

# Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México

En materia de  
Acceso a los Servicios de Salud  
2011

## Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

### Investigadores académicos 2010-2014

**María del Rosario Cárdenas Elizalde**  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Fernando Alberto Cortés Cáceres**  
El Colegio de México

**Agustín Escobar Latapí**  
Centro de Investigaciones y Estudios  
Superiores en Antropología Social-Occidente

**Salomón Nahmad Sittón**  
Centro de Investigaciones y Estudios  
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

**John Scott Andretta**  
Centro de Investigación y Docencia Económicas

**Graciela María Teruel Belismelis**  
Universidad Iberoamericana

### Secretaría Ejecutiva

**Gonzalo Hernández Licona**  
Secretario Ejecutivo

**Thania Paola de la Garza Navarrete**  
Directora General Adjunta de Evaluación

**Ricardo C. Aparicio Jiménez**  
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

**Edgar A. Martínez Mendoza**  
Director General Adjunto de Coordinación

**Daniel Gutiérrez Cruz**  
Director General Adjunto de Administración

## COLABORADORES

### Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

#### Equipo técnico

**Gonzalo Hernández Licona**  
**Thania Paola de la Garza Navarrete**

**Carolina Romero Pérez Grovas**  
**Manuel Triano Enríquez**  
**Germán Paul Cáceres Castrillón**  
**John Scott Andretta**

#### Capítulo I

**Rodrigo Aranda Balcazar**  
**Germán Paul Cáceres Castrillón**  
**Marina Elisabeth Hernández Scharrer**  
**José Martín Lima Velázquez**  
**Cristina Haydé Pérez González**  
**Carolina Romero Pérez Grovas**  
**Manuel Triano Enríquez**

#### Capítulo II y III

**Clemente Ávila Parra**  
**Érika Ávila Mérida**  
**Germán Paul Cáceres Castrillón**  
**María Alejandra Cervantes Zavala**  
**Eréndira Isabel Gutiérrez Soriano**  
**Liv Lafontaine Navarro**  
**Eréndira León Bravo**  
**Luis Everdy Mejía López**  
**María Fernanda Paredes Hernández**  
**Hortensia Pérez Seldner**  
**Carolina Romero Pérez Grovas**  
**John Scott Andretta**  
**Manuel Triano Enríquez**  
**Brenda Rosalía Valdes Meneses**  
**Andrea Villa de la Parra**

#### Revisión técnica

**María del Rosario Cárdenas Elizalde**  
**Fernando Alberto Cortés Cáceres**  
**Agustín Escobar Latapí**  
**Gonzalo Hernández Licona**  
**Salomón Nahmad Sittón**  
**John Scott Andretta**  
**Graciela María Teruel Belismelis**

## Lista de siglas y acrónimos

### Dependencias, entidades y organismos internacionales

CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CONeVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OACDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SALUD	Secretaría de Salud
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SE	Secretaría de Economía
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMARNAT	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SEP	Secretaría de Educación Pública
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SRA	Secretaría de la Reforma Agraria
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)

### Programas y fondos

FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
IMSS- OPORTUNIDADES	Programa IMSS-Oportunidades
Oportunidades	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PCS	Programa Caravanas de la Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SP	Seguro Popular

**Otros**

DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
EED	Evaluación Específica de Desempeño
ENCASU	Encuesta Nacional de Capital Social
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IDV	Índice de Vulnerabilidad Social
IDH	Índice de Desarrollo Humano
Inventario CONEVAL	Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
LCF	Ley de Coordinación Fiscal
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LGS	Ley General de Salud
ODES	Organismos Descentralizados Estatales
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PND	Plan Nacional de Desarrollo
SICUENTAS	Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ZAP	Zonas de Atención Prioritaria

## CONTENIDO

<b>Lista de siglas y acrónimos</b> .....	3
<b>CONTENIDO</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	6
<b>Capítulo I. Evolución del desarrollo social en México</b> .....	8
<b>I. La pobreza en México, 2008-2010</b> .....	8
A) ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	13
<b>Capítulo II. Evaluación de la política de desarrollo social asociada a la salud</b> .....	17
<b>PRIMERA PARTE. PROGRAMAS SOCIALES VINCULADOS CON LA SALUD</b> .....	18
A) DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE ATENCIÓN Y ACCESO A LA SALUD .....	18
B) PROGRAMAS Y ACCIONES DE SALUD .....	19
C) GASTO DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE ATENCIÓN Y ACCESO A LA SALUD .....	20
D) RAMO 33: FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.....	22
E) RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE ATENCIÓN Y ACCESO A LA SALUD .....	24
<b>SEGUNDA PARTE. TEMAS TRANSVERSALES DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL</b> .....	25
I. Dispersión de programas federales .....	25
II. Incidencia distributiva y equidad del gasto social: 2008-2010 .....	29
<b>Capítulo III. Conclusiones y recomendaciones sobre la política de desarrollo social</b> .....	32
I. Conclusiones .....	33
II. Temas transversales de la política de desarrollo social.....	33
III. Recomendaciones .....	35
A) ATENCIÓN ESPECIAL DEL EJECUTIVO FEDERAL, ESTADOS Y MUNICIPIOS.....	35
B) ATENCIÓN ESPECIAL DEL EJECUTIVO FEDERAL Y DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN.....	36
C) ATENCIÓN ESPECIAL DE LA COMISIÓN INTERSECRETARIAL DE DESARROLLO SOCIAL.....	37
D) ATENCIÓN ESPECIAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL .....	38
E) CON RELACIÓN AL RAMO 33.....	38
F) ATENCIÓN ESPECIAL DE LOS PROGRAMAS SOCIALES FEDERALES.....	39
<b>Bibliografía</b> .....	40
<b>Glosario de términos</b> .....	42
<b>Anexo I. Organización funcional del gasto público</b> .....	44
<b>Anexo III. Metodología del análisis de incidencia redistributiva y equidad del gasto social</b> .....	47
<b>Anexo IV. Valoración general del desempeño de los programas de desarrollo social</b> .....	49

## Introducción

A pesar del avance en diversos renglones sociales en las últimas décadas, los retos en materia de desarrollo social son apremiantes en México. Esto obliga a un trabajo permanente de los tres órdenes de gobierno para mejorar el bienestar y el acceso efectivo a los derechos sociales de toda la población.

El Estado mexicano tomó la decisión, desde hace varios años, de tener un proceso de evaluación independiente de la política de desarrollo social federal con el fin de poder mejorar el diseño, la operación, la gestión y la forma de presupuestar de los diferentes instrumentos de dicha política. Específicamente, la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) señala en su artículo 72 que “la evaluación de la Política de Desarrollo Social estará a cargo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social”.

Desde su inicio en 2006, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ha realizado diversas mediciones de pobreza y ha elaborado y coordinado evaluaciones periódicas de los programas, metas y acciones de la política de desarrollo social, tal y como lo señala la LGDS.

Hoy en día se cuentan con más de 550 evaluaciones coordinadas por el CONEVAL, se ha realizado la medición de la pobreza en cuatro ocasiones, y se han elaborado indicadores trimestrales que complementan la visión que se tiene sobre el desarrollo social. Todos estos instrumentos de evaluación y de medición se envían al Congreso de la Unión, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública, a las secretarías de Estado que pertenecen al Sistema Nacional de Desarrollo Social, así como a los gobiernos locales. Asimismo, para el uso y conocimiento de toda la ciudadanía, esta información se encuentran permanentemente en la página de internet [www.coneval.gob.mx](http://www.coneval.gob.mx). Los objetivos de esta información son contribuir a la rendición de cuentas y mejorar el desempeño de la política de desarrollo social.

En esta ocasión, se presenta el *Informe de Evaluación en materia de Acceso a los Servicios de Salud 2011*, que retoma las afirmaciones, conclusiones y recomendaciones que al respecto de la salud están contenidas en el *Informe de Evaluación de la política de Desarrollo Social en México 2011* presentado por el CONEVAL en diciembre pasado. Basándose en las mediciones de pobreza y las evaluaciones que se han realizado, este informe tiene como objetivo evaluar el desempeño de los programas vinculados a la superación de la carencia por acceso a los servicios de salud entre 2008 y 2010, periodo caracterizado por un incremento en los precios de los alimentos y por la crisis económica y financiera internacional que afectó a nuestro país.

El *Informe* está estructurado en tres capítulos. En el capítulo I se describe la evolución del desarrollo social en México entre 2008-2010, con base en la medición de la pobreza e indicadores complementarios de desarrollo social. El capítulo II, se divide en dos partes; en la primera, se presenta el diagnóstico de la situación de atención y acceso a la salud y se analiza el gasto y los resultados de los programas y acciones relacionadas. En la segunda parte se realiza un análisis sobre la dispersión de los programas y acciones de desarrollo social, así como de su incidencia distributiva y de la equidad del gasto social en 2008-2010. Por último, el capítulo III presenta conclusiones sobre el estado de la salud en México y se formulan recomendaciones.

Cualquier reflexión sobre este tema es importante en un país que tiene todavía tantos retos por delante. El presente *Informe de Evaluación en materia de Acceso a los Servicios de Salud 2011* es un instrumento útil de análisis en un momento en el que la sociedad en su conjunto y diversos actores de

manera específica necesitan información valiosa que apoye las mejores decisiones en los años y décadas siguientes: ¿qué hemos logrado y qué necesitamos mejorar como país en materia de acceso a los servicios de salud?

## Capítulo I. Evolución del desarrollo social en México

### I. La pobreza en México, 2008-2010

El 29 de julio de 2011 el CONEVAL, en cumplimiento de su mandato legal, dio a conocer los resultados de la medición de pobreza 2010 por entidad federativa y para el país en su conjunto, con base en la información generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).<sup>1</sup>

De acuerdo con los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza (artículos cuarto al séptimo), emitidos por CONEVAL y publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en junio de 2010, la definición de pobreza considera las condiciones de vida de la población a partir de tres espacios: bienestar económico, derechos sociales y el contexto territorial.

El espacio del bienestar económico comprende las necesidades asociadas a los bienes y servicios que puede adquirir la población mediante el ingreso. La medición considera dos elementos: la población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo y la población con un ingreso inferior a la línea de bienestar.<sup>2</sup> El espacio de los derechos sociales se integra a partir de las carencias de la población en el ejercicio de sus derechos para el desarrollo social. Como lo establece la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), este espacio incluye los siguientes indicadores de carencia asociados a derechos: acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, acceso a los servicios básicos en la vivienda, calidad y espacios de la vivienda, rezago educativo y acceso a la alimentación. El espacio del contexto territorial incorpora elementos que trascienden el ámbito individual (que pueden referirse a características geográficas, sociales y culturales, entre otras), como son los asociados a la cohesión social.

Los resultados que a continuación se muestran se refieren a la población en situación de pobreza, que es aquella cuyos ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y los servicios requeridos para satisfacer sus necesidades y que, adicionalmente, presentan privación en al menos uno de los indicadores de carencia social.

---

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 y Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS) 2010.

<sup>2</sup> “La línea de bienestar hace posible identificar a la población que no cuenta con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades (alimentarias y no alimentarias). La línea de bienestar mínimo permite identificar a la población que, aun al hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no puede adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada” (CONEVAL, 2010a:40). Al tomar como referencia el mes de agosto de 2010, la línea de bienestar fue calculada para el ámbito urbano en \$2,114 pesos por persona y en \$1,329 pesos para el rural. Por su parte, la línea de bienestar mínimo fue calculada para 2010 en \$978 pesos por persona para las zonas urbanas y en \$684 pesos por persona para las rurales.

**Cuadro 1.1 Incidencia, número de personas y carencias promedio para los indicadores de pobreza, México 2008-2010**

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos					
	Porcentaje		Millones de personas		Carencias promedio	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
<b>Pobreza</b>						
Población en situación de pobreza	44.5	46.2	48.8	52.0	2.7	2.5
Población en situación de pobreza moderada	33.9	35.8	37.2	40.3	2.3	2.1
Población en situación de pobreza extrema	10.6	10.4	11.7	11.7	3.9	3.7
Población vulnerable por carencias sociales	33.0	28.7	36.2	32.3	2.0	1.9
Población vulnerable por ingresos	4.5	5.8	4.9	6.5	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	18.0	19.3	19.7	21.8	0.0	0.0
<b>Privación social</b>						
Población con al menos una carencia social	77.5	74.9	85.0	84.3	2.4	2.3
Población con al menos tres carencias sociales	31.1	26.6	34.1	29.9	3.7	3.6
<b>Indicadores de carencia social</b>						
Rezago educativo	21.9	20.6	24.1	23.2	3.2	3.0
Carencia por acceso a los servicios de salud	40.8	31.8	44.8	35.8	2.9	2.8
Carencia por acceso a la seguridad social	65.0	60.7	71.3	68.3	2.6	2.5
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17.7	15.2	19.4	17.1	3.6	3.5
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	19.2	16.5	21.1	18.5	3.5	3.3
Carencia por acceso a la alimentación	21.7	24.9	23.8	28.0	3.3	3.0
<b>Bienestar</b>						
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	16.7	19.4	18.4	21.8	3.0	2.7
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar	49.0	52.0	53.7	58.5	2.5	2.2

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Nota: Las estimaciones de 2008 y 2010 utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, estimados por el INEGI.

La población en situación de pobreza ascendió a 46.2 por ciento en 2010, lo que representó 52 millones de personas (cuadro 1.1). En comparación con 2008, esto significó un aumento de 3.2 millones de personas; no obstante, el número promedio de carencias de la población en pobreza disminuyó de 2.7 a 2.5.

