tarea es velar por el cumplimiento de las leyes y normas.

Es importante destacar que el gobierno no es lo mismo que el Estado; un gobierno accede al poder (en el caso de la democracia, mediante elecciones libres), ejerce su tarea y se retira, mientras que el Estado permanece idéntico e inalterable frente a los sucesivos gobiernos; Por consiguiente, podemos considerar al gobierno como la forma de organización del Estado que se puede clasificar en base a ¿Quién gobierna? uno (monarquía, tiranía), pocos (aristocracia, oligarquía) o muchos (democracia, olocracia) y ¿Cómo gobiernan? Bien (porque las demandas sociales son satisfechas) o mal (porque no hay beneficio social).¹³

Esta histórica dicotomía, buen gobierno - mal gobierno, fue sustituida, a finales del siglo XX, por el binomio gobierno mínimo - gobierno máximo. Para los representantes del gobierno mínimo, mal gobierno es aquel que desea gobernar demasiado, el que se adentra en todas las ramas de la vida económica y social, en cambio buen gobierno es el que deja campo libre al mercado y al sector privado para atender las demandas sociales. Esa discusión se sigue presentando solo que ahora en términos de gobernabilidad-ingobernabilidad, nueva gobernanza, etc.

El término gobierno apunta a la conducta política de un determinado estado o a quien la ejerce, que puede tratarse de un presidente o un primer ministro, como es el caso de algunas monarquías, o estar encarnado en un número variable de ministros; a quienes la Constitución Nacional (norma fundamental con la que cuentan los Estados), confiere la función de ejercer el poder político de una determinada sociedad.

El gobierno representativo es aquel en el que las funciones de gobierno son realizadas por los representantes del pueblo. Actualmente casi todos los regímenes de gobierno son representativos. Los gobernantes son considerados representantes de la ciudadanía y son elegidos mediante el sufragio.

¹³ Bobbio, Norberto. *La teoría de las Formas de Gobierno en la historia del pensamiento político*, segunda edición, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 18.

El gobierno democrático funciona con la participación de las personas en la toma de decisiones, en nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en su artículo 26 señala que se debe organizar un sistema de planeación democrática en la que participarán los diversos sectores de la sociedad, facultando al Poder Ejecutivo para que diseñe los mecanismos de participación y consulta popular con el fin de concentrar e integrar el plan y los programas de desarrollo, obteniendo como resultado el Plan Nacional de Desarrollo al que deben sujetarse obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

Por su parte la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) plantea una agenda de reformas para el tipo de gobierno que se visualiza para un futuro, dividiendo en cinco perspectivas o dimensiones a lo que es y debe hacer el gobierno: Como decisor/hacedor de políticas, facilitador, reformador, alto desempeño del gobierno y capacidad estratégica del gobierno.¹⁴

El término gobierno hace referencia al ejercicio del poder del Estado o a la conducción de la política general; así, el Poder Legislativo es el encargado de crear, modificar, transformar y extinguir leyes, el Poder Ejecutivo se encarga de la ejecución de la Ley y del accionar del Estado para lograr sus fines, por último, al Poder Judicial le corresponde el proceso para dirimir una controversia, castigar crímenes y juzgar conflictos entre particulares.

En la CPEUM, esta división se establece en su artículo 49 y en su artículo 50 deposita el poder legislativo en un Congreso general denominado Congreso de la Unión que se divide en dos cámaras: diputados y senadores. Al poder ejecutivo, lo deposita en un solo individuo que se denomina "Presidente de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 80) y finalmente, en su artículo 94 señala que el poder judicial de la federación descansa en una Suprema Corte de Justicia, en un Tribunal Electoral, en Tribunales Colegiados y Unitarios de Circuito y, en Juzgados de Distrito.

En cuanto a la forma de gobierno, estará definida por la posición o peso que tenga

¹⁴ Aguilar Villanueva, Luis F. *Gobernanza y Gestión Pública*, Fondo de Cultura Económica, México, tercera reimpresión 2009, p. 188.

cada uno de estos poderes en relación con los restantes; por ejemplo, en el gobierno parlamentario el mayor peso recae en el poder legislativo y en el presidencial recae en el poder ejecutivo.

El Gobierno a través de su función incluye el beneficio colectivo y por otro el interés de un grupo o individuo que define la dirección de los órganos del Estado por considerar que su propuesta es la más conveniente para la sociedad; busca impactos de corto y mediano plazo que permita a ambos obtener consensos sociales, determina la gestión de los bienes públicos para lograr mayor satisfacción de los ciudadanos auxiliándose de diversas herramientas como el análisis de políticas públicas, el servicio de personas profesionalizadas y el aprendizaje social con una gestión concreta de resultados medibles.¹⁵

Actualmente se debe transitar del concepto gobierno como acción del estado a gobernanza, entendida como una instancia del gobierno cuya función especializada consiste en contribuir mediante sus actividades (normativas, políticas, presupuestos, servicios, coacciones...) a construir la orientación de la sociedad y a mantener la coordinación del diferenciado conjunto social.

Al incluir normas legales, normas técnicas y actividades de gerencia, dota a la instancia de gobierno con poderes y capacidades normativas, monetarias, técnicas, organizacionales, etc., es decir, engloba de forma ordenada la acción del gobierno: sus roles, facultades, instrumentos y alcances; su modo de conducirse y conducir a la sociedad para ser más eficiente.¹⁶

El Gobierno como parte de la historia (cíclica y dinámica) atraviesa por etapas de estabilidad y crisis, es por eso que en los años ochenta y noventa se comenzó a discutir en la teoría política y en la opinión pública la distinción entre gobierno (su actuar) y gobernanza/gobernanza (en donde la dirección del estado es definida por la sociedad), para tratar de explicar y superar la situación crítica que las sociedades experimentaban debido a los resultados limitados que la acción del gobierno había arrojado o por sus notorios fracasos.

¹⁵ Valls Hernández, Sergio. y Matute González, Carlos. *Nuevo derecho administrativo*, Editorial Porrúa, México, 2003, p. 89.

¹⁶ *Ibidem*, p. 93.

Esto originó que autores y organismos internacionales idealizaran el buen gobierno y se dieran a la tarea de encontrar mejores prácticas que han definido a través de la gobernanza.

La gobernanza es entendida como “proceso o conjunto de acciones mediante el cual el Gobierno dirige o conduce a la sociedad”.

Busca que la dirección de la sociedad trascienda la acción gubernamental a través de una mayor capacidad de decisión e influencia que los actores no gubernamentales como las organizaciones civiles, los observadores ciudadanos, empresarios, ejidatarios, etc., que en otro momento fueron llamados factores reales de poder deben de aportar para dirigir la acción gubernamental.

Para que estos actores no gubernamentales influyan cada vez más en la definición de las políticas públicas, en la asignación y gasto de los recursos públicos es necesario que conozcan y revisen las cuentas públicas, vigilen que los recursos públicos se focalicen en las verdaderas necesidades de las comunidades, entidades y del país en su conjunto; es necesario su participación no solo en la etapa de la planeación, sino en el seguimiento y sobre todo en la evaluación de la acción gubernamental.

A mayor participación de estos actores no gubernamentales en el procesamiento de los asuntos públicos, en la definición y orientación de las políticas, en la evaluación de los servicios públicos y del gasto públicos, mayor dirección social de la acción gubernamental y mayor atención a las demandas sociales, generándose un círculo virtuoso entre gobierno y sociedad. En estas circunstancias es la propia sociedad la que define su futuro.

Administración Pública

La Administración Pública “implica una estructura orgánica, un ente o pluralidad de entes a los que se les atribuye la función de administrar”¹⁷.

¹⁷ García Oviedo, Carlos y Martínez Useros, Enrique. *Derecho Administrativo*, Tomo I, p.3

Desde el punto de vista objetivo, se conceptualiza a la administración pública como la “actividad que de manera concreta, inmediata, continua y espontánea realizan los órganos del Estado para atender los intereses públicos a través de la función administrativa, sus órganos están estructurados jerárquica y específicamente dentro del poder ejecutivo”¹⁸.

La Administración Pública al igual que el Estado y el Gobierno han evolucionado con el paso del tiempo; su primer antecedente es la administración patrimonial de las monarquías absolutas en la que el patrimonio público y privado se confundía.

En esa época se decía que la administración del Estado era propiedad del rey, sin embargo con el surgimiento del capitalismo industrial y las democracias parlamentarias del siglo XIX se da fin a esta idea.

Esta última forma de gobierno fue rebasada por el contexto ya que debía separarse con claridad al Estado del mercado, por lo que surgió la administración burocrática clásica situada en los países europeos a finales del siglo XIX y en los Estados Unidos a partir del siglo XX; adoptada también para sustituir a la patrimonial; algunas de sus características son la fragmentación y subordinación que paraliza las comunicaciones y restringe la innovación. En el siglo XIX el servicio público más importante era administrar la justicia; poco tiempo después el Estado social y económico del siglo XX incorpora a sus fines múltiples servicios sociales como educación, salud, cultura, previsión y asistencia social, investigación científica, regulación del sistema económico y de relaciones económicas internacionales, la estabilización de la moneda y del sistema financiero, servicios públicos y de infraestructura; por lo que nuevamente es necesario evolucionar a una burocracia moderna, estableciendo nuevas tecnologías y servicios con innovación, por lo que el problema de la eficiencia se vuelve esencial para la Administración Pública.¹⁹

Para hacerla más efectiva se incorporaron tres formas de organización administrativa: la centralización, la desconcentración y la descentralización.

¹⁸ Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto. Lucero Espinosa, Manuel. *Compendio de derecho administrativo*, edit. Porrúa, México 2008, P. 90 – 98.

¹⁹ Rosales Núñez, Juan. *Gerencia pública, administración pública contemporánea*, edit. Gernika, México, 2004, p 71 -73.

Cuadro 1. Formas de organización administrativa

Principales características de la Centralización	Principales características de la Descentralización	Principales características de la Desconcentración
<ul style="list-style-type: none"> • Agrupa a sus órganos en un centro de dirección y decisión que se toma desde la cúspide. • Jerarquización (mantiene líneas verticales en diferentes niveles). • Delimitan su actividad para no interferir en sus acciones. • Los órganos que la integran, carecen de personalidad jurídica y patrimonio propio, ejercen la personalidad del Estado y aplican sus recursos asignados vía presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación por ley o por decreto. • Personalidad jurídica y patrimonial propia. • Actividades estratégicas o prioritarias en la prestación de servicios públicos o sociales. • Aplicación de recursos con fines de asistencia o seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quitar la concentración de facultades de un órgano determinado, atribuyendo esas funciones a un órgano de menor jerarquía, pero que pertenece al mismo organismo. • Existe transferencia permanente de facultades de decisión y mando a órganos inferiores. • Libertad técnica y/o administrativa. El titular del órgano desconcentrado depende directamente del titular del órgano central. • Carece de personalidad jurídica y patrimonio propios.

Fuente: Elaboración propia en base a Luis Humberto Delgadillo en, Compendio de derecho administrativo.

Otra definición de Administración Pública la describe como el uso común de las actividades de las ramas ejecutivas de los gobiernos nacionales, de los estados y de las localidades; las de las juntas y comisiones independientes creadas por el Congreso y por las Legislaturas estatales; las de las sociedades mercantiles gubernamentales, y las de ciertos organismos distintos de carácter especializados.²⁰

La Administración Pública desde el enfoque subjetivo y formal, se define como el conjunto de órganos estructurados jerárquicamente y encuadrados dentro del gobierno de un Estado, que en el supuesto del régimen presidencialista como el mexicano, se encuentra dentro del Poder Ejecutivo (Federal, estatal y municipal).²¹

Serra Rojas, vinculando el enfoque subjetivo y el objetivo define a la Administración Pública como:

“Una entidad constituida por los diversos órganos del Poder Ejecutivo Federal, que tienen por finalidad realizar las tareas sociales, permanentes y eficaces del interés general, que la Constitución y las leyes administrativas señalan al Estado para dar satisfacción a las necesidades generales de una nación”.²²

²⁰ Simón, Herbert. **Administración Pública**, México, Letras, 1968, p. 5.

²¹ Valls Hernández, Sergio y Matute González, Carlos. **Nuevo Derecho Administrativo**, Porrúa, México, 2004, p. 435.

²² *Ibidem*, p. 436.

La Administración Pública es señalada en el artículo 90 de la CPEUM como centralizada y paraestatal, encontrando la misma definición en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) en su primer artículo y, en el artículo 2 encomienda al Poder Ejecutivo de la Unión el despacho de los negocios del orden administrativo, dividiéndolo en tres formas a nivel central: Secretarías de Estado, Departamentos Administrativos y Consejería Jurídica.

Para definir o evaluar la política de gobierno federal en materias concurrentes de varias dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, el Presidente los convocará para acuerdo (artículo 7 de la LOAPF) con la finalidad de conducir las actividades en forma programada con base en las políticas que se hayan definido para el logro de objetivos y prioridades de la planeación de desarrollo nacional (art. 9 de la LOAPF).

Por otra parte, los Titulares de las Secretarías de Estado ejercen sus funciones por acuerdo del Presidente (art. 11 de la LOAPF) debiendo formular los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente conforme a los asuntos de su competencia (art. 12 de la LOAPF).

El Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012, fundado en el artículo 26 constitucional define las estrategias para avanzar en la búsqueda del desarrollo humano sustentable²³, a través de cinco ejes rectores: 1) Estado de Derecho y Seguridad, 2) Economía competitiva y generadora de empleos, 3) Igualdad de oportunidades, 4) Sustentabilidad ambiental y 5) Democracia efectiva y política exterior responsable, centrándonos en el eje 3: igualdad de oportunidades específicamente en aquellas acciones en materia de salud.

Establece diez objetivos nacionales de los cuales abordaremos solamente el número 5 “Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad

²³ Definido en el PND como “proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras”

de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución”, centrando el estudio en lo concerniente a Salud.

1.2 Organización Administrativa

La Administración Pública y su organización está vinculada a la existencia del Estado moderno; es considerada actualmente como uno de los elementos más importantes de la vida en sociedad debido a que está presente desde que nacemos hasta que morimos; por consiguiente, al ser el contacto directo entre el Estado y la sociedad, la forma en que se organiza siempre estará bajo la crítica ciudadana quien la califica como eficiente o ineficiente.

