

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su Componente de Salud

Auditoría de Desempeño: 12-0-12U00-07-0256

DS-062

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios cuantitativos y cualitativos establecidos en la Normativa Institucional de la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2012, considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF 2011-2017.

Objetivo

Fiscalizar las acciones del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de salud para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprende la evaluación de la competencia de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDHO) para operar el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO); la eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas del programa y en su cobertura; la eficiencia en la certificación del cumplimiento de las corresponsabilidades de los beneficiarios en materia de salud; la economía en la aplicación de los recursos asignados, y la rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los objetivos y metas del PDHO, en su componente de salud.

Antecedentes

En 1989, se puso en marcha el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) 1989-1994, el cual se convirtió en la principal estrategia para subsanar los rezagos sociales generados por la política del periodo de desarrollo estabilizador y por la política de austeridad. El PRONASOL, que retomó programas y estructuras del Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER) y de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), fue concebido como “un programa de superación de la pobreza basado en la focalización ^{1/} de los beneficios”. ^{2/}

La crisis económica de 1994-1995 tuvo efectos negativos entre la mayoría de la población, ocasionó el aumento de la pobreza; por tal motivo, en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 se redefinió la política de “combate a la pobreza” por “superación de la pobreza”, para transitar de acciones puramente asistencialistas a la realización de acciones de desarrollo del capital humano, mediante la entrega de apoyos condicionados a la inversión en salud y

^{1/} El mecanismo de focalización del programa surgió como parte integral de una estrategia gubernamental para lograr la transición de esquemas de subsidio universales y no condicionados.

^{2/} Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Los avances en la institucionalización de la política social en México, septiembre de 2006, p. 11.

educación por parte de los beneficiarios, con la intención de crear una política de largo plazo.^{3/}

Esta estrategia de superación de la pobreza se inició en 1997 con el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), conservando los principales objetivos del PRONASOL, referentes a impulsar el desarrollo de capacidades, mejorando sus sistemas operativos e integrando nuevas acciones para ampliar el acceso de las familias que viven en condición de pobreza de capacidades a opciones de desarrollo.^{4/} El PROGRESA integró medidas de reforzamiento a la educación básica, así como de prevención, promoción, control y atención de la salud, y un apoyo alimentario dirigido a las familias que presentaban mayores índices de pobreza y marginación.

Para el periodo 2001-2006, se tomó la decisión de que el PROGRESA continuara operando, para lo cual se aprobaron tres modificaciones importantes: ampliar su cobertura a localidades urbanas de mayor tamaño; ampliar las becas educativas hasta la educación media superior, y ampliar las acciones de salud dirigidas a los adolescentes.

El Ejecutivo Federal emitió el 6 de marzo de 2002 el Decreto por el que se cambió la denominación de la Coordinación Nacional del PROGRESA, por la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDHO), y de PROGRESA por PDHO. La CNPDHO surgió como órgano desconcentrado de la SEDESOL, con autonomía técnica,^{5/} y con el objetivo de reforzar las acciones de los servicios educativos, de salud y de entrega de apoyos alimentarios con los que se apoyaba a las familias con mayores índices de marginación y carencia de oportunidades.^{6/}

En la instrumentación del PDHO se conjugaron los objetivos y estrategias de los programas nacionales de Desarrollo Social, de Educación y de Salud 2001-2006. De esta manera, el programa contribuiría al logro de los cuatro objetivos trazados en el Programa Nacional de Desarrollo Social: reducir la pobreza extrema; generar igualdad de oportunidades para los grupos más pobres y vulnerables; apoyar el desarrollo de capacidades de las personas en condición de pobreza, y fortalecer el tejido social fomentando la participación y el desarrollo comunitario. Desde la perspectiva del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el PDHO se enmarcó en los objetivos de: abatir las desigualdades en salud; mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, y asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

El PDHO se orientó a la atención de las familias que viven en condiciones de pobreza, con una característica importante: su focalización como parte integral de una estrategia para lograr la transición de esquemas de subsidios universales y no condicionados, a una estrategia cuyo fin es destinar recursos a la población más pobre del país, con un enfoque que busca desarrollar las capacidades de las personas, mediante un esquema basado en el cumplimiento de corresponsabilidades por parte de las familias beneficiarias y la entrega de transferencias en efectivo.^{7/} En este contexto, se definió el objetivo general del programa

3/ *Ibidem*.

4/ Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Programa Institucional Oportunidades 2002-2006, p. 38.

5/ Decreto por el que se reforma el diverso por el que se crea la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social, publicado el 8 de agosto de 1997, DOF del 6 de marzo de 2002.

6/ Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2012, DOF del 30 de diciembre de 2011.

7/ Corresponsabilidad: obligación de las familias beneficiarias de asistir a los servicios de educación y salud para recibir los apoyos del programa.

de “favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del programa para contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza”.^{8/}

Las diferencias sustanciales entre el PRONASOL, el PROGRESA y el PDHO se presentan en el esquema siguiente:

EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES, 1989-2012

	12 años	10 años
PRONASOL Programa Nacional Solidaridad (1989-1994)	PROGRESA Programa de Educación, Salud y Alimentación (1997-2001)	OPORTUNIDADES Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (2002-2012)
Objetivo Combatir la marginación social y la pobreza extrema.	Objetivo Mejorar los niveles de salud y nutrición como inversión en el desarrollo de capacidades.	Objetivo Favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del Programa para contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza.
Buscaba modificar relaciones entre sociedad civil y Estado con énfasis en el desarrollo regional y prioridad para acciones en las áreas marginales.	Alternativa al PRONASOL para promover la acumulación de capital humano de la población pobre y generar capacidades básicas mediante transferencias condicionadas.	Fortalecimiento del PROGRESA con nuevas acciones: ampliación del acceso a oportunidades de desarrollo + promoción de la participación ciudadana y la transparencia.
Población objetivo Población marginada.	Población objetivo Población de bajos ingresos, niños menores de cinco años y mujeres embarazadas.	Población objetivo Hogares cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de educación, nutrición y salud.
Focalización Comunidades de escasos recursos.	Focalización Hogares en pobreza extrema, sólo rurales.	Focalización Hogares en pobreza extrema, todos los contextos (2002-2010). Hogares cuyo ingreso per cápita estimado es menor a la Línea de Bienestar Mínimo (2011-2012).
Presupuesto flexible.	Presupuesto predefinido.	Presupuesto predefinido
Operación local.	Coordinación centralizada.	Coordinación centralizada, modelo de atención y servicios de mesas de atención a Comités de Promoción Comunitaria, corresponsales.
Estrategia o acción Modernización del abasto. Instalación de lecherías, comedores y tiendas comunitarias. Ayuda alimentaria directa a grupos de riesgo.	Estrategia o acción Vigilancia del estado de salud y nutrición, distribución de suplemento alimentario, educación en salud y nutrición.	Estrategia o acción Vigilancia del estado de salud y nutrición, distribución de suplemento alimentario, educación en salud y nutrición.

