

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Salud 2009-2010



Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Investigadores académicos 2010-2014

Agustín Escobar Latapí
CIESAS-Occidente

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Salomón Nahmad Sittón
CIESAS-Pacífico Sur

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

Thania Paola de la Garza Navarrete

Hortensia Pérez Seldner

Liv Lafontaine Navarro

Florencia Leyson Lelevier

Consultores externos

Instituto Nacional de Salud Pública

Octavio Gómez Dantés

Sergio Sesma Vázquez

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) agradece la colaboración de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la revisión de este documento.

EVALUACIONES ESPECÍFICAS DE DESEMPEÑO 2009-2010

Evaluación Integral del Desempeño de Salud 2009

Introducción

Con el propósito de contar con una perspectiva estratégica de instrumentos de política pública respecto a la atención de problemáticas sociales, se incluyó en el desarrollo de las Evaluaciones Específicas de Desempeño 2009-2010 un análisis integral, denominado *evaluación integral*, de los programas que conforman cada una de los diecinueve temáticas definidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).¹

La *evaluación integral* está estructurada a partir de los siguientes aspectos:

- a) **Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático.** Explica, de manera sucinta, el contexto del objetivo de los programas y el problema y necesidad que atienden.
- b) **Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática.** Analiza la pertinencia de los programas en términos de su diseño, es decir, respecto de la atención a la problemática, así como las complementariedades y similitudes.
- c) **Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto.** Valora los resultados de los programas con base en la evidencia disponible en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).
- d) **Retos y recomendaciones generales.** Identifica principales retos y recomendaciones para el grupo temático.
- e) **Análisis de la información disponible para la evaluación.** Examina la calidad y pertinencia de la información disponible para valorar adecuadamente los programas.

Este documento presenta la evaluación integral del desempeño de los siete programas que integran la temática de “Salud”, elaborada a partir de la realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), coordinada por el Dr. Octavio Gómez Dantés con información de las Evaluaciones Específicas de Desempeño 2009-2010.

Los programas considerados para el análisis se muestran en siguiente cuadro:

¹ En el anexo 1 se presentan los programas que integran cada temática.

Cuadro 1
Programas Federales de Salud 2009

No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (Hospitales)	SALUD	E	010
2	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	SALUD	E	022
3	Programa Comunidades Saludables	SALUD	S	037
4	Caravanas de la Salud	SALUD	S	200
5	Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	SALUD	S	201
6	Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)	SALUD	S	202
7	Seguro Popular	SALUD	U	005

a) Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático

México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. En 1950, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y perinatales, y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos de 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente.²

En 1940 la principal causa de muerte en México era la diarrea. Hoy ya no constituye una causa importante de defunción en la población general. En contraste, la *diabetes mellitus* no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990,³ pero hoy es la principal causa de defunción en el país y su prevalencia en adultos es de 14.4%.⁴ Algo similar sucedió con las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares y ciertos cánceres (véanse Cuadros II y III). Sin embargo, este proceso de transición se distingue del que se dio en los países desarrollados. En ellos se produjo una clara sustitución de las infecciones comunes y de los problemas reproductivos por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. En México hay un traslape de las enfermedades pre y postransicionales. Las enfermedades no transmisibles dominan el perfil de salud del país; sin embargo, las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición siguen estando presentes en las comunidades con mayor marginación. En Guerrero, por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 25.3 por 1,000 menores de 5 años, mientras que en Nuevo León es de sólo 13.1. La razón de mortalidad materna en Oaxaca (100.2 muertes maternas por 100

² Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud.

³ Frenk J, Gómez Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, Ediciones Nostra, 2008, pág. 37.

⁴ Villalpando S, de la Cruz V, Rojas R, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population, Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.

mil nacimientos) es cuatro veces mayor que la registrada en Tlaxcala (27.2) Finalmente, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es 24 veces mayor en Oaxaca (19.6 por 100 mil niños menores de 5 años) que en Nuevo León (0.8) Además, las poblaciones pobres del país se están viendo afectadas también por los padecimientos no transmisibles y los riesgos emergentes. Puebla, por ejemplo, presenta una tasa de mortalidad por *diabetes mellitus* mayor que la de Nuevo León.⁵