La Administración Pública para ser eficiente debe valerse de una estructura orgánica, de recursos y una organización que le permita materializar los fines del Estado; en nuestro país se desenvuelve en un esquema de subordinación a través de líneas jerárquicas, mando, decisiones y supervisión; todo ello, conforme a la competencia de cada órgano que la integra y en base a los ordenamientos jurídicos, es decir, por Decreto, Reglamento, disposición o nombramiento.

a) La competencia administrativa

“Es el conjunto de facultades o atribuciones que el orden jurídico le confiere al órgano administrativo”²⁴, en palabras comunes, la autoridad sólo pueden hacer lo que la ley le autoriza, en cambio en el derecho público, los particulares pueden hacer todo lo que no esté prohibido.

La competencia es objetiva porque surge de una norma jurídica obligatoria, por ello el titular no puede negarse a ejercerla, es improrrogable e irrenunciable y tiene diversos orígenes:

Nivel constitucional: en la CPEUM el Presidente de la República es el órgano en el que se depositan las facultades administrativas; origen legal: la LOAPF define que los titulares de las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos deben tramitar y resolver los asuntos de sus Dependencias; origen reglamentario: el artículo 18 de la

²⁴ Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto. *Compendio de Derecho Administrativo primer curso*, octava edición, Porrúa, México, 2008, p. 99.

LOAPF puntualiza que en el Reglamento Interior de cada Secretaría de Estado se determinará las atribuciones de sus unidades administrativas y, por último origen por delegación de facultades, con fundamento en el artículo 16 de la LOAPF que establece que para la mejor organización del trabajo los Secretarios de Estado podrán delegar facultades en los funcionarios, excepto aquellas que por disposición de ley o de reglamento interior, deban ser ejercidas por los titulares.

Para Luis Humberto Delgadillo, la competencia se puede dividir en:

Competencia en razón del territorio: De acuerdo al ámbito espacial dentro del cual el órgano administrativo ejercerá sus funciones; el Presidente de la República y los Secretarios de Estado tienen competencia en todo el territorio nacional, por su parte las Secretarías de Estado solo tienen competencia en su demarcación o algunas otras zonas del territorio nacional.

Competencia en razón de la materia: De acuerdo a la función que le encomienda el orden jurídico a un órgano administrativo; resulta de la especialización que se requiere en la división del trabajo de la función administrativa (salud, educación, seguridad pública, etc.).

Competencia en razón de grado: La que deriva de la posición en que se encuentran colocados los órganos administrativos dentro de la estructura jerárquica (competencia de los órganos superiores y de los órganos inferiores).

Competencia en razón de la cuantía: Valor económico que tiene el asunto, asignándose los de mayor valor a los órganos superiores y de menor valor a los órganos inferiores.

b) La coordinación administrativa

En la función administrativa intervienen diferentes órganos para llevar a cabo los fines del Estado, con el objeto de combinar los esfuerzos necesarios para atender las demandas sociales se ha utilizado una técnica de administración con la que se logra la unidad de actuación de todos sus órganos de igual jerarquía pero de diferentes

Secretarías de Estado, Departamentos Administrativos u Organismos Paraestatales, así como con otras Administraciones Públicas estatales o municipales²⁵.

En nuestro país, “la federación y los estados podrán convenir la asunción por parte de éstos, del ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario. Los Estados estarán facultados para celebrar esos convenios con sus Municipios, a efecto de que éstos asuman la prestación de los servicios o la atención de las funciones...” (Artículo 116, fracción VII de la CPEUM), lo que justifica que la federación y las entidades federativas coordinen esfuerzos y recursos en la prestación de servicios de salubridad general contenidos en los ejes del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

c) La concurrencia de facultades

La concurrencia de facultades en materia de salud tiene su origen en el artículo 4to. de la CPEUM tercer párrafo que señala “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, dejando a la Ley definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecer la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, faculta al Congreso de la Unión para dictar las leyes sobre salubridad general de la República, creando, el Consejo de Salubridad General que depende del Presidente de la República sin intervención de ninguna Secretaría de Estado. Sus disposiciones generales son de carácter obligatorio; Siendo una actividad ejecutiva, el artículo 22 de la LOAPF indica que el Presidente podrá celebrar convenios de coordinación de acciones con los Gobiernos Estatales y con sus municipios, atendiendo a las formalidades legales.

Las acciones en materia de salud son abordadas por la Ley General de Salud (LGS) que en su artículo 1º reglamenta el derecho a la protección de la salud con base en el artículo 4o. constitucional, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y, la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

²⁵ *Ibidem*, pp. 105-106.

Concretando, la concurrencia se refiere a las acciones específicas que deban desarrollar la Federación y las entidades cada una en sus respectivos ámbitos de competencia a fin de atender las demandas sociales.

1.3 La Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud ha evolucionado en tanto han cambiado los requerimientos y el estilo de vida de la población mexicana, así como la forma en que el Gobierno asume un papel determinante en la promoción de su cuidado y atención inmediata.

El marco jurídico de la Secretaría de Salud se encuentra en el artículo 4 constitucional y en el artículo 39 de la LOAPF en el que define sus atribuciones, destacando la conducción de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal; Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud²⁶ y prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal.

En nuestro país hasta principios del siglo XX, la participación del Estado Mexicano en asuntos de salud se limitó a ciertas actividades de salud pública, especialmente al control de los bienes como agua, bebidas, alimentos, productos químicos, etc. que tienen un impacto sobre la salud así como a la medición y control de las enfermedades en la población, funciones que pertenecían a la Secretaría de Gobernación como parte de una política interna.

En un esquema asistencial se amparaba a los huérfanos y daba asistencia a los indigentes con ayuda material y espiritual al tiempo de excluirlos del resto de la sociedad.

Con la independencia este esquema entra en decadencia por lo que a lo largo del siglo XIX las instituciones de caridad fueron sustituidas por las llamadas organizaciones de beneficencia, en el año de 1917 se genera el primer esfuerzo por reconocer a la salud

²⁶ Art. 5° de la Ley General de Salud: El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

como un derecho social al ser plasmado en el artículo 123 constitucional, estableciéndose la responsabilidad patronal en materia de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales e higiene y seguridad laboral.

En este mismo periodo se crea el Consejo de Salubridad General dependiente del Presidente de la República y el Departamento de Salubridad Pública y en 1937 se crea la Secretaría de Asistencia que con el paso del tiempo se fusiona con el Departamento de Salubridad para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) facultada para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud y en 1977 coordinar al Sector Salud.

En 1984 se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la Ley General de Salud en la que se define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud y un año más tarde se reforma la LOAPF, cambiando el nombre del de Secretaría de Salubridad y Asistencia al de Secretaría de Salud. Actualmente Salud, a través de su misión²⁷ y para alcanzar su visión²⁸, establece²⁷ en el Programa Nacional de Salud 2007–2012 cinco objetivos y diez estrategias²⁹ orientadas al fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud³⁰, centrándonos principalmente en dos objetivos: Mejorar las condiciones de salud de la población y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y, a la estrategia de “fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades”.

²⁷ **Misión:** Contribuir a un desarrollo humano justo incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a los servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana.

²⁸ **Visión:** en 2030 México aspira a ser un país con desarrollo humano sustentable e igualdad de oportunidades. La población contará con un nivel de salud que le permitirá desarrollar sus capacidades a plenitud. Para poder alcanzar una verdadera igualdad de oportunidades, será necesario asegurar el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros, que serán ofrecidos por un sistema de salud financieramente sólido, anticipatorio y equitativo.

²⁹ Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007 – 2012*, México, 2007, pp. 83-86.

³⁰ Art. 5° de la Ley General de Salud: El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

1.4 Programas de Salud:

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en su eje 3: “igualdad de oportunidades” integra las directrices que seguirán los programas de salud con el propósito de atender los compromisos en materia de salud, por lo que se puso en marcha la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud con el objetivo de disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto; esperando como resultado evitar muertes, reducir las tasas de morbilidad y mejorar los indicadores de calidad y bienestar.

Cuadro 2. Origen de los Programas de Salud

Fuente: SSA, elaboración propia.



En congruencia, el Programa Nacional de Salud se ha estructurado en cinco objetivos de política social enfocados a la protección, promoción, prevención y atención médica.

Cuadro 3. Programa Nacional de Salud



Fuente: Programa Nacional de Salud, elaboración propia.

El Programa Nacional de Salud pretende fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y, prevención y control de enfermedades, partiendo del estudio de la transición epidemiológica asociada al desarrollo de riesgos relacionados con comportamientos poco saludables como la mala nutrición, la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, de drogas y las prácticas sexuales inseguras que afectan a la salud pública; para hacerles frente es necesario definir Programas de Acción Específicos³¹.

Hay 32 Programas Específicos orientados a mejorar las condiciones de salud y prevenir enfermedades que derivan en altos índices de morbilidad y mortalidad de la población. A continuación se presentan seis programas como ejemplo:

a) **Arranque parejo en la vida**

Objetivo general: “Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las

³¹ Definido como instrumento rector elaborado de manera consensuada, con estrategias sustentadas en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, define la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos de la salud que enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días de vida³². Tanto la mortalidad materna y mortalidad neonatal³³ son indicadores de la insuficiente cobertura y la calidad de los servicios de la salud.

Las defunciones maternas sumaron en 1990, 2,203 casos, para el 2006 se contabilizaron en 1,116 defunciones; se espera que con las acciones establecidas en el programa para el 2012 se disminuya 24% la razón de mortalidad materna en relación con la registrada en el 2006, en esta meta a Salud le corresponde reducir la razón de mortalidad materna en un 13.1%.

En el caso de las defunciones infantiles ocurridas durante los primeros 28 días, en 2002 fueron 27,000 neonatales, por lo que se ha planteado como meta reducir en 15% la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006, participando Salud con un 8.19% de reducción en la tasa³⁴. El resto del porcentaje a reducir en ambas metas está distribuido entre las instituciones que conforman al Sistema Nacional de Salud: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), IMSS-Oportunidades, etc.

b) Planificación familiar y anticoncepción

Objetivo general: “Contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión”³⁵.

Si bien, la política de planificación familiar ha impactado en la reducción del promedio de hijos por mujer (en 1974 era de 7.3 hijos), su impacto varía en zonas urbanas y rurales; en 2006 el Distrito Federal reportaba un porcentaje de 1.6 hijos en promedio por mujer, en zonas como Guerrero, Chiapas y Aguascalientes fue de 2.56, 2.51 y 2.40 respectivamente.

³² Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida*, México, 2008, p.32.

³³ Definido por la Organización Mundial de la Salud como todo aquel fallecimiento que sucede durante el periodo que transcurre entre el nacimiento y el vigésimo octavo día de vida.

³⁴ Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida*, México, 2008, p.39.

³⁵ Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Planificación Familiar y Anticoncepción*, México, 2008, p. 30.

En relación al uso de métodos anticonceptivos en las poblaciones rurales seis de cada diez mujeres en edad fértil unidas usaban métodos anticonceptivos, mientras que en las urbanas tres de cada cuatro los utilizan³⁶.

Ambas situaciones guardan estrecha relación con el derecho a la salud reproductiva y calidad de vida, por lo que continúan ocupando un lugar importante en las políticas de salud pública, sus metas están vinculadas a los rezagos que en la materia se presentan en diversas entidades federativas. (Anexo 2).

c) Prevención y atención de la violencia familiar y de género

Objetivo General: “Reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, con particular énfasis entre aquéllas que se encuentran en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad”³⁷.

La violencia cada vez más se ve y vive con frecuencia; son múltiples las formas en que se presenta y resulta inquietante que en nuestro país el 22% de mujeres que participaron en el 2002 y 2003 en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, vivieron en los últimos doce meses violencia de pareja.

La violencia contra las mujeres está presente en todas las zonas: urbanas o rurales y en cualquier nivel socioeconómico, problema que ha excedido las estimaciones de las autoridades de salud, por tanto, todas las entidades federativas sufren este problema y aún las que se consideraban con menor prevalencia como Aguascalientes con 9.5%, Morelos con 12% y Zacatecas con 15%³⁸; superaron las estimaciones por lo que se requiere un programa de atención que permita disminuir estos porcentajes a través del planteamiento de metas muy concretas. (Anexo 3).

d) Prevención, detección y atención del cáncer de mama

Objetivo General: “Disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama a través de la provisión de servicios óptimos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud”³⁹.

³⁶ *Ibidem*, pps 9-12.

³⁷ Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género*, México, 2008 p. 32.

³⁸ *Ibidem* p. 23.

³⁹ Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer de mama*, México 2008, p. 26.

El cáncer de mama está asociado al envejecimiento, al sobrepeso y sedentarismo. Es el tumor maligno más frecuente en la mujer, ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las mujeres de 25 años de edad o más; en el año 2006 se registraron 4,440 defunciones y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres en este rango de edad; la presencia de este problema de salud varía por entidad federativa; diez de las cuales concentran el 50% de las muertes por esta causa (zona norte, occidente y centro del país)⁴⁰, para su atención se requiere el esfuerzo federativo y estatal. (Anexo 4).

e) **Prevención, detección y atención temprana del cáncer de Cérvix**

Objetivo General: “Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, a través de la provisión de servicios óptimos en la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud”⁴¹.

El cáncer cervicouterino sigue ocupando uno de los primeros lugares en defunciones desde los años 90's registrándose aproximadamente 4,100 muertes anualmente; cifras alarmantes considerando que es prevenible casi en un 100% y curable con una detección oportuna. México ha mantenido una tendencia descendiente en los últimos 15 años, con tasas de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, observándose un descenso de 45%. Sin embargo, siguen presentándose índices más elevados en diversas entidades federativas como Colima, Chiapas, Morelos y Veracruz, que además se consideran con menor desarrollo económico y social⁴², por tanto, se contemplan dentro del programa siete metas para lograr alcanzar su objetivo general. (Anexo 5).

f) **Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**

Objetivo general: “Generar y posicionar información de inteligencia epidemiológica relevante para la toma de decisiones en la promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades de interés en salud pública”⁴³.

⁴⁰ Según el Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer de mama, dentro de las diez entidades federativas con mayor porcentaje de muertes por cáncer de mama se encuentran: Jalisco, Distrito Federal y Estado de México, pp 20-21

⁴¹ Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Cáncer cervicouterino*, México, 2008, p. 26.

⁴² *Ibidem* pp. 11 y 21

⁴³ Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, México, 2008, p.26.

Existen en nuestro país importantes cambios en las causas de muerte de la población, así, en 1979, el 30% de las muertes ocurrían en menores de 5 años, actualmente el porcentaje de defunción en esa edad se ha reducido a 9. Por el contrario, las muertes en mayores de 75 años (86,000 en 1979), se duplicaron en el 2005⁴⁴.

Recientes estudios señalan que un problema grave al que se enfrenta la población es la diabetes, que reduce la expectativa de vida en 9 años en los hombres y 7 en las mujeres.