FUENTE: Cuadro elaborado por la ASF, con base en: “El papel del Programa Oportunidades en la cohesión social (SEDESOL)”, “Oportunidades 15 años de resultados (SEDESOL)” e “Informe de Evolución Histórica de la Situación Nutricional de la Población y los Programas de Alimentación, Nutrición y Abasto en México (CONEVAL)”.

^{8/} Este objetivo corresponde al definido en las Reglas de Operación de 2012.

El objetivo de la política pública de combate de la pobreza pasó de un enfoque de transferencias económicas en el PRONASOL, a un enfoque de atención a la salud y fomento de la educación con el PROGRESA y el PDHO, lo cual supuso que los beneficiarios, al ser integrados al programa, adquirirían responsabilidades en cuanto a asistir a los servicios de salud y, en el caso de los niños y jóvenes en edad escolar, de ir a la escuela para acceder a los apoyos económicos. La población objetivo de la política pública se expandió en tanto que pasó de focalizar su actuación en las comunidades de escasos recursos (PRONASOL) a los hogares en pobreza extrema en comunidades rurales (PROGRESA), y a los hogares cuyo ingreso per cápita estimado no es suficiente para adquirir la canasta básica alimentaria (Línea de Bienestar Mínimo) en los ámbitos rural y urbano (PDHO).

Desde su creación, el PDHO opera mediante tres componentes: educativo, de salud y alimentario, con sus respectivos objetivos específicos. En el componente de salud, tiene como objetivo el de “asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud a las familias beneficiarias, ^{9/} con el propósito de impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes”.

Asimismo, la cobertura del PDHO se incrementó de 4.2 millones de familias en 2002 a 5.8 millones en 2010, lo que significó que uno de cada tres mexicanos fuera beneficiario del PDHO. No obstante, el número de familias en pobreza alimentaria también se incrementó de 3.0 millones en 2002 a 4.4 millones en 2010, y los hogares en pobreza de capacidades, se incrementaron de 4.3 a 6.3 millones en el mismo periodo.

Desde la implementación del PDHO en 2002 y durante 2003, el componente de salud estuvo directamente a cargo de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, por medio de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud.

El 15 de mayo de 2003 se publicaron las reformas y adiciones a la Ley General de Salud en el Diario Oficial de la Federación, que incluyeron el Título Tercero Bis: de la Protección Social en Salud. Con esta reforma se creó el Sistema de Protección Social en Salud, cuyas disposiciones entraron en vigor el 1 de enero de 2004. La Protección Social en Salud se orienta a subsanar la carencia de una política de atención a las necesidades y condiciones de salud de la población sin acceso a los servicios de seguridad social.

Con objeto de proveer de servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud, se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, mediante el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003 y, a partir de 2004, se le asignó a este organismo la responsabilidad del componente de salud del PDHO.

La decisión de asignarle esta responsabilidad a la CNPSS derivó de que el PDHO fue parte de los programas dirigidos al abatimiento de los rezagos en salud, y mediante el PDHO se siguieron proporcionando los servicios básicos de salud a la población que carecía de seguridad social, priorizando a la que vivía en condiciones de extrema pobreza y a la que residía en las zonas más apartadas del país.

^{9/} El Paquete Básico Garantizado de Salud presta servicio, mediante las Cartillas Nacionales de Salud; comprende acciones de carácter principalmente preventivo, de promoción de la salud y de detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en salud pública, sin menoscabo del cuidado de los aspectos curativos y de control de los principales padecimientos.

Resultados

1. Competencia de la CNPSS y de la CNPDHO en el componente de salud del PDHO

En 2012, la estructura responsable de la ejecución del componente de salud del PDHO se especificó en las Reglas de Operación del PDHO 2012, en el Decreto de Creación de la CNPDHO, en el Reglamento Interior de la CNPSS y en el Manual de Organización Específico de la CNPSS, para el Ejercicio Fiscal 2012. A la CNPSS le corresponde coordinar las acciones de programación-presupuestación, operación, seguimiento y supervisión de recursos, y ser el área de enlace con las instituciones participantes en la operación del programa; distribuir los recursos presupuestales del PDHO, y transferir los recursos a los responsables del otorgamiento de los servicios de salud a las familias beneficiarias. A la CNPDHO le corresponde identificar e incorporar al programa a la población que cumple con los criterios de elegibilidad; certificar las corresponsabilidades de los beneficiarios, por medio de sus delegaciones estatales y en coordinación con los servicios de salud; integrar los listados de liquidación y, con base en ellos, otorgar los apoyos monetarios, y reportar los avances de los indicadores establecidos en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).

2. Cobertura de atención de salud a familias beneficiarias

En 2012, la CNPSS cumplió en los seis bimestres la meta del 95.0% de cobertura de atención en salud a familias beneficiarias del PDHO, al registrar resultados de entre 98.1% y 98.6% de cobertura.

En ese año, el 98.3% (5,405.3 miles) de las 5,500.0 miles de familias registradas en las unidades de salud estuvo en control, resultado similar al 98.4% que se registró en 2007, e igual al comportamiento reportado en el periodo 2007-2011, en un rango de entre 98.3% y 98.6% de familias en control.

La CNPSS careció de un sistema de información diseñado e instrumentado bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, que sustente el avance de la meta del indicador “Porcentaje de cobertura de atención en salud a familias beneficiarias”, por lo cual no fue posible verificar la consistencia de la información. Asimismo, se identificaron diferencias, respecto de los avances reportados en el registro “MIR: resultados sector salud 2012” y lo reportado en el “Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público” (PASH), por lo que la CNPSS no contó con un adecuado control de la información del componente de salud del PDHO.

La meta programada para 2012, referente a que el 95.0% de las familias registradas en las unidades de salud estuviera en control por parte de las unidades de salud, se ubicó por debajo de los resultados del periodo 2007-2011, que estuvieron en un rango de entre 98.3% y 98.6%, por lo que la cuantificación de las metas para 2012 no fue congruente con la tendencia observada en los ejercicios anteriores.

12-0-12U00-07-0256-07-001 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud fortalezca sus mecanismos de control, a fin de contar con un sistema de información diseñado e instrumentado bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, respecto de la cobertura de atención en salud a los integrantes de las familias beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

12-0-20G00-07-0256-07-001 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en el proceso de programación y presupuestación de las metas del indicador "Porcentaje de cobertura de atención en salud a familias beneficiarias", considere la serie histórica de sus resultados, para establecer sus metas con certidumbre y prever una operación eficaz.

3. *Mujeres embarazadas en control prenatal*

En 2012, la CNPSS cumplió en los seis bimestres la meta del 95.0% de cobertura de atención prenatal a mujeres beneficiarias del PDHO, en un rango de entre 103.5% y 104.5%, al registrarse resultados en la cobertura en un rango de entre 98.3% y 99.3%.

La meta programada para 2012 del porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres del 95.0%, se ubicó por debajo de los resultados del periodo 2007-2011, situados en un rango de entre 98.7% y 99.1%, por lo que la cuantificación de las metas para 2012 no fue congruente con la tendencia observada en los ejercicios anteriores.