Cuadro 2
Las diez principales causas de muerte en mujeres, México 2008

Padecimientos	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	39,939	73.67	16.74
2. Enfermedades isquémicas del corazón	25,994	47.95	10.90
3. Enfermedad cerebro-vascular	15,857	29.25	6.65
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,994	16.59	3.77
5. Enfermedades hipertensivas	8,902	16.42	3.73
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	7,024	12.96	2.94
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,972	12.86	2.92
8. Nefritis y nefrosis	5,814	10.72	2.44
9. Tumor maligno de la mama	4,835	8.92	2.03
10. Desnutrición calórico proteica	4,241	7.82	1.78
Causas mal definidas	5,185	9.56	2.17
Las demás causas	104,766	193.24	43.92
Total	238,523	439.95	100.0

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado

*Tasas por 100,000 mujeres

Fuentes: Elaboración del equipo evaluador con base en la Base de datos de las defunciones 2008 y en las Proyecciones de la población de México 2005-2030

⁵ Rendición de Cuentas en Salud 2008, México, D.F., Secretaría de Salud, 2009.

Cuadro 3
Las diez principales causas de muerte en hombres, México 2008

Causas de muerte	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	35,697	68.04	11.87
2. Enfermedades isquémicas del corazón	33,804	64.43	11.24
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21,464	40.91	7.13
4. Enfermedad cerebro-vascular	14,388	27.42	4.78
5. Agresiones (homicidios)	12,575	23.97	4.18
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónicas	11,59	22.09	3.85
7. Accidente de vehículo de motor (tránsito)	9,643	18.38	3.21
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	8,088	15.42	2.69
9. Enfermedades hipertensivas	6,806	12.97	2.26
10. Nefritis y nefrosis	6,786	12.93	2.26
Causas mal definidas	5,319	10.14	1.77
Las demás causas	134,677	256.69	44.77
Total	300,837	573.39	100.0

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado

*Tasas por 100,000 hombres

Fuentes: Elaboración del equipo evaluador del Instituto Nacional de Salud Pública con base en la Base de datos de las defunciones 2008 y en las Proyecciones de la población de México 2005-2030

Las enfermedades no transmisibles y las lesiones son más difíciles de tratar y más costosas que las infecciones comunes y los problemas reproductivos. Esto obligar a movilizar mayores recursos para la atención a la salud en México.

El gasto total en salud en México, como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008. Sin embargo, este porcentaje sigue estando por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y por lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%).⁶

En 2008 el gasto público en salud representó 46.7% del gasto total en salud. Aunque lentamente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1990 el gasto público concentraba apenas 40.4% del gasto total en salud. El gasto público incluye los recursos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE), la Secretaría de Salud (SALUD), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades.⁷

En 2008 el gasto público en salud ascendió a 330,339 millones de pesos. La mayor parte de este gasto correspondió a la Secretaría de Salud (45.2%), seguida del Instituto Mexicano del Seguro Social

⁶ World Health Organization. National Health Accounts (NHA), disponible en <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>

⁷ *Ibíd.*

(IMSS) (42%) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (9.7%).⁸

El bajo gasto en salud como porcentaje del PIB, los altos niveles de gasto privado en salud (más de 50% del gasto total en salud), que exponen a las familias mexicanas a incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud, y las diferencias en el gasto público entre la población con y sin seguridad, fueron los principales factores que motivaron las reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS), que es uno de los programas que se evaluó en este ejercicio. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubrirá en un lapso de siete años a los mexicanos que quedaron excluidos de la seguridad social convencional. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente la mitad de la población del país. En 2008, el SPS ya contaba con más de 27 millones de afiliados.

Cuadro 4
Cobertura en Salud, México 2000 y 2008

Cobertura	2000		2008	
	No.	%	No.	%
Población con seguridad social	48,361,713	49.1	48,368,414	45.3
Población con Seguro Popular	-	-	27,176,914	25.5
Población no asegurada	50,076,844	50.9	31,137,190	29.2
Población total	98,438,557	100	106,682,518	100

Fuente: Frenk J, Gómez-Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, Ediciones Nostra, 2008, pág. 54. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>.

Cabe señalar que los datos proporcionados por el SPS para esta evaluación indican que el número de afiliados a este seguro había superado los 30 millones a finales de 2009. Datos todavía más recientes proporcionados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) indican que el número de afiliados al SPS a finales de junio de 2010 ascendía a más de 35 millones.