Lo anterior nos brinda un claro ejemplo de la transición de las enfermedades que aquejan a la población mexicana; para llegar a estas conclusiones, se desarrollaron análisis epidemiológicos en base a los perfiles sociodemográficos actuales, buscando además las tendencias para prevenir riesgos innecesarios a la salud de la población.

La Información de más de 150 padecimientos clasificados en enfermedades transmisibles y no transmisibles, de interés local, regional o institucional, bajo vigilancia sindrómica y eventos de riesgo a la salud⁴⁵, es analizada para evitar epidemias que pongan en riesgo la salud de la población; por lo que se deben desarrollar métodos congruentes con las nuevas necesidades para la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información de estos padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica⁴⁶.

Diseñar plataformas de información y capacitar al personal en las distintas entidades federativas para que registren y notifiquen de manera oportuna los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica es su principal meta, así como fomentar la capacitación, la investigación y estudio epidemiológico en nuestro país. (Anexo 6).

1.5 Convenios de coordinación

El origen de la coordinación administrativa entre los tres niveles de gobierno: federación, estado y municipio se encuentra en la CPEUM de 1917, en la que se mencionan insipientemente convenios en educación, salubridad general y cumplimiento de sentencias; en 1930, con la Ley sobre Planeación General de la

⁴⁴ *Ibídem* p. 9.

⁴⁵ *NORMA Oficial Mexicana NOM-17-SSA2-2012, Para la vigilancia Epidemiológica, Apéndice Informativo A.*

⁴⁶ 21 padecimientos son sujetos a vigilancia epidemiológica, entre ellos: tuberculosis, dengue, diabetes, etc.

República, y en 1934 con el Plan Sexenal, se realizaron los principales intentos en esta materia, sin embargo el propósito de coordinación se siguió manifestando a través de acciones administrativas del Poder Ejecutivo Federal, como los Convenios Únicos de Coordinación que celebraba con las entidades federativas sin tener aún el soporte constitucional.

La reforma al artículo 115 de la CPEUM en su fracción X autorizó la transferencia de funciones a las entidades federativas y de estas a los municipios, conformando nuevas técnicas de administración, disposición que fue trasladada posteriormente en forma íntegra a la fracción VI del artículo 116 constitucional⁴⁷; así la Administración Pública Federal logra sus funciones al coordinarse con otros entes que no forman parte de su estructura administrativa, sin crear nuevos órganos.

Por su parte la Ley General de Salud en su artículo 77 bis 6 faculta al Ejecutivo Federal a través de Salud, a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal a celebrar acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, determinando los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

El artículo 21 del mismo ordenamiento establece las bases a que se sujetarán los acuerdos de coordinación destacando: la descripción de los bienes y recursos que aporten las partes, el procedimiento para la elaboración de proyectos de programas y presupuestos anuales, medidas legales o administrativas a la que se obliguen las partes, normas y procedimientos de control, duración del Acuerdo y las causas de terminación anticipada, normas y procedimientos de control a cargo de Salud, duración del Acuerdo, procedimiento para la resolución de controversias y estipulaciones que las partes consideren necesarias para la mejor prestación de los servicios.

El acuerdo de coordinación es un instrumento eficiente para transferir recursos federales a las entidades federativas con la finalidad de apoyarlas en el logro conjunto de los objetivos planeados en los Programas Sectoriales y Programas de Acción Específicos.

⁴⁷Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto. *Compendio de Derecho Administrativo primer curso*, octava edición, Porrúa, México, 2008, p. 106.

1.6 Control y seguimiento del gasto público

El gasto público se puede definir como “una erogación⁴⁸ nacida de la voluntad estatal o de cualquier institución de carácter estrictamente público⁴⁹”; así, las compras de bienes, el pago de servicios y los compromisos de pago a proveedores adquiridos por el gobierno se consideran gasto público.

También, representa un instrumento del Estado para influir en la asignación y distribución de los ingresos y es pieza clave en la estabilización o desestabilización de la economía porque su impacto puede llevar al resurgimiento o desplome a cualquier país, por lo que se hace presente la necesidad del control sobre su ejercicio⁵⁰.

Los mecanismos de control comprenden decisiones y acciones políticas y administrativas basadas en procedimientos; sin embargo, existe multiplicidad de instituciones que se relacionan entre sí y gran cantidad de tomadores de decisiones que intervienen en los procesos del ejercicio presupuestal, todo esto vuelve más complejo su correcto seguimiento a fin de generar un gasto público adecuado.

En la actualidad el control del gasto federal corresponde a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y a la Secretaría de la Función Pública (SFP), quienes dictan los procedimientos y mecanismos que permitirán controlar y evaluar su ejercicio, por ello la SFP en el 2010 emitió el Manual de Recursos Financieros como parte de los esfuerzos por simplificar las disposiciones administrativas a nivel federal para combatir la discrecionalidad o la corrupción. Su objetivo es establecer los procesos, subprocesos y actividades de la gestión pública que permitan facilitar la planeación, programación, ejercicio, pago, control y rendición de cuentas de los recursos presupuestarios⁵¹.

⁴⁸ El concepto se asocia al gasto, a la salida de efectivo, implica el pago parcial o total de adeudos contraídos con proveedores de bienes y/o servicios, <http://es.mimi.hu/economia/erogacion.html>.

⁴⁹ Ayala Espino, José. *Economía del sector público mexicano*, segunda edición, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía, México, 2001, p. 142.

⁵⁰ El ejercicio del gasto público es definido por Ayala Espino José en su libro *Economía del sector público mexicana*, p. 144, como el conjunto de actividades operativas básicas, una relacionada con las actividades generales que implican el gasto público, las políticas, las negociaciones la preparación del presupuesto de gastos y otra con los procedimientos administrativos utilizados para dar un seguimiento adecuado a las diversas tareas y acciones que implica la función del gasto público.

⁵¹ Secretaría de la Función Pública, *Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros*, México, 2010, p. 1.

El presupuesto es un instrumento de programación y un instrumento de administración esencial en el gasto público; el proceso presupuestario se conforma de un proyecto de presupuesto, determinación de un presupuesto definitivo o aprobado y de la ejecución del presupuesto tal como se aprobó⁵², la primera etapa y la tercera le corresponde al Poder Ejecutivo Federal, la segunda así como su revisión corresponde al Poder Legislativo Federal.

Su control consiste en verificar con base en la información del presupuesto de egresos de la federación, su vínculo con las metas y programas aprobados; contempla aspectos legales como los contratos, facturas; técnicos que vigilan que los movimientos se apeguen a la norma y de inspección presupuestal que registra y verifica la correcta aplicación de los subsidios.⁵³

Para desarrollar los Programas de Acción Específicos de salud se transfieren⁵⁴ recursos federales a las entidades a fin de apoyarlos no solo con dinero sino con insumos para dar cumplimiento a los objetivos y metas dentro de cada demarcación, estas acciones requieren del control presupuestal a efecto de conocer su uso eficiente y lograr transparentar la ejecución del gasto.

⁵² M. Groves, Harold. *Finanzas Públicas*, sexta reimpresión, Trillas, México, 1982, p. 706.

⁵³ Aguirre, Ramón. *Revista de Administración Pública, La Función del Control en la Administración Pública*, No. 24, Enero- abril 1973, p. 180.

⁵⁴ Definida en el artículo 2 fracción LIV de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria como la "asignación de recursos federales prevista en el presupuesto de la dependencia destinada a las entidades bajo su coordinación sectorial...".

Capítulo II. Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE)

2.1 Antecedentes y estructura de los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE).

Salud a partir del 29 de febrero de 2008 incorpora un instrumento que a la fecha se había utilizado como estrategia en materia de adquisiciones de bienes y arrendamiento de servicios: el contrato marco, cuyo origen se encuentra en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público como esfuerzo por consolidar las necesidades de adquisición y arrendamiento de toda la Administración Pública Federal.

Su propósito es poder adquirir, arrendar o contratar en un solo proceso los requerimientos de las dependencias, obteniendo las mejores condiciones en cuanto a precio, calidad y oportunidad y, por otra parte apoyar a las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MIPyMES) para que compitan con las grandes trasnacionales.

Este instrumento ha inspirado la creación del concepto de “Acuerdo Marco” con el objeto de consolidar en un solo instrumento jurídico las diversas transferencias de recursos que hace Salud a las diversas entidades federativas a fin de apoyarlas en la implementación, desarrollo, control y supervisión de los programas de salud.

Entre las ventajas de este instrumento se pueden mencionar que las transferencias se hacen de manera ordenada al ser suscrito por el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud (nivel federal) y sus directores generales de las unidades administrativas y Centros Nacionales, así como por el Secretario de Salud del Estado y su Secretario de Finanzas.

En el, se enlistan los programas de salud para los cuales le será transferido el recurso y su liberación de manera uniforme para la entidad.

Se evita la existencia de tantos convenios como número de entidades federativas y programas a los que se suscriben (anterior al año 2008 se suscribía un convenio por cada entidad federativa y por cada programa de salud sumando un total de 400

convenios anuales, actualmente solo se emiten 32), se simplifica tiempo y recursos, se homologa la forma y contenido del convenio con lo que se facilita la identificación de los montos financieros y de insumos a transferir, se definen líneas de acción, actividades e indicadores.

Para fortalecer el acuerdo marco se ha desarrollado una aplicación informática para el registro de los recursos e insumos que son transferidos y para el seguimiento al cumplimiento de indicadores creando la plataforma denominada Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).

Estructura de los AFASPE:

Los AFASPE están integrados por cinco apartados:

Antecedentes, en el que se establece el marco jurídico del convenio.

Declaraciones, registra la participación de la Secretaría de Salud a través del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud junto con sus cinco unidades administrativas y cuatro órganos desconcentrados y de las entidades federativas representadas por el Secretario de Salud y por el de Finanzas, así como la facultad de cada uno para suscribir el acuerdo.

Clausulas, que incluye el objeto de la transferencia de recursos presupuestales e insumos, calendarios de transferencias, compromiso de la entidad para ejercer adecuadamente el recurso y presentar la información que requiera Salud y las facultades para que ésta última verifique, supervise, evalúe las metas y el adecuado ejercicio presupuestal a través de los informes trimestrales que presente la entidad, así como la fiscalización y difusión de las acciones del desarrolladas por programa.

Firmas de los funcionarios que participan en el convenio.

Anexos que contienen los nombramiento de quienes firman los AFASPE, las fuentes financieras de los programas, calendarios de ministración, indicadores y metas por programa, relación de insumos enviados en especie y acta de suscripción del acuerdo marco (anexo 7).

Dentro de los Convenios se contempla la posibilidad de modificarlos cuando la Secretaría y la entidad lo consideren pertinente; de los 32 Acuerdos en 2009, 30 entidades rectificaron cinco veces este documento, Nayarit tres y el Estado de México solo dos; en el 2010, 31 entidades lo cambiaron en una ocasión (Nayarit no reportó ninguna sustitución).

En el ejercicio 2011 se emitieron dos acuerdos modificatorios con la participación de todas las entidades federativas, situación que se repitió en el 2012.

Las modificaciones implican retraso en la planeación y ejecución del gasto, además de dificultar su comprobación en tiempo y forma ya que la liberación de los recursos queda sujeta a los nuevos acuerdos y calendarios de transferencia.

Después de los acuerdos modificatorios que sufrieron los AFASPES, en el ejercicio 2009, el recurso a disminuir se redujo en un 8.9% (de 741.11 a 674.88 millones de pesos), las entidades más afectadas fueron San Luis Potosí (35.19% menos del presupuesto original) y Morelos (22.8% menos del presupuesto original). Las entidades que por el contrario experimentaron un ligero incremento en sus recursos fueron Campeche y Guerrero (3.68 y 2.9% respectivamente).

En el 2010, la disminución en los recursos a transferir tomando como referencia los montos del acuerdo original, también sufrieron una disminución, aunque poco menos aparatosa que en el ejercicio inmediato anterior, su reducción fue del 2.9% (de 576.8 a 560.09 millones de pesos). Las entidades más afectadas fueron Baja California Sur (60% menos de su presupuesto original) y Guerrero (74% menos de su presupuesto original). Las entidades que incrementaron sus recursos fueron Quintana Roo y Tabasco (2.44 y 2.37% más de su presupuesto original).

En el 2011, de manera general el recurso a transferirse por los AFASPES se incrementó en un 9% (de 667.88 a 729 millones de pesos). Tlaxcala e Hidalgo vieron un incremento del 1.84 y 1.83% respectivamente, sin embargo, llama la atención que no todas las entidades federativas experimentaron este aumento, destacando Baja California Sur y Colima, que observaron una disminución del 34.33 y 20.23%.

Por último en el ejercicio 2012, se experimentó un incremento del 97% de manera general; en contraste, durante este periodo ninguna entidad sufrió una disminución en sus recursos. Destacan Durango y Jalisco con un incremento del 4.5 y 3.1%.

Por consiguiente, el análisis se enfocará a los seis programas enunciados en el apartado anterior, en el periodo de 2009 al 2012.

De tal suerte que la transferencia del recurso se distribuyó de la siguiente forma:

Cuadro 4.

Transferencia de recursos financieros a través de AFASPE 2009-2012

Programa	Recursos Financieros Federales asignados por programa 2009-2012 (millones de pesos)
Vigilancia Epidemiológica	625.47
Arranque Parejo en la Vida	701.68
Cáncer de Mama	624.94
Cáncer Cervicouterino	577.66
Violencia familiar y de género	234.46
Planificación Familiar y anticoncepción	201.78
Total	2,965.99

Fuente: SSA, elaboración propia en base a la contabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Con un primer corte al mes de diciembre 2011 y solo considerando los recursos transferidos entre el 2009 y 2011, el Programa de vigilancia Epidemiológica es el que reporta el mayor número de recurso asignados en un solo programa a cargo de la Dirección General de Epidemiología; sin embargo, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a través del resto de los programas transfirió 2,340.52 millones de pesos en el periodo ya descrito, lo que vuelve más complejo el manejo y seguimiento del ejercicio del recurso.

Los recursos asignados originalmente a estos seis programas en el periodo del 2009 al 2012 (2,415.51 millones de pesos) se ven afectados por los acuerdos modificatorios, en los que se actualizan los montos por motivo de reducción al gasto público federal o

por ampliaciones resultantes de las economías que se generan en otras unidades administrativas u órganos desconcentrados, en este periodo de manera general los recursos a transferir se incrementaron a 2,965.99 millones de pesos.

Pese a las inconsistencias registradas durante el periodo de estudio, el único programa de salud que vio disminuido su recurso fue el de Vigilancia Epidemiológica, que originalmente tenía asignado 730.16 millones de pesos y finalmente se canalizaron a las entidades federativas 625.47 millones de pesos (104.69 millones de pesos).