12-0-20G00-07-0256-07-002 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en el proceso de programación y presupuestación de las metas del indicador "Porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres", considere la serie histórica de sus resultados, para establecer sus metas con certidumbre y prever una operación eficaz.

4. *Prevalencia de diarrea aguda en menores de cinco años integrantes de las familias beneficiarias del PDHO*

En 2012, la meta de que el 11.0% de los niños de 0 a 59 meses de edad integrantes de las familias beneficiarias, presentara eventos de diarrea aguda en los 15 días previos a la encuesta, se cumplió en 97.3%, ya que de la muestra de 3,733 niños en este grupo de edad, el 11.3% (422) la presentó.

La meta establecida de 11.0% se cumplió en 89.4% en el ámbito rural, ya que el 12.3% de los niños menores de 5 años integrantes de las familias beneficiarias entrevistadas presentó eventos diarreicos en los 15 días anteriores a la encuesta; en el urbano, la meta se superó en 8.9%, ya que el 10.1% de los niños los presentó, y en el ámbito metropolitano, se superó en 22.2%, ya que el 9.0% de los niños presentó estos eventos.

En comparación con la población no beneficiaria del PDHO, en similares condiciones socioeconómicas que la población beneficiaria, en 2012 la prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue de 11.3% para los beneficiarios del PDHO, superior en 14.1% a la prevalencia del 9.9% para la población no beneficiaria; en el ámbito rural, la prevalencia de 12.3% de la población beneficiaria fue superior en 9.8% a la prevalencia de 11.2% de la no beneficiaria, y en el ámbito urbano, fue de 10.1%, superior en 8.6% a la prevalencia de 9.3% de la no beneficiaria.

12-0-12U00-07-0256-07-002 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conjuntamente con la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, investigue las causas por las cuales la prevalencia de diarrea infantil aguda en los niños menores de cinco años integrantes de las familias beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es mayor que la prevalencia registrada por la población no beneficiaria en condiciones socioeconómicas similares y, con base en ello, implemente las acciones necesarias para mejorar los resultados en la incidencia de diarrea aguda infantil de los niños menores de cinco años beneficiarios del programa.

5. *Impacto del PDHO en la población menos vulnerable integrante de las familias beneficiarias*^{10/}

Para 2012, la CNPDHO, conjuntamente con la CNPSS, no estableció indicadores y metas para medir el impacto del componente del PDHO en las condiciones de salud de los beneficiarios que no pertenecen a los grupos vulnerables (niños menores de 5 años, ni mujeres de 12 a 49 años embarazadas o en periodo de lactancia).

Asimismo, la CNPSS y la CNPDHO carecieron de un sistema de información diseñado e instrumentado bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad para valorar el impacto del componente de salud del PDHO en la población beneficiaria del programa.

En el módulo del PDHO de la ENSANUT 2012, se identificó que se establecieron 28 subindicadores relacionados con las temáticas de salud que se categorizaron por grupos demográficos, de los cuales el 50.0% (14) mide los avances del PDHO en la cobertura de los servicios que ofrece el componente de salud del PDHO, y el 50.0% (14), el impacto de las acciones del PDHO en la salud de la población. Los 14 subindicadores miden el impacto en la salud de los beneficiarios de 3 de los 4 grupos demográficos que conforman la población: niños de 0 a 5 años (2 subindicadores); adolescentes de 11 a 19 años (6 subindicadores), y adultos de 20 a 59 años (6 subindicadores), sin que se establecieran resultados, respecto del impacto en la salud de los adultos mayores de 60 años.

12-0-12U00-07-0256-07-003 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conjuntamente con la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, establezca indicadores con sus respectivas metas, a fin de evaluar el impacto del componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en los segmentos de la población que no corresponden a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y a niños menores de 5 años.

12-0-12U00-07-0256-07-004 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud fortalezca sus mecanismos de control, a fin de contar con sistemas de información diseñados e instrumentados bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, respecto del impacto del componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en los segmentos de la población

^{10/} Las reglas de operación del programa identifican a la población más vulnerable como son los niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia (numeral 2.2).

que no corresponden a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y a niños menores de cinco años.

6. Cobertura de los talleres para el autocuidado de la salud

La CNPSS no contó con información específica referente a los beneficiarios programados para asistir a los talleres, el número de participantes, sus edades y los temas impartidos, por lo cual no fue posible evaluar la cobertura de los talleres impartidos para promover el autocuidado de la salud de los beneficiarios.

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT, el 43.5% (5,679.3 miles de personas) de los 13,057.3 miles de integrantes de las familias beneficiarias en un rango de edad de entre 15 y 60 años, acudió a los talleres impartidos por el sector salud; sin embargo, se careció de información para verificar la asistencia del integrante de la familia beneficiaria a su sesión mensual programada de los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud.

12-0-12U00-07-0256-07-005 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud fortalezca sus mecanismos de control, a fin de contar con información confiable, oportuna y suficiente, respecto de los beneficiarios programados para asistir a los talleres para el autocuidado de la salud, el número de participantes, sus edades y los temas de los talleres.

7. Impacto de los talleres para el autocuidado de la salud

Para 2012, la CNPSS no contó con indicadores ni con información para medir el impacto de los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud dirigidos a las familias beneficiarias del PDHO, con el fin de promover los cambios de hábitos en favor de la salud, y arraigar una actitud preventiva y de autocuidado.

Asimismo, la CNPSS no contó con información referente a la metodología, criterios y resultados para la medición del impacto de los talleres comunitarios impartidos a los beneficiarios del PDHO.

12-0-12U00-07-0256-07-006 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conjuntamente con la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, establezca indicadores con sus respectivas metas, a fin de evaluar el impacto de los talleres de autocuidado de la salud dirigidos a la población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en términos de los cambios de hábitos en favor de la salud, y arraigar una actitud preventiva y de autocuidado.

12-0-12U00-07-0256-07-007 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud fortalezca sus mecanismos de control, a fin de contar con información confiable, oportuna y suficiente, respecto del impacto de los talleres de autocuidado de la salud dirigidos a la población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en términos de los cambios de hábitos en favor de la salud, y arraigar una actitud preventiva y de autocuidado.

8. *Niños menores de cinco años y mujeres embarazadas integrantes de las familias beneficiarias del PDHO en control nutricional*

Para 2012, la CNPSS cumplió en los seis bimestres con la meta de 95.0% del porcentaje de niños beneficiarios que estuvieron en control nutricional, con resultados en un rango de entre 98.6% y 99.7%, lo que significó cumplimientos de la meta de entre 103.8% y 104.9% de niños menores de cinco años integrantes de las familias beneficiarias que estuvieron en control nutricional.

Asimismo, para 2012, no se establecieron metas para medir y dar seguimiento al estado nutricional de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

La meta programada para 2012, referente a que el 95.0% de los niños menores de cinco años registrados en las unidades de salud estuviera en control nutricional, se ubicó por debajo de los resultados del periodo 2007-2011, situados en un rango de entre 98.0% y 99.1%, por lo que la cuantificación de la meta para 2012 no fue congruente con la tendencia observada en ese periodo.