Otro de los programas evaluados, el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), constituye una iniciativa de refuerzo del SPS. Es un programa que se inserta dentro de la Estrategia 7 del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*: “Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.” La línea de acción 7.1 de dicha estrategia es la siguiente: “Establecer el SMNG, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS”. La meta de este programa es afiliar al SPS al 100% de las familias sin seguridad social que tengan niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 y que así lo soliciten.

⁸ Presidencia de la República. Tercer Informe de Gobierno. Anexo Estadístico. México, Presidencia de la República, 2009

Además de ampliar para poder enfrentar la transición epidemiológica y extender la protección social en salud a toda la población, las administraciones recientes del sector salud han tratado de mejorar la calidad técnica y personal, así como la seguridad de la atención a la salud en las instituciones públicas. Los usuarios de los servicios de estas instituciones se quejan de que no los atienden oportunamente, de que se les maltrata y de que no se les proporcionan los medicamentos que requieren para resolver sus necesidades de salud. Diversos estudios confirman estos reclamos. Por ejemplo, se ha documentado que el principal motivo de gasto de bolsillo de las familias no aseguradas es la compra de medicamentos. También se ha documentado que los tiempos de espera en las unidades públicas son prolongados y que este hecho genera gran descontento entre los usuarios. A estos y otros problemas trata de dar respuesta el programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Como se puede observar en los informes específicos, el desempeño de este programa es adecuado, aunque requiere fortalecer sus acciones a fin de dejar firmemente implantada la cultura de la calidad en las diversas instituciones que conforman el sistema mexicano de salud.

Por su parte, el programa Caravanas de la Salud se diseñó para atender a las comunidades marginadas y remotas, la mayoría de las cuales carecen de acceso regular a servicios integrales de salud. Mediante equipos médicos móviles, este programa ha logrado llevar servicios a 2'136,502 personas que residen en aproximadamente en 4,800 localidades, la mayoría indígenas y de alta marginación.

Otro programa que trata de llegar a este tipo de localidades fomentando la participación y organización comunitaria con la finalidad de promover estilos de vida saludables es el Programa Comunidades Saludables. El programa está tratando de actuar sobre diversos factores de riesgo para la salud a través de esquemas que privilegian la participación municipal y la organización comunitaria.

Estos programas se ven complementados con iniciativas que buscan ampliar el acceso a la atención especializada, que es vital en el combate a las enfermedades no transmisibles. En las unidades que se ofrece esta atención también se forman recursos humanos y se desarrollan actividades de investigación.

La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) se encarga del desarrollo de estrategias generales que vinculan las políticas nacionales con los proyectos federales, regionales y estatales en materia de investigación y gestión hospitalaria de alta especialidad. Parte de sus atribuciones las ejerce mediante la coordinación de dos programas de reciente creación: el programa Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud y el programa Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud.

El programa Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud se inserta dentro de la estrategia 8.1 del Programa Nacional de Salud: "Consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y al desarrollo de la industria". El programa busca fortalecer la investigación en salud en el país, que es el proceso básico a través del cual se genera nuevo conocimiento. El conocimiento, a su vez, se traduce en nuevas y mejores tecnologías; influye en comportamientos que promueven la salud, y constituye la base de las políticas públicas basadas en evidencias.

Es sabido que los hospitales son centros de atención especializada que requieren de recursos humanos calificados en cantidad suficiente para atender la demanda de servicios. El problema de los recursos humanos para la salud es un problema tanto de cantidad como de distribución. Por un lado, la relación de médicos por cada 1,000 habitantes es de 1.8 médicos,⁹ una de las más bajas de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sólo superior a Corea del Sur y Turquía. Pero, además, existe una concentración de estos recursos en los grandes centros urbanos, por lo que la capacidad de atención en localidades rurales o ciudades pequeñas es pobre. El programa Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud busca contribuir a fortalecer la capacidad del sistema mexicano de salud para atender las necesidades de la población, particularmente en lo relacionado con la atención hospitalaria.