En relación a la transferencia de los recursos determinados en los acuerdos de 2009 no se encontraron rezagos; sin embargo para el ejercicio 2010, el 25% de los recursos financieros al mes de diciembre de 2011 continúan en las arcas de Salud a nivel federal, sin embargo, para finales del sexenio (diciembre 2012) se había abatido en su totalidad el rezago en la transferencia de recursos.

Cuadro 5.

Programas con atraso en la transferencia de recursos en los AFASPE 2010

Programa	Recurso Asignado por convenio 2010 (millones de pesos)	Por transferir (millones de pesos)
Arranque parejo en la vida	127.86	54.32
Cáncer de mama	59.69	29.90
Cáncer de Cérvix	26.65	8.70
Violencia familiar y de género	16.28	6.97
Planeación familiar y Anticoncepción	1.50	1.50
Total:	231.72	101.39

Fuente: SSA, elaboración propia en base a la contabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Llama la atención que en el AFASPE 2010, dejaron de registrar recursos financieros para Planeación Familiar y Anticoncepción asignándolos a un nuevo programa denominado Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, que parece sustituirlo y al que la federación le ha transferido la mitad de lo convenido.

El retraso en la transferencia de recursos de los AFASPE 2010 obedeció a que las entidades no habían registrado el ejercicio del recurso al cierre del 2009 por lo que

se incumple con lo dispuesto en el artículo 10 fracción II de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en donde se obliga al ejecutor del gasto⁵⁵ a registrar trimestralmente los informes identificando los ingresos, incluyendo los rendimientos financieros del periodo, egresos, así como su destino y saldo. Por tanto, a falta del registro, el artículo 11 del mismo ordenamiento, quinto párrafo señala que se deberán suspender las aportaciones subsecuentes cuando no se cumpla con las autorizaciones y registros correspondientes.

Cuadro 6.

Programas con atraso en la transferencia de recursos en los AFASPE 2011

Programa	Recurso Asignado por convenio 2011 (millones de pesos)	Por transferir (millones de pesos)
Arranque parejo en la vida	111.24	50.95
Planeación familiar y Anticoncepción	61.05	32.79
Violencia familiar y de género	46.12	29.41
Cáncer de Cérvix	45.13	26.23
Cáncer de mama	102.89	25.09
Total:	366.43	164.47

Fuente: SSA, elaboración propia en base a la contabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Al mes de diciembre 2011 aún se tenía pendiente la transferencia del 44.5% del total de los recursos financieros a las entidades federativas. Sin embargo durante el 2012 se concluyó la transferencia del 100% del recurso asignado a través de los AFASPE.

⁵⁵ La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria define a los Ejecutores del Gasto a los Poderes Legislativo y Judicial, los entes autónomos a los que se asignen recursos del Presupuesto de Egresos a través de los ramos autónomos, así como las dependencias y entidades, que realizan las erogaciones a que se refiere el artículo 4 de esta Ley con cargo al Presupuesto de Egresos.

2.2 Proceso de comprobación de las Entidades Federativas ante el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Epidemiología

Uno de los puntos que contemplan los AFASPE es la obligación de las entidades federativas para informar trimestralmente el ejercicio del gasto así como la entrega de la certificación del gasto que sustenta y fundamenta la aplicación de recursos.

La certificación del gasto o la relación detallada sobre las erogaciones del mismo les corresponde a las Secretarías de Salud y de Finanzas de la entidad, la información será validada y entregada a la Dirección General de Equidad de Género y Salud Reproductiva así como a la Dirección General de Epidemiología, la entidad custodia la documentación original de los recursos federales erogados para cuando le sean requeridos.

Los documentos como facturas deben reunir los requisitos fiscales⁵⁶ y ser validadas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Sin embargo, no todas las entidades cumplen con los plazos establecidos en los AFASPE, ni aplican el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros que emitió la Secretaría de la Función Pública para generar procesos generales para el ejercicio, control y evaluación del recurso asignado, de tal suerte que es difícil contar con la comprobación en tiempo y forma.

Al no contar con un procedimiento definido cada dependencia envía a Salud la relación de erogaciones o la certificación de gasto, sin anexar facturas, contratos, convenios, etc. que demuestren de manera indudable el ejercicio del gasto, lo que implica que la federación valida el ejercicio sin tener la documentación soporte correspondiente.

Cuando escasamente se reciben facturas es necesario validarlas en la página del Sistema de Administración Tributaria a fin de comprobar su autenticidad, se concilian

⁵⁶ De acuerdo con el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación relativo a los comprobantes fiscales digitales y de conformidad al artículo 29-A del mismo ordenamiento que establece los requisitos que deben cumplir los comprobantes fiscales.

las cifras comprobadas con la certificación de gastos y/o facturas con las partida del gasto⁵⁷ autorizadas para verificar que se encuentren dentro de las cantidades definidas.

Una vez validada la información se genera una notificación al estado y se incorpora a la página de información de la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud y se informa a las entidades la situación que guarda su comprobación y ejercicio del gasto.

2.3 Estatus de las comprobaciones de las Entidades Federativas ante el Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Epidemiología al ejercicio fiscal 2012

El porcentaje de recursos comprobados de los transferidos en el ejercicio 2009 (667 millones de pesos), al cierre de diciembre de 2012 es del 99.7% (608.6 millones de pesos) y pendientes de comprobar 1.8 millones de pesos.

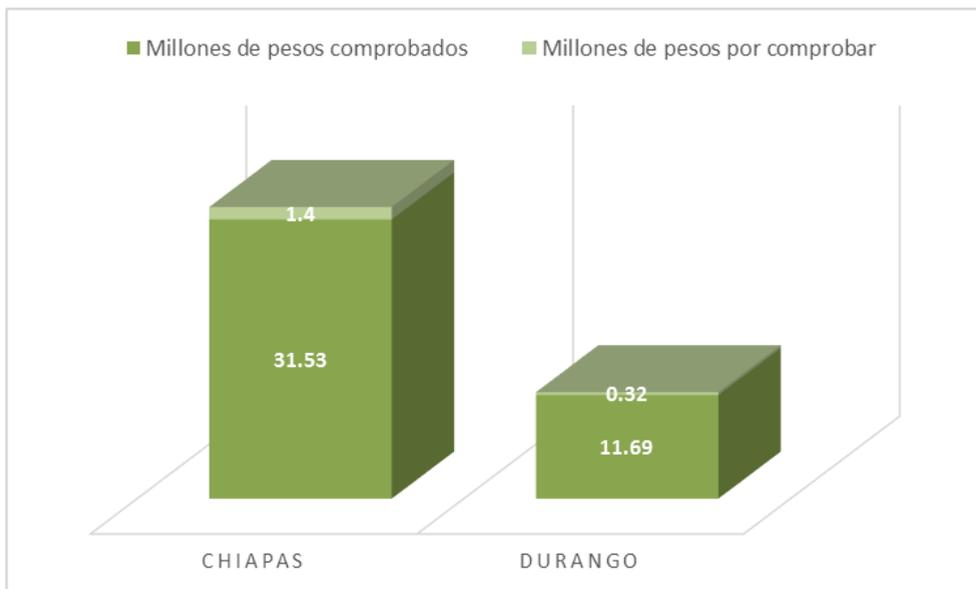
El recurso devuelto por las entidades a la Tesorería de la Federación (TESOFE) fue de 56.6 millones de pesos.

La entidad federativa que presenta atraso en la comprobación del recurso transferido en el 2009 con corte a diciembre 2012, es Chiapas al que le fueron depositados 32.9 millones de pesos a través de los seis programas, de los cuales presenta rezago en Vigilancia Epidemiológica por 1.4 millones de pesos, que representan el 4.3% del total del recurso asignado.

La segunda entidad atrasada en su comprobación es Durango que debe comprobar un total de 12 millones de pesos, su atraso es del 2.8% (.32 millones de pesos) en los programas de Cáncer de mama y Cáncer Cervicouterino.

⁵⁷ De acuerdo al Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal, la partida del gasto es el nivel de agregación más específico de este documento, que describe los bienes o servicios de un mismo género, requeridos para la consecución de los programas y metas autorizados.

Gráfica 1. Entidades federativas con mayor recurso sin comprobar del transferido a través de AFASPE 2009 (millones de pesos).



Fuente: SSA. Elaboración propia en base a la contabilidad del 2009 de los AFASPE.

El recurso asignado a las entidades federativas para el desarrollo de los seis programas de salud en el ejercicio 2010, fue de 706.7 millones de pesos, al mes de diciembre de 2012 se registran devoluciones a la TESOFE por 86.3 millones de pesos (12% del recurso asignado) por lo que se deben comprobar 620.3 millones de pesos, de los que cuales el 94.3% (585.5 millones de pesos) ya fueron documentados contra el 5.6% sin comprobar.

Los programas con rezago en la comprobación son; Cáncer de mama con 12.3 millones de pesos seguido por el Violencia Familiar con 9.4 millones de pesos.

De manera general, los recursos asignados mediante los AFASPE de 2010 presentan problemas en su ejercicio (de ahí la devolución, posible indicador de la deficiente planeación del recurso) y por supuesto de comprobación.

La distribución de los programas con mayor rezago en la comprobación de los recursos se encuentra de la siguiente forma:

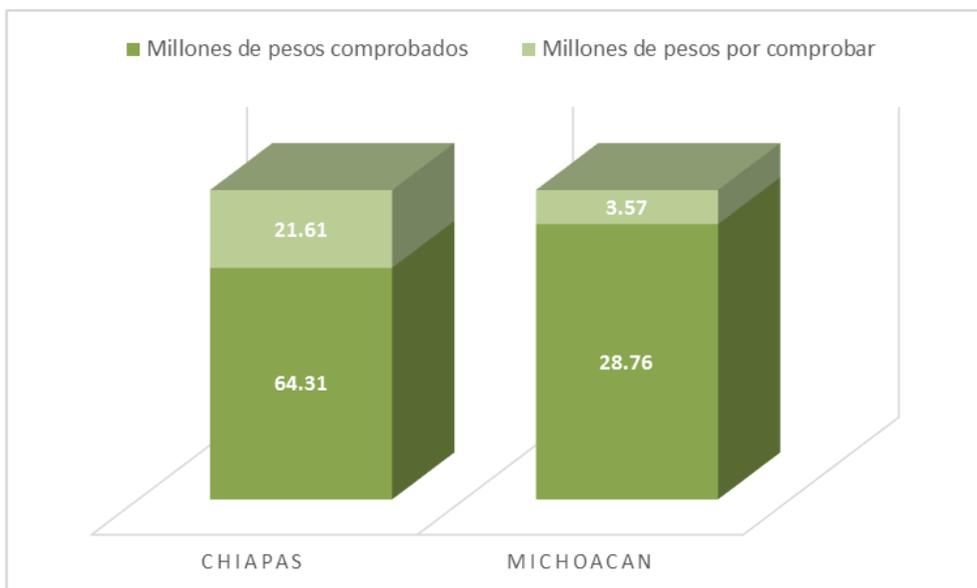
Cuadro 7. Estatus del ejercicio del recurso transferido a través de AFASPE 2010 (millones de pesos).

Programa	Recurso Transferido	Devuelto a TESOFE	Comprobado	Por comprobar
Vigilancia epidemiológica	172.75	48.59	122.10	2.06
Arranque parejo en la vida	206.99	15.63	185.30	6.06
Cáncer de Cérvix	116.47	8.05	103.88	4.54
Cáncer de mama	152.17	11.97	127.86	12.34
Violencia familiar y de género	56.30	2.10	44.35	9.85
Planeación familiar y Anticoncepción	2	.1	1.9	0
Total:	706.68	86.44	585.39	34.85

Fuente: SSA, elaboración propia en base a la contabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Por entidad federativa, Chiapas recibió una transferencia de recursos financieros por 64.3 millones de pesos a través de los seis programas de los AFASPE 2010 de los cuales aparecen sin comprobar 21.6 millones (33% del total del recurso asignado); Michoacán tuvo un depósito por 32.3 millones de pesos en el mismo ejercicio, de los que le resta comprobar 3.57 millones de pesos (11% de sus recursos trasferidos).

Gráfica 2. Entidades federativas con mayor recurso sin comprobar del transferido a través de AFASPE 2010 (millones de pesos).



Fuente: SSA. Elaboración propia en base a la contabilidad del 2010 de los AFASPE.

En el ejercicio 2011, del total de recursos a transferir (727.80) se liberaron solamente 688.4 millones de pesos (al mes de diciembre de ese año); para diciembre 2012, ya se contaba con la transferencia del cien por ciento del recurso, sin embargo fueron devueltos a través de la TESOFE 99.41 millones de pesos, de los recursos que se quedaron en las arcas de las entidades federativas, 514.46 millones fueron comprobados y 113.93 quedaron pendientes por comprobar.

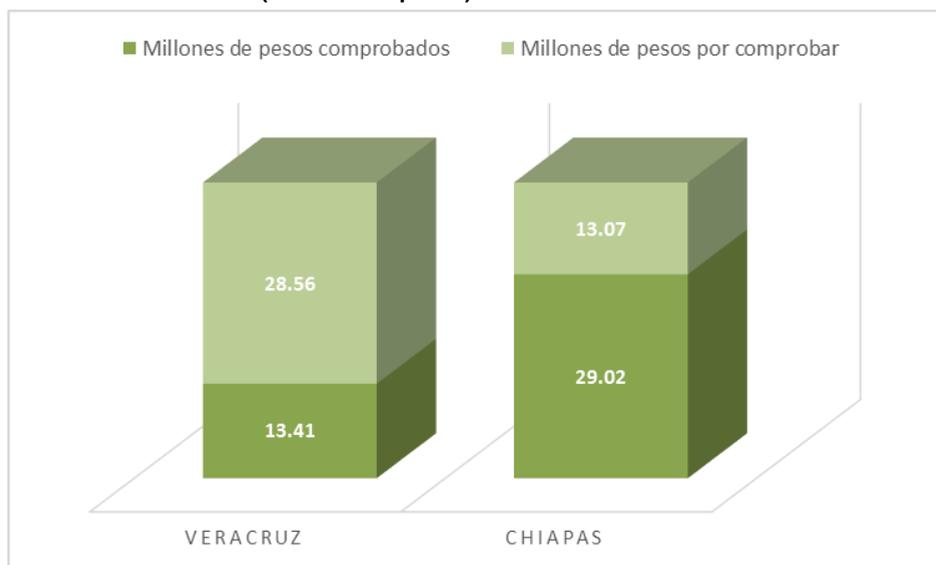
Cuadro 8. Estatus del ejercicio del recurso transferido a través de AFASPE 2011 (millones de pesos).