12-0-20G00-07-0256-07-003 Recomendación al Desempeño

Para que la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establezca metas, a fin de evaluar el fomento al control nutricional de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

12-0-20G00-07-0256-07-004 Recomendación al Desempeño

Para que la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en el proceso de programación y presupuestación de las metas del indicador "Porcentaje de niños beneficiarios que están en control nutricional", considere la serie histórica de sus resultados, para establecer sus metas con certidumbre y prever una operación eficaz.

9. *Certificación de corresponsabilidades en salud de los beneficiarios del PDHO*

En 2012, para el indicador "porcentaje de familias beneficiarias para las que se recibió el reporte oportunamente y cumplieron con su corresponsabilidad en salud", establecido en la MIR del PDHO 2012, se registró un resultado de 97.0% de familias beneficiarias que cumplieron con sus corresponsabilidades (5,473.1 miles de familias en promedio). Asimismo, se verificó que en los cuatro trimestres del año, los porcentajes alcanzados se ubicaron entre el 96.7% y el 97.5%, por lo que se registró un cumplimiento de la meta de 96.0% en un rango de entre 100.7% y 101.6%.

La información soporte del resultado del indicador no permite verificar a qué aspecto correspondió la corresponsabilidad (inscripción a los servicios de salud, asistencia a los talleres de autocuidado de la salud o asistencia las consultas programadas), por lo que no es posible evaluar el fomento del cumplimiento de los compromisos con los objetivos del Programa y la participación activa de todos los integrantes de las familias beneficiarias, mediante el cumplimiento de las corresponsabilidades asociadas.

En promedio, en 2012 se recuperó el 99.6% de los formatos (5,703.9 miles de formatos) para la certificación de la asistencia de las familias beneficiarias, de las 5,728.2 miles de titulares para la validación de la asistencia y el cumplimiento de corresponsabilidades.

12-0-12U00-07-0256-07-008 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conjuntamente con la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, fortalezca sus mecanismos de control, a fin de generar información clara, oportuna y suficiente para valorar el fomento del cumplimiento de los compromisos y la participación activa de los integrantes de las familias beneficiarias que cumplen con sus corresponsabilidades en salud, de inscribirse a los servicios de salud y de asistir a los talleres de autocuidado de la salud y a las consultas programadas.

10. Oportunidad en la certificación de las corresponsabilidades en salud de los beneficiarios del PDHO

Para 2012, la CNPDHO y la CNPSS carecieron de los registros con la fecha real de entrega de los formatos de corresponsabilidad certificados realizada dentro de los veinte días hábiles posteriores a cada bimestre a certificar, por lo que no se contó con elementos para verificar la oportunidad en el proceso de certificación de las corresponsabilidades en salud de los beneficiarios del PDHO.

12-0-12U00-07-0256-07-009 Recomendación al Desempeño

Para que la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, investigue las causas por las que no se contó con información confiable, oportuna y suficiente, respecto de la oportunidad en la certificación de las corresponsabilidades en los servicios de salud y, con base en ello, implemente las acciones necesarias a fin de disponer de la información y estar en posibilidad de dar seguimiento, controlar y supervisar el proceso.

11. Ejercicio de los recursos

En 2012, el presupuesto ejercido reportado en la Cuenta Pública para el programa presupuestario S072 “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades” fue de 4,999,963.3 miles de pesos, monto inferior en 5.9% (314,451.0 miles de pesos) al presupuesto original (5,314,414.3 miles de pesos), e igual que el presupuesto modificado.

En ese año se realizaron 13 adecuaciones presupuestarias, en las que se registraron ampliaciones al presupuesto por 221,760.6 miles de pesos y reducciones por 518,674.0 miles de pesos, lo que resulta en una reducción del presupuesto por 296,913.4 miles de pesos, monto que difiere en 17,537.6 miles de pesos respecto de la reducción reportada en la Cuenta Pública de 314,451.0 miles de pesos, por lo que la CNPSS no contó con información suficiente para rendir cuentas y transparentar la administración de los recursos, y la información generada no se sujetó a los criterios de utilidad, confiabilidad, comprensibilidad y de comparación.

Mediante el oficio núm. DGADDS/008/2014 del 16 de enero de 2014, se solicitó la intervención del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, a fin de establecer la responsabilidad en el ejercicio de los recursos de la CNPSS en 2012, en el componente de salud del PDHO.

12-0-12U00-07-0256-07-010 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las que no se contó con la documentación suficiente que comprobara el ejercicio de los recursos presupuestarios y, con base en ello, implemente las acciones necesarias, a fin de generar la información suficiente para rendir cuentas y transparentar la administración de los recursos, bajo los criterios de utilidad, confiabilidad, comprensibilidad y comparación.

12. Rendición de cuentas del componente de salud

La CNPSS publicó en los principales documentos de rendición de cuentas de 2012 información referente al número de familias atendidas por los servicios de salud, por medio del Paquete Básico Garantizado de Salud a las familias beneficiarias del PDHO, cuyo propósito es impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado, por medio de consultas médicas y el monitoreo y vigilancia de la nutrición.

La información reportada en los instrumentos de rendición de cuentas incluye los resultados del IMSS-Oportunidades, en forma agregada. Asimismo, se verificó que en el Sexto Informe de Labores 2012 de la SEDESOL, los resultados reportados corresponden al ejercicio fiscal 2011.

12-0-20G00-07-0256-07-005 Recomendación al Desempeño

Para que la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades investigue las causas por las que se reportó la información correspondiente al ejercicio fiscal de 2011 en el Sexto Informe de Labores 2012 de la SEDESOL y, con base en ello, establezca acciones para que la información reportada en los documentos de rendición de cuentas se corresponda con el ejercicio fiscal que se reporta.

Consecuencias Sociales

Las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población; la pobreza, la desnutrición y la insalubridad afectan a la población con menos recursos económicos. Con el fin de mejorar la salud de la población más vulnerable del país, el PDHO otorga a sus beneficiarios acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud, para mejorar la salud y nutrición de las familias beneficiarias, mediante la prevención y promoción de la salud y la detección oportuna de enfermedades, así como del cuidado y control de los principales padecimientos.

En 2012, la CNPSS atendió a 5,405.3 miles de familias de las 5,500.0 miles registradas en las unidades médicas; en las cuales se atendió a niños y niñas menores de cinco años y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia considerados como la población con mayor grado de vulnerabilidad. En el componente de salud, se atendió a 1,501.8 miles de niños menores de cinco años (90.0% del total en control nutricional), en los que la prevalencia diarreica, enfermedad relacionada con la pobreza, fue de 11.3% en los niños beneficiarios del programa; sin embargo, fue superior que la prevalencia de 9.9% registrada en la población no beneficiaria que se encuentra en las mismas condiciones socioeconómicas. Asimismo, el programa tuvo en control nutricional a 124.1 miles de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el 99.0% de las registradas.

