

REUNIÓN DE HOMOLOGACIÓN DE CRITERIOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL FASSA

Tema:

Evaluación y monitoreo

Ponencia:

Evaluación y monitoreo

DGED

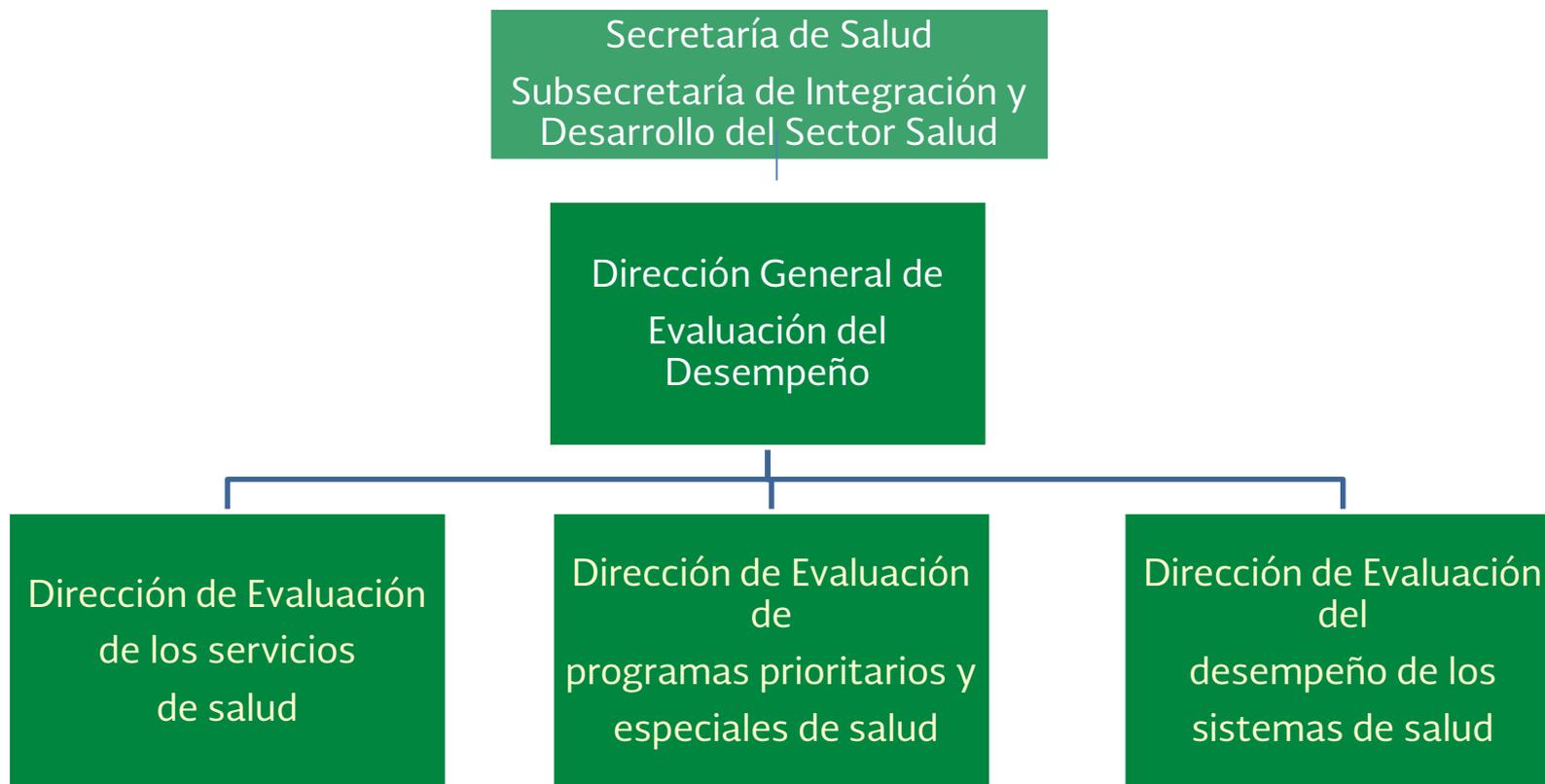
MÉXICO, D.F. 2 DE DICIEMBRE, 2014

REUNIÓN DE HOMOLOGACIÓN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL FASSA