Programa	Recurso Transferido	Devuelto a TESOFE	Comprobado	Por comprobar
Vigilancia epidemiológica	97.60	11.44	56.58	29.58
Arranque parejo en la vida	213.31	37.6	145.90	29.81
Cáncer de Cérvix	78.15	8.71	56.94	12.5
Cáncer de mama	191.79	26.51	146.5	18.78
Violencia familiar y de género	65.85	4.6	48.60	12.65
Planeación familiar y anticoncepción	81.1	10.55	59.94	10.61
Total:	727.80	99.41	514.46	113.93

Fuente: SSA, elaboración propia en base a la contabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Las entidades federativas que reportan mayor atraso en la comprobación de los recursos transferidos en 2011 son: Veracruz con 68.09% de su recursos y Chiapas con 31.06% (28.56 y 13.07 millones de pesos respectivamente).

Gráfica 3. Entidades federativas con mayor recurso sin comprobar del recurso transferido a través de AFASPE 2011 (millones de pesos)



Fuente: SSA. Elaboración propia en base a la contabilidad del 2011 de los AFASPE.

Para el ejercicio 2012, se transfirieron 876.76 millones de pesos a las entidades federativas distribuidos entre los seis programas, se devolvieron a través de la TESOFE 66.39 millones de pesos, del restante, se comprobaron 320.58 y se registraron 489.79 millones sin comprobación (60 % del recurso).

Cuadro 9. Estatus de las transferencias de recursos a través de AFASPE 2012 (millones de pesos).

Programa	Recurso Transferido	Devuelto a TESOFE	Comprobado	Por comprobar
Vigilancia epidemiológica	78.02	2.35	15.36	60.3
Arranque parejo en la vida	215.51	31.04	79.6	104.87
Cáncer de Cérvix	266.61	16.17	114.28	136.16
Cáncer de mama	218.86	11.95	86.76	120.15
Violencia familiar y de género	56.08	3	4.66	48.42
Planeación familiar y Anticoncepción	41.68	1.88	19.92	19.88
Total:	876.76	66.39	320.58	489.79

Fuente: SSA, elaboración propia en base a la contabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Las entidades federativas que reportan mayor rezago en su comprobación son: Chihuahua, a quien se le transfirieron 39.53 millones de pesos y Tamaulipas con 37.61 millones de pesos, sin que a diciembre de 2012 comprobaran un solo peso.

Por su parte, Nayarit y Querétaro tampoco comprobaron recursos recibidos por el programa de vigilancia epidemiológica, así como Puebla, Jalisco y Durango no documentaron el ejercicio de los recursos que recibieron por los cinco programas del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

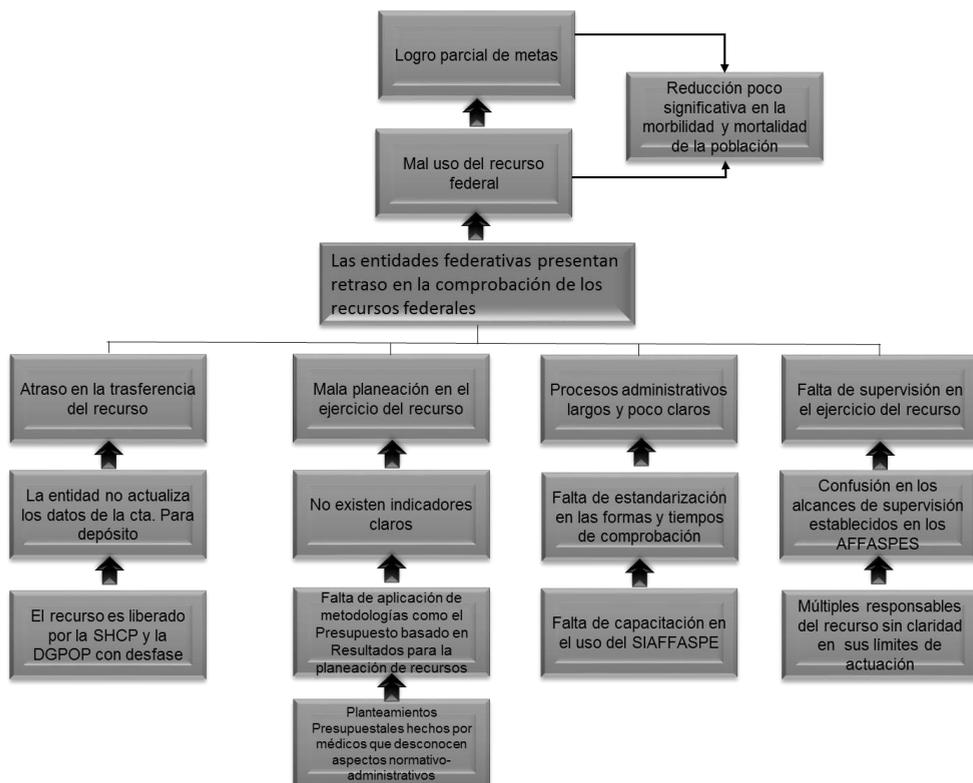
Capítulo III. Propuesta de proceso de comprobación del recurso asignado a las entidades federativas a través de los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas

Conocer el proceso del ejercicio del recurso transferido a las entidades federativas para atender los programas sociales en materia de salud nos da la posibilidad de entender la complejidad de una de las variables que inciden en el logro de las metas establecidas en cada uno de los programas de salud.

Uno de los aspectos fundamentales para no romper el ciclo de presupuestación, es comprobar en tiempo y forma el recurso, de esta manera, se pretende lograr las metas institucionales y aprovechar el recurso en beneficio de la población.

Para poder entender por qué las entidades federativas presentan retraso en la comprobación de los recursos federales, abordaremos algunas de las situaciones que originan este problema.

Cuadro 10. Causas que originan que las entidades federativas retrasen la comprobación del recurso transferido por la federación para la atención de los programas sociales en materia de salud.



Fuente: SSA, elaboración propia en base a la información recopilada de la Dirección General de Epidemiología y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Atraso en la transferencia de los recursos:

Si bien, la planeación del recurso se inicia más o menos por el mes de agosto de cada año, proyectando los recursos necesarios para el próximo ejercicio en lo que se denomina Proyecto de Presupuesto, la Cámara de Diputados definirá la asignación del mismo a través del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), en donde plasma las modificaciones al presupuesto como: reducciones y ampliaciones.

Si bien, el PEF se da a conocer antes de concluir el año, la programación del recurso prácticamente llega a las unidades administrativas en enero del ejercicio en curso; la Secretaría de Hacienda y Crédito Público lo transfiere a cada Dependencia hasta los meses de marzo o abril.

A partir de que el recurso llega a cada Dependencia, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, invierte tiempo a la distribución del recurso en base a la programación de su ejercicio, lo que implica unos días e incluso semanas adicionales para que las unidades administrativas y órganos desconcentrados puedan disponer del mismo.

Esto genera conflicto para cubrir el gasto corriente de cada unidad e impacta en la transferencia del recurso a las entidades federativas para atender las metas de los programas de salud federales.

Un aspecto adicional que retrasa la transferencia de los recursos es la falta de validación de cuentas bancarias de las entidades federativas.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud ha diseñado el Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) que poco a poco se va modificando para incorporar cada vez más acciones de control, seguimiento, evaluación y supervisión, que faciliten la comprobación del gasto público.

Uno de sus módulos está destinado a que cada entidad federativa ingrese el número de cuenta del banco al que se le transferirá el recurso; sin embargo, el 40% de las entidades federativas no validan esta información, por lo que continuamente existen rechazos de las transferencias.

Adicionalmente, el recurso no se deposita de manera directa a las arcas de la Secretaría de Salud de las entidades federativas, es direccionada a la Secretaría de Finanzas, quienes aplican sus procesos y después de validar el origen de los recursos y la distribución por programas envían a la Secretaría de Salud.

Cada semana o mes de atraso en la transferencia del recurso federal a las entidades federativas, significa menor tiempo para adquirir o contratar bienes o servicios necesarios para la operación de los programas sociales en materia de salud.

Mala planeación en el ejercicio del recurso:

En la planeación del recurso necesario para llevar a cabo las acciones de salud de los programas federales, deben intervenir los médicos y los administradores en un esfuerzo por integrar correctamente el presupuesto requerido, sin embargo, en ocasiones solo los médicos se encargan de esta tarea.

Muchos de los médicos que elaboran el presupuesto no están familiarizados con las normas que regulan las acciones administrativas, desconocen qué se puede comprar y cómo, no conocen mucho de calendarización del recurso, cambio de partidas, licitaciones, etc., lo que implica que la integración y ejercicio del recurso sea más difícil.

Cuando la parte médica elabora el presupuesto y le entrega al área administrativa el recurso para su ejercicio, es difícil encontrar alternativas para su correcta aplicación.

Al complicarse el ejercicio del recurso, las entidades federativas terminan utilizando el dinero en otros programas o reintegrarlo a la Tesorería de la Federación, lo que implica un problema para la unidad administrativa u órgano desconcentrado a nivel federal encargado de los programas de salud.

Esto impide que el recurso destinado a los programas de salud federales no llegue a su destino.

Falta de aplicación de metodologías como el Presupuesto basado en Resultados para la planeación de los recursos.

Para la planeación del presupuesto se utiliza como punto de partida el presupuesto del año anterior, se le incorpora un 10 o 15% de incremento y se elaboran las justificaciones necesarias.

Para el ejercicio del recurso se pregunta “cuanto tengo y te digo como lo gasto”, sin importar las metas y objetivos a corto y mediano plazo.

Metodologías como el Presupuesto Basado en Resultados plantean otra visión para la elaboración de la programación del recurso, se parte del objetivo y meta para definir los insumos, bienes y servicios que se requieren, se establecen indicadores y se da seguimiento al avance de las metas y del ejercicio del recurso.

Un ejemplo de la aplicación de esta metodología es el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH), en donde cada unidad administrativa debe vincular su presupuesto con las metas e indicadores en un tiempo determinado, de tal suerte que trimestralmente debe reportar los avances en estos campos.

El problema es la falta de rigor en la elaboración de las metas e indicadores, ya que las unidades administrativas pueden registrar metas e indicadores de bajo o nulo impacto, poco retadoras o incluso con una mala estructura que dificulte su seguimiento y evaluación.

No existen indicadores claros.

Si bien en muchas de las entidades federativas, el presupuesto es elaborado por el área médica, pasa algo similar con los indicadores. Se ha identificado que no se capacita a los médicos para llevar a cabo esta tarea de manera correcta, tampoco la intervención del área administrativa es garantía para la elaboración de indicadores que nos lleven al logro de la meta institucional.

El SIAFFASPE ha integrado un módulo para el registro de metas e indicadores en donde se relaciona el presupuesto con la meta institucional; sin embargo, comparte las mismas debilidades que su símil de la Secretaría de Hacienda (PASH); las metas e indicadores están mal redactados, son difíciles de medir y evaluar o lo que miden no genera un valor que ayude al logro de los compromisos de los programas de salud federales, los médicos no reportan en tiempo y forma sus avances y no saben cómo vincular esta información con el presupuesto.

Procesos Administrativos largos y poco claros

El proceso administrativo tiene su origen en los AFFASPE's, en donde se definen de manera general las responsabilidades, alcances y acciones. En este documento se entrelazan omisiones o contradicciones⁵⁸, como por ejemplo, en las cláusulas se encuentran confusas algunas competencias de la entidad federativa, de la Secretaría de Salud y de otros actores relevantes⁵⁹.

⁵⁸ En el numeral cinco de los antecedentes se define que "cada unidad administrativa y órgano desconcentrado cuenta con disponibilidad presupuestal para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del acuerdo marco; sin embargo, en los parámetros en su numeral uno se aclara que los recursos financieros e insumos federales que la Secretaría se compromete a transferir a la Entidad estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria y a las autorizaciones correspondientes...".

⁵⁹ En el numeral dos de los parámetros del convenio marco se establece que la "Secretaría" por conducto de las unidades administrativas u órganos desconcentrados que tienen a cargo cada uno de los "programas" podrá...

La responsabilidad en la generación de información y su reporte recae principalmente en las Secretarías de Salud de las entidades federativas, sin embargo, en cuanto a la certificación del gasto, éstas dependen de las Secretarías de Finanzas, lo que hace más lenta la comprobación del mismo.

En un esfuerzo por controlar de manera eficaz todas esas responsabilidades y acciones de cada uno de los involucrados a nivel federal y estatal se creó el SIAFFASPE, sin embargo, la falta de capacitación en su uso lo ha hecho poco efectivo.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para subsanar esta área de oportunidad, ha llevado a cabo reuniones con las entidades federativas para capacitar a los operadores de la plataforma; sin embargo, la rotación de personal que presentan las entidades para atender estas tareas también ha sido alta.

Las actualizaciones al sistema tampoco son comunicadas con oportunidad a los operadores, por lo que regularmente saturan de llamadas a las unidades administrativas y órganos desconcentrados solicitando ayuda en la utilización de las nuevas funciones.

Es importante comentar que la administración de esta plataforma debería estar reforzada por acciones de control interno, que impliquen la medición de su funcionalidad, estándares de calidad, visitas de revisión a las entidades federativas, plan de contingencia ante una eventual pérdida de información, etc., sin embargo al día de hoy se carece de todo ello.

El SIAFFASPE como una herramienta auxiliar en la transmisión e intercambio de información actualmente cuenta con diversos niveles de usuarios: captura, supervisión, validación y autorización de los movimientos financieros, involucrando teóricamente a tres o cuatro personas; sin embargo, en la realidad en la federación y en la entidad, solo una o dos personas hacen todo el proceso utilizando cuatro usuarios con sus respectivas claves; lo que resulta inoperante para quienes llevan a cabo estas acciones.

Antes del 2011, la captura del ejercicio presupuestal de las entidades se limitaba a reportar las facturas que acreditaban el gasto público, actualmente contempla la partida, costo general e importe autorizado.

Sin embargo, en la comprobación del ejercicio del recurso resulta insuficiente subir las facturas que amparan la adquisición de bienes y/o servicios, ya que uno de los problemas serios se encuentra el bajo porcentaje de validación de las facturas ante el Sistema Administrativo Tributario (SAT), algunas unidades u órganos desconcentrados hacen la validación y otros no, justificándose en las excesivas cargas de trabajo.