El incremento del número de personas en situación de pobreza fue resultado de los aumentos de personas con carencia en el acceso a la alimentación (4.2 millones) como el de la población con ingresos bajos (la población por debajo de la línea de bienestar aumentó en 4.8 millones y la población por debajo de la línea de bienestar mínimo se incrementó en 3.4 millones de personas entre 2008 y 2010).

A pesar de estos resultados, la pobreza no se expandió en la misma magnitud de la reducción del Producto Interno Bruto en 2009, debido a que en este periodo (2008-2010) se incrementaron las coberturas básicas de educación, acceso a los servicios de salud, calidad y espacios de la vivienda, los servicios básicos en las viviendas y la seguridad social, especialmente la cobertura de adultos mayores, factores que son parte de la medición de la pobreza. Los esfuerzos de la política de desarrollo social han contribuido a que la población en México cuente con una mayor cobertura de servicios básicos.

En el cuadro 1.2 se muestra la medición de la pobreza por entidad federativa. Los estados donde la pobreza aumentó más fueron Baja California Sur (9.5 puntos porcentuales más que en 2008), Colima

(aumento de 7.3 por ciento), Sonora (aumento de 6.5 puntos porcentuales) y Baja California (5.7 por ciento más que en 2008).

Por el contrario, la entidades en donde se redujo la población en pobreza fueron Coahuila (reducción de 5 puntos porcentuales respecto a 2008), Morelos (reducción de 8.6 por ciento, 5.3 puntos porcentuales menos respecto a 2008) y Puebla (reducción de 3.7 puntos porcentuales entre 2010 y 2008).

La población indígena concentra los indicadores más agudos de pobreza y marginación y los índices más desfavorables de desarrollo humano y pobreza (PNUD, 2010). En México, cerca de 7 millones de personas son indígenas, están distribuidas en 28 de las 32 entidades de la federación y con presencia en 98 por ciento de los municipios del país; en 2010, cerca de 25 por ciento residía en ciudades, como población minoritaria y poco visible (INEGI, 2011a).

De acuerdo con la medición de pobreza 2010, 79 por ciento de los indígenas se encuentra en situación de pobreza (40 por ciento en pobreza extrema). Además, 64 por ciento de esta población presenta simultáneamente privación en al menos tres derechos sociales esenciales frente a 24 por ciento de población no indígena; tan sólo un 4 por ciento de la población indígena no tiene ninguna carencia en comparación con 26.5 por ciento de la población no indígena.

**Cuadro 1.2 Medición de la pobreza por entidad federativa, 2008-2010**

Entidad federativa	Pobreza						Pobreza moderada						Pobreza extrema					
	Porcentaje		Miles de personas		Carencias		Porcentaje		Miles de personas		Carencias		Porcentaje		Miles de personas		Carencias	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Aguascalientes	37.8	38.2	431.3	454.2	2.0	1.9	33.7	34.6	384.7	411.7	1.8	1.8	4.1	3.6	46.6	42.5	3.5	3.3
Baja California	26.4	32.1	799.5	1,017.5	2.1	2.2	23.0	28.9	696.8	917.8	2.0	2.0	3.4	3.1	102.7	99.7	3.4	3.4
Baja California Sur	21.4	30.9	127.9	199.4	2.3	2.3	18.8	26.3	111.9	169.8	2.1	2.0	2.7	4.6	16.0	29.6	3.6	3.6
Campeche	45.4	50.0	362.8	413.1	2.6	2.6	34.7	38.0	277.0	313.9	2.2	2.2	10.7	12.0	85.8	99.2	3.8	3.7
Coahuila	32.9	27.9	876.9	770.4	2.0	1.9	29.8	25.0	792.9	690.0	1.8	1.7	3.2	2.9	84.0	80.4	3.4	3.4
Colima	27.4	34.7	173.1	226.6	1.9	2.0	25.9	32.6	163.3	213.0	1.8	1.9	1.5	2.1	9.8	13.6	3.3	3.6
Chiapas	77.0	78.4	3,573.4	3,777.7	3.1	2.9	41.4	45.6	1,920.9	2,197.1	2.5	2.2	35.6	32.8	1,652.5	1,580.6	3.9	3.8
Chihuahua	32.4	39.2	1,083.5	1,338.4	2.6	2.1	25.7	32.6	861.6	1,112.5	2.1	1.8	6.6	6.6	221.9	225.9	4.2	3.7
Distrito Federal	28.0	28.7	2,453.6	2,525.8	2.2	2.1	25.8	26.5	2,265.5	2,334.1	2.1	2.0	2.1	2.2	188.0	191.6	3.5	3.5
Durango	48.7	51.3	780.3	840.6	2.5	2.2	37.3	41.2	597.7	673.9	2.1	1.9	11.4	10.2	182.6	166.7	3.7	3.6
Guanajuato	44.2	48.5	2,365.0	2,673.8	2.5	2.3	36.3	40.5	1,941.1	2,228.6	2.3	2.1	7.9	8.1	423.9	445.2	3.6	3.5
Guerrero	68.4	67.4	2,282.3	2,286.4	3.4	3.2	37.0	38.6	1,236.3	1,309.2	2.8	2.6	31.3	28.8	1,046.0	977.2	4.1	4.0
Hidalgo	55.0	54.8	1,423.3	1,466.2	2.8	2.5	39.9	42.5	1,032.5	1,136.3	2.4	2.2	15.1	12.3	390.8	330.0	3.7	3.6
Jalisco	36.9	36.9	2,646.8	2,718.3	2.3	2.2	32.5	32.0	2,327.4	2,356.0	2.1	2.0	4.5	4.9	319.4	362.2	3.6	3.6
México	43.9	42.9	6,498.8	6,533.7	2.6	2.5	37.0	34.8	5,473.0	5,293.7	2.4	2.2	6.9	8.1	1,025.8	1,240.0	3.7	3.6
Michoacán	55.6	54.7	2,384.7	2,383.6	3.0	2.7	40.4	42.1	1,735.4	1,832.4	2.6	2.4	15.1	12.7	649.3	551.2	4.0	3.7
Morelos	48.9	43.6	849.4	776.2	2.4	2.3	41.0	37.4	712.5	666.6	2.2	2.0	7.9	6.2	137.0	109.6	3.5	3.6
Nayarit	41.8	41.2	441.1	449.0	2.2	2.2	35.7	33.6	376.8	366.0	2.0	1.9	6.1	7.6	64.4	83.0	3.6	3.8
Nuevo León	21.6	21.1	971.1	986.1	2.3	2.0	19.0	19.3	853.7	899.0	2.1	1.8	2.6	1.9	117.4	87.1	3.6	3.4
Oaxaca	61.8	67.2	2,310.4	2,557.5	3.5	3.0	34.1	40.5	1,274.8	1,543.9	3.0	2.4	27.7	26.6	1,035.6	1,013.5	4.2	3.9
Puebla	64.7	61.0	3,661.1	3,534.1	3.0	2.7	46.4	46.1	2,627.2	2,670.3	2.6	2.3	18.3	14.9	1,033.9	863.8	3.9	3.8
Querétaro	35.4	41.4	618.8	760.1	2.3	2.2	30.1	34.6	525.4	634.3	2.1	1.9	5.3	6.9	93.4	125.8	3.7	3.6
Quintana Roo	34.0	34.5	420.3	463.2	2.5	2.2	27.1	29.8	334.9	399.7	2.2	2.0	6.9	4.7	85.4	63.5	3.7	3.6
San Luis Potosí	51.2	52.3	1,296.6	1,353.2	2.8	2.5	36.0	37.6	911.2	972.8	2.3	2.1	15.2	14.7	385.4	380.4	3.8	3.7
Sinaloa	32.5	36.5	886.2	1,009.9	2.5	2.2	28.0	31.4	764.4	869.1	2.3	1.9	4.5	5.1	121.8	140.8	3.8	3.6
Sonora	27.3	33.8	705.1	902.6	2.4	2.4	22.9	28.6	593.0	763.2	2.2	2.1	4.3	5.2	112.1	139.4	3.7	3.8
Tabasco	53.8	57.2	1,171.0	1,283.7	2.4	2.5	40.7	46.2	885.4	1,036.4	2.1	2.2	13.1	11.0	285.7	247.3	3.6	3.6
Tamaulipas	34.2	39.4	1,083.0	1,290.3	2.2	2.1	29.2	33.8	924.8	1,109.1	2.0	1.9	5.0	5.5	158.2	181.2	3.5	3.6
Tlaxcala	59.8	60.4	677.5	710.8	2.3	2.1	50.9	51.2	577.2	602.2	2.1	1.9	8.9	9.2	100.3	108.6	3.6	3.4
Veracruz	51.3	58.3	3,855.0	4,454.8	3.1	2.8	35.3	40.1	2,651.7	3,068.3	2.7	2.3	16.0	18.1	1,203.3	1,386.4	4.0	3.7
Yucatán	46.7	47.9	887.7	937.0	2.7	2.4	38.5	38.1	731.5	746.1	2.4	2.1	8.2	9.8	156.1	191.0	3.8	3.8
Zacatecas	50.4	60.2	740.3	899.0	2.3	2.1	40.9	49.8	600.6	743.3	2.0	1.9	9.5	10.4	139.7	155.7	3.6	3.5
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	<i>44.5</i>	<i>46.2</i>	<i>48,837.8</i>	<i>51,993.4</i>	<i>2.7</i>	<i>2.5</i>	<i>33.9</i>	<i>35.8</i>	<i>37,163.1</i>	<i>40,280.4</i>	<i>2.3</i>	<i>2.1</i>	<i>10.6</i>	<i>10.4</i>	<i>11,674.7</i>	<i>11,713.0</i>	<i>3.9</i>	<i>3.7</i>

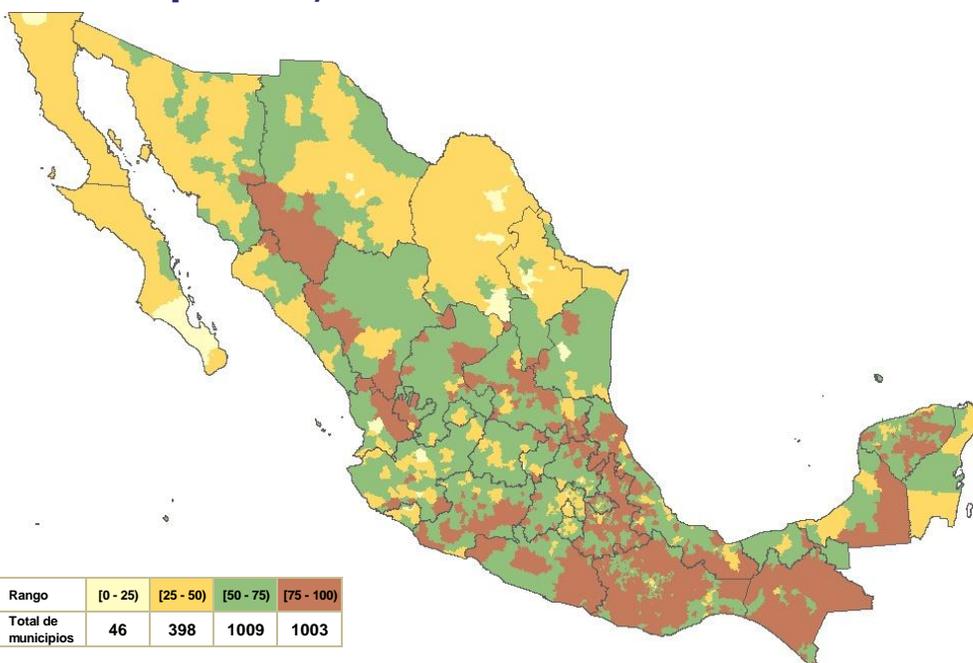
Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Nota: Las estimaciones de 2008 y 2010 utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, estimados por INEGI.

Por otra parte, el mapa 1.1 muestra la intensidad de la pobreza a nivel municipal, a partir de los resultados que el CONEVAL presentó en diciembre de 2011

**Mapa 1.1 Porcentaje de población en situación de pobreza, 2010**

**CONEVAL** | **Porcentaje de población en situación de pobreza, 2010**  
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y el MCS-ENIGH 2010.

Los municipios que en 2010 presentaron el mayor porcentaje de población en pobreza fueron: San Juan Tepeuxila, Oaxaca (97.4); Aldama, Chiapas (97.3); San Juan Cancuc, Chiapas (97.3); Mixtla de Altamirano, Veracruz (97.0); Chalchihuitán, Chiapas (96.8). Los municipios que en 2010 presentaron el menor porcentaje de población en pobreza fueron Benito Juárez, Distrito Federal (8.7); San Nicolás de los Garza, Nuevo León (12.8); Guadalupe, Nuevo León (13.2); Miguel Hidalgo, Distrito Federal (14.3); San Pedro Garza García, Nuevo León (15.2).

En número absolutos, los municipios con el mayor número de personas en pobreza en 2010 Puebla, Puebla (732,154); Iztapalapa, Distrito Federal (727,128); Ecatepec de Morelos, México (723,559); León, Guanajuato (600,145); Tijuana, Baja California (525,769).

Con el propósito de profundizar en la dimensión del derecho a la salud, a continuación se examina el indicador de la carencia de acceso a los servicios de salud que se presenta entre 2008 y 2010 a nivel nacional, además del mapa de incidencia de la carencia a nivel municipal y otros indicadores de desarrollo social complementarios.

#### **a) ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

El 31.8 por ciento de la población total del país presentaba carencia en el acceso a los servicios de salud en 2010, lo que equivale a casi 36 millones de personas; cifra menor a la registrada en 2008 de 40.8 por ciento, lo que equivale a 44.8 millones de personas. En buena medida este avance se debió al crecimiento de afiliados al Seguro Popular. Por esta razón, es muy probable que la cobertura de acceso a la salud (al menos en lo correspondiente a la derechohabiencia) se haya incrementado en 2011, aunque será necesario evaluar la cifra precisa con información relativa a encuestas a hogares.