Los siete programas evaluados representan sólo una muestra mínima de los múltiples programas que coordina la Secretaría de Salud. Como podrá observarse en las secciones subsecuentes, el desempeño de los programas incluidos en este grupo temático es muy diverso, lo cual no es sorprendente dado el diferente nivel de maduración de cada uno de ellos, y el diferente nivel de recursos del que disponen para llevar a cabo sus actividades y cumplir con sus objetivos.

b) Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática

No es posible emitir una respuesta categórica a la pregunta de si estos programas son pertinentes ya que su alcance y su respuesta a la problemática son muy diferentes. La respuesta necesariamente tiene que partir de un análisis individualizado. Así, es evidente que el SPS es una sólida respuesta institucional a uno de los retos más importantes del sistema mexicano de salud: la protección social en salud universal. Es un programa que parte de un diagnóstico muy detallado y cuenta con un diseño que garantiza su sustentabilidad de largo plazo y facilita la eventual integración financiera del sistema de salud. También es destacable el nivel de penetración y avance que tiene SICALIDAD. Estos dos programas, además, han tenido mayor oportunidad de revisar y ajustar sus matrices de indicadores, haciéndolas mucho más consistentes con su operación.

Otros programas, como Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, cuya modalidad presupuestal es diferente a los otros programas analizados, muestran áreas de oportunidad en su diseño, como la falta de una clara definición de sus poblaciones y de los indicadores para darle seguimiento a sus actividades y resultados.

Por lo que se refiere a cobertura, los resultados son muy desiguales. El avance en cobertura de los programas Comunidades Saludables, Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud y Formación de Recursos Humanos es difícil de valorar porque no hay una correcta definición de la población objetivo. En contraste, SPS, SMNG, Caravanas y SICALIDAD no solo cuentan con poblaciones

⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). "Health at a glance 2007".

bien definidas, sino que sus avances en cobertura son destacables. En algunos incluso se ha superando la meta.

En la parte de seguimiento a aspectos de mejora, cinco de los programas revisados (dos programas del grupo temático aún no cuentan con esta información) presentan un buen desempeño. Debe destacar este hallazgo ya que en la dinámica del proceso de mejora continua es fundamental que los programas identifiquen y acepten las oportunidades de mejora, actuando en consecuencia para mejorar su desempeño.

Como se mencionó anteriormente, es lógico que los programas analizados no resulten suficientes para atender la compleja problemática que enfrenta el sistema mexicano de salud. Entre otras razones se puede argumentar que éstos son sólo una fracción de los diferentes programas e iniciativas con los que el sistema cuenta para atender sus retos. No obstante, también puede afirmarse que hay una adecuada alineación de estos programas con problemas claros y específicos, y que se pueden identificar sinergias y complementariedades entre algunos de ellos. Esto último resulta evidente en el caso del SPS y el SMNG, los cuales pueden considerarse como dos ramas de una estrategia más global destinada a garantizar el acceso legislado a servicios de salud integrales. Quizá menos notable pero innegable es la complementariedad de SICALIDAD con el SPS, ya que el primero se encarga como parte de sus estrategias de acreditar la capacidad de las unidades de los SESA y otros proveedores de servicios para atender de manera adecuada a los afiliados al SPS.

c) Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto

A pesar de que los programas Investigación y Desarrollo Tecnológico, Formación de Recursos Humanos Especializados en Salud y Comunidades Saludables no presentan definiciones adecuadas de sus poblaciones, la mayoría de los programas con mayor grado de madurez cuentan con definiciones claras y precisas de su población potencial y objetivo. Asimismo, cuentan con la población atendida cuantificada a nivel de municipio y de localidad.

Para el grupo evaluador ha resultado notable la respuesta de los programas a las observaciones efectuadas en otros ejercicios de evaluación, lo que se considera una fortaleza importante del grupo temático en particular y de la Secretaría de Salud en lo general.

d) Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado

Como ya se ha mencionado anteriormente, es complicado generar una única respuesta para todo el grupo dado el distinto nivel de madurez que presentan los programas. Por ejemplo el Programa Comunidades Saludables y los dos programas de reciente creación (Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud y Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud) se encuentran más rezagados en aspectos que ya han superado los otros programas, como son la definición de sus poblaciones objetiva y potencial. Sin embargo, en términos generales, se podrían

adelantar las siguientes recomendaciones, a reserva de señalar que los programas más maduros posiblemente ya las atendieron:

1. Hacer diagnósticos detallados y actualizados de la problemática que se pretende atender, aprovechando la riqueza de información con la que cuenta el sector salud. Esta información es producto no sólo de los registros institucionales regulares, sino también de diversas encuestas de salud y de otro tipo (nutrición, satisfacción y trato adecuado, ingreso y gasto de los hogares) que se han llevado a cabo desde principios de los años ochenta. Estos diagnósticos sirven no sólo para diseñar y planear el programa, también pueden constituirse en la línea basal de futuras mediciones de evaluación.
2. Definir con precisión las poblaciones objetivo y potencial: de qué tipo de población se trata (un grupo socio-económico particular, un determinado grupo de edad, un grupo profesional particular), en dónde está ubicada y cuantificarla. La definición clara de estas poblaciones contribuye a una mejor planeación y distribución de los recursos y es una herramienta fundamental para medir el avance en la implantación de los programas.
3. Hacer un esfuerzo por focalizar las acciones de los programas tanto en términos de de beneficiarios como de intervenciones. Las poblaciones objetivo muy amplias y los números excesivos de intervenciones en ausencia de recursos suficientes terminan dispersando los esfuerzos y generando impactos difíciles de cuantificar. Esta recomendación posiblemente no sea aplicable al SPS y al SMNG que por su naturaleza deben aspirar a una cobertura amplia de servicios integrales y cuentan con recursos financieros suficientes para cumplir con sus ambiciosos objetivos. En una situación similar se encuentra Caravanas de Salud, que debe ser un programa ambicioso, dado que está obligado a llevar servicios a una población muy rezagada, cuya atención integral no puede posponerse. El problema es que el programa no cuenta con los recursos necesarios para llevar sus servicios a todas las poblaciones marginadas. Esta recomendación, sin embargo, es particularmente pertinente para el Programa Comunidades Saludables y SICALIDAD, cuyos esfuerzos en ocasiones parecen un tanto dispersos.
4. Llevar a cabo evaluaciones periódicas siguiendo una misma estrategia que permita medir de manera precisa los cambios en el tiempo que se producen en los valores de las variables pertinentes. Hay programas, como el SPS, que contaron con una estrategia integral de evaluación desde el inicio de su implantación. Esta estrategia fue abandonada y las iniciativas de evaluación que están ahora por implantarse, aunque sólidas, están aprovechando muy poco las mediciones previas.
5. Compartir con los responsables locales de los programas los resultados de las evaluaciones. El propósito de esto no debe ser castigar el mal desempeño sino identificar el buen desempeño para insistir en ello e identificar las áreas en las cuales existan oportunidades de mejora.

e) Análisis de la información disponible para la evaluación

No es posible emitir una respuesta dicotómica a la pregunta de si la calidad y pertinencia de los insumos disponibles es pertinente como grupo, ya que la disponibilidad de la información es diferente en los distintos programas. En términos generales, y a manera de resumen, la

disponibilidad de información puede calificarse como adecuada. No obstante, como en todos los rubros comentados, hubo diferencias entre los programas no sólo en cuanto a la cantidad de información sino en cuanto a la organización y presentación de la misma. El SPS, SMNG y Caravanas de la Salud tuvieron buen acopio de fuentes de información, situación similar a la de SICALIDAD y el Programa Comunidades Saludables, aunque en estos últimos casos hizo falta que se presentara información más precisa sobre cobertura. En el otro extremo, los programas Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud y Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (hospitales) tuvieron menos información, aunque debe reconocerse que estos programas no tienen por qué presentar algunos de los elementos requeridos, por ejemplo, sobre evaluaciones complementarias, de diseño o sobre seguimiento a recomendaciones, dado que son programas que no han pasado por esos procesos.

En todo caso, es importante garantizar que todos los programas:

- cuenten con fuentes confiables de información;
- cuenten con personal calificado en el mantenimiento y uso de esas fuentes de información;
- valoren la posibilidad de generar información primaria para llevar a cabo evaluaciones específicas;

Referencias

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud.

Frenk J, Gómez Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, Ediciones Nostra, 2008, pág. 37.

Villalpando S, de la Cruz V, Rojas R, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population, Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.

Rendición de Cuentas en Salud 2008, México, D.F., Secretaría de Salud, 2009.

Base de datos de las defunciones 2008, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud.

Proyecciones de la población de México 2005-2030, Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2008.

World Health Organization. National Health Accounts (NHA), disponible en <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>

Frenk J, Gómez-Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, Ediciones Nostra, 2008, pág. 54. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>.