Aun y cuando el SIAFFASPE pretende consolidar toda la administración de los recursos transferidos, existen márgenes de discrecionalidad en las unidades administrativas y órganos desconcentrados, lo que implica diversidad en la forma de comprobación del gasto; como por ejemplo, ya mencionamos la validación de facturas ante el SAT, que no todas las unidades y órganos desconcentrados realizan.

Asimismo, algunas unidades son más flexibles en los tiempos de entrega de la información; por ejemplo, una entidad puede entregar a la Dirección General de Epidemiología una información desfasada cuando en el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductivo no se la admiten.

La entrega a tiempo de la certificación del gasto para unas unidades es menos relevante que para otras; algunas revisan minuciosamente que el gasto del recurso corresponda a la partida y que los bienes y servicios se encuentren autorizados, mientras que para otras lo importante es que se ejerza todo el recurso.

La falta de estandarización en los procesos administrativos de comprobación del gasto no se solventan con el SIAFFASPE, va más allá de una plataforma informática, requiere de procesos definidos para todas las entidades federativas y para las unidades y órganos desconcentrados a nivel federal, manuales de usuarios y estándares de calidad, la aplicación de controles internos y planes de contingencia que midan el cumplimiento, la calidad de la información y su tiempo de entrega es necesario eliminar la discrecionalidad en su operación.

Falta de supervisión en el ejercicio del recurso

En el AFASPE se le atribuye a la Secretaría de Salud la posibilidad de que, a través de sus unidades administrativas u órganos desconcentrados que tienen a cargo cada uno de los programas; verifique, supervise, audite y evalúe en todo momento las acciones a las que se compromete la entidad, así como la aplicación y destino de los recursos financieros e insumos que se le entreguen.

Las competencias de las unidades administrativas y órganos desconcentrados están fundamentadas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, sin que alguna este encargada de auditar a otras homólogas, por lo que resulta incongruente que en el acuerdo se le confiera la posibilidad a la Secretaría de Salud de auditar a las entidades federativas en el ejercicio del gasto y cumplimiento de metas.

Esta falta de claridad deja cierta libertad a las entidades federativas para solicitar cambio en las partidas y por ende en los bienes y servicios a contratar, permite ejercer el recurso incluso en beneficio de otros programas, ya que la falta de supervisión a través de visitas a los hospitales, clínicas y áreas administrativas facilita la desviación de recursos.

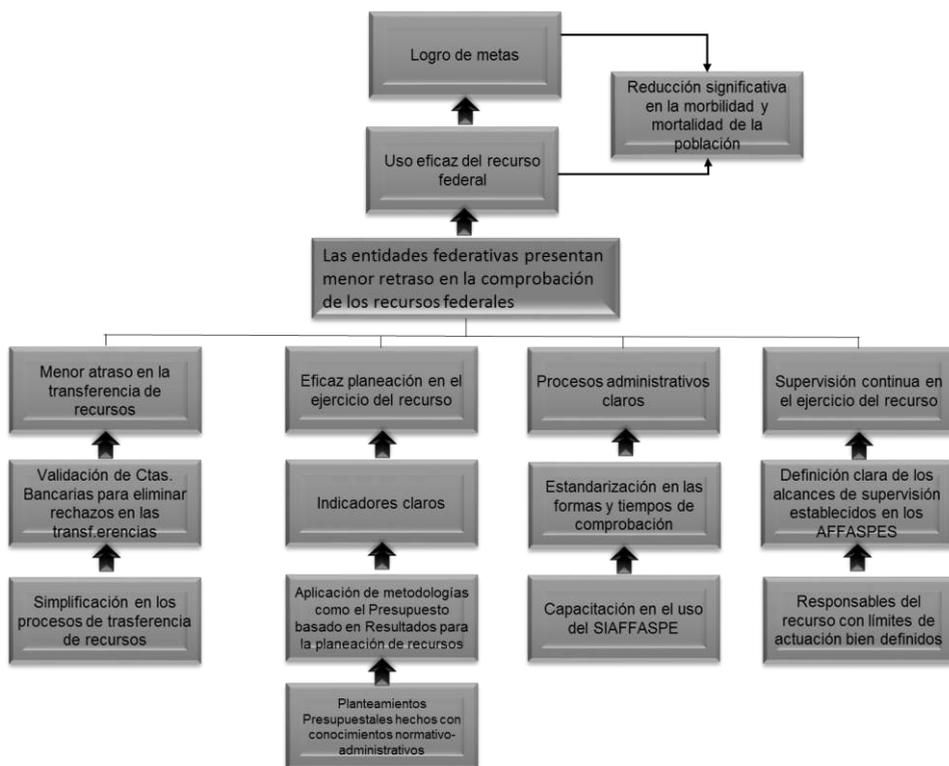
Los informes de avances en las metas y del ejercicio presupuestal que deben presentar las entidades federativas definidos en el acuerdo marco deben ser trimestrales; sin embargo, hasta el mes de noviembre se tiene una omisión del 100%, por lo que se ha presionado a las entidades para que cumplan con esta obligación.

En relación a la publicación del acuerdo y del avance de metas y recursos que deben realizar las entidades en sus páginas de internet, se revisaron seis sitios web sin poder localizar los AFASPE y los avances de los seis programas.

Todo esto implica que las entidades federativas tengan cierto margen para el uso discrecional del recurso transferido, impactando en un logro parcial de las metas institucionales y generando indicadores de reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad poco significativos en perjuicio de la salud de la población.

Para atender estas áreas de oportunidad podremos expresar las propuestas como siguen:

Cuadro 11. Propuesta de acciones que reduzcan el retraso en la comprobación del recurso transferido por la federación a las entidades federativas para la atención de los programas sociales en materia de salud



Fuente: SSA, elaboración propia en base a la información recopilada de la Dirección General de Epidemiología y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Menor retraso en la transferencia de los recursos

Si bien, el proceso de integración del PEF compete al Congreso de la Unión, es importante que se elabore el proyecto de presupuesto con toda claridad y se contemplen las acciones a desarrollar en materia de prevención y promoción de la salud que la federación cubrirá en coordinación con las entidades federativas.

Esta parte aún mantiene un claro oscuro ya que no se transparenta la toma de decisiones para asignar el recurso a las entidades federativas, por lo que sería apropiado, incorporar al SIAFFASPE el procedimiento para integrar el proyecto de presupuesto vinculado a las metas que las entidades se proponen llevar a cabo en el ejercicio inmediato siguiente.

Esto se puede llevar a cabo a través de un módulo de asignación de presupuesto, en el que se incluya el mecanismo (cálculos, procesos, requisitos) para que la federación asigne el recurso, además de contar con link's para subir la información que justifique el recurso solicitado por la entidad federativa y proporcione elementos suficientes a la federación para una asignación de recursos acorde con las necesidades y características de salud de la población.

Esta acción es viable y resulta benéfica en el sentido de homologar criterios de asignación de recursos, transparentar y sistematizar los procesos; de esta forma, los argumentos que la federación presente en su proyecto de presupuesto de egresos permitirán al Congreso de la Unión valorar con objetividad la importancia de contar con el recurso solicitado en beneficio de la salud pública de este país.

Es importante que la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto revise sus procesos de liberación de recursos, sobre todo en las partidas "transferencias a entidades federativas" a fin de que se simplifiquen tiempos y procesos en beneficio de los programas de salud.

Por su parte, es fundamental que las entidades federativas validen la información de la cuenta bancaria en donde recibirán el recurso. Para optimizar la funcionalidad de la plataforma SIAFFASPE valdría la pena incorporar un ícono de validación de cuenta que cada entidad deberá accionar en el mes de diciembre, con lo que se erradicará el rechazo de transferencias.

Asimismo, es importante que la Secretaría de Finanzas de la entidad libere con mayor rapidez el recibo de recepción del recurso, por lo que se sugiere enviar el aviso de transferencia a la Secretaría de Salud y de Finanzas de la entidad para que la segunda emita el recibo y la Secretaría de Salud solicite su liberación de manera inmediata, haciéndose responsable de su ejercicio y certificación.

Esta acción implica modificar el Acuerdo y re definir responsabilidades y competencias de cada dependencia involucrada.

Si se logra reducir el tiempo que implica la transferencia del recurso hasta que la Secretaría de Salud de la entidad lo recibe, se contará con mayor tiempo para su correcto ejercicio, llevando a cabo las acciones administrativas con apego a la norma (contratación de servicios, compra de bienes, etc.)

Planteamientos presupuestales hechos con conocimientos normativo-administrativos

Lo ideal en la elaboración de los presupuestos es que se integren con la visión de los médicos y los administradores, a fin de no transgredir la normatividad que regula las acciones administrativas como: estudios de mercado, los procesos de compra y contratación de bienes y/o servicios, elementos de facturación, condiciones de entrega, partidas restringidas, comprobación del gasto, etc.

Si no es posible contar con ambos profesionales, resulta importante capacitar a los médicos en la elaboración de presupuestos y comprobación del gasto, no con el objeto de que ellos lleven adicionalmente a las acciones médicas las administrativas, sino que integren los presupuestos con conocimiento de causa y faciliten su ejercicio posterior.

Esta capacitación se puede implementar sin generar un costo adicional, ya que la federación puede apoyarse con su personal para capacitar a quienes elaboren los presupuestos en las entidades federativas.

Esto implica también la adopción de metodologías como el Presupuesto basado en resultados, para lo que es fundamental capacitar a quienes elaboren los presupuestos en las entidades federativas en estas nuevas formas de administrar el recurso.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha generado literatura al respecto y en coordinación con la Universidad Autónoma de México, diseñaron un diplomado en esta materia, que sería importante compartir con las entidades federativas, lo que permitirá cambiar la forma de presupuestar y eficientar los recursos asignados.

Esta metodología incluye la elaboración de indicadores que permitan medir los avances en la consecución de las metas y del ejercicio presupuestal, de tal forma que a la federación le tocará asumir el reto de supervisar las metas, los indicadores y su vínculo con el presupuesto, orientando su elaboración para obtener indicadores claros que permitan la medición y evaluación del ejercicio del recurso.

Procesos Administrativos claros

La capacitación en el uso de la plataforma SIAFFASPE es fundamental en el éxito de la administración de la información, es importante que se validen los usuarios y se den de baja los que ya no se encuentran colaborando con la institución, es prioritario crear manuales de usuarios y procedimientos de comprobación del recurso en esta plataforma.

Es importante que todo usuario del SIAFFASPE cuente con una certificación como operador de la plataforma, para ello se debe diseñar el curso capacitación y a quien lo acredite, se le otorgue el certificado correspondiente, esto también motiva al operador ya que generalmente no recibe con oportunidad la capacitación y pese a que se genera un conocimiento importante no cuenta con un documento que lo avale.

La simplificación en el número de usuarios: captura, supervisión, validación y autorización de los movimientos financieros a solo dos, hace más rápido el proceso de generación y envío de información.

Para que los Secretarios de Salud o quienes designen como responsables del recurso transferido den seguimiento a las acciones emprendidas con éste y no se deslinden de su responsabilidad, se puede utilizar su firma electrónica para autorizar los movimientos financieros, lo que hará que den puntual seguimiento al ejercicio del recurso.

La validación de las facturas ante el SAT es una acción importante en la comprobación del ejercicio del recurso, por lo que es necesario se aplique en todas las unidades y órganos desconcentrados que coordinen los programas de salud federales; sin embargo, para distribuir las cargas de trabajo y evitar que lleguen todas las facturas en un solo momento, se deberán abrir periodos de validación.

Si la información que se genera en las entidades federativas se recibe de manera trimestral se puede señalar una semana para la validación de las facturas y devolver aquellas que no cuenten con los elementos fiscales o que sean presumiblemente apócrifas.

Otro aspecto importante es homologar criterios, formatos, controles y tiempos de entrega. En la medida en que todas las unidades administrativas y órganos desconcentrados que tienen bajo su responsabilidad los programas federales de salud, cuenten con un procedimiento para la comprobación uniforme, en esa medida se disminuirán hasta erradicarse los problemas generados por la discrecionalidad en la comprobación del gasto.

Esto se puede lograr si en la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud crea una dirección de seguimiento a los recursos transferidos a las entidades federativas para la atención de los programas de salud federales.

Esto implica contar con áreas especializadas y dedicadas al proceso de asignación, ejecución, control y evaluación del gasto federal enfocadas a los recursos transferidos.

Actualmente cada unidad u órgano desconcentrado cuenta con al menos dos o tres personas administrativas que dan seguimiento al SIAFFASPE, más los médicos que dan seguimiento al avance y logro de metas, todos ellos pueden integrar la dirección propuesta sin generar un costo adicional para el erario federal.

Supervisión continua en el ejercicio de los recursos

Responsables del recurso con límites de actuación bien definidos y definición clara de los alcances de supervisión establecidos en los AFFASPE's.

Como ya lo revisamos en las causas de nuestro problema, en el AFFASPE se le atribuye a la Secretaría de Salud la posibilidad de que a través de sus unidades administrativas u órganos desconcentrados que tienen a cargo cada uno de los programas, verifique, supervise, audite y evalúe en todo momento las acciones a las que se compromete la entidad, así como la aplicación y destino de los recursos financieros e insumos que se le entreguen.

En las obligaciones de la federación señaladas en el acuerdo marco, se incluye a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública y a la Auditoría Superior de la Federación sin señalar qué le corresponde a cada una, resultando necesario que se aclare la responsabilidad o tipo de intervención que tendrá

cada una, modificando el texto para que se puntualice que el desarrollo de auditorías internas estará a cargo del Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud; las auditorías externas son facultad de la Auditoría Superior de la Federación, sin menoscabo de la intervención de los órganos fiscalizadores locales.

Con este planteamiento se aclara la intervención de cada dependencia y unidad administrativa involucrada tanto de la administración federal como estatal y se incluye una participación precisa de los órganos fiscalizadores para que revisen tanto a la federación como a las entidades federativas, recomendando a su vez que se invite al Órgano Interno de Control a la firma del acuerdo marco para que conozca los términos del acuerdo y asuma el compromiso de revisar a los involucrados que presenten inconsistencias en su ejercicio y logro de metas.

Actualmente solo se audita a la federación por lo que también resulta conveniente que el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud incorpore en su programa anual de trabajo la visita a las entidades federativas con mayor rezago en el ejercicio y comprobación del recuso transferido.

El modificar el acuerdo marco y convocar al Órgano Interno de Control para que esté presente en la firma del documento y que asiente la propia en él, resulta factible de cumplimiento; sin embargo, los recursos humanos y financieros del órgano fiscalizador han sufrido disminuciones importantes a consecuencia de las políticas de reducción al gasto público, por lo que ha dejado de auditar (desde hace varios años) a las entidades federativas.