Otra manera en la que puede observarse la disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud es a través de los indicadores del cuadro 1.3. La esperanza de vida al nacer es un indicador sintético que expresa el número promedio de años que se espera viva una persona a partir de su nacimiento, de acuerdo con las condiciones de mortalidad del año de estimación. En 2010, la esperanza de vida al nacimiento era de 75.4 años (CONAPO, 2011a), esta cifra es 0.3 años más que la de 2008 y casi cuatro años más que la registrada en 1992.

La tasa de mortalidad infantil da cuenta del número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en el año de estudio. En 2010, la tasa de mortalidad infantil fue de 14.2 defunciones por mil nacidos vivos, una unidad menor que la observada en 2008 y alrededor de 15 menos que en 1992.

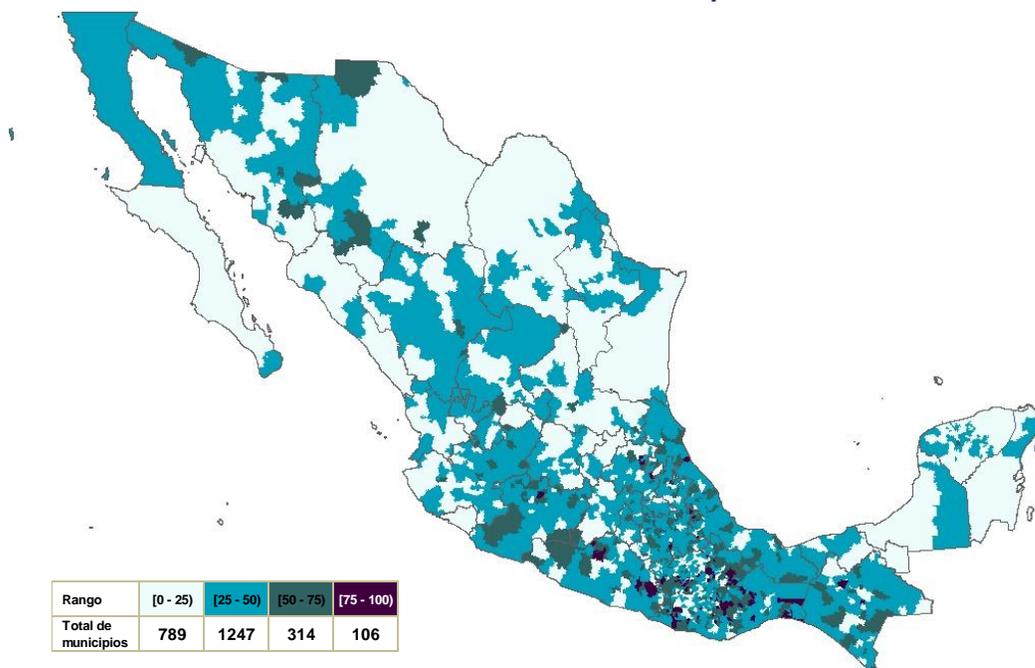
En el caso de la mortalidad materna, entre 1990 y 2009 se observa una disminución importante, pero aún se está lejos de alcanzar la meta comprometida para 2015 como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que es de 22 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Cabe señalar que la dinámica de cambio observada en años recientes en este indicador hace difícil prever la satisfacción del objetivo planteado.

En términos de salud, la mala nutrición repercute en una prevalencia de anemia que para 2006 afectaba a 27 por ciento de la población. Aunque en esta dimensión la brecha con el promedio nacional es menor en comparación con otras, todavía existe una diferencia de acceso a los servicios de salud de 6 por ciento (37 por ciento frente a 31 por ciento) por lo que podría considerarse prioritario ampliar la cobertura del *Seguro Popular* en las ZAP con especial énfasis en las localidades indígenas (CONEVAL, 2011: 4).

El siguiente mapa 1.2 da cuenta de la intensidad de la carencia de acceso a los servicios de salud en 2010 en los diferentes municipios de la República.

**Mapa 1.2. Porcentaje de población con carencia por acceso a servicios de salud, 2010**

**Porcentaje de población con carencia por  
acceso a servicios de salud, 2010**



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y el MCS-ENIGH 2010.

Como puede observarse, la intensidad de la carencia esta mucho más acentuada en el suroriente del país. En 420 municipios (17.1 por ciento de los municipios de México) la carencia por acceso a los servicios de salud afecta a más del 50 por ciento de sus habitantes. Mientras que en el 32.1 por ciento de todos los municipios del país la carencia es inferior al 25 por ciento de la población.

**Cuadro 1.3 Indicadores complementarios de desarrollo social**

Dimensiones	1992		2000		2006		2008		2010	
	20% más pobre por ingreso	Nacional	20% más pobre por ingreso	Nacional	20% más pobre por ingreso	Nacional	20% más pobre por ingreso	Nacional	20% más pobre por ingreso	Nacional
<b>Educación</b>										
Asistencia escolar por grupos de edad (%) <sup>1</sup>										
Niños entre 3 y 5 años <sup>a</sup>	40.7	62.9	69.5	85.2	86.2	93.6	64.1	69.5	66.6	71.9
Niños entre 6 y 11 años	88.3	93.9	93.3	96.6	96.3	98.0	97.0	98.3	96.8	98.3
Niños entre 12 y 14 años	69.2	82.4	82.3	88.9	88.5	92.4	86.6	91.5	85.8	91.6
Niños entre 15 y 17 años	28.3	51.0	35.5	58.4	51.8	65.9	52.9	65.0	50.6	66.3
Personas entre 18 y 25 años	5.6	20.1	9.0	24.9	8.5	25.7	12.2	25.8	12.0	27.6
Calidad de la educación										
Promedio en la prueba PISA de matemáticas en México <sup>2</sup>				386.8		404.2		N.D.		419.0 <sup>k</sup>
Promedio en la prueba PISA de matemáticas de los países no miembros de la OECD				425.1		427.0		N.D.		436.3 <sup>k</sup>
Lugar que ocupa México respecto a países no miembros de la OECD en la prueba PISA de matemáticas				9 de 13		18 de 26		N.D.		16 de 32 <sup>k</sup>
<b>Salud</b>										
Esperanza de vida al nacimiento (años) <sup>3</sup>		71.7		73.9		74.8		75.1		75.4
Tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos) <sup>3</sup>		31.5		19.4		16.2		15.2		14.2
Razón de mortalidad materna (defunciones maternas por cada 100 mil nacimientos) <sup>4</sup>		89.0 <sup>t</sup>		72.6		60.0		57.2		N.D.
<b>Medio ambiente</b>										
Porcentaje de ocupantes en viviendas donde se usa carbón o leña como combustible para cocinar <sup>p</sup>		23.4 <sup>t</sup>		17.2		16.1		15.6		16.6
Porcentaje de superficie nacional cubierta por bosques y selvas <sup>c</sup>		34.3 <sup>q</sup>		33.5 <sup>i</sup>		29.0 <sup>j</sup>		N.D.		N.D.
<b>Seguridad social</b>										
Porcentaje de hogares sin cobertura de programas sociales seleccionados ni seguridad social <sup>5</sup>	89.1	69.3	**	**	38.8	50.1	31.0	43.9	22.3	39.5
<b>Nutrición <sup>d</sup></b>										
Porcentaje de prevalencia de bajo peso en menores de 5 años		14.2 <sup>a</sup>		7.6 <sup>b</sup>		5.0		N.D.		N.D.
Porcentaje de prevalencia de baja talla en menores de 5 años		22.8 <sup>a</sup>		17.8 <sup>b</sup>		12.5		N.D.		N.D.
Porcentaje de prevalencia de baja talla en menores de 5 años en la población indígena		48.1 <sup>e</sup>		44.3 <sup>b</sup>		33.2		N.D.		N.D.
Porcentaje de prevalencia de emaciación en menores de 5 años		6.0 <sup>e</sup>		2.1 <sup>b</sup>		1.6		N.D.		N.D.
Porcentaje de prevalencia de sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años		25.0 <sup>e</sup>		36.1 <sup>b</sup>		36.9		N.D.		N.D.
Porcentaje de prevalencia de obesidad en mujeres de 20 a 49 años		9.5 <sup>e</sup>		24.9 <sup>b</sup>		32.4		N.D.		N.D.
<b>Cohesión social</b>										
Desigualdad (coeficiente de Gini)		0.543		0.552		0.516		0.528		0.501 <sup>7</sup>
Razón entre el ingreso total del décimo y el primer decil <sup>6</sup>		31.3		36.0		25.7		27.3		25.2
<b>Igualdad de oportunidades</b>										
Porcentaje de mujeres en la Cámara de Diputados		8.8		16.8		22.2		26.6		27.2
Porcentaje de mujeres en la Cámara de Senadores		3.1		18.0		16.4		20.3		22.0
<b>Discriminación</b>										
Porcentaje de discriminación en contra de mujeres, homosexuales, indígenas, discapacitados, minorías religiosas y adultos mayores <sup>8</sup>						30.4		N.D.		N.D.

\* El 20% más pobre corresponde al primer quintil. Los quintiles se construyeron usando el ingreso neto total per cápita.

a El valor reportado para 1992, 2000 y 2006 únicamente incluye a los niños de 5 años.

b El valor reportado para 1992 se obtiene del Censo General de Población y Vivienda 1990, los demás se obtienen de la ENIGH del año correspondiente.

c Para los años 1993 y 2002 los datos se tomaron del Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, 2006 de la ONU. El dato de 2004 se tomó del Anuario Estadístico de la Producción Forestal, 2004 del INEGI.

d Todos estos indicadores corresponden a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

e 1988.

f 1990.

g 1993.

h 1999.

i 2002.

j 2004.

k 2009.

1 Asistencia escolar: porcentaje de niños en cada rango de edad que asiste a la escuela.

2 PISA es una prueba de aptitudes aplicada a una muestra de alumnos de entre 15 años y 16 años que no están en primaria de los países miembros de la OECD.

3 Indicadores demográficos, 1990-2050, CONAPO.

4 Indicadores básicos de mortalidad, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), SSA.

5 Comprende aquellos hogares que no cuentan con los apoyos de los programas Procampo y Oportunidades, en los que ningún miembro del hogar tiene Seguro Popular y donde el jefe del hogar no cuenta con derechohabencia a servicios médicos como prestatario.

6 La medida de ingreso corresponde al ingreso neto total per cápita empleado en la medición de la pobreza por ingresos.

7 El Gini se calcula con el ingreso neto total per cápita empleado en la medición de pobreza por ingresos usando la ENIGH. Se mantiene este indicador calculado con ese ingreso por comparabilidad desde 1992 a 2010.

8 Porcentaje de personas en alguno de estos grupos que dijeron haber sufrido un acto de discriminación.

**Fuentes:**

Estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 1992, 2000, 2006, 2008 y 2010.

INEGI, Tabulados básicos, Censo General de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

PISA 2006: Science Competencies for Tomorrow's World. OECD. PISA 2009.

Primera Encuesta sobre Discriminación en México, 2005. Sedesol y Conapred.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de avance 2006. ONU.

Sistema para el análisis de la estadística educativa, SEP.

INEGI, Tabulados de la ENE y ENOE (segundo trimestre del año en cuestión).

Rivera Dommarco J y Col., Nutrición y Pobreza: Política Pública Sustentada, 2008.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).

Sistema Nacional de Información en Salud.

CONAPO, República Mexicana: Indicadores demográficos, 1990-2050.

## Capítulo II. Evaluación de la política de desarrollo social asociada a la salud

### PRIMERA PARTE. PROGRAMAS SOCIALES VINCULADOS CON LA SALUD

El Artículo cuarto de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a la salud. La normatividad relativa señalada en la Ley General de Salud (LGS) mandata la incorporación de todos los mexicanos que no cuenten con derechohabencia a alguna institución de salud al Sistema de Protección Social en Salud (Artículo 77 bis 1).

La LGDS indica en su Artículo sexto que la salud es uno de los derechos para el desarrollo social y que la política nacional de desarrollo social debe incluirlo como una de sus vertientes para la superación de la pobreza (Artículo 14).

Este derecho se considera en la medición de la pobreza a través del indicador de acceso a los servicios de salud. Se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Defensa, Marina u otros) o los servicios médicos privados.<sup>3</sup>

El PND 2007-2012 reconoce que debido a los avances en la atención médica y en la reducción de la mortalidad el país ha continuado en el proceso de transición epidemiológica de tal manera que, en la actualidad, las enfermedades no transmisibles constituyen las principales causas de muerte. Adicionalmente, resalta la relevancia de otros fenómenos importantes como el proceso de envejecimiento, así como las desigualdades sociodemográficas que afectan el acceso a los servicios de salud.

El PND 2007-2012 y el Plan Sectorial de Salud (PSS) 2007-2012 plantean cinco objetivos: i) mejorar las condiciones de salud de la población, ii) reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas e interculturales, iii) prestar servicios de salud con calidad y seguridad, iv) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y v) garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

La exposición de este apartado está organizada en cinco secciones. En la primera se presenta un diagnóstico de la situación de la atención y acceso a la salud en México, en la segunda se describen brevemente las características de los conjuntos de programas dirigidos a garantizar la atención, acceso y mejoramiento de los servicios de salud. En la tercera se analiza el gasto ejercido en 2008-2010 por los programas de atención a la salud. En la cuarta se contrasta la distribución de recursos por entidad federativa del *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)* del Ramo 33 con el indicador de carencia de acceso a la salud de la medición de la pobreza. Por último, se presentan algunos de los principales resultados de los programas de atención a la salud.

---

<sup>3</sup> El capítulo II trata sobre la evolución del desarrollo social en México, en éste se presenta la información sobre el nivel de carencia por acceso a los servicios de salud en el país en 2008 y 2010.