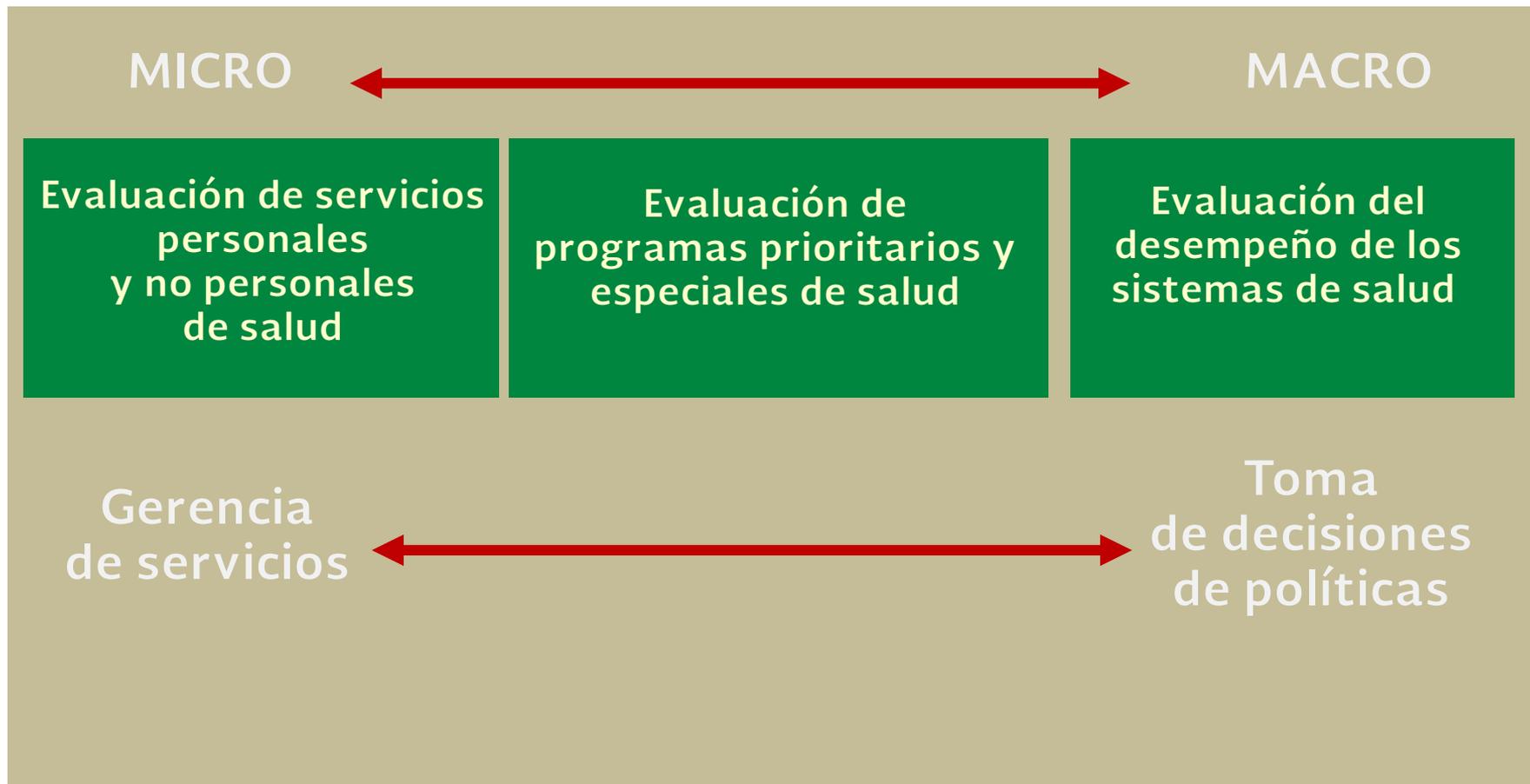
MONITOREO Y EVALUACIÓN

MD, MSC. Rubén López-Molina
Dirección de Evaluación de Programas
Prioritarios y Especiales en Salud