Para disminuir hasta erradicar la omisión en la presentación de los informes de avances en las metas y del ejercicio presupuestal que deben presentar las entidades federativa, el sistema de SIAFFASPE podrá concentrar estos informes en un módulo de "seguimiento a los avances", se sugiere que así como se emite de forma automática una notificación de avance de ministración de recursos, es necesario se envíen notificaciones de incumplimiento en el reporte de avances en el logro de objetivos y en la comprobación del ejercicio del recurso.

La notificación automática se puede generar al siguiente día en que se cumpla el plazo para su presentación (dentro de los diez días siguientes a la conclusión del trimestre).

Si aún con esto el sistema continua presentando omisiones, se enviarán dos notificaciones (una cada semana) si las entidades siguen faltando a su responsabilidad, se elaborará un oficio en donde se les exhorte a cumplir con los informe, puntualizando el tiempo transcurrido y las implicaciones que conlleva el retraso, marcando copia al Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud a fin de mantenerlo informado del seguimiento que se esté dando al cumplimiento del acuerdo marco y para que éste tenga elementos suficientes para programar auditorías a las entidades federativas que presenten incumplimientos a los acuerdos.

Para tener un mejor panorama de los avances de las metas y ejercicio presupuestal se propone se alimente el sistema cada mes y se vincule la liberación del recurso a este cumplimiento, con lo que se privilegia el presupuesto basado en resultados y se motiva a la entidad a cumplir con su meta para continuar recibiendo el recurso federal; los informes deberán ser autorizados mediante la utilización de la FIEL del Secretario de Salud de las entidades federativas.

Otra propuesta es incorporar al acuerdo marco, un apartado en donde se fundamente de acuerdo a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativa de los Servidores Públicos, las sanciones en caso de incumplimiento por acción u omisión en el que incurran los funcionarios que estarán involucrados en la aplicación, seguimiento y autorización de los recursos acordados.

Asimismo, se puede reforzar con una responsiva fundamentada en el mismo ordenamiento que deberá firmar todo involucrado en el proceso sin importar cargo o nivel; documentos que también deberán subirse al SIAFFASPE; con lo que se da peso y mayor seriedad a las acciones administrativas en beneficio de los programas en materia de salud.

En relación a la publicación del acuerdo y del avance de metas y recurso que deben realizar las entidades en sus páginas de internet, se puede incorporar un módulo en el SIAFFASPE de "seguimiento a publicaciones", en donde la entidad deberá registrar la

fecha de actualización de su sitio dentro de los diez días siguientes al trimestre concluido, si el sistema no identifica la captura, se enviará una notificación de incumplimiento a la entidad, si después de tres notificaciones (Semanales) no se captura la fecha de actualización, se elaborará un oficio de exhorto con copia para el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.

La federación tendrá cinco días para revisar las páginas y validar su actualización marcando el ícono de validación en el módulo de seguimiento a publicaciones. Esta sugerencia se considera probable toda vez se puede incorporar al SIAFFASPE el módulo y que la validación por parte de la federación es una actividad que no requiere mayor recurso que el tiempo que le dedique el personal asignado a estas acciones, la mayor dificultad se encuentra en las entidades federativas que regularmente no actualizan sus páginas web.

IV. Conclusiones

La disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población se abaten con diversas estrategias a cargo de múltiples actores, en este esfuerzo la Secretaría de Salud tiene el encargo de ejecutar las políticas públicas en su materia, se alinea al Plan Nacional de Desarrollo y define a partir de él, sus acciones a nivel nacional, plasmadas en su Programa Nacional de Salud.

En él interviene no solo la federación sino las entidades federativas y los diversos sistemas de salud; por su parte, la geografía, el tipo de población y las costumbres inciden de gran manera en el cuidado de la salud. Por ende, cada entidad tiene sus peculiaridades y sus necesidades pueden coincidir con las de otra entidad pero nunca serán idénticas.

Esto implica que las entidades federativas de sus presupuestos atiendan con ciertas limitaciones las necesidades más apremiantes en materia de salud, por ello, se auxilian del recurso federal (conurrencia de facultades).

La transferencia de recursos que hace la federación a las entidades federativas con el objeto de llevar a cabo los programas de salud, requiere una serie de acciones complejas para su asignación, ejecución, control y evaluación.

El ejercicio y comprobación del gasto público federal es una actividad relevante cuya complejidad en muchos casos impide llevar una contabilidad exacta y reflejar con oportunidad los informes de su avance.

Los acuerdos marco denominados AFASPE son instrumentos que a partir de 2008 permiten canalizar recursos financieros e insumos federales a las entidades federativas para lograr el desarrollo de los programas en materia de salud de manera ordenada a través de diversas cláusulas que obligan tanto a la federación como a las entidades federativas a cumplir con acciones de ejecución, control, seguimiento, supervisión, validación, autorización y fiscalización.

Este documento es perfectible por lo que se puede modificar para delimitar con mayor claridad las acciones que debe desarrollar cada órgano involucrado, incorporar fundamentos jurídicos que transmitan a los servidores públicos que intervienen en la ejecución del acuerdo marco, la responsabilidad que conlleva participar en estos acuerdos y de las consecuencias por actos u omisiones de conformidad con la normatividad vigente y su impacto en la salud pública.

Es importante disminuir la responsabilidad de la Secretaría de Finanzas de las entidades federativas y responsabilizar más a las Secretarías de Salud locales; indicar con precisión la intervención de la Secretaría de la Función Pública, del Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud Federal y los locales así como de la Auditoría Superior de la Federación; Incorporar el fundamento jurídico aplicable en materia de Responsabilidad Administrativa para servidores públicos federales y locales involucrados.

Estrechar comunicación con los Órganos Internos de Control federal y estatales a fin de que la vigilancia del correcto ejercicio del recurso se materialice, involucrarlos en la revisión y seguimiento del ejercicio y control del gasto público.

La autonomía de las entidades federativas también juega un papel importante, pese a que tienen la libertad de actuar conforme más convenga a los programas de salud, deben ser vigiladas por la federación; esta supervisión se encuentra fundamentada en la conservación del carácter federal del recurso transferido; sin embargo, se debe ser cuidadoso para evitar invadir facultades entre la federación y el nivel estatal.

Una herramienta que ha reforzado el seguimiento al cumplimiento de los acuerdos marco ha sido la plataforma informática denominada Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), el que con el paso del tiempo ha sufrido modificaciones en aras de incorporar módulos que permitan mejorar el control en el gasto público.

El compromiso, la responsabilidad y el conocimiento en el manejo de la plataforma del personal tanto federal como local también impacta en el adecuado ejercicio y control del gasto público, una mala captura, un certificado mal requisitado o una compra incorrecta puede generar problemas que impiden que los programas logren sus objetivos en detrimento del equilibrio de salud de la población, por ello es necesario concientizar al personal, capacitarlo y motivarlo a realizar su trabajo con la mayor responsabilidad, puntualidad y certeza posible, es necesario formar o reforzar los equipos de trabajo dedicados a la administración del SIAFFASPE, certificarlos y prepararlos para su correcto uso.

Homologar y transparentar el proceso de asignación de recursos que hace la federación a cada entidad federativa, integrándolo a la plataforma a fin de agilizar tiempos y facilitar su seguimiento hasta la asignación definitiva del mismo, así como para transparentar su definición. (Sin duda, parte fundamental para un correcto ejercicio del gasto).

La creación de una Dirección dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud que dé seguimiento a todo el proceso presupuestario y al avance de metas e indicadores resulta muy conveniente para eliminar la discrecionalidad que al día de hoy se presenta con mucha frecuencia.

Acciones realizables, algunas de ellas de fácil implementación (sobre todo en materia informática); la automatización del ejercicio y control del gasto implica reducción del uso de recursos humanos y materiales que se relacionan directamente con la disminución del tiempo que se debe invertir a cada acción, lo que se traduce en un costo de operación menor al disminuir las visitas de las entidades federativas a las Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados que manejan los programas de prevención y promoción de la salud a fin de aclarar las inconsistencias en la información del ejercicio del presupuesto, lo que genera gastos de transportación, viáticos y tiempo; costos que absorbe la dependencia local o en su caso la federal a fin de llevar un buen control presupuestal.

En la medida en que se disminuya la necesidad de acudir a las unidades federales, el recurso presupuestal servirá mayormente para las acciones de salud comprometidas que beneficiarán en gran medida a la prevención y promoción de la salud pública nacional.

Tarea ardua que exige la suma de compromiso, responsabilidad y voluntad de todos los involucrados; acciones que forman parte de las facultades de la Administración Pública Federal y del gobierno mismo, para atender las necesidades prioritarias en materia de salud que la ciudadanía demanda del Estado.

V. Bibliografía

- Aguilar Villanueva Luis F., **Gobernanza y Gestión Pública**, México, editorial Fondo de Cultura Económica, 2009
- Aguirre Ramón, **Revista de Administración Pública, La Función del Control en la Administración Pública**, No. 24, Enero- abril, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 1973
- Ayala Espino, José, **Economía del sector público mexicano**, México, Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- Biscaretti di Ruffia Paolo, **Derecho constitucional**, Editorial Tecnos, Madrid 1984
- Bobbio Norberto, **La teoría de las formas de gobierno en la historia del pensamiento político**, segunda edición, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 2001
- Centeno Ávila Javier, **Metodología y técnicas en el proceso de la investigación**, México, Cambio editorial, 1980
- Charles - Jean Bonnin De Obarrio Pedro, **Principios de Administración Pública**, Primera edición, Fondo de Cultura Económica, México, 2004
- Chiavenato, Idalberto, **Administración. Teoría, Proceso y Práctica**, Colombia, Mc Graw Hill Tercera edición, 2001.
- Delgadillo Gutiérrez Luis Humberto, Lucero Espinosa Manuel, **Compendio Administrativo**, México, editorial Porrúa, 2008.
- Duverger Mourice, **Instituciones Políticas y Derecho Constitucional**, Colección demos 5ta. Edición, Editorial Ariel, España, 1970
- Fred R. David, **La Gerencia Estratégica**, Colombia, Fondo Editorial LEGIS, 3ra reimpresión, 1990.
- Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, **Para entender el sistema de Salud de México**, México, ediciones Nostra, 2008.
- Gutiérrez Pulido, Humberto, **Calidad Total y Productividad**, México, editorial Mc Graw Hill, 2005,
- M. Groves, Harold. **Finanzas Públicas**, sexta reimpresión, Trillas, México, 1982, p. 706
- Maquiavelo Nicolás, **El príncipe**, México, 1990
- Montaña Sánchez, Francisco Arturo, **Auditoría Administrativa, Herramienta estratégica de planeación y control**, México, editorial Gasca Sicco, 2004.

- Rivera Lugo, Fidel Roberto, **Gerencia cataláctica, anatomía de la nueva gerencia pública**, México, editorial Miguel Ángel Porrúa, 2007.
- Rosales Núñez, Juan, **Gerencia Pública**, México, editorial Gernika, 2004,
- Vall Hernández Sergio, Matute González Carlos, **Nuevo Derecho Administrativo**, México, editorial Porrúa, 2004.

Documentos

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Nacional de Salud 2007 - 2012
- Programa de Acción Específico Arranque parejo en la Vida
- Programa de Acción Específico Planificación Familiar y anticoncepción
- Programa de Acción Específico Prevención y atención de la violencia familiar y de género
- Programa de Acción Específico Prevención, detección y atención de cáncer de mama
- Programa de Acción Específico Prevención, detección y atención temprana de cáncer de cérvix
- Programa de Acción Específico Vigilancia Epidemiológica
- Manual de Recursos Financieros
- Competitividad y Salud, hacia un sistema de salud más eficaz y eficiente. Fundación Mexicana para la Salud
- Inducción a la Secretaría de Salud

Internet

www.salud.gob.mx

<http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/041229173633-Reingeni.html>

http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/procesoadministrativo/

Anexo 1: Metas e indicadores del Programa Especifico de Acción 2007-2012, Arranque parejo en la vida

Entidad Federativa	Razón de mortalidad materna		Razón de mortalidad neonatal	
	Línea basal 2006	Meta para 2012	Línea basal 2005	Meta para 2012
Aguascalientes	58.0	34.3	8.77	7.39
Baja California	42.2	30.8	10.11	9.67
Baja California Sur	43.8	31.6	11.33	9.01
Campeche	67.1	53.3	7.88	6.76
Chiapas	90.1	70.0	6.72	5.34
Chihuahua	68.8	52.7	10.93	8.35
Coahuila	30.7	22.7	7.20	6.25
Colima	57.6	28.9	10.44	9.21
Distrito Federal	56.7	42.8	12.10	10.08
Durango	90.7	67.4	9.57	7.22
Guanajuato	44.4	34.9	12.55	9.89
Guerrero	129.5	100.4	7.08	5.86
Hidalgo	59.0	45.2	8.91	7.07
Jalisco	62.1	47.2	9.65	8.17
México	55.6	43.3	12.94	11.01
Michoacán	68.0	51.7	9.17	7.19
Morelos	55.4	43.2	8.89	7.67
Nayarit	38.7	29.2	5.52	4.60
Nuevo León	32.4	24.8	7.77	6.42
Oaxaca	74.2	57.6	7.93	7.22
Puebla	59.7	45.5	16.50	14.41
Querétaro	65.3	48.1	10.68	8.72
Quintana Roo	58.7	41.2	10.40	8.17
San Luis Potosí	45.2	34.4	9.26	7.52
Sinaloa	40.8	31.9	5.43	3.93
Sonora	55.6	40.6	10.12	8.30
Tabasco	52.9	41.1	11.82	9.61
Tamaulipas	61.3	45.4	8.79	6.89
Tlaxcala	68.4	53.5	16.34	12.88
Veracruz	63.1	48.5	10.18	8.86
Yucatán	30.4	24.2	7.16	6.47
Zacatecas	52.2	41.6	9.45	8.31
Estados Unidos Mexicanos	60.0	45.6	10.33	8.64

Anexo 2: Metas e indicadores del Programa Especifico de Acción 2007-2012, Planificación Familiar y Anticoncepción

Estrategia del Programa de Acción	Metas de impacto intermedio	Año					
		BASAL 2006	2008	2009	2010	2011	2012
Favorecer el acceso y oferta de servicios de Planificación familiar y anticoncepción C-16 de calidad	Incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas para el 2012 al 74%	70.9	*	*	*	*	75
	Alcanzar el 70% de cobertura nacional en anticoncepción post evento obstétrico	59.6	61.7	63.8	65.9	68	70
remover que se focalicen actividades de alto impacto y bajo costo que favorezcan el reducir los rezagos en salud reproductiva en población urbano marginada, rural e indígena	Disminuir la brecha de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil en cuatro puntos porcentuales entre población rural-urbana para el 2012, con respecto al 16.5% estimado para el 2006	16.5	*	*	*	*	12.5
	Reducir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil en al menos 10% en estados con niveles intermedios: Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Zacatecas, Querétaro, Aguascalientes, Durango, Estado de México, Jalisco y Tabasco	12.3	*	*	*	*	9.9
	Abatir a la mitad el desconocimiento de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil hablantes de lengua indígena respecto al 17% observado en 2006	17	*	*	*	*	9

* Nota: estas metas se obtienen por encuesta nacional demográfica, que se realizan cada tres o cinco años, CONAPO hace estimaciones entre encuestas. No se podrán tener datos anuales para evaluar avances.