Las principales fuentes de información que se utilizan son las EED, las Evaluaciones Integrales del Desempeño y el Inventario CONNEVAL de Programas y Acciones Federales para el Desarrollo Social. Para la sección de gasto también la Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Asimismo, se recurre a la evaluación estratégica “El Ramo 33 en el desarrollo social en México: evaluación de 8 fondos de política pública”.

## **a) DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE ATENCIÓN Y ACCESO A LA SALUD**

### **i. Atención de salud**

Mientras que en 1990 sólo 4.2 por ciento de la población tenía 65 años y más de edad, en 2010 esta proporción aumentó a 6.3 por ciento (INEGI, 2011a). La esperanza de vida al nacimiento en México en 2010 era de 75.4 años (73.1 años para hombres y 77.8 para mujeres), por arriba de la esperanza de vida al nacimiento a nivel mundial que es de 68 años y por debajo entre cuatro y siete años de otros países miembros de la OCDE como Inglaterra, Estados Unidos, Francia y Japón (CONAPO, 2011a; WHO, 2011b).

La tasa bruta de mortalidad para 2010 ascendió a cinco defunciones por cada mil habitantes, y la tasa de mortalidad infantil a 14.2 defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos (CONAPO, 2011a). En 2008 se registraron en el país 538,288 defunciones. Las principales causas de muerte en la población total fueron diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, del hígado, cerebrovasculares y tumores malignos (SINAIS, 2011a).<sup>4</sup> La principal causa de defunción en el país es la diabetes mellitus (75,572 defunciones en 2008). En 2008 el 14 por ciento del total de las defunciones estuvieron asociadas a esta patología (SINAIS, 2011a).

En cuanto a recursos y servicios para la salud, en 2007 sumaban 217,320 médicos, de los cuales 152,566 laboraron en el sector público y 64,754 en el sector privado (SINAIS, 2011b).

Los datos presentados reflejan las necesidades de salud de una población cuyo perfil de mortalidad se transformó de un predominio de enfermedades transmisibles a uno en el cual la mayor parte de las defunciones se asocia con patologías no transmisibles y que se encuentra en rápido proceso de envejecimiento (la proporción de personas de 65 años o más es cada vez mayor en la población total).

No obstante la reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, las infecciones, la mortalidad materna y los problemas perinatales continúan siendo problemas de salud muy importantes, particularmente en la población que reside en áreas marginadas.

---

<sup>4</sup> Las tasas de mortalidad por dichas causas fueron 70.8, 55.8, 28.3, 26.6 y 19.3 por 100,000 habitantes, respectivamente (SINAIS, 2011).

## ii. Acceso y mejoramiento a los servicios de salud

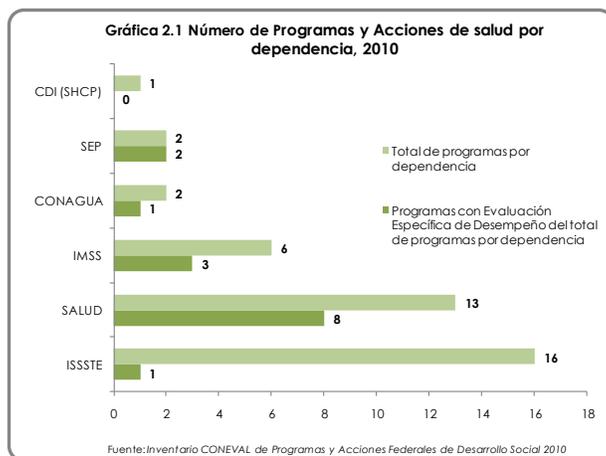
De acuerdo con estimaciones del CONEVAL, con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010, el 33.2 por ciento de la población manifiesta no tener acceso a los servicios de salud.<sup>5</sup>

Cabe mencionar que la falta de acceso a los servicios de salud también origina que un porcentaje de la población esté obligado a hacer gastos de bolsillo para recibir atención médica, los cuales resultan, en buena medida, catastróficos o empobrecedores. De acuerdo con el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), en 2009 el gasto privado en salud per cápita fue de \$3,667, del cual 46 por ciento se ocupó en el pago de medicamentos, 43 por ciento en servicios hospitalarios y 11 por ciento en hospitalización (Salud, 2007; 2011).

### b) PROGRAMAS Y ACCIONES DE SALUD

El Gobierno Federal contaba con un total de 40 Programas y Acciones relacionados con la atención, el acceso y los servicios de salud en 2010 (64 por ciento de los recursos aprobados en 2010 para la función de salud de desarrollo social, es decir, \$227,646 millones). Estos programas representan 15 por ciento del universo de 273 programas de desarrollo social reunidos en el *Inventario CONEVAL 2010*.

De estos 40 programas, 15 fueron evaluados en 2010-2011 (\$200,205 millones en 2010);<sup>6</sup> estos últimos son los programas que se describen y analizan en los apartados siguientes de gasto y resultados. En el Anexo II puede consultarse una lista con todos los programas de salud.



<sup>5</sup> De acuerdo con el *Seguro Popular (SP)* y el *Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)*, para finales de 2010 se han afiliado 44.8 millones de personas. De acuerdo también con la propia información censal, un 38.9 por ciento de la población nacional tiene acceso a instituciones de seguridad social sin considerar al SP y al SMNG. Cabe señalar que éste es un indicador importante porque la afiliación es una meta intermedia en la búsqueda de que se logre la atención efectiva de los servicios de salud, se entiende por acceso efectivo no sólo la posibilidad de acudir y recibir atención en una unidad médica sino también la disponibilidad de los servicios médicos, así como la suficiencia y oportunidad de éstos.

<sup>6</sup> Consúltense la definición de programas evaluados en el glosario de términos.

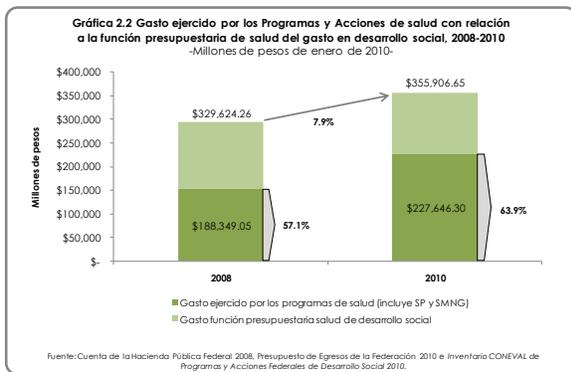
La gráfica 2.1 muestra el número total de Programas y Acciones de salud, distribuidos por dependencia, así como el subconjunto conformado por los programas evaluados. Puede observarse que el ISSSTE es la dependencia con un mayor número de programas (16).

**c) GASTO DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE ATENCIÓN Y ACCESO A LA SALUD**

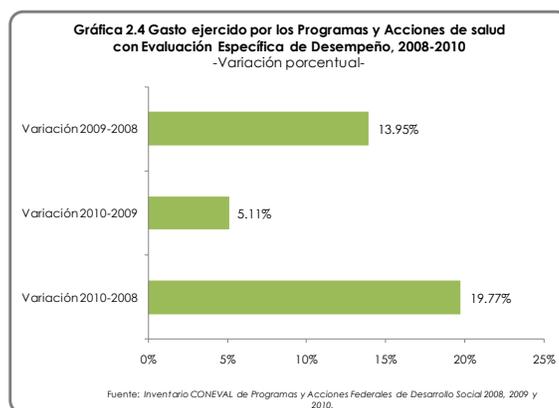
En este apartado se describe el gasto ejercido por los Programas y Acciones de acceso a la salud en 2008-2010. El objetivo es poner en contexto el gasto e identificar cuáles de los programas fueron los instrumentos favorecidos –bajo la óptica del gasto- para mejorar el acceso a los servicios de salud. Entre otros, se examina la importancia relativa del gasto del conjunto de los programas respecto a la función presupuestaria de salud del grupo funcional de desarrollo social, el gasto en 2008-2010, así como su variación en 2009 respecto a 2008 y en 2010 respecto a 2009.<sup>7</sup>

El presupuesto aprobado para la función de salud ascendió a \$355,907 millones en 2010, 8 por ciento más que el monto ejercido en 2008 (gráfica 2.2). El gasto ejercido por los 40 programas de salud corresponde a 64 por ciento de los recursos aprobados en 2010 para la función de salud; es decir, \$227,646 millones. Esta proporción es 7 puntos porcentuales superior que la encontrada en 2008, cuando el gasto de los programas de salud representaba 57 por ciento. Esto significa que poco más de seis de cada \$10 pesos del gasto en la función de salud del Gobierno Federal se destinó en 2010 a los programas de salud.

Los 12 programas de salud evaluados ejercieron \$200,205 millones de un total de \$227,646 millones correspondientes a los 40 programas de salud (gráficas 2.2 y 2.3). Es decir, los programas de salud evaluados ejercieron 88 por ciento del gasto total de los programas de salud y 56 por ciento del gasto ejercido en 2010 por la función de salud.



<sup>7</sup> En el Anexo I se explica la organización funcional del gasto público.



El incremento del gasto en programas de salud en 2008-2010 fue de 20 por ciento (gráfica 2.4).

En el cuadro 2.1 se observa que el conjunto de programas con el gasto mayor en 2008-2010 es el de atención a la salud<sup>8</sup> que en 2010 ejerció \$141,913 millones, 17 por ciento más que en 2008. No obstante, la variación porcentual del gasto ejercido por los programas de acceso y mejoramiento de los servicios de salud,<sup>9</sup> así como la del grupo “Otros”<sup>10</sup> Programas y Acciones de salud fueron mayores (26 y 30 por ciento, respectivamente).

### Cuadro 2.1 Gasto ejercido por los Programas y Acciones de salud, 2008-2010

<sup>8</sup> Los programas de atención a la salud pueden agruparse en dos conjuntos: por una parte, los dirigidos a la salud pública y otros dirigidos a la atención curativa de las personas. Los primeros se enfocan en reducir riesgos y a implementar acciones preventivas.

<sup>9</sup> Los programas de acceso y mejoramiento a los servicios de salud buscan garantizar el acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de la población. Comunidades Saludables apoya el desarrollo de capacidades para el control de los determinantes de salud dentro de los municipios. El programa *Formación de Recursos Humanos Especializados* para la Salud contribuye a mejorar la calidad de los servicios de salud al otorgar becas académicas a médicos residentes en los hospitales e Institutos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), así como el apoyo en programas de especialidad no médica y cursos de educación continua a los médicos residentes y personal de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

<sup>10</sup> En este conjunto se incluyen Programas y Acciones dirigidas a la salud contenidos en el Inventario CONEVAL, pero que en su mayoría no fueron evaluados a través de una EED en 2010-2011. Los programas que se incluyen en “Otros” y que sí tienen EED son *Cultura Física, Sistema Mexicano del Deporte de Alto Rendimiento y Programa de Agua Limpia*.

Grupos de programas temáticos de salud	Gasto ejercido (Mdp de enero de 2010)		Variación (por ciento)
	2008	2010	2008-2010
Atención a la salud	120,847.93	141,912.80	17.43
Acceso y mejoramiento de los servicios de salud	45,759.17	57,468.67	25.59
Otros	21,741.95	28,264.83	30.00
<b>Total</b>	<b>188,349.05</b>	<b>227,646.30</b>	<b>20.86</b>

Fuente: *Inventario CONEVAL* y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008.

Nota: Los Programas y Acciones de salud se reunieron en grupos temáticos de acuerdo con las *Evaluaciones Integrales de Desempeño de los Programas Federales*. El punto de referencia para su agrupación, tanto en 2008 como en 2010, son las *Evaluaciones Integrales 2010-2011*.

Tanto en 2008 como en 2010, los programas de atención a la salud eran cinco y los de acceso y mejoramiento de los servicios de salud eran siete. El conjunto de “Otros” estaba conformado por 23 programas en 2008, pero aumentó a 28 en 2010.

Al examinar con mayor detalle algunos programas específicos que destacan por su alto nivel de gasto ejercido en 2010 o por el importante crecimiento relativo de su gasto se encuentra que entre los primeros se distinguen la intervención *Atención Curativa Eficiente* que ejerció \$124,267 millones en 2010 y el *Seguro Popular* con \$45,225 millones. El alto nivel de gasto del primero se debe a que es la intervención que sustenta la mayor parte de la atención en salud en México a través del IMSS, mientras que el segundo representa el aseguramiento de servicios de salud a la población no derechohabiente.

#### d) RAMO 33: FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

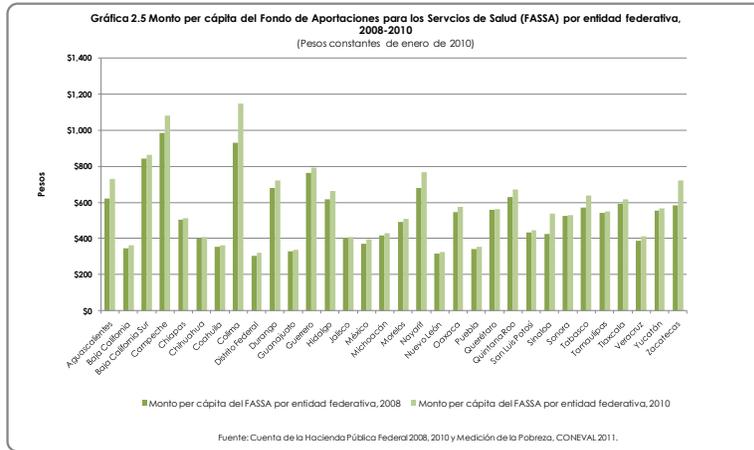
El *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)* es uno de los ocho fondos que conforman el Ramo 33. La LCF señala que el destino de los recursos de este fondo es la atención de los gastos de los servicios de salud y que serán distribuidos entre las entidades federativas con base en el inventario de infraestructura médica, las plantillas de personal empleado en cada entidad y el monto de los recursos recibidos en el año inmediatamente anterior.