Para valorar los cambios en los hábitos a favor de la salud y arraigar una actitud preventiva y de autocuidado en todos los segmentos de la población beneficiaria, el 97.0% de las familias beneficiarias (5,473.1 miles de familias) cumplió con sus responsabilidades en salud.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinó(aron) 11 observación(es) la(s) cual(es) generó(aron): 15 Recomendación(es) al Desempeño.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar o promover la intervención de la(s) instancia(s) de control competente con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen: con salvedad

La auditoría se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada, de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada de acuerdo con el objetivo y alcance establecidos, y se aplicaron los procedimientos de auditoría, que se estimaron necesarios. En consecuencia, existe una base razonable para sustentar el presente dictamen, que se refiere sólo a los procesos revisados.

En 2012, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades cumplieron razonablemente los objetivos y metas del PDHO, en su componente de salud, de asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud a las familias beneficiarias, con el propósito de impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes, ya que en 2012 el 98.3% (5,405.3 miles) de las 5,500.0 miles de familias beneficiarias del PDHO registradas en las unidades de salud estuvo en control; de las 122.9 miles de mujeres registradas como embarazadas, el 99.0% (124.1 miles) estuvo en control nutricional, superior en 4.2% a la meta programada de 95.0%; de los 1,516.5 miles de niños menores de cinco años registrados en las clínicas de salud, el 99.0% (1,501.8 miles) estuvo en control nutricional, superior en 4.2% a la meta de 95.0%; la meta referente a lograr que menos del 11.0% de los niños menores de cinco años beneficiarios del programa presentara diarrea infantil aguda se cumplió en 97.3%, y se recuperó el 99.6% (5,703.9 miles de los formatos) para la certificación de la asistencia de las 5,728.2 miles de familias beneficiarias a sus citas programadas y a los talleres para el autocuidado de la salud.

Los resultados con observación se refieren principalmente a que la población no beneficiaria del PDHO, con similares condiciones socioeconómicas que la población beneficiaria, presentó 14.1% menor prevalencia de diarrea en los niños menores de cinco años (9.9%) que la población que recibe la atención en salud del PDHO (11.3%); no se establecieron metas para valorar el impacto del programa en la población no vulnerable; no se contó con información sobre el impacto de los talleres para el autocuidado de la salud impartidos a los beneficiarios, ni con información de su cobertura; no se establecieron metas para medir y dar seguimiento al estado nutricional de las mujeres en periodo de lactancia; las metas no se programaron considerando el comportamiento histórico de los indicadores, y las adecuaciones presupuestarias no se corresponden con el ejercicio del presupuesto reportado en la Cuenta Pública de 2012.

Apéndices

Procedimientos de Auditoría Aplicados

1. Verificar las atribuciones de la CNPSS y de la CNPDHO en 2012, en el componente educativo del PDHO.
2. Verificar los resultados del PDHO de 2012, para asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud a las familias beneficiarias.
3. Verificar la cobertura de atención de mujeres embarazadas integrantes de las familias beneficiarias del PDHO en control prenatal en 2012.
4. Verificar si las acciones realizadas en el componente de salud del PDHO en 2012 permitieron disminuir la prevalencia de diarrea infantil aguda en niños menores de cinco años integrantes de las familias beneficiarias.
5. Revisar la contribución del PDHO en 2012, en el mejoramiento de la salud de la población beneficiaria del PDHO considerada como no vulnerable (menores de cinco años y mujeres embarazadas y en lactancia).
6. Evaluar la cobertura y el impacto de los talleres impartidos por el sector salud en 2012 para fomentar el autocuidado de la salud de los integrantes de las familias beneficiarias del PDHO.
7. Verificar la cobertura del PDHO en 2012, con acciones enfocadas al control nutricional de los niños menores de cinco años y mujeres embarazadas integrantes de las familias beneficiarias del PDHO.
8. Verificar el cumplimiento del proceso de certificación de las corresponsabilidades en salud de las familias beneficiarias del PDHO, así como su oportunidad, en 2012.
9. Verificar que los recursos asignados en 2012 al componente de salud del PDHO para la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del programa, se ejercieron con criterios de eficiencia y economía.
10. Verificar que la información presentada por la CNPSS y la CNPDHO en los diferentes documentos de rendición de cuentas de 2012, respecto del componente de salud del PDHO, permitió verificar si se cumplieron los objetivos y metas del programa.

Áreas Revisadas

Las direcciones generales del Programa Oportunidades y de Administración y Finanzas de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y las direcciones generales de Planeación y Evaluación, de Coordinación y Vinculación, de Atención y Operación, de Padrón y Liquidación, y de Administración y Finanzas de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Disposiciones Jurídicas y Normativas Incumplidas

Durante el desarrollo de la auditoría practicada, se determinaron incumplimientos de las leyes, reglamentos y disposiciones normativas que a continuación se mencionan:

1. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículos 1, párrafo segundo, 25, fracción III; 27, párrafo segundo.
2. Ley General de Contabilidad Gubernamental: Artículo 44.
3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Manual de Organización Específico de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, numeral 1.3.7.; Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, artículo Tercero, numeral 14, fracción I, Norma Cuarta, párrafos primero y tercero; Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del PDHO 2012, numerales 2.2 y 3.5.2.1.; Programa Sectorial de Salud 2007-2012, Objetivo 5.

Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones

Las facultades de la Auditoría Superior de la Federación para promover las acciones derivadas de la auditoría practicada, encuentran su sustento jurídico en las disposiciones siguientes:

Artículo 79, fracción II, párrafos tercero y quinto y fracción IV, párrafos primero y penúltimo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 6, 12, fracción IV; 13, fracciones I y II; 15, fracciones XIV, XV y XVI; 29, fracción X; 32; 39; 49, fracciones I, II, III y IV; 55; 56, y 88, fracciones VIII y XII, de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

Comentarios de la Entidad Fiscalizada

Es importante señalar que la documentación proporcionada por la entidad fiscalizada para aclarar o justificar los resultados y las observaciones presentadas en las reuniones fue analizada con el fin de determinar la procedencia de eliminar, rectificar o ratificar los resultados y las observaciones preliminares determinadas por la Auditoría Superior de la Federación, y que se presentó a esta entidad fiscalizadora para los efectos de la elaboración definitiva del Informe del Resultado.

En relación con los resultados 2, 3, 4, 6, 8, 9 y 11, con el oficio núm. CNPSS/DGAF/DGAN/1749/2013 del 28 de noviembre de 2013, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realizó los comentarios siguientes:

Resultado núm.2 Cobertura de atención de salud a familias beneficiarias

“A partir de su método de cálculo, el indicador en mención puede asumir valores igual o mayores a cero y menores o iguales a 100. Por lo que, independientemente de su comportamiento histórico, una meta de 95% se considera alta. Como referencia, en el documento denominado Monitoreo de Ejecución y Resultados de Programas Presupuestarios, que realiza trimestralmente la Secretaría de la Función Pública (SFP) para monitorear el desempeño de los programas presupuestarios a través de los indicadores de su MIR, utiliza como referencia los siguientes rangos de variación:

- “Avance menor a 60% de la meta programada
- “Avance entre 60% y 90% de la meta programada
- “Avance entre 90 y 110% de la meta programada

- “Avance entre 110% y 140% de la meta programada
- “Avance mayor a 140% de la meta programada

”Respecto a estos rangos de referencia, las variaciones observadas en el periodo 2007-2012 entre el avance reportado y la meta programada para el indicador “Porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres” son considerablemente menores y, por lo tanto, más estrictos y retadores. En el marco del PDHO, la variabilidad es menor al 5% de la meta programada vs. el rango de $\pm 10\%$ utilizado por la SFP y considerado como adecuado.

”El valor del indicador es un promedio de los resultados que se obtienen a menores niveles de desagregación (por ejemplo, entidad federativa). Al interior de dichos niveles de desagregación existe una heterogeneidad de valores; algunos por encima del valor establecido como meta, otros por debajo de dicho valor. En la estimación de la meta del indicador no sólo se considera el valor promedio nacional, que es lo que se reporta en el marco de la MIR, sino también los valores que dicho indicador asume a otros niveles de desagregación. De allí que a escala nacional lo que parece una meta estimada del indicador poco retadora, en algunos de los siguientes niveles de desagregación del indicador es una meta retadora.

”Sin dejar de considerar lo señalado anteriormente, las metas de los indicadores de la MIR relativas al cumplimiento de corresponsabilidad, como es el caso del indicador “Porcentaje de cobertura de atención de salud a familias beneficiarias” se estiman a partir de la siguiente metodología general.

1. “Integración de la serie estadística y descarte de observaciones que por factores exógenos al PDHO se consideran sesgados. Por ejemplo, bimestres en los que se suspende el cumplimiento de corresponsabilidad por emergencia sanitaria, climatológica o proceso electoral, principalmente.
2. “Cálculo de la diferencia entre los valores máximo y mínimo observados en la serie estadística.
3. “Cálculo promedio histórico del indicador (valor esperado) y su desviación estándar (σ).
4. “Cálculo del rango con los valores máximo y mínimo esperados del indicador;
5. “ (*valor esperado indicador* -2σ , *valor esperado indicador* $+2\sigma$)
6. “Meta = valor esperado del indicador -2σ .

”Con base en lo señalado hasta el momento, es posible afirmar que el indicador “Porcentaje de cobertura de atención de salud a familias beneficiarias” (i) cuenta con una meta estimada alta y retadora, con base en el valor máximo que dicho indicador puede alcanzar, (ii) cuenta con una meta que es un referente adecuado para medir el desempeño en mayores niveles de desagregación (entidad federativa, proveedor de servicios de salud), y (iii) que la CNPDHO y el Sector Salud cuenta con una metodología y criterios para estimar la meta de sus indicadores”.

Resultado núm. 3 Mujeres embarazadas en control prenatal

”A partir de su método de cálculo, el indicador en mención puede asumir valores igual o mayores a cero y menores o iguales a 100. Por lo que, independientemente de su comportamiento histórico, una meta de 95% se considera alta. Como referencia, en el

documento denominado Monitoreo de Ejecución y Resultados de Programas Presupuestarios, que realiza trimestralmente la Secretaría de la Función Pública (SFP) para monitorear el desempeño de los programas presupuestarios a través de los indicadores de su MIR, utiliza como referencia los siguientes rangos de variación:

- "Avance menor a 60% de la meta programada
- "Avance entre 60% y 90% de la meta programada
- "Avance entre 90 y 110% de la meta programada
- "Avance entre 110% y 140% de la meta programada
- "Avance mayor a 140% de la meta programada

"Respecto a estos rangos de referencia, las variaciones observadas en el periodo 2007-2012 entre el avance reportado y la meta programada para el indicador "Porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres" son considerablemente menores y, por lo tanto, más estrictos y retadores. En el marco del PDHO, la variabilidad es menor al 5% de la meta programada vs. El rango de $\pm 10\%$ utilizado por la SFP y considerado como adecuado.

"El valor del indicador es un promedio de los resultados que se obtienen a menores niveles de desagregación (por ejemplo, entidad federativa). Al interior de dichos niveles de desagregación existe una heterogeneidad de valores; algunos por encima del valor establecido como meta, otros por debajo de dicho valor. En la estimación de la meta del indicador no sólo se considera el valor promedio nacional, que es lo que se reporta en el marco de la MIR, sino también los valores que dicho indicador asume a otros niveles de desagregación. De allí que a escala nacional lo que parece una meta estimada del indicador poco retadora, en algunos de los siguientes niveles de desagregación del indicador en una meta retadora.

"Sin dejar de considerar lo señalado anteriormente, las metas de los indicadores de la MIR relativas al cumplimiento de corresponsabilidad, como es el caso del indicador "Porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres" se estiman a partir de la siguiente metodología general.

1. "Integración de la serie estadística y descarte de observaciones que por factores exógenos al PDHO se consideran sesgados. Por ejemplo, bimestres en los que se suspende el cumplimiento de corresponsabilidad por emergencia sanitaria, climatológica o proceso electoral, principalmente.
2. "Cálculo de la diferencia entre los valores máximo y mínimo observados en la serie estadística.
3. "Cálculo promedio histórico del indicador (valor esperado) y su desviación estándar (σ).
4. "Cálculo del rango con los valores máximo y mínimo esperados del indicador;
5. " (*valor esperado indicador* -2σ , *valor esperado indicador* $+2\sigma$)
6. "Meta = valor esperado del indicador -2σ .

"Con base en lo señalado hasta el momento, es posible afirmar que el indicador "Porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres" (i) cuenta con una meta estimada alta y retadora, con base en el valor máximo que dicho indicador puede alcanzar, (ii) cuenta con

una meta que es un referente adecuado para medir el desempeño en mayores niveles de desagregación (entidad federativa, proveedor de servicios de salud), y (iii) que la CNPDHO y el Sector Salud cuenta con una metodología y criterios para estimar la meta de sus indicadores”.

Resultado núm. 4 Prevalencia de diarrea aguda en menores de cinco años integrantes de las familias beneficiarias del PDHO

“En síntesis, respecto a la observación emitida a la CNPSS y la CNPDHO afirman lo siguiente:

”La muestra de hogares e individuos de la ENSANUT no es de tipo panel (longitudinal) ni analiza cohortes. De allí que con el análisis que se desarrolla en el informe en mención (únicamente descriptivo) no es posible atribuirle directamente al PDHO el resultado de los indicadores, cualesquiera sea el sentido de éstos.

”El grupo de comparación utilizado por el INSP en el análisis descriptivo de los resultados en salud y nutrición de la ENSANUT 2012 tienen limitaciones respecto al mecanismo de focalización del PDHO y sólo representa una aproximación a dicho mecanismo.

”En análisis realizado en el marco de la ENSANUT 2012 es meramente descriptivo, constituye una fotografía de la población analizada en un periodo determinado de tiempo. Por ello, no es posible esperar que en el documento en mención se incluya (i) un análisis de los factores que explican los resultados obtenidos en determinado indicador y (ii) un programa de actividades o acciones de política pública para atender la problemática presentada.

”En el caso del indicador Prevalencia de diarrea aguda en menores de cinco años integrantes de las familias beneficiarias del PDHO, aunque efectivamente el valor promedio de éste fue superior al correspondiente a la población no beneficiaria (11.3% vs 9.9% respectivamente), los intervalos de confianza de ambos indicadores se traspalan lo que impide afirmar con certeza que dichos resultados son diferentes entre sí. El cuadro 4.1.2.2. Presencia y atención de diarrea e IRA’s en niños menores de 5 años, muestra dicha información. En el cuadro en el reporte se incluyen los intervalos de confianza de la estimación para cada grupo, y lo que se observa es que los intervalos están traspalados, esto es, el valor puntual para cada grupo está contenido en el intervalo de otro grupo (ver la página 85 del documento Anexo, que se ubica en http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2012/ensanut_2012_informe_resultados”). Esto lo que sugiere es que estadísticamente no hay diferencias entre ambos grupos, por lo que no se puede afirmar que los niños en hogares Oportunidades presenten una prevalencia mayor. Es importante notar que en este indicador en particular no se esperarían diferencias importantes porque la ocurrencia de la diarrea se relaciona con la exposición a agentes infecciosos, misma que va más allá de las acciones del Programa”.

Resultado núm. 6 Cobertura de los talleres para el autocuidado de la salud

“Es responsabilidad del personal de salud que labora en las unidades médicas que participan en el Programa la certificación de las corresponsabilidades de las familias en el formato oficial para dicho fin el S2 con apoyo en el formato S1 en donde se encuentra registrados los datos de todos los integrantes de las familias, tales como: nombres, apellidos, edades, folio del integrante, el registro de la programación y asistencias de citas médicas, el tema del

tema taller recibido, el folio del integrante que asistió al taller, así como, el registro del cumplimiento de las corresponsabilidades de la familia. Por lo que sí es posible evaluar lo establecido en los numerales 2.2 “Objetivos Específicos”, 3.5.2.3 2 “Capacitación para el autocuidado de la salud” y el 3.6.2 “Corresponsabilidades” del Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, lo cual se realiza a través de los formatos oficiales establecidos para dicho fin, el formato S1 y el formato S2.

”Ya que la certificación de la corresponsabilidad de la participación en las acciones de comunicación educativa para el autocuidado de la salud, por parte del integrante de la familia beneficiaria de 15 hasta 60 años es familiar y que dicha certificación se realiza mediante el formato S2 y de que en las reglas de operación no se establece que adicionalmente a este formato se debe tener registro a nivel nacional de la programación específica de los asistentes programados para asistir a los talleres, el número de participantes, sus edades, y los temas de los talleres, además de la información específica de las familias asistentes, no es obligación del Sector Salud contar con dicha información hasta nivel nacional.

”Adicionalmente en la MIR 2012 para la evaluación numerales 2.2 “Objetivos Específicos”, 3.5.2.3 “Capacitación para el autocuidado de la salud” y el 3.6.2 “Corresponsabilidades” se estableció el indicador de “Porcentaje de cobertura de atención en salud a familias beneficiarias el cual se refiere a las familias beneficiarias de Oportunidades registradas en la unidad médica, cuyos integrantes cumplieron con su corresponsabilidad de asistir a sus citas médicas programadas y la asistencia de un integrante de la familia de 15 hasta 60 años a las sesiones de los talleres para el autocuidado de la salud de acuerdo a lo establecido en las Reglas de Operación”.

”El Sector Salud cuenta con información concentrada a nivel unidad de salud del número de familias que se encontraban en control en los servicios y por tanto que cumplieron con sus corresponsabilidades, en la que se encuentra que un integrante de la familia de entre 15 y 60 años asistió a la sesión del taller para el autocuidado de la salud, también se dispone del número de sesiones otorgadas para el autocuidado de la salud a nivel unidad de salud.

”Adicionalmente a petición de la ASF se hace entrega de las minutas e informes de supervisión realizadas por la Comisión Nacional del Protección Social en Salud a 20 entidades federativas en 2012, con la finalidad de constatar que se realiza la revisión de la veracidad en el registro de los talleres para el autocuidado de la salud en los formatos establecidos. (Anexo Resultado 6)

”Destacando que se realiza supervisión relacionada a los talleres comunitarios en los siguientes aspectos:

- ”Conocimiento de la metodología.
- ”Disponibilidad de materiales.
- ”Equipamiento.
- ”Programación de temas de manera adecuada.
- ”Impartición de temas mediante talleres.
- ”Registro de la programación y actualización de talleres en el S1”.

Resultado Núm. 8 Niños menores de cinco años y mujeres embarazadas integrantes de las familias beneficiarias del PDHO en control nutricional

“A partir de su método de cálculo, el indicador en mención puede asumir valores igual o mayores a cero y menores o iguales a 100. Por lo que, independientemente de su comportamiento histórico, una meta de 95% se considera alta. Como referencia, en el documento denominado Monitoreo de Ejecución y Resultados de Programas Presupuestarios, que realiza trimestralmente la Secretaría de la Función Pública (SFP) para monitorear el desempeño de los programas presupuestarios a través de los indicadores de su MIR, utiliza como referencia los siguientes rangos de variación:

- “Avance menor a 60% de la meta programada
- “Avance entre 60% y 90% de la meta programada
- “Avance entre 90 y 110% de la meta programada
- “Avance entre 110% y 140% de la meta programada
- “Avance mayor a 140% de la meta programada

“Respecto a estos rangos de referencia, las variaciones observadas en el periodo 2007-2012 entre el avance reportado y la meta programada para el indicador “Porcentaje de cobertura de atención prenatal a mujeres” son considerablemente menores y, por lo tanto, más estrictos y retadores. En el marco del PDHO, la variabilidad en menor al 5% de la meta programada vs. El rango de $\pm 10\%$ utilizado por la SFP y considerado como adecuado.

“El valor del indicador es un promedio de los resultados que se obtienen a menores niveles de desagregación (por ejemplo, entidad federativa). Al interior de dichos niveles de desagregación existe una heterogeneidad de valores; algunos por encima del valor establecido como meta, otros por debajo de dicho valor. En la estimación de la meta del indicador no sólo se considera el valor promedio nacional, que es lo que se reporta en el marco de la MIR, sino también los valores que dicho indicador asume a otros niveles de desagregación. De allí que a escala nacional lo que parece una meta estimada del indicador poco retadora, en algunos de los siguientes niveles de desagregación del indicador en una meta retadora.

“Sin dejar de considerar lo señalado anteriormente, las metas de los indicadores de la MIR relativas al cumplimiento de corresponsabilidad, como es el caso del indicador “Porcentaje de niños beneficiarios que están en control nutricional” se estiman a partir de la siguiente metodología general.

1. “Integración de la serie estadística y descarte de observaciones que por factores exógenos al PDHO se consideran sesgados. Por ejemplo, bimestres en los que se suspende el cumplimiento de corresponsabilidad por emergencia sanitaria, climatológica o proceso electoral, principalmente.
2. “Cálculo de la diferencia entre los valores máximo y mínimo observados en la serie estadística.
3. “Cálculo promedio histórico del indicador (valor esperado) y su desviación estándar (σ).
4. “Cálculo del rango con los valores máximo y mínimo esperados del indicador;
5. “(valor esperado indicador -2σ , valor esperado indicador $+2\sigma$)
6. “Meta = valor esperado del indicador -2σ .