Anexo 3: Metas e indicadores del Programa Especifico de Acción, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género

Línea de Acción del Programa	Estrategia dentro del Programa de Acción	Ámbito (Nacional o Estatal)	Población Blanco (sexo y grupo de edad)	Prioridad dentro de la Línea de Acción del PRONASA	Año					
					2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Lograr la detección oportuna del 30% de mujeres víctimas de violencia familiar en las unidades del primer nivel de atención, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.	Nacional y Estatal	Mujeres de 15 años o más.	Alta	4%	10%	15%	20%	25%	30%
	Lograr que el 20% de mujeres que viven en violencia familiar severa tengan acceso a atención médica y psicológica especializada, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.	Estatal	Mujeres que viven en situación de violencia familiar o de género	Alta	3%	8%	11%	14%	17%	20%
	Contribuir a la operación de las organizaciones e instituciones que proporcionan servicios de refugio.	Nacional	Mujeres que viven en situación de violencia extrema	Alta	27	30	32	33	34	35
	Incorporar acciones para la promoción Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de género, en todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y la Promoción de una Mejor Salud.	Nacional	Toda la población	Alta	50%	75%	100%			
	Impulsar la aplicación de 3 intervenciones preventivas focalizadas contra la violencia de familiar y de género a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	Nacional y Estatal	Adolescentes; hombres y mujeres, padres primerizos	Alta		10%	25%	50%	75%	100%
	Mejorar la oportunidad de reporte de casos de violencia familiar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Nacional y Estatal	Instituciones del SNS	Media Alta		40%	100%			

Anexo 4: Metas e indicadores del Programa Específico de Acción 2007-2012, Cáncer de mama.

Estrategia del Programa de Acción	Unidad de medida	Metas	Año					
			2007	2008	2009	2010	2011	2012
Metas de resultado								
1, 2, 3	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de 35% de mujeres de 25 a 69 años con exploración clínica de mama	-	15	20	25	30	35
1, 2, 3, 4	Cobertura %	Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en el último año en las mujeres de 50 a 69 años de edad	8.5	10.5	14.4	16.8	19.2	21.6
Metas de proceso								
3, 4, 5	Por ciento %	Efectuar diagnóstico de certeza en 95% de las mujeres sospechosas por exploración clínica anormal, mastografía o ultrasonido	70	80	90	95	95	95
3	Por ciento %	Certificar a 95% de los radiólogos que interpretan estudios de imagen para detección o diagnóstico de patología mamaria	-	20	40	60	80	95
Metas de impacto								
1-7	Tasa de mortalidad por 100 mil	Mantener la tasa de mortalidad por cáncer mamario por debajo de 17.5 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años de edad y más.			16.7	16.9	17.1	17.5

Estrategia 1: Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección.

Estrategia 2: Establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres de mayor riesgo, basado en las mejores prácticas conocidas y que permita el incremento de la cobertura de manera eficiente, segura y eficaz.

Estrategia 3: Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Estrategia 4: Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama.

Estrategia 5: Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.

Estrategia 6: Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de sociedad civil.

Estrategia 7: Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa

Anexo 5: Metas e indicadores del Programa Específico de Acción 2007-2012, Cáncer cervicouterino.

Estrategia del Programa de Acción	Unidad de medida	Metas	Año					
			2007	2008	2009	2010	2011	2012
Metas de resultado								
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (PAP) cada 3 años en mujeres de 25 a 34 años de edad	81	82	83	84	85	85
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (VPH-PAP) en mujeres de 35 a 64 años de edad, cada 5 años	-	10	25	45	65	85
Metas de proceso								
2, 4	Por ciento %	Incrementar la identificación de lesiones de alto grado en la detección primaria con Papanicolaou (positividad a la prueba)	0.7	0.9	1	1.2	1.3	1.5
2, 3	Por ciento %	Lograr un porcentaje adecuado de positividad con el tamizaje primario con prueba de VPH	-	9	9	9	9	9
6	Por ciento %	Acreditar a los colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos del sector salud que participan en la detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico uterino	-	30	60	80	> 90	> 90
Metas de impacto								
7	Tasa de mortalidad x 100 mil	Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 y más años de edad	14.2	13.5	12.8	12.1	11.5	10.9
2, 7	Por ciento %	Reducir las diferencias en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los cinco estados con mayores y menores tasas	8.3	16.6	24.9	33.2	41.5	50

Estrategia 3: Instrumentar de manera gradual la detección oportuna del cáncer cérvico uterino a través de la prueba de VPH con captura de híbridos.

Estrategia 4: Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino.

Estrategia 6: Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.

Estrategia 7: Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad.

Anexo 6: Metas e indicadores del Programa Específico de Acción 2007-2012, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

PLAN OPERATIVO 2008											
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica											
Objetivo Estratégico	Indicadores de proceso	Indicadores de producto	Indicadores de impacto intermedio	Meta Anual							Meta al final del periodo
				Basal	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Promover el mejoramiento de la gestión y calidad técnica del SINAVE a través de mecanismos de rediseño organizacional, modernización y estandarización de la tecnología informática y de comunicaciones y de evaluación de desempeño, con el fin de incrementar su eficacia y eficiencia y mejorar la capacidad de analizar la información epidemiológica		Número de manuales de VE revisados. Cálculo Número de manuales de VE con revisión técnica/Total de manuales de VE		0	0	5	2	2	2	2	13
		Documento con la propuesta de modificación a la NOM-017		0	0	1	0	0	0	0	1
		Número de Estados y Jurisdicciones con equipamiento completo/ número total de Jurisdicciones y Estados x 100		-	0	100%	0	0	0	0	100%
		Número de unidades seleccionadas con equipamiento completo/ número total de unidades seleccionadas* x 100		-	0	50%	40%	0	0	0	90%
		Número de sistemas con módulos integrados a la plataforma única del SINAVE		4	0	2	2	2	2	2	14
Asegurar la relevancia, pertinencia y calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica - incluyendo sus insumos, procesos, auxiliares de diagnóstico y productos de información- orientándose hacia padecimientos frecuentes, graves, prevenibles, causantes de inequidad o gastos catastróficos, u otros eventos de Interés público.			Porcentaje de entidades federativas con marco analítico básico en sus laboratorios estatales de Salud pública. Cálculo: Entidades con marco analítico básico / entidades) x 100	-	100%	200%	400%	600%	800%	900%	100%
		Número de proyectos de investigación gestionados		2	5	5	4	4	4	4	22
		Porcentaje de reportes con estudio epidemiológico completo Cálculo: casos reportados al sistema especial con estudio epidemiológico completo/ total de casos reportados x 100		Varía entre sistemas. Incremento de 1 punto porcentual por año							

	Número de cursos de capacitación a personal involucrado en VE			9	9	9	10	10	11	11	60
Mejorar las capacidades técnicas del personal del SINAVE mediante capacitación formal y no formal, para promover una cultura orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos, de transparencia de la información y rendición de cuentas con la sociedad	Número de personal de salud capacitados en el Estado y la Jurisdicción / Número total de personal de salud Jurisdiccional y del Estado x 100			-	0%	75%	80%	85%	90%	95%	95%
Mejorar la calidad de la difusión de la Información epidemiológica para lograr que ésta tenga mayor impacto y relevancia en la toma de decisiones y para expandir el universo de usuarios de información en los sectores público, social y privado.	Número de boletines de Caminando a la Excelencia con indicadores revisados			0	0	2	4	4	4	4	20
	Número de productos de difusión nuevos transmitidos a los diferentes actores en el año			-	0	2	2	2	2	1	9
	Número de productos de información con difusión comprobable en el Estado/Número total de productos de información hechos en el Estado x 100			-	0	2	4	6	8	10	10

Anexo 7

Estructura de los AFASPE:

- i. Antecedentes:
 - a. marco jurídico, disposiciones normativas que fundamentan el Convenio
- ii. Declaraciones
 - a. La representación de la Secretaría queda a cargo del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud con fundamento en sus atribuciones, auxiliado por sus 5 unidades administrativas y 4 órganos desconcentrados cada uno con la disponibilidad presupuestal para hacer frente a los compromisos derivados del convenio marco.
 - b. La Entidad es representada por el Secretario de Finanzas y el Secretario de Salud Estatal en base a su atribución Los subsidios e insumos deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad.
- iii. Clausulas:
 - a. El acuerdo marco tiene por objeto transferir recursos presupuestales e insumos federales a la Entidad para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal en la adecuada instrumentación y fortalecer las acciones de Promoción y Prevención de la Salud, mediante 31 programas sectoriales
 - b. Cuadro de recursos financieros y de insumos por programa, a partir del 2010, aparecen los programas clasificados según la unidad administrativa u órgano desconcentrado responsable de su implementación y seguimiento.
 - c. En los anexos se establecen los compromisos y mecanismos para la evaluación y control del ejercicio de los recursos, se señalan las unidades administrativas y a los órganos desconcentrados de la Secretaría responsables de los programas de prevención y promoción de la salud.
 - d. Los recursos federales transferidos conservan su carácter federal, por lo que su control, verificación, seguimiento y fiscalización se lleva a cabo de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes en materia del ejercicio del Gasto Público Federal, los que se radicarán a

través de la Secretaría de Finanzas del Estado de la Entidad, en la cuenta bancaria productiva específica que se establezca previamente para tales efectos, los recursos financieros transferidos y sus rendimientos deberán estar debidamente identificados, los insumos serán ministrados directamente a la Secretaría de Salud estatal y serán aplicados de manera exclusiva a los programas sectoriales señalados en el Convenio marco

- e. La transferencia de recursos financieros e insumos federales no es susceptible de presupuestación en los ejercicios fiscales siguientes, sin compromisos de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo a la Federación.
- f. La Entidad debe asegurar la transparencia en la aplicación y comprobación de los recursos federales transferidos.
- g. Se establecen los plazos y el calendario de ejecución
- h. Parámetros: Establece las obligaciones de la Secretaría y Entidad, resaltando la siguientes:

Secretaría a través de sus unidades administrativas u órganos desconcentrados	Entidad
<p>Transferir los recursos e insumos federales a la Entidad de conformidad con los plazos y calendarios establecidos.</p> <p>Supervisar, auditar y evaluar las acciones emprendidas por la Entidad, así como la aplicación y destino de los recursos e insumos federales.</p> <p>Aplicar visitas de acuerdo a los programas para verificar los avances.</p> <p>Dar seguimiento trimestral sobre el avance en el cumplimiento del Convenio</p> <p>Requerir los documentos comprobatorios de los recursos financieros federales erogados por la Entidad</p> <p>Informar a la cuenta de la Hacienda Pública Federal sobre la aplicación de los recursos financieros e insumos transferidos con motivo del Convenio</p> <p>Proporcionar la asesoría técnica a la Entidad a fin de garantizar el cumplimiento de los Programas en los tiempos y con la calidad necesaria</p> <p>Publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización del Convenio.</p>	<p>Ministrar los recursos financieros federales a la Secretaría de Salud y destinar los insumos federales.</p> <p>Mantener adecuadamente el ciclo logístico para la conservación y distribución oportuna de los insumos federales</p> <p>Establecer medidas de mejora continua en base al análisis de indicadores.</p> <p>Entregar trimestralmente, la relación validada y detallada sobre las erogaciones del gasto y el avance de los programas sectoriales incluyendo las intervenciones, objetivos e indicadores de desempeño y sus metas</p> <p>custodiar la documentación comprobatoria original de los recursos financieros federales erogados</p> <p>Registrar como activo fijo los bienes muebles que serán adquiridos con cargo a los recursos financieros federales</p> <p>Aportar los recursos humanos calificados y otorgar las facilidades para su asistencia a los cursos de capacitación, entrenamiento o actualización.</p> <p>Publicar el convenio en el órgano de difusión oficial dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización.</p>
<p>Difundir en su página de internet los Programas financiados con los recursos que serán transferidos, sus avances y resultados físicos y financieros.</p>	

- iv. Firmas de los funcionarios que participan en el convenio
- v. Anexos:
 - a. Nombramientos: documentos que certifica el cargo de quienes intervienen en la suscripción del convenio.
 - b. Fuentes financieras de los programas sectoriales de acción en materia de Salud Pública: Ramo 12: recursos federales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, encontramos que solo para el programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, destina recursos a las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud, también el Seguro popular destina parte de su presupuesto a la atención de los 31 programas englobados en el Convenio. De manera informativa se enlista la información del ramo 33.
 - c. Calendario de Ministraciones de los Programas de Acción en materia de Salud Pública
 - d. Programas, indicadores y metas: Se vinculan las metas e indicadores a cada uno de los programas
 - e. Programas de Acción Específicos por Unidad Administrativa u Órgano Desconcentrado Responsable, en este apartado se desglosan los programas a cargo de cada unidad administrativa u órgano desconcentrado, sus insumos, recursos financieros, fechas de transferencia y total de recursos transferidos.
 - f. Relación de insumos enviados en especie por Programas Sectoriales de Acción: Listado de insumos, cantidad, programa a través del cual es transferido, cantidad y total de la transferencia en pesos.
 - g. Acta de suscripción del acuerdo marco. Documento con validez oficial que demuestra en tiempo y espacio la suscripción y revisión del Convenio.

Dentro de los Convenios se contempla la posibilidad de modificar los acuerdos cuando la Secretaría y la Entidad estén de acuerdo, así, en los 32 Acuerdos de 2009, 30 entidades modificaron 5 veces el Acuerdo, solo el Estado de México lo modificó en 2 ocasiones y Nayarit en 3; en el 2010, 31 entidades modificaron en una ocasión sus Acuerdos, Nayarit no reportó modificaciones y en el 2011 aún no se reportan modificaciones. Esto implica retraso en la planeación y ejecución del gasto, además de dificultar en la comprobación en tiempo y forma ya que la liberación de los recursos queda sujeta a los nuevos acuerdos y calendarios de transferencia.