Los recursos adicionales se reparten mediante una fórmula que tiende a apoyar más a entidades con mayores necesidades en materia de acceso a los servicios de salud.

La asignación de los recursos del *FASSA* responde a la oferta en materia de salud de las entidades federativas, medida a través de la infraestructura médica existente. La distribución de los recursos del fondo no se asocia a la atención de la carencia de acceso a servicios de salud en las entidades federativas.

Para la prestación de servicios de salud, las entidades federativas utilizan tanto recursos propios como federales, éstos no se limitan a los obtenidos a través del *FASSA*; también reciben fondos por el Ramo

12 (Salud), el programa *IMSS-Oportunidades* y del *Seguro Popular*. Lo anterior dificulta evidenciar el efecto positivo del *FASSA* en los sectores de salud estatales.



Por otra parte, al examinar la evolución entre los montos per cápita del *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud* para 2008 y 2009 por entidad federativa (gráfica 2.5), se encontró que el presupuesto por persona del *FASSA* se incrementó en todas las entidades federativas (7.4 por ciento en promedio). Las entidades federativas con mayores tasas de crecimiento del monto per cápita del *FASSA* son Sinaloa, Colima y Zacatecas con más de 35 por ciento. Por su parte, en Jalisco y Querétaro se observaron las menores tasas de crecimiento del monto per cápita del *FASSA* con 11.8 por ciento y 12.0 por ciento respectivamente.

Las entidades con mayores montos per cápita ejercidos en el periodo fueron en su orden, Colima, Campeche y Baja California Sur.

**e) RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE ATENCIÓN Y ACCESO A LA SALUD**

En este apartado se presentan algunos de los principales resultados del conjunto de programas del Gobierno Federal en materia de salud.

**i. Atención de salud**

- Respecto a la intervención *Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación* cabe señalar que el porcentaje de vacunación aplicada por entidad presenta amplias variaciones con respecto a su distribución, hay estados que rebasan 100 por ciento de aplicación y otros con menos de 10 por ciento de aplicación de las vacunas disponibles, lo que podría expresar un problema en la identificación de necesidades, desempeño deficiente si no son aplicadas las requeridas o duplicidad de acciones.
- En cuanto a la intervención denominada *Atención Curativa Eficiente* se encontró que el número de muertes hospitalarias en las unidades de segundo nivel de atención se elevó de 3.65 a 3.94 defunciones por 100 egresos hospitalarios del año 2008 al año 2010.

**ii. Acceso y mejoramiento de los servicios de salud**

- Las evaluaciones señalan que el *Seguro Popular* ha mejorado la equidad del financiamiento en salud para la población no asegurada por las instituciones contributivas de la seguridad social. Este programa ha demostrado impactos para disminuir los gastos catastróficos de las familias, asimismo, esta estrategia ha sido la principal responsable de la reducción de la carencia de acceso a la salud correspondiente a la medición de la pobreza. Sin embargo, permanece el reto de mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud en las entidades federativas, hacer más transparente el uso de los recursos por cada entidad federativa y de contar en el mediano plazo con un sistema integrado de salud con un servicio más homogéneo entre instituciones.

### CAPÍTULO III. TEMAS TRANSVERSALES DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

#### I. Dispersión de programas federales

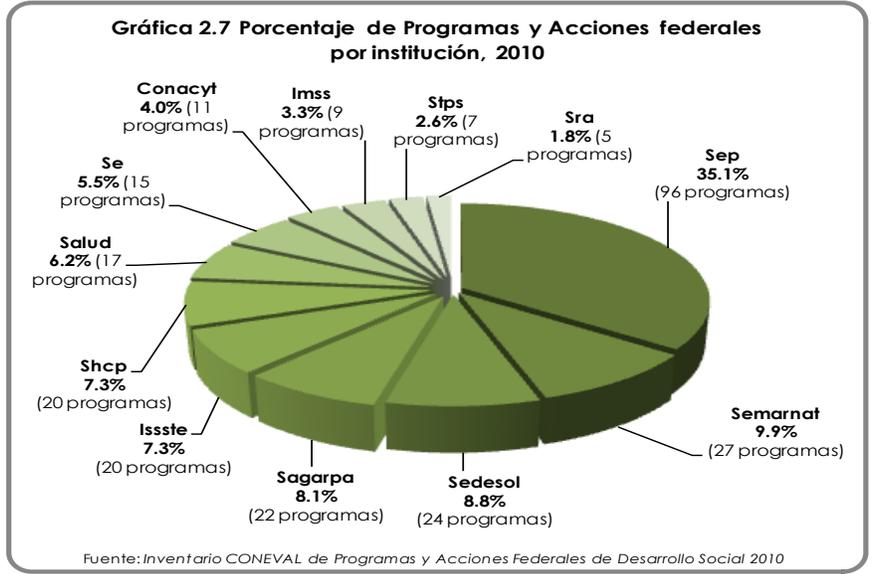
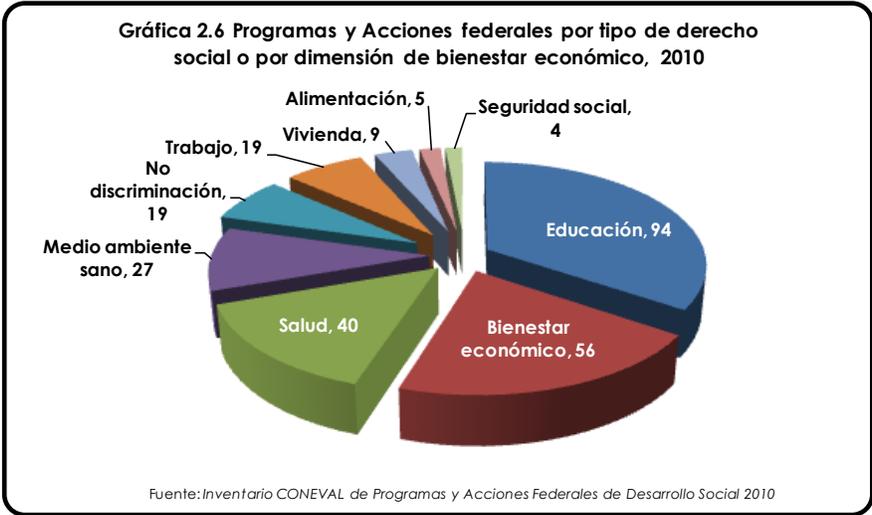
En general es adecuado que haya diversos Programas y Acciones presupuestarios para enfrentar los múltiples retos del desarrollo social, pero no siempre es claro que tener muchos programas se traduzca en mejor política pública.

Por esto, en esta sección se hace uso de una herramienta nueva para los programas sociales federales –el *Inventario CONNEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010 (Inventario CONNEVAL)*- que reúne en un solo sistema información de 273 Programas y Acciones sociales federales y cuyo análisis puede ayudar a determinar la utilidad de todos estos instrumentos. El *Inventario CONNEVAL* incluye variables como tipo de apoyo, presupuesto, población a la que se dirige el apoyo, derecho social al que está contribuyendo, institución que opera el programa, etcétera.

Es de destacar que un análisis de esta naturaleza sería claramente mejor si se contara con información sobre Programas y Acciones estatales y federales. Debido a que desafortunadamente no hay mucha información sistematizada accesible sobre programas locales, el análisis se reduce al ámbito federal.

Se adelanta una conclusión: si el análisis del *Inventario CONNEVAL* apunta a que hay y se han generado recientemente muchos programas de desarrollo social y que se muestra una gran dispersión y una potencial falta de coordinación entre instancias federales por esta razón, si se incluyeran los programas de gobiernos locales, el problema sería aún mayor.

La gráfica 2.6 muestra el número total de programas o acciones por Derecho Social o por Dimensión de Bienestar Económico que conforman el *Inventario CONNEVAL*; como se observa, de los 273 Programas o Acciones federales de desarrollo social vigentes en 2010, 34.4 por ciento está vinculado de manera directa con el Derecho a la Educación, mientras que los relacionados con el Bienestar Económico y el Derecho a la Salud representan 20.5 por ciento y 14.7 por ciento, respectivamente.



Las instituciones son aquellas dependencias y entidades que operan los programas y las acciones federales que forman parte del *Inventario CONEVAL*. Como se observa en la gráfica 2.7, la institución con un mayor número de Programas y Acciones es la Secretaría de Educación Pública (SEP) que opera 96, seguida por la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) con 27 y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) que cuenta con 24.

**Cuadro 2.2 Programas y Acciones Federales por derecho social o por dimensión de bienestar económico e institución, 2010**

Derecho social o Bienestar económico	Institución												Total
	SRA	STPS	IMSS	CONACYT	ECONOMÍA	SALUD	SHCP	ISSSTE	SAGARPA	SEDESOL	SEMARNAT	SEP	
Alimentación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	5
Educación	-	-	-	4	-	1	1	-	3	-	-	85	94
Medio ambiente sano	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	23	-	27
No discriminación	-	-	-	-	-	-	7	1	-	5	-	6	19
Salud	-	-	6	-	-	13	1	16	-	-	2	2	40
Seguridad social	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	4
Trabajo	1	7	-	-	2	-	4	-	-	2	-	3	19
Vivienda	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5	2	-	9
Bienestar económico	4	-	2	7	13	2	4	2	17	5	-	-	56
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>96</b>	<b>273</b>

Fuente: Estimación del CONEVAL con base en el *Inventario CONEVAL*.

Como se observa en el cuadro 2.3 los programas y las acciones por Derecho Social o por Dimensión de Bienestar Económico e institución ofrecen diferentes tipos de apoyos. La mayoría de los programas o acciones otorgan algún tipo de apoyo vinculado al Derecho a la Educación (124); de éstos 19 proporcionan capacitación (15.3 por ciento), 18 brindan servicios educativos (14.5 por ciento) y 16 otorgan libros o material didáctico (12.9 por ciento).

Con relación a los Programas y Acciones vinculados al Derecho a la Salud (62), en 26 se proporciona servicios de salud (41.9 por ciento) y en nueve se hacen campañas o promoción (14.5 por ciento).

Si bien no es posible determinar con esta herramienta si los diversos programas sociales federales tienen claras duplicidades entre sí, de esta breve revisión sobre la concentración y de los programas de desarrollo social federales puede concluirse que hay un gran número de programas dirigidos a atender carencias similares y por ello se tiene una gran dispersión de programas. Lo anterior también implica un reto de coordinación importante. Si bien existen instancias de coordinación –como la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social-, la cantidad de programas en diversas instituciones que atienden problemáticas similares, hace que estas instancias tengan limitaciones.

**Cuadro 2.3 Programas y Acciones por Derecho Social o por Dimensión de Bienestar Económico y tipo de apoyo específico que entregan, 2010**

Tipo de apoyo	Derecho Social o Bienestar Económico									Total
	Alimentación	Educación	Medio ambiente sano	No discriminación	Salud	Seguridad social	Trabajo	Vivienda	Bienestar económico	
Albergue	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
Alimentos	3	-	-	-	1	1	-	-	-	5
Asesoría jurídica	-	1	-	1	-	-	1	2	1	6
Asesoría técnica	-	12	5	-	1	-	8	2	9	37
Beca	1	11	-	-	2	1	1	-	2	18
Campañas o promoción	1	2	2	3	9	2	2	-	2	23
Capacitación	1	19	5	2	8	1	8	2	13	59
Compensación garantizada al ingreso	1	3	-	-	-	-	-	-	3	7
Financiamiento de estudios técnicos y/o servicios ambientales	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
Financiamiento de proyectos sociales	-	2	-	5	1	-	-	-	1	9
Guarderías	-	-	-	1	-	-	-	-	2	3
Libros y/o material didáctico	1	16	-	-	4	-	-	1	-	22
Obra pública	-	-	2	1	-	-	-	2	1	6
Regularización de la tenencia de la tierra o de inmuebles	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Seguro de cobertura de patrimonio, bienes y servicios	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Servicios de salud	1	1	-	1	26	1	-	-	2	32
Servicios educativos	-	18	-	1	-	-	-	-	-	19
Subsidio a precios	-	-	1	-	-	-	-	-	3	4
Tierra, lote, predio o parcela	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Vivienda nueva o mejoramiento de vivienda pre-existente	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
Otro	3	38	18	10	9	2	14	5	40	139
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>124</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>62</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>80</b>	<b>401</b>

Fuente: *Inventario CONEVAL*.

Nota: Se consideraron 245 Programas y Acciones federales, en 28 la información no está disponible (ND). Un Programa o Acción federal puede otorgar más de un tipo de apoyo por lo que la suma de ellos puede no coincidir con el total de programas.

El cuadro 2.4 muestra cómo ha evolucionado el número y el presupuesto de programas federales de desarrollo social desde 2004 (exclusivamente bajo el universo del *Inventario Coneval*). La comparación en el tiempo sólo es válida entre 2004 y 2007 y entre 2008 y 2011, pues en 2008 se modificó la forma de contabilizar los programas presupuestarios federales en el *Inventario Coneval*.

**Cuadro 2.4 Programas y Acciones del Inventario CONEVAL 2004-2011**

Año	No. Programas (S y U)	No. Acciones (E y B)	Total	Presupuesto original Mdp
2004	89	0	89	72,122.23
2005	78	0	78	73,006.65
2006	188	0	188	122,131.83
2007	104	0	104	73,171.71
2008	139	107	246	487,579.09
2009	180	92	272	587,588.07
2010	186	87	273	626,083.64
2011	178	94	272	692,003.81

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el *Inventario CONEVAL*.