Presidencia de la República. Tercer Informe de Gobierno. Anexo Estadístico. México, Presidencia de la República, 2009

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). "Health at a glance 2007".

Anexo 1

Listado de las Evaluaciones Integrales del Desempeño de los Programas Federales 2009

Programas Federales de Atención a Población Indígena 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programas Albergues Escolares Indígenas (PAEI)	CDI	S	178
2	Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblo Indígenas (PIBAI)	CDI	S	179
3	Programa Fondos Regionales Indígenas (PFRI)	CDI	S	180
4	Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas (POPMI)	CDI	S	181
5	Programa Promoción de Convenios en Materia de Procuración de Justicia (PPCMJ)	CDI	S	182
6	Programa de Fomento y Desarrollo de las Culturas Indígenas (PFDCI)	CDI	S	183
7	Programa Turismo Alternativo en Zonas Indígenas (PTAZI)	CDI	S	184
8	Programa de Coordinación para el Apoyo a la Producción Indígena (PROCAPI)	CDI	S	185
9	Proyecto para la Atención a Indígenas Desplazados (PAID)	CDI	U	002
10	Apoyo a Proyectos de Comunicación Indígena (APCI)	CDI	U	004

Programas Federales de Conservación y Generación de Empleo 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Servicios de Guardería	IMSS	E	007
2	Programa de Apoyo al Empleo (PAE)	STPS	S	043
3	Programa de Empleo Temporal (PET)	SEDESOL	S	071
4	Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	SEDESOL	S	174
5	Programa de Fomento al Empleo (PFE)	STPS	U	001
6	Programa de Apoyo para la Productividad (PAP)	STPS	U	002

Programas Federales de Atención Médica 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Atención a la Salud Pública	IMSS	E	001
2	Atención Curativa Eficiente	IMSS	E	002
3	Atención de Urgencias	ISSSTE	E	013
4	Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	SALUD	E	023
5	Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	SALUD	E	036
6	Programa IMSS- Oportunidades	IMSS	S	038
7	Programas de Atención a Personas con Discapacidad	SALUD	S	039

Programas Federales de Salud 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (Hospitales)	SALUD	E	010
2	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	SALUD	E	022
3	Programa Comunidades Saludables	SALUD	S	037
4	Caravanas de la Salud	SALUD	S	200
5	Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	SALUD	S	201
6	Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)	SALUD	S	202
7	Seguro Popular	SALUD	U	005

Programas Federales para el Financiamiento de Actividades Productivas 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	PROCAMPO	SAGARPA	S	161
2	Programa de Inducción y Desarrollo del Financiamiento al Medio Rural (PIDEFIMER)	SAGARPA	S	210
3	Programa de Atención a Problemas Estructurales	SAGARPA	S	211

Programas Federales y Fondos Públicos para el Apoyo de Actividades Productivas y Rurales 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Opciones Productivas (POP)	SEDESOL	S	054
2	Programa para la Adquisición de Activos Productivos (PAAP)	SAGARPA	S	170
3	Programa de Soporte al Sector Agropecuario	SAGARPA	S	198
4	Programa de Apoyo a la Participación de Actores para el Desarrollo Rural	SAGARPA	S	212
5	Programa de la Mujer en el Sector Agrario (PROMUSAG)	SRA	S	088
6	Fondo de Apoyo para Proyectos Productivos (FAPPA)	SRA	S	089
7	Joven Emprendedor Rural y Fondo de Tierras (JERFT)	SRA	S	203

Programas Federales dirigidos al Fomento Empresarial 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales (FOMMUR)	ECONOMÍA	S	016
2	Fondo Nacional de Apoyos para Empresas en Solidaridad (FONAES)	ECONOMÍA	S	017
3	Fondo de Apoyo para la Micro, Pequeña y Mediana Empresa (Fondo PYME)	ECONOMÍA	S	020
4	Programa Nacional de Financiamiento al Microempresario (PRONAFIM)	ECONOMÍA	S	021
5	Comité Nacional de Productividad e Innovación Tecnológica (COMPITE)	ECONOMÍA	S	097
6	Programa para el Desarrollo de la Industria del Software (PROSOFT)	ECONOMÍA	S	151
7	Competitividad en Logística y Centrales de Abasto (PROLOGYCA)	ECONOMÍA	S	214
8	Reconversión de Sectores Productivos	ECONOMÍA	U	001