2 de diciembre 2014



Modelo de evaluación, Secretaría de Salud



monitorear. A partir del sustantivo *monitor* (del ingl. *monitor* ‘dispositivo o pantalla de control’), se han creado en español los verbos *monitorizar* y *monitorear*, con el sentido de ‘vigilar o seguir [algo] mediante un monitor’... En España se emplea solo *monitorizar*, mientras que en América se usa casi exclusivamente *monitorear*, que ha adquirido incluso el sentido general de ‘supervisar o controlar’.

evaluar. Estimar, apreciar, calcular y señalar el valor de algo .

Pregunta de política pública

¿Es posible reducir la mortalidad materno-infantil aumentando el acceso a la salud?

SI. Existe evidencia de que aumentando el acceso a la salud mediante servicios de salud basados en la comunidad disminuye la mortalidad neonatal y los stillbirths, sin embargo, el efecto en la mortalidad materna es difícil de detectar

Policy brief, Bill & Melinda
Gates Foundation

International Initiative for Impact Evaluation



This particular brief is based on a systematic review of existing evidence. EQ briefs analyze current policy issues and developments related to impact evaluation to help policy makers and development practitioners improve development impact through better evidence.

Number 14
June 2010

Access to health: How to reduce child and maternal mortality?



© Pakistan Community Health Workers

Overview

Systematic reviews show that access to community-based health services reduces neonatal mortality and still births, but the effect on maternal mortality is harder to detect.

However, the evidence so far has come from small sample size studies, mainly conducted in Asia and with very little information from Sub-Saharan Africa and Latin America. Only a few studies assess Maternal Neonatal and Child Health (MNCH) services at the community level, and focus on interventions at the level of primary care.

More large scale research factoring in specific contexts is particularly needed. Additional investigation on the cost effectiveness of health services is also required and will help in promoting and scaling up community-based interventions for maternal and newborn care.

Key words: Maternal and neonatal mortality, community interventions, cost-effectiveness

Mind the development gaps

Every minute around the world, a woman dies in childbirth. Every year, two million babies die on their first day. In 2005, the maternal mortality ratio in developing countries was at 450 per 100,000 live births, a slight decrease since 1990 (UNFPA, 2008). Of the 136 million babies born every year, about 4 million die in the first 28 days of life, primarily in developing countries.

A majority of these maternal and neonatal deaths could be prevented with early recognition and proper implementation of required skills and knowledge (Ray and Salihu, 2004). While the Millennium Development Goals (MDG4 and 5) call for a reduction in maternal mortality by three quarters and child mortality by two thirds, this can only be achieved if health care coverage of mothers and newborns is significantly scaled up.

But has access to health services helped in reducing maternal and neonatal mortality? What kind of approaches have been most successful in increasing health coverage of mothers and newborns? Has scaling up interventions improved the delivery of health services?