Nota: En términos presupuestarios, las intervenciones de desarrollo social pueden clasificarse en Programas y Acciones. Los Programas, a su vez, cuentan con dos categorías: con Reglas de Operación (modalidad S) y Otros programas de subsidios (modalidad U); mientras que las Acciones se dividen en Prestación de Servicios Públicos (modalidad E) y Provisión de Bienes Públicos (modalidad B).

Entre 2004 y 2007 se incrementó 17 por ciento el número de programas y 1 por ciento el presupuesto de los mismos. Entre 2008 y 2011 aumentó 11 por ciento el número de programas y 42 por ciento el presupuesto, lo que contribuyó a tener mayor dispersión de programas.

No siempre queda clara la razón por la que se crean programas de desarrollo social año con año. Unos son creados por el ejecutivo, otros por el legislativo y otros por las entidades federativas, a través del legislativo, con el fin de que se ejerza más presupuesto en los gobiernos locales. Posiblemente varios de ellos son creados para resolver problemas concretos de la población, pero debido a que no siempre se cuenta con resultados de estos programas, la sospecha de un uso político es inevitable.

Como ya se decía anteriormente, a esta problemática es necesario añadir lo que pareciera una multiplicidad de Programas y Acciones de los gobiernos locales; no es posible conocer su totalidad porque no hay información clara al respecto, lo cual atenta contra la coordinación de la política de desarrollo social a nivel nacional.

## II. Incidencia distributiva y equidad del gasto social: 2008-2010

En esta sección se analiza la distribución de los principales rubros de gasto social y subsidios al consumo entre la población en 2008 y 2010. Se incluye además un análisis retrospectivo para observar la tendencia histórica reciente de los principales rubros del gasto social.

Todo gasto público —se clasifique como social o no, sea en transferencias monetarias, en especie (bienes privados) o en bienes públicos, o se aplique con objetivos redistributivos o no— tiene

inevitablemente efectos redistributivos.<sup>11</sup> Por ello, independientemente de sus objetivos, siempre es pertinente evaluar cualquier rubro de gasto público y, especialmente, el gasto social, en la dimensión de la equidad, la cual es muy relevante en una sociedad con niveles comparativamente altos en la desigualdad del ingreso primario y recursos fiscales comparativamente limitados.

Por otro lado, los instrumentos del gasto público tienen múltiples objetivos que pueden incluir o no a la equidad, y aun en aquellos casos que sí la engloban puede estar subordinada por otras metas (como corregir fallas de mercado, mejorar la eficiencia, promover el crecimiento económico o proveer bienes públicos básicos como seguridad). Pocos instrumentos del gasto público tienen objetivos puramente redistributivos, pero muchos sí los incluyen, entre otros. Por ello el análisis de incidencia distributiva que se presenta a continuación debe interpretarse como una dimensión relevante entre otras para la evaluación global del gasto social.

El gasto público analizado cubre la gran mayoría del gasto social federal y estatal, por un monto total de 1,564 y 1,401 miles de millones de pesos en 2010 y 2008, respectivamente. Con excepción de calidad y servicios de la vivienda, los rubros y programas analizados representan los principales instrumentos del gasto público en las dimensiones de la medición de la pobreza: educación, salud, pensiones, programas alimentarios y bienestar económico (transferencias dirigidas y subsidios al consumo).<sup>12</sup>

El análisis se obtiene a partir de la información de transferencias y uso de servicios públicos reportados en las ENIGH de los años correspondientes, así como los montos totales de las cuentas públicas. La metodología se describe en el Anexo III.<sup>13</sup>

Los resultados principales se resumen a continuación:

- 1) Persiste una amplia gama de resultados en la concentración del gasto público, entre los grandes grupos funcionales y aun al interior de cada uno. En conjunto, las transferencias monetarias dirigidas son el rubro de mayor progresividad (es decir, llegan con más claridad a la población que tiene menos ingreso), las transferencias en especie son prácticamente neutrales, mientras que los subsidios indirectos y los subsidios a los sistemas de pensiones contributivos se concentran en la población de ingresos medios y altos.
- 2) Los programas más progresivos en 2008 y 2010 son *Oportunidades* e *IMSS-Oportunidades*, mientras que los más regresivos (los que se otorgan a la población de ingresos altos) son los subsidios al sistema de pensiones del ISSSTE y la deducibilidad de colegiaturas; son regresivos aun con relación al ingreso (neto) de mercado de los hogares, por lo que contribuyen a aumentar la desigualdad del ingreso en México.

<sup>11</sup> Esto no sería así sólo si una transferencia pública coincidiera perfectamente con la distribución del ingreso de mercado de los hogares, o si un bien público fuera valorado por los hogares precisamente en proporción de su participación en el ingreso de mercado.

<sup>12</sup> Se incluye para propósitos comparativos (sin sumar en el total) el gasto fiscal asociado a la deducibilidad de colegiaturas, a pesar de que fue introducido apenas en 2011.

<sup>13</sup> Las ENIGH que se utilizan son las correspondientes a 2008 y 2010; la Cuenta Pública corresponde a las de 2008 y 2010.

- 3) La distribución total del gasto público analizado resulta ligeramente progresiva si se excluyen los subsidios a los sistemas de seguridad social contributiva y al consumo, pero ligeramente regresiva cuando éstos se incluyen.
- 4) Entre 2008 y 2010 ha aumentado la progresividad del gasto total analizado, con un incremento en la participación del quintil (20 por ciento) más pobre de la población de 16 a 18 por ciento, y una reducción del coeficiente de concentración de 0.11 a 0.06. La proporción de recursos asignados en forma progresiva pasó de 32 por ciento en 2008 a 44 por ciento en 2010, similar a la participación de estos recursos en 2006. Esto se explica, por un lado, por el aumento en la progresividad (reducción en la regresividad) de algunos instrumentos de transferencias, y por el otro por la reasignación de recursos a favor de los instrumentos más progresivos y disminución de recursos asignados a los instrumentos más regresivos (en particular el subsidio a gasolinas y diesel que en 2008 tuvo un nivel excepcionalmente alto).
- 5) Algunos de los programas más progresivos cuya cobertura ha aumentado más rápidamente en 2008-2010 presentan una pérdida de progresividad al ampliarse a poblaciones de mayores ingresos: *Oportunidades*, *70 y Más*, *Seguro Popular*. Por otro lado, *PROCAMPO* presenta un aumento importante en progresividad que es consistente con un cambio en las reglas del programa hacia una mejor focalización (como se había recomendado en el *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2008*), pero éste posiblemente no sea estadísticamente significativo.<sup>14</sup>
- 6) En una perspectiva de más largo plazo, identificamos un cambio importante en la tendencia general de la progresividad del gasto público en las últimas dos décadas, la cual aumentó en forma importante de 1995 a 2005, pero dicha tendencia se ha frenado e incluso revertido desde entonces.
- 7) El avance en la equidad del gasto en 1995-2005 se explica por diversos factores que han llevado a una reasignación del gasto social sesgado hacia zonas urbanas y estratos medios a favor de zonas rurales y poblaciones más pobres:
  - a) La creación de programas innovadores y mejor focalizados de transferencias dirigidas como *Oportunidades* (sustituyendo subsidios alimentarios generalizados y focalizados regresivos y preponderantemente urbanos), *PROCAMPO* (sustituyendo apoyos agrícolas vía precio altamente regresivos), el *Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social/Fondo de Infraestructura Social Municipal* (asignado en función de la pobreza municipal en sustitución de *Pronasol*) y el *Programa de Empleo Temporal*,
  - b) La ampliación de la cobertura y financiamiento de los servicios básicos educativos y de salud para la población no asegurada,
  - c) El avance en el acceso a servicios educativos postbásicos en gran parte como consecuencia del avance en la cobertura de los servicios básicos.

<sup>14</sup> Dada la concentración de beneficios del programa en un número reducido de productores grandes, la ENIGH no tiene el tamaño necesario para capturar adecuadamente estos beneficios en el extremo alto de la distribución del ingreso.

- 8) El estancamiento y reversión parcial de esta tendencia desde 2005 se puede explicar con los siguientes factores, que sugieren a su vez la necesidad de una nueva generación de reformas e instrumentos de identificación de beneficiarios para la implementación del gasto social:
- a) Los costos y retos crecientes de focalizar con efectividad cuando la cobertura de los programas aumenta significativamente, y se amplía a zonas urbanas y poblaciones de mayores ingresos medios (*Oportunidades, 70 y Más*).
  - b) El aumento en el financiamiento de los servicios básicos abiertos a la población en su conjunto, en la medida en que se incrementen su calidad y disponibilidad, puede crecer la demanda de estratos de mayores ingresos y capacidad de acceso, especialmente en el contexto de la reciente crisis y estancamiento económico.

#### Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones sobre la política de desarrollo social

## I. Conclusiones

En el primer capítulo del *Informe de Evaluación del Derecho a la Salud 2011* se presentan datos sociales para analizar el avance en el acceso a los servicios de salud en México de 2008 a 2010. A partir de las problemáticas identificadas, en el capítulo II se presenta un diagnóstico de la respuesta del Gobierno Federal para atenderlas. Con base en lo anterior se desprenden las siguientes conclusiones:

- Los datos presentados reflejan las necesidades de salud de una población cuyo perfil de mortalidad se transformó de un predominio de enfermedades transmisibles a uno en el que la mayor parte de las defunciones se asocia con patologías no transmisibles y que se encuentra en rápido proceso de envejecimiento (la proporción de personas de 65 años o más es cada vez mayor en la población total).
- Ha aumentado de manera importante la cobertura de personas que tienen acceso a los servicios de salud por medio de la afiliación del Seguro Popular. El presupuesto de los programas de atención en salud creció 8 por ciento entre 2008 y 2010. Parecería que en 2012 se puede alcanzar la cobertura universal, aunque será importante verificar lo anterior con encuestas a hogares.
- Alrededor de seis de cada \$10 del gasto en la función de salud del Gobierno Federal se destinaron en 2008-2010 a los Programas y Acciones de salud, este monto representó 8 puntos porcentuales más respecto al gasto en 2008. Las acciones de salud que el Gobierno Federal favoreció en términos presupuestarios en 2008-2010 fueron *Atención Curativa Eficiente* y el *Seguro Popular* (con los montos ejercidos más altos), así como *Caravanas de la Salud*, *Programa Comunidades Saludables* y *Prestación de Servicios* en los diferentes niveles de atención a la salud (con el crecimiento relativo más pronunciado).
- Sin embargo, aún existe un reto importante en mejorar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud en las entidades federativas, así como hacer más eficiente y transparente el recurso que se le otorga año con año a las entidades federativas para el área de salud (*Seguro Popular*, fondos del Ramo 12 y fondos del Ramo 33).
- Igualmente relevante es observar que los servicios de salud públicos se encuentran todavía fragmentados y con calidad heterogénea.
- A pesar de los incrementos en programas de atención a la salud, no se observa el mismo esfuerzo presupuestario en programas de prevención, siendo que este tema debería ser prioritario no sólo para reducir enfermedades, sino para evitar también costos curativos futuros.
- En el tema de vacunación, se observó que en el programa *Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación*, hay estados que tuvieron menos de 10 por ciento de aplicación de las vacunas disponibles, lo que puede resultar en problemas graves para la población de no corregirse esta situación a tiempo.
- Finalmente, sobre los fondos del Ramo 33 puede concluirse que la variación de la distribución de los recursos del *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud* por entidad federativa en 2008-2010 no parece estar relacionada con la diferencia en el número de personas con carencia por acceso a la salud en el mismo periodo.

## II. Temas transversales de la política de desarrollo social

- En 2010 existían 273 Programas y Acciones federales de desarrollo social. Entre 2004 y 2007 se incrementó 17 por ciento el número de programas y 1 por ciento el presupuesto de los

mismos. Entre 2008 y 2011 se incrementó 11 por ciento el número de instrumentos de política pública y el presupuesto aumentó 42 por ciento lo que contribuyó a tener mayor dispersión de Programas y Acciones.

- Debido a que no hay suficiente información sistematizada accesible sobre programas de gobiernos locales, el análisis se reduce al ámbito federal; éste apunta a que hay un gran número de Programas y Acciones de desarrollo social (se han generado recientemente muchos de estos) y se identifica una gran dispersión y una potencial falta de coordinación entre instancias federales. Por estas razones, se considera que si se incluyeran los programas de gobiernos locales, el problema sería aún mayor.
- No siempre queda clara la razón por la que se crean programas de desarrollo social año con año. Unos son creados por el Poder Ejecutivo, otros por el Poder Legislativo y otros por las entidades federativas, a través del Legislativo local, con el fin de que se ejerza más presupuesto en los gobiernos estatales. Posiblemente varios de ellos son creados para resolver problemas concretos de la población, pero debido a que no siempre se cuenta con resultados claros en varios de estos programas, la sospecha de un uso político es inevitable.
- Entre 2008 y 2010 ha aumentado la progresividad del gasto total analizado (el gasto se dirige hacia la población en pobreza), con un aumento en la participación del quintil (20 por ciento) más pobre de la población de 16 a 18 por ciento, y una reducción del coeficiente de concentración de 0.11 a 0.06. La proporción de recursos asignados en forma progresiva pasó de 32 por ciento en 2008 a 44 por ciento en 2010, similar a la participación de estos recursos en 2006. Esto se explica, por un lado, por el aumento en la progresividad de algunos instrumentos de transferencias y, por el otro, por la reasignación de recursos a favor de los instrumentos más progresivos y disminución de recursos asignados a los instrumentos más regresivos (en particular el subsidio a gasolinas y diesel que en 2008 tuvo un nivel excepcionalmente alto y que es regresivo).
- Las transferencias monetarias dirigidas son el rubro de mayor progresividad (es decir, llegan con más claridad a la población que tiene menos ingreso), las transferencias en especie son prácticamente neutrales, mientras que los subsidios indirectos y los subsidios a los sistemas de pensiones contributivos se concentran en la población de ingresos medios y altos.
- Los programas más progresivos en 2008 y 2010 son el de *Desarrollo Humano Oportunidades e IMSS-Oportunidades*, mientras que los más regresivos (los que se otorgan a la población de ingresos altos) son los subsidios al sistema de pensiones del ISSSTE y la deducibilidad de colegiaturas. Estos últimos son regresivos aun con relación al ingreso (neto) de mercado de los hogares, por lo que contribuyen a aumentar la desigualdad del ingreso en México.
- La distribución total del gasto público analizado resulta ligeramente progresiva si se excluyen los subsidios a los sistemas de seguridad social contributiva y al consumo, pero ligeramente regresiva cuando éstos se incluyen.