Programas Federales de Vivienda e Infraestructura Local 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa Hábitat	SEDESOL	S	048
2	Programa de Ahorro y Subsidio para la Vivienda Tu Casa	SEDESOL	S	058
3	Programa 3 x 1 para Migrantes	SEDESOL	S	061
4	Programa de Vivienda Rural	SEDESOL	S	117
5	Rescate de Espacios Públicos	SEDESOL	S	175
6	Programa de Apoyo a los Vecindados en Condiciones de Pobreza Patrimonial para Regularizar Asentamientos Humanos Irregulares (PASPRAH)	SEDESOL	S	213
7	Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)	SEDESOL	S	216
8	Programa de Esquema de Financiamiento y Subsidio Federal para Vivienda	CONAVI	S	177
9	Fomento a la Producción de Vivienda en las Entidades Federativas y Municipios	CONAVI	U	001
10	Programa de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento en Zonas Urbanas (APAZU)	SEMARNAT	S	074
11	Programa para la Construcción y Rehabilitación de Sistemas de Agua Potable y Saneamiento en Zonas Rurales (PROSSAPYZ)	SEMARNAT	S	075

Programas Federales, Subsidios y Fondo de Apoyo ante Contingencias 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Apoyo a Contingencias Climatológicas (PACC)	SAGARPA	S	173
2	Subsidio a la Prima del Seguro Agropecuario	AGROASEMEX, S.A.	S	001
3	Programa de Apoyo a los Fondos de Aseguramiento Agropecuario	AGROASEMEX, S.A.	S	172
4	Fondo de Contingencias y Autoseguro	AGROASEMEX, S.A.	S	199

Programas Federales de Desarrollo Forestal 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Proárbol - Programa de Desarrollo Forestal (PRODEFOR)	SEMARNAT	S	044
2	Proárbol - Programa de Plantaciones Forestales Comerciales (PRODEPLAN)	SEMARNAT	S	045
3	Proárbol - Programa de Pago por Servicios Ambientales Hidrológicos (PSAH)	SEMARNAT	S	110
4	Proárbol - Programa de Conservación y Restauración de Ecosistemas Forestales (PROCOREF)	SEMARNAT	S	122
5	Proárbol - Programa de Servicios Ambientales por Captura de Carbono, Biodiversidad y Sistemas Agroforestales (CABSA)	SEMARNAT	S	136
6	Proárbol - Manejo de Germoplasma y Producción de Planta	SEMARNAT	U	003
7	Proárbol - Promoción de la Producción y la Productividad de los Ecosistemas Forestales de Manera Sustentable	SEMARNAT	U	005
8	Proárbol - Programa de Asistencia Técnica para el Acceso a los Programas Forestales	SEMARNAT	U	006

Programas Federales dirigidos a la Sustentabilidad Ambiental 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Uso Sustentable de Recursos Naturales para la Producción Primaria	SAGARPA	S	195
2	Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible (PROCODES)	SEMARNAT	S	046
3	Programa de Agua Limpia	SEMARNAT	S	047
4	Programa de Desarrollo Institucional Ambiental (PDIA)	SEMARNAT	S	049
5	Programa de Rehabilitación y Modernización de Distritos de Riego	SEMARNAT	S	079
6	Programa de Desarrollo Parcelario	SEMARNAT	S	080

Programas Federales de Ayuda Alimentaria 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V.	SEDESOL	S	052
2	Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (DICONSA)	SEDESOL	S	053
3	Programa de Apoyo Alimentario a cargo de Diconsa, S.A. de C.V.	SEDESOL	S	118

Programas Federales de Atención a Personas en Condiciones de Pobreza 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	SALUD, SEDESOL, SEP	S	072
2	Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	SALUD	S	149
3	Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable	SALUD	S	150

Programas Federales de Atención a Personas en Condiciones de Marginación 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programas del Fondo Nacional de Fomento a las Artesanías (FONART)	SEDESOL	S	057
2	Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PAJA)	SEDESOL	S	065
3	Programa de Coinversión Social	SEDESOL	S	070
4	Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas, para Implementar y Ejecutar Programas de Prevención de la Violencia Contra las Mujeres (PAIMEF)	SEDESOL	S	155
5	Programa 70 y Más	SEDESOL	S	176