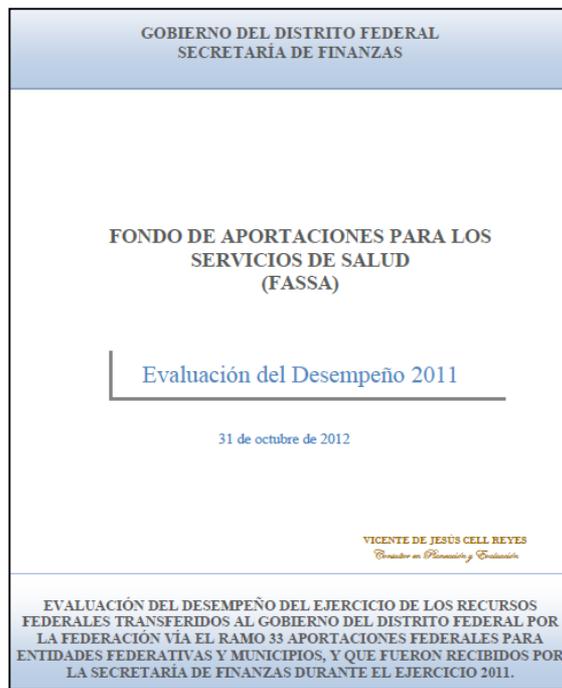
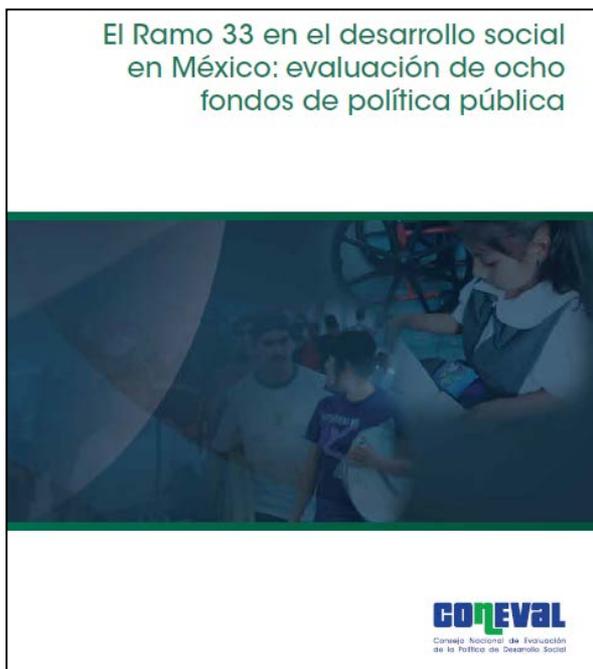
Lessons learned

The most substantial evidence on the impact of access to health services has emerged from a 3ie-supported synthetic review conducted by Lassi et al. (2010). However, all recommendations about which interventions are most effective at scaling up access to Maternal Neonatal and Child Health services (MNCH) are based on evidence from relatively small, localised studies, and Bhutta et al. (2008a) warn that any efforts to scale up interventions will need to take into account contextual factors.

Lecciones aprendidas (países subdesarrollados del África subsahariana, Asia y Latinoamérica)

- Los factores culturales son cruciales al momento de diseñar estrategias conductuales
 - **CONEVAL, Evaluación estratégica sobre la mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud**
- Intervenciones de salud basadas en la comunidad pueden reducir la mortalidad materno-infantil
- No existe evidencia sustancial en cuanto a el tipo y número de intervenciones que pueden utilizarse de forma escalonada ni si son costo efectivas

Documentos que incluyen evaluaciones al FASSA



http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/PDF_PUBLICACIONES/Ramo_33_PDF_02032011.pdf

<http://www.finanzas.df.gob.mx/fiscal/docs/fassa.pdf>

http://www.asf.gob.mx/uploads/56_Informes_especiales_de_auditoria/Diagnostico_sobre_la_Opacidad_en_el_Gasto_Federalizado_version_final.pdf

Evaluaciones externas al FASSA



- En **2008**, el CONEVAL coordinó un **diagnóstico** del Ramo 33, cuyo objetivo fue definir un protocolo de investigación para el documento de 2011.
- El diagnóstico consistió en una valoración del marco jurídico vigente en materia de fiscalización y gasto en los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal).
- Este diagnóstico se apoyó en tres estudios de caso que se construyeron a partir de entrevistas con funcionarios públicos de tres municipios del país.
- La selección de éstos se realizó con base en criterios poblacionales y del nivel de rezago social.

Evaluaciones externas al FASSA (2)



- De acuerdo con la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) en el capítulo V, artículos 29, 30 y 31, los estados y el Distrito Federal utilizarán los recursos del FASSA para ejercer las atribuciones que en términos de los artículos 3°, 13 y 18 de la Ley General de Salud (LGS) les competan.
- En otras palabras, **los recursos provenientes de este fondo deben utilizarse para atender los gastos de los servicios de salud**; lo anterior, respetando la Federación y las entidades federativas sus respectivas competencias en materia de salubridad general y coordinando sus atribuciones tal como se establece en los acuerdos de coordinación suscritos por la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo.