### III. Recomendaciones

#### a) ATENCIÓN ESPECIAL DEL EJECUTIVO FEDERAL, ESTADOS Y MUNICIPIOS

##### i. Acceso a los servicios de salud

- 1) En Puebla, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Veracruz y Chiapas las carencias en acceso a la salud en 2010 fueron mayores a 36 por ciento, destaca Puebla con 41.8 por ciento. En estos estados se localiza la mayor población indígena, que es la que menos acceso tiene. Se recomienda acelerar la cobertura universal del *Seguro Popular* en estas entidades (en caso de no haberse alcanzado al final del 2011), con una oferta adecuada de servicios de calidad y medicamentos, así como en la totalidad de los municipios que pertenecen a Zonas de Atención Prioritaria (con énfasis en localidades indígenas).
- 2) Es fundamental avanzar hacia la creación de un sistema más integrado de servicios de salud, que haga efectivo el acceso universal y que, además de igualar los tipos de servicios y la calidad, sea portable entre instituciones y minimice ineficiencias económicas al interior del sistema, así como costos para el desarrollo de la economía en su conjunto.
- 3) Se sugiere que en el mediano plazo se acelere la posibilidad de unificar los sistemas de salud estatales, que ahora están aislados a pesar del convenio 32x32; entre otras cosas, esto permitirá atender a la población migrante interna.
- 4) Hacer más transparente el uso final de los recursos que se otorgan a las entidades federativas a través del *Seguro Popular*, del *Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud* del Ramo 33 y de los fondos provenientes del Ramo 12, y su congruencia con las necesidades y demandas de salud de la población.
- 5) Es necesario contar con mecanismos eficaces de rendición de cuentas del gasto en salud en todos los órdenes de gobierno. Conviene establecer estrategias que promuevan que la población inscrita en el *Seguro Popular* reconozca con claridad que tiene el derecho, con lo que se propiciará una cobertura efectiva de los servicios de salud. Asimismo, se recomienda mejorar los procesos de acreditación y supervisión de clínicas en los estados.
- 6) Se recomienda fortalecer la atención de primer nivel en entidades federativas.
- 7) Cumplir la Meta del Milenio respecto a la mortalidad materna debería ser una prioridad del Estado. Por ello, debe ampliarse la cobertura de los servicios de atención obstétrica e impulsar estrategias de identificación temprana y atención oportuna de las emergencias en esta área, sobre todo en las zonas interétnicas, donde se localiza una alta proporción de la mortalidad materna.
- 8) Con referencia al punto anterior, se recomienda implementar y fortalecer estrategias para la eliminación real de las barreras al acceso a los servicios de salud, por ejemplo, las relativas a transporte y comunicación en zonas marginadas.

- 9) Asimismo, es importante contar con personal capacitado para ofrecer atención adecuada a mujeres embarazadas y para afrontar posibles complicaciones durante la gestación, el parto o el puerperio. Se recomienda fortalecer el personal calificado en Puebla y el Estado de México, en donde menos del 70 por ciento de los partos ocurridos en 2009 tuvieron atención calificada.
- 10) En el programa *IMSS-Oportunidades* es necesaria la actualización del censo de la población cubierta, al igual que lo es para el programa *Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación*. Los programas *Atención a Personas con Discapacidad* y *Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud* requieren definir y cuantificar con precisión sus poblaciones objetivo.
- 11) En los programas de *Atención Médica Curativa* destaca la necesidad de la evaluación de la capacidad resolutive de los servicios. Para el programa *Atención Curativa Eficiente* es necesario mejorar la evaluación para identificar la calidad y eficiencia de los procesos.
- 12) En el tema de vacunación, se observó que en el programa *Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación* hay estados que tuvieron porcentajes muy bajos de aplicación de las vacunas disponibles. Se recomienda contar con esquemas estrictos de aplicación de vacunación en todo el territorio nacional.
- 13) Se recomienda reforzar los esquemas de salud preventiva, éstos deberían ser prioritarios no sólo para reducir la morbilidad, sino para evitar costos curativos futuros.
- 14) Mejorar la calidad de los servicios básicos disponibles para la población en pobreza, especialmente a la indígena.

**b) ATENCIÓN ESPECIAL DEL EJECUTIVO FEDERAL Y DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN**

- 15) Buscar cambios legales, institucionales y de financiamiento en la seguridad social para que pueda cubrir a todos los mexicanos, con independencia de su situación laboral.
- 16) Reducir paulatinamente el costo contributivo de seguridad social de los empleos formales para fomentar la creación de empleos. El trabajo digno y socialmente útil es un derecho social y es un elemento fundamental para reducir la pobreza sistemáticamente.
- 17) Si bien ciertos programas sociales tienen efectos positivos para reducir la pobreza en algunas de sus dimensiones, una disminución sistemática sólo se materializará si el ingreso real de la población aumenta durante varios años. El incremento sostenido del poder adquisitivo del ingreso en el país debería provenir de un mayor crecimiento económico, de una mayor generación de empleos, de incrementos en la productividad, la inversión y de la estabilidad de precios, que muchas veces requieren cambios de fondo para modificar las condiciones económicas y fiscales en el país. Para ello es necesario contar con acuerdos políticos sólidos.

- 18) Para evitar una mayor dispersión de programas presupuestarios y contribuir a una mejor planeación y coordinación de la política de desarrollo social se recomienda que el Poder Legislativo, al igual que el Ejecutivo, realice un diagnóstico que justifique la creación de nuevos programas federales previo a la inclusión de éstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- 19) Fortalecer los indicadores de los objetivos sectoriales e institucionales de las dependencias y entidades de la APF para mejorar la medición del vínculo de los Programas y Acciones con las prioridades nacionales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

**c) ATENCIÓN ESPECIAL DE LA COMISIÓN INTERSECRETARIAL DE DESARROLLO SOCIAL**

- 20) Encontrar sinergias y evitar duplicidades entre programas federales, entre éstos y los estatales y de ambos con los locales.
- 21) Reasignar programas entre dependencias y entidades para hacer más eficientes y eficaces los recursos financieros y humanos.
- 22) Establecer mecanismos que faciliten la coordinación entre instituciones y programas.
- 23) La pobreza se ha incrementado recientemente por un problema económico (reducción del ingreso real, empleos insuficientes, bajo crecimiento económico, aumento de los precios de los alimentos) y no por razones atribuibles a la política de desarrollo social. Por lo anterior, se recomienda que el objetivo de reducción de la pobreza no esté a cargo de una sola secretaría (en este caso a la SEDESOL federal, estatal o municipal) sino que sea responsabilidad conjunta de los gabinetes económico y social. Prácticamente, todas las secretarías (de los gobiernos federal, estatales y municipales) deberían tener como objetivo prioritario la reducción de la pobreza.
- 24) Asimismo se recomienda que la planeación de la política de desarrollo social vaya más allá de contar con un conjunto de programas sociales aislados a nivel federal, estatal y municipal y que existan objetivos comunes basados en el acceso efectivo a los derechos sociales, así como una mayor integración entre las políticas sociales y económicas.
- 25) Para evitar una mayor dispersión de programas presupuestarios y contribuir a una mejor planeación y coordinación de la política de desarrollo social, se pide que todas las dependencias e instituciones atiendan la disposición vigésimo primera de los *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*, emitidos el 30 de marzo de 2007 por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el CONEVAL, en la que se pide que "las dependencias y entidades deberán elaborar un diagnóstico que justifique la creación de nuevos programas federales que se pretendan incluir en el proyecto de presupuesto

anual...” La disposición señala que dicho diagnóstico deberá elaborarse antes de que las dependencias incluyan el programa en el presupuesto anual.

**d) ATENCIÓN ESPECIAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL**

- 26) Para mejorar los esquemas de coordinación entre la federación, los estados y municipios, en cuanto al desarrollo social, se recomienda la construcción y difusión de un inventario de Programas y Acciones de desarrollo social que incluya los tres órdenes de gobierno.
- 27) Contar con evaluaciones externas independientes, rigurosas y sistemáticas para las políticas, Programas y Acciones de desarrollo social de estados y municipios y difundir sus resultados, con el fin de hacer más transparente la política de desarrollo social en el ámbito local. Se recomienda que esta exigencia se incluya en las leyes locales para reforzar la institucionalidad de los procesos de evaluación de los gobiernos estatales y municipales.
- 28) Integrar un padrón único de los programas sociales de los tres órdenes de gobierno que permita:
  - o Articular mejor las acciones de política pública de los distintos órdenes de gobierno
  - o Focalizar mejor los programas sociales, atendiendo primero a quienes presentan mayores desventajas.

**e) CON RELACIÓN AL RAMO 33**

**ii. Corto plazo**

- 29) Impulsar el funcionamiento de sistemas públicos de evaluación eficaces tanto en el orden estatal como en el municipal.
- 30) Mejorar la definición de los indicadores de desempeño mediante los cuales se mide el logro de los fondos.

**iii. Mediano plazo**

- 31) Redefinir las fórmulas de distribución de los fondos a la luz de los objetivos que persigue cada uno, de tal forma que se promueva la eficacia, eficiencia y equidad en su operación. Al considerar que se dispone de información sobre la medición de pobreza a nivel estatal cada dos años y a nivel municipal cada cinco años.

**f) ATENCIÓN ESPECIAL DE LOS PROGRAMAS SOCIALES FEDERALES**

- 32) Como parte del proceso de evaluación que el CONEVAL realiza anualmente, se emiten recomendaciones específicas para cada uno de los programas evaluados, mismas que se listan en el Anexo IV.

## Bibliografía

Aguilera, Nelly y Mariana Barraza-Lloréns. (2009). *Descentralización Financiera de Salud. En Análisis del Ramo 33*. Mimeo.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2008). *Informe de Pobreza Multidimensional en México, 2008*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010a). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010b). *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011f). *Evaluación integral del desempeño de los programas federales de salud 2010-2011*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011g). *Evaluación integral del desempeño de los programas federales de acceso y mejoramiento a servicios de salud 2010-2011*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011h). *El Ramo 33 en el Desarrollo Social en México: Evaluación de ocho Fondos de Política Pública*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011q). *Evaluación integral del desempeño de los programas federales de ayuda alimentaria 2010-2011*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011r). *Informe de pobreza multidimensional en México, 2008*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011s). *Inventario de Programas y Acciones Federales para el Desarrollo Social 2010*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011t). *Medición de la pobreza 2010. Resultados a nivel nacional*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011v). *Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México: Coneval.

Consejo Nacional de Población. (2011a). *Indicadores demográficos básicos 1990 – 2030*. Documento consultado el 11 de noviembre de 2011 en [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011a). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.

Poder Ejecutivo Federal. (2011), *Cuarto Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Documento consultado el 11 de noviembre de 2011 <http://pnd.presidencia.gob.mx>.

Presidencia de la República. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. México: Presidencia de la República.

Presidencia de la República. (2010). *Anexo Estadístico del IV Informe de Gobierno*. Documento consultado el 11 de noviembre de 2011 en <http://cuarto.informe.gob.mx/anexo-estadistico/>

Secretaría de Salud (2007). *Plan Sectorial de Salud 2007-2012*. México.

Secretaría de Salud-Dirección General de Información en Salud. (2011). *Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)*. México: Secretaría de Salud.

Sistema Nacional de Información en Salud. (2011a). *Mortalidad. Información tabular. Información 2000-2008*. Documento consultado el 27 de junio de 2011 en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

Sistema Nacional de Información en Salud. (2011b). *Estadísticas por tema*. Documento consultado el 27 de junio de 2011 en <http://sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>.

World Health Organization. (2011b). *Global Health Observatory Data Repository. Life expectancy*. Documento consultado el 16 de junio de 2011 en <http://apps.who.int/ghodata/?vid=710>.

## Glosario de términos

**Coefficiente de Gini:** Es una medida de concentración que resume la manera en que se distribuye una variable (el ingreso, por ejemplo) entre un conjunto de individuos. Varía entre cero y uno, mientras el valor del coeficiente sea más cercano a 1, mayor será la desigualdad en la distribución; por el contrario, mientras más cercano a 0, mayor igualdad.

**Extraedad grave:** Número de alumnos matriculados en un grado escolar cuya edad supera en dos años o más a la establecida normativamente para cursar el grado de referencia (INEE, 2009: 163). Este indicador forma parte de un grupo de tres que proporciona información sobre la condición que guardan los alumnos con respecto al grado cursado y a la edad. Los otros dos indicadores son “porcentaje de alumnos en edad normativa” y “porcentaje de alumnos con extraedad ligera”. (INEE, 2009: 166).

**Eficiencia terminal:** Número de alumnos que egresan de un nivel educativo respecto al número de alumnos inscritos al primer ciclo escolar de dicho nivel (INEE, 2009).