”Con base en lo señalado hasta el momento, es posible afirmar que el indicador “Porcentaje de niños beneficiarios que están en control nutricional” (i) cuenta con una meta estimada alta y retadora, con base en el valor máximo que dicho indicador puede alcanzar, (ii) cuenta con una meta que es un referente adecuado para medir el desempeño en mayores niveles de desagregación (entidad federativa, proveedor de servicios de salud), y (iii) que la CNPDHO y el Sector Salud cuenta con una metodología y criterios para estimar la meta de sus indicadores.

”Al respecto, se proporciona:

- “Ficha técnica del indicador de Cobertura de salud a mujeres en lactancia de los N-ISO.
- “Acta de la 48ª sesión del Comité Técnico Nacional de Oportunidades en la que se establece el acuerdo 529/10-06-09 para la revisión de los indicadores del Programa Oportunidades (04 48ª Sesión Ordinaria 10 jun 2009.pdf).
- “Acta de la sesión 58ª sesión del Comité Técnico Nacional de Oportunidades en la que se establece el acuerdo 662/17-12-10 en la que se aprueban los Nuevos Indicadores del Programa Oportunidades (10 58ª Sesión Ordinaria 17 Dic 2010.pdf)”.

Resultado núm. 9 Certificación de corresponsabilidades en salud de los beneficiarios del PDHO

”De acuerdo a las Reglas de Operación del Programa Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012 en su Anexo 1 Glosario de Términos y Definiciones la corresponsabilidad se define como: “Acciones en los componentes educativo y de salud que las familias beneficiarias se comprometen a realizar al ser incorporadas al Programa”, en ese sentido la certificación de la corresponsabilidad es familiar, es decir, al certificar el sector salud el cumplimiento de la corresponsabilidad significa que todos los integrantes de la familia cumplieron con sus acciones programadas (citas médicas, talleres o registro en la unidad de salud).

”La responsabilidad y veracidad de la certificación de la corresponsabilidad de las familias es del personal de salud que labora en las unidades médicas como lo establecen las reglas de operación en su numeral 4.2 Cumplimiento de las acciones de corresponsabilidad por parte de las familias beneficiarias: “Los sectores salud y educación a través de las unidades de salud y planteles educativos son responsables de la certificación del cumplimiento de la corresponsabilidad de las familias y de la veracidad y precisión de este proceso”.

”Es importante resaltar que para la emisión de apoyos sólo se requiere la determinación de que la familia cumplió con la corresponsabilidad, sin importar, cuáles fueron las acciones en salud que realizaron.

”Por lo anterior, con la certificación familiar de la corresponsabilidad por parte del personal de salud, la cual incluye el cumplimiento de las diferentes acciones en salud programas a todos los integrantes de las familias, es posible evaluar lo establecido en el numeral 2.2 “Objetivos específicos” de las Reglas de Operación del PDHO, referente a fomentar el compromiso con los objetivos del Programa y la participación activa de todos los integrantes de las familias beneficiarias mediante el cumplimiento de las corresponsabilidades asociadas al Programa”.

Resultado núm. 11 Ejercicio de los recursos

"la diferencia de los 17,537.7 miles de pesos, corresponden a recursos autorizados en el Capítulo 1000 "Servicios Personales" por una reducción de 6,094.4 miles de pesos, y del presupuesto no ejercido y/o no registrado en la partida de gasto 39801 "Impuesto sobre nómina", por un importe de 11,488.2 miles de pesos, los cuales son administrados por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

"Por lo que en el reporte de cuenta pública, no se tienen definidas las adecuaciones correspondientes a las reducciones del capítulo 1000 Servicios Personales e impuesto Sobre Nómina, debido a que este recurso no lo administra la CNPSS.

"Al respecto se anexo oficio de solicitud de información a las autoridades correspondientes: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) y Dirección General de Recursos Humanos (DGRH), así como oficio de respuesta por parte de la DGPOP con información general de las adecuaciones presupuestarias correspondientes al ejercicio fiscal 2012 del Componente de Salud del Programa Oportunidades.

"Es importante señalar, que con base en el artículo 29, fracción XIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, corresponde a la Dirección General de Recursos Humanos: Participar en la elaboración del Programa Operativo Anual de la Secretaría en lo referente a Servicios Personales.

"Asimismo, de conformidad al Manual de Organización Específico 2012, le compete a la Dirección General de Recursos Humanos las siguientes funciones:

"Conducir y determinar la normatividad interna que permita a las áreas que conforman la Dirección General de Recursos Humanos la administración del capital humano de la Secretaría, estableciendo los mecanismos adecuados en el control de plantillas, plazas, movimiento de personal, pago de nómina, manejo del presupuesto, capacitación del personal, estrategias y sistemas de evaluación que permitan una mejora continua.

"Establecer y conducir los mecanismos de control y operación de la nómina de los empleados de la Secretaría para el pago correspondiente.

"Conducir la sistematización del proceso de nómina para optimizar el desarrollo de las operaciones del personal en Unidades Centrales y Entidades Federativas.

"Normar y autorizar el proceso del ejercicio presupuestal de los servicios personales de las Unidades Administrativas y Organismos Coordinados de la Secretaría, de conformidad con las disposiciones normativas establecidas para las unidades competentes.

"Participar en el análisis de la elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Secretaría de Salud, con relación a los servicios personales, para la asignación de recursos presupuestales necesarios para ello, entre otras.

"Por su parte, le compete a la Dirección General Adjunta de Administración, Operación y Control de Servicios Personales, las siguientes funciones:

"Conducir la integración del anteproyecto de presupuesto de Servicios Personales de las Áreas Centrales, Órganos Desconcentrados, Organismos Descentralizados, institutos Nacionales de Salud, Hospitales Generales y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, la elaboración del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación de la Secretaría de

Salud; participando en la integración del Informe de Cuenta Pública en lo correspondiente a servicios personales de la Secretaría.

”Coordinar el proceso del ejercicio presupuestal de los servicios personales de conformidad con las disposiciones normativas establecidas por las Unidades competentes; verificando el cumplimiento de la norma y estableciendo el control de los recursos para el pago del Impuesto Sobre la Renta en Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados, Organismos Descentralizados, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Generales y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

”Conducir la generación de afectaciones presupuestales derivadas de los movimientos de personal, incrementos salariales, creación de plazas y plantillas de personal; conduciendo la actualización de las plantillas de personal vigente en las Unidades Centrales, Órganos Administrativos Desconcentrados, Organismos Descentralizados e Institutos Nacionales de Salud.

”Establecer las normas generales para el seguimiento del ejercicio presupuestario de cada una de las partidas correspondientes a los servicios personales, con base en los lineamientos establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; conduciendo los procedimientos de contratación y registro de contratos de honorarios y de Programas Especiales o de nueva implementación, vigilando los procesos del manejo de la partida de honorarios”.