Evaluaciones externas al FASSA (3)



Los recursos del FASSA se distribuyen entre los estados con base en:

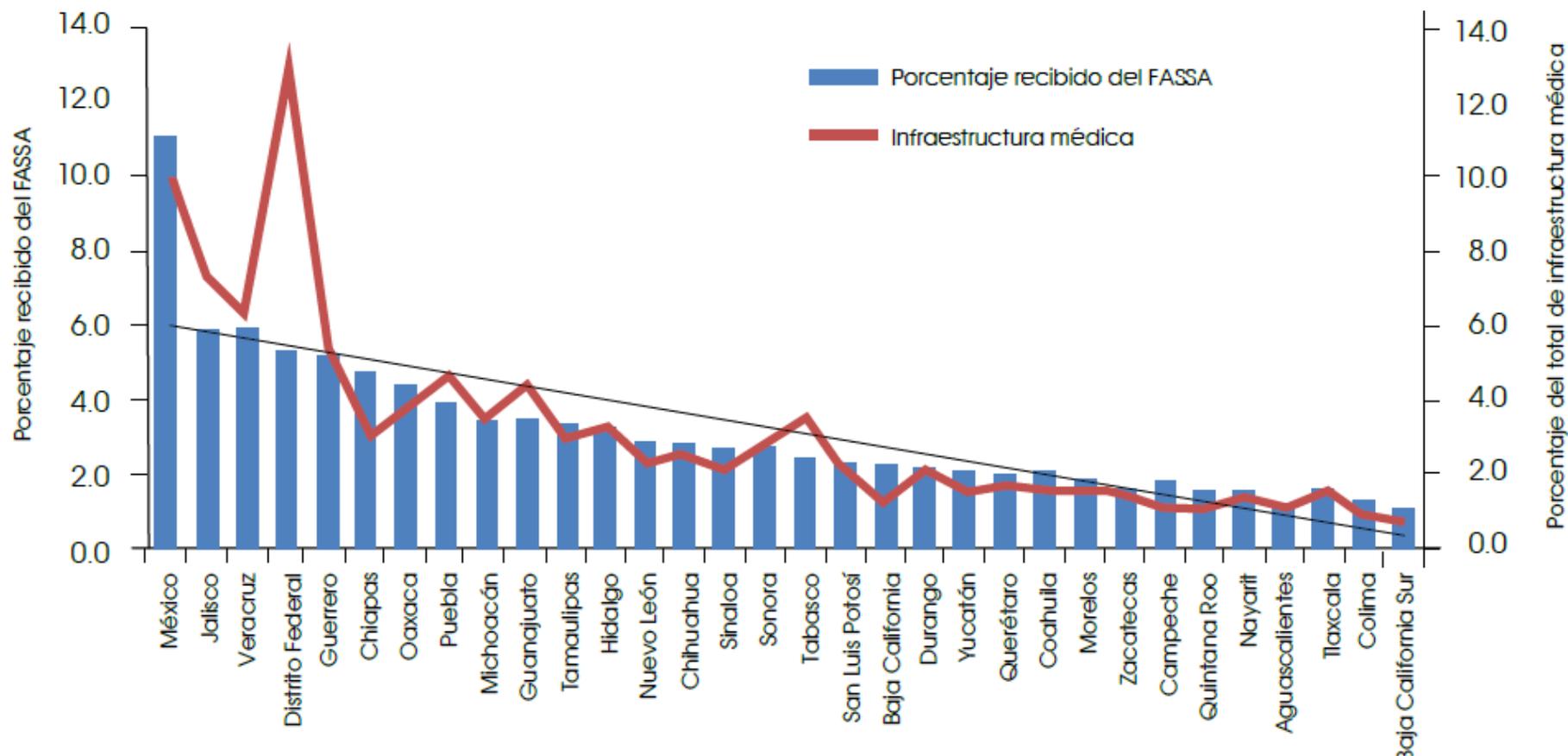
1. El inventario de **infraestructura médica**.
2. Las **plantillas de personal** empleado en cada entidad.
3. El **monto** de los recursos recibidos el **año anterior**.

Evaluaciones externas al FASSA (4)



- Los recursos adicionales se reparten mediante una **fórmula** que tiende a apoyar más a entidades con mayores necesidades en materia de acceso a servicios de salud.
- Aunque la