**Esperanza de vida al nacer:** Promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento, si se mantuvieran a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad prevalecientes del presente (CONAPO, 2011b).

**Línea de bienestar:** Valor monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria de consumo básico.

**Línea de bienestar mínimo:** Valor monetario en un mes determinado de una canasta alimentaria básica.

**Programas evaluados.** Para fines del *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011* se considera como programas evaluados sólo aquellos Programas y Acciones que fueron sujetos a una *EED 2010-2011* y además analizados en las *Evaluaciones Integrales*. No obstante, se reconoce que las entidades y dependencias realizan otros tipos de evaluaciones.

**Población Económicamente Activa (PEA):** Personas que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente realizar una en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (población desocupada) (INEGI, 2011b).

**Población atendida:** Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.

**Población desocupada:** Personas que no estando ocupadas en la semana de referencia, buscaron activamente incorporarse a alguna actividad económica en algún momento del último mes transcurrido (INEGI, 2011b).

**Población objetivo:** Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

**Población ocupada:** Personas que durante la semana de referencia realizaron algún tipo de actividad económica, estando en cualquiera de las siguientes situaciones: trabajando por lo menos una hora o un día, para producir bienes y/o servicios de manera independiente o subordinada, con o sin remuneración; o bien, ausente temporalmente de su trabajo sin interrumpir su vínculo laboral con la

unidad económica. Incluye: a los ocupados del sector primario que se dedican a la producción para el autoconsumo (excepto la recolección de leña) (INEGI, 2011b).

**Población potencial:** Población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia de un programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención

**Retos:** Se refieren a aspectos del diseño, implementación, gestión y resultados que las entidades y dependencias pueden mejorar debido a que son considerados áreas de oportunidad.

**Tasa bruta de mortalidad:** Número de defunciones por cada mil habitantes en un año determinado (CONAPO, 2011b).

**Tasa de desocupación:** Porcentaje de la población económicamente activa (PEA) que se encuentra sin trabajar, pero que está buscando trabajo (ver población desocupada) (INEGI, 2011b).

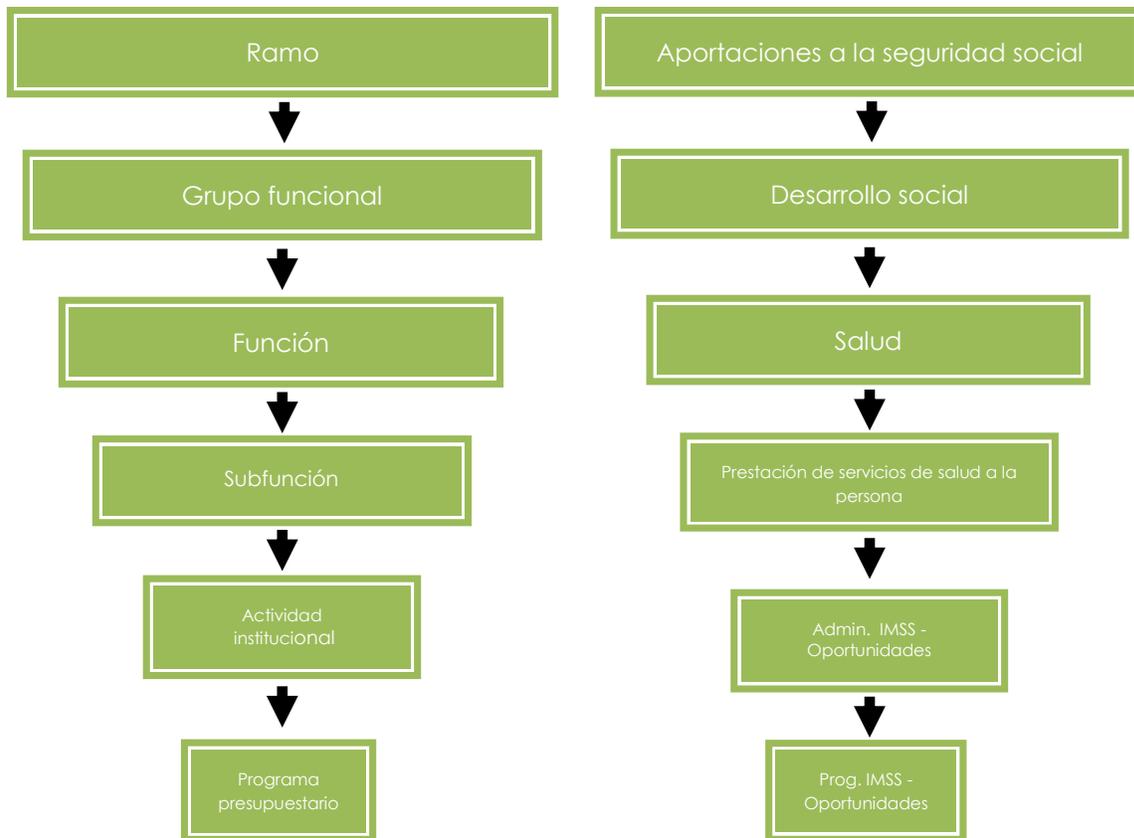
**Tasa de mortalidad infantil:** Número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en un año determinado (CONAPO, 2011b).

**Tasa neta de cobertura:** Porcentaje de alumnos, en edad normativa, inscritos al inicio del ciclo escolar en un nivel educativo, con respecto a la población en edad de cursar ese nivel (INEE, 2009).

## Anexo I. Organización funcional del gasto público

La estructura de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal está organizada de manera jerárquica. El nivel más alto de esta estructura presupuestaria es el Ramo y disminuye por niveles hasta alcanzar el menor nivel, correspondiente al Programa presupuestario (cuya unidad responsable suele ser la instancia responsable de la ejecución del gasto), tal como se muestra en la Figura A, se toma como ejemplo el caso del programa *IMSS-Oportunidades*.

**Figura A. Representación de la organización jerárquica del gasto público**



El primer paso del análisis del gasto ejercido por los programas de desarrollo social que se realizó en este informe, se efectuó siguiendo este procedimiento general: primero se indicó a qué grupo funcional pertenecen los programas (desarrollo social, desarrollo económico o gobierno), enseguida se estableció a qué función pertenece la mayoría de éstos (el número de funciones cambia dependiendo del grupo funcional)y, finalmente, se mencionaron las subfunciones que conforman la función.

El gasto de los programas de salud se contextualizó con el gasto de la función de salud.

## Anexo II. Programas de desarrollo social de la dimensión de salud

	Dimensión de análisis: Salud	Entidad responsable	EED 2010-2011	Evaluación Integral de Desempeño
1	Atención a la salud pública	IMSS	Sí	Salud
2	Atención curativa eficiente	IMSS	Sí	Salud
3	Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	SALUD	Sí	Salud
4	Atención de Urgencias	ISSSTE	Sí	Salud
5	Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación	SALUD	Sí	Salud
6	Programa IMSS-Oportunidades	IMSS	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
7	Programa Caravanas de la Salud (PCS)	SALUD	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
8	Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)	SALUD	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
9	Programa Comunidades Saludables	SALUD	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
10	Formación de recursos humanos especializados para la salud	SALUD	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
11	Seguro Popular (SP)	SALUD	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
12	Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	SALUD	Sí	Acceso y Mejoramiento de Servicios de Salud
13	Cultura Física	SEP	Sí	Cultura y Deporte
14	Sistema Mexicano del Deporte de Alto Rendimiento	SEP	Sí	Cultura y Deporte
15	Programa de Agua Limpia (PAL)	CONAGUA (SEMARNAT)	Sí	Infraestructura y Servicios
16	Atención a Tercer Nivel	CDI (SHCP)	No	No
17	Atención a la salud en el trabajo	IMSS	No	No
18	Atención a la salud reproductiva	IMSS	No	No
19	Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	SALUD	No	No
20	Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	SALUD	No	No
21	Investigación y desarrollo tecnológico en salud	SALUD	No	No
22	Prevención y atención contra las adicciones	SALUD	No	No
23	Vigilancia epidemiológica	SALUD	No	No
24	Programa de Cultura del Agua	CONAGUA (SEMARNAT)	No	No

25	Investigación en salud en el IMSS	IMSS	No	No
26	Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	ISSSTE	No	No
27	Control de Enfermedades Transmisibles	ISSSTE	No	No
28	Detección Oportuna de Enfermedades	ISSSTE	No	No
29	Orientación para la Salud	ISSSTE	No	No
30	Control del Estado de Salud de la Embarazada	ISSSTE	No	No
31	Atención Materno Infantil	ISSSTE	No	No
32	Consulta Bucal	ISSSTE	No	No
33	Consulta Externa General	ISSSTE	No	No
34	Consulta Externa Especializada	ISSSTE	No	No
35	Hospitalización General	ISSSTE	No	No
36	Hospitalización Especializada	ISSSTE	No	No
37	Rehabilitación	ISSSTE	No	No
38	Investigación Científica y Tecnológica	ISSSTE	No	No
39	Capacitación y Formación de los Recursos Humanos en Salud	ISSSTE	No	No
40	Capacitación y Formación de Recursos Humanos en Seguridad Social	ISSSTE	No	No

Fuente: Inventario CONNEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010.  
EED: Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011.

### Anexo III. Metodología del análisis de incidencia redistributiva y equidad del gasto social

La metodología general que se utiliza para estimar la distribución del gasto público entre la población se denomina *análisis de incidencia de beneficios*, y representa el método más común para estimar la distribución e incidencia del gasto público en los hogares.

La distribución del gasto público en 2008 y 2010 se estima a partir de la información presentada en la ENIGH 2008 y 2010 (MCS, NCV). Se analiza la distribución del gasto público entre los hogares ordenados por su ingreso corriente per cápita neto de transferencias públicas monetarias.

Los resultados se presentan en forma sintética por medio de deciles de personas, y por de coeficientes de concentración (IC), una medida de concentración idéntica al coeficiente de Gini, excepto que el concepto de bienestar utilizado para ordenar a las personas de pobres a ricos (en este caso ingreso corriente neto de transferencias) es distinto a la variable cuya concentración se mide (transferencias públicas). El coeficiente de concentración se define en el rango (-1,1), donde los valores negativos representan distribuciones *progresivas en términos absolutos* (concentradas desproporcionalmente en población de bajos ingresos), los valores positivos representan distribuciones *regresivas en términos absolutos* (concentradas en las poblaciones de ingresos más altos), y 0 representaría una distribución *neutral en términos absolutos*, es decir, cada persona (o decil poblacional) obtiene precisamente la misma participación del total. Se define una distribución como *regresiva en términos relativos* cuando la participación de la transferencia que obtiene la población de mayores ingresos es mayor que su participación en el ingreso corriente neto; es decir, cuando el coeficiente de concentración de la transferencia es mayor al coeficiente de Gini del ingreso corriente neto (o cuando la curva de concentración de la transferencia está por debajo de la curva de Lorenz de la distribución del ingreso corriente neto). En este caso la transferencia contribuye a aumentar en lugar de reducir la desigualdad del ingreso.

En el caso de las *transferencias monetarias* se utilizó la información que reporta la ENIGH directamente como parte de los ingresos de los hogares: *Oportunidades*, *PROCAMPO*, *Programa Alimentario* (2010), *Programa 70 y Más* (2010), otros programas de Adultos Mayores, *Programa de Empleo Temporal* (2010), y “otros programas sociales” reportados sin desglose. El rubro de “Otros programas de Adultos Mayores” se desglosó entre el programa de Adultos Mayores del DF (se utilizó el lugar de residencia del hogar) y programas de AM de otros estados.

Para estimar la distribución de las *transferencias en especie* —los servicios educativos y de salud— se utilizó la información de asistencia a escuelas pública por nivel educativo y el lugar de atención en servicios de salud por institución, imputando a las personas el valor medio del servicio recibido a partir del costo de provisión reportado en la Cuenta Pública Federal y el gasto estatal estimado en estos servicios. En el caso educativo el gasto estatal se estima a partir de la matrícula bajo control estatal y los datos de gasto estatal reportados por la SEP (Principales Cifras Ciclo Escolar 2007-2008 y 2009-2010). En el caso de salud se tomó el gasto de los estados reportado en el *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud* publicado por la Secretaría de Salud.

Para estimar la incidencia distributiva de los *subsidios energéticos* se utilizó la información sobre el gasto de los hogares en electricidad, gasolinas y diesel, transporte público y gas LP que reporta la ENIGH, y el valor de los subsidios en estos bienes que reportan la CFE, la SHCP y Pemex, respectivamente. En el caso del *subsidio a combustibles automotrices* se toma en cuenta el uso de

combustibles en transporte público además de transporte privado, según las proporciones reportadas en el Presupuesto de Gasto Fiscal 2008 publicado por la SHCP.

En el caso del *subsidio eléctrico residencial* la estimación es más compleja ya que se aplican 112 estructuras tarifarias distintas, dependiendo del nivel de consumo, la temporada del año y la zona geográfica del país (para mayores detalles metodológicos ver Anexo 5 en Komives, Johnson, Halpern, Aburto y Scott, 2009).

El *subsidio al empleo* se estima a partir del tabulado correspondiente en la Ley del ISR 2008 y 2010, aplicado a los ingresos salariales de los trabajadores formales (con SAR o afiliados a una de las instituciones de seguridad social).

La *deducibilidad de colegiaturas*, que se introdujo en 2011 y se incluye aquí a manera comparativa, se calculó a partir de datos presentados en CIEP, 2011, "Deducibilidad de colegiaturas".

Los subsidios a los *sistemas de pensiones de la seguridad social* (IMSS, ISSSTE) se imputan en función de la derechohabencia reportada a estos sistemas, ya que la ENIGH no reporta directamente el origen institucional de los ingreso por pensiones.

## Anexo IV. Valoración general del desempeño de los programas de desarrollo social