Programas Federales de Apoyos para Investigación y Becas para Estudios 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP)	SEP	S	027
2	Programa Nacional de Becas y Financiamiento (PRONABES)	SEP	S	028
3	Programa Becas de apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (PROMAJOVEN)	SEP	S	108
4	Programa Beca de Apoyo a la Práctica Intensiva y al Servicio Social para Estudiantes de Séptimo y Octavo Semestres de Escuelas Normales Públicas (PROBAPISS)	SEP	S	156
5	Becas de Posgrado y otras Modalidades de Apoyo a la Calidad	CONACYT	S	190
6	Sistema Nacional de Investigadores (SNI)	CONACYT	S	191
7	Fortalecimiento a Nivel Sectorial de las Capacidades Científicas, Tecnológicas y de Innovación	CONACYT	S	192
8	Fortalecimiento en las Entidades Federativas de las Capacidades Científicas, Tecnológicas y de Innovación	CONACYT	S	225

Programas Federales para el Mejoramiento de la Educación Básica 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa de Educación Inicial y Básica para Población Rural e Indígena (CONAFE)	SEP	S	022
2	Atención a la Demanda de Educación para Adultos (INEA)	SEP	S	024
3	Programa Escuelas de Calidad (PEC)	SEP	S	029
4	Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa	SEP	S	033
5	Acciones Compensatorias para Abatir el Rezago Educativo en Educación Inicial y Básica (CONAFE)	SEP	S	084
6	Programa de Educación Preescolar y Primaria para Niños y Niñas de Familias Jornaleras Agrícolas Migrantes (PRONIM)	SEP	S	111
7	Programa Asesor Técnico Pedagógico	SEP	S	119
8	Programa del Sistema Nacional de Formación Continua y Superación Profesional de Maestros en Educación Básica en Servicio (PNAPMEBS)	SEP	S	127
9	Programa Nacional de Lectura	SEP	S	128
10	Programa para el Fortalecimiento del Servicio de la Educación Telesecundaria	SEP	S	152
11	Programa Escuelas de Tiempo Completo (PETC)	SEP	S	221
12	Programa Escuela Segura (PES)	SEP	S	222

Programas Federales para el Mejoramiento de la Educación Media Superior y Técnica 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Prestación de Servicios de Educación Técnica	SEP	E	008
2	Programa Educativo Rural (PER)	SEP	S	126
3	Subsidios Federales para Organismos Descentralizados Estatales	SEP	U	006

Programas Federales para el Mejoramiento de la Educación Superior 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Prestación de Servicios de Educación Superior y Posgrado	SEP	E	010
2	Programa Fondo de Modernización para la Educación Superior (FOMES)	SEP	S	030
3	Programa Fondo de Inversión de Universidades Públicas Estatales con Evaluación de la ANUIES (FIUPEA)	SEP	S	031
4	Programa de Mejoramiento Institucional de las Escuelas Normales Públicas (PROMIN)	SEP	S	035
5	Fondo de Apoyo para Reformas Estructurales de las Universidades Públicas Estatales	SEP	U	007
6	Fondo de Apoyo para Saneamiento Financiero de las UPES por Abajo de la Media Nacional en Subsidio por Alumno	SEP	U	008
7	Fondo para el Reconocimiento de Plantilla de las Universidades Públicas Estatales	SEP	U	009
8	Fondo para Incremento de la Matrícula en Educación Superior de las Universidades Públicas Estatales y con Apoyo Solidario	SEP	U	010
9	Fondo para la Consolidación de las Universidades Públicas Estatales y con Apoyo Solidario	SEP	U	011
10	Modelo de Asignación Adicional al Subsidio Federal Ordinario, Universidades Públicas Estatales	SEP	U	012

Programas Federales de Cultura y Deporte 2009				
No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Cultura Física	SEP	S	204
2	Deporte	SEP	S	205
3	Alta Competencia	SEP	S	206
4	Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias (PACMYC)	SEP	S	207
5	Programa de Apoyo a Comunidades para Restauración de Monumentos y Bienes Artísticos de Propiedad Federal (FOREMOBA)	SEP	S	208
6	Programa de Apoyo a la Infraestructura Cultural de los Estados (PAICE)	SEP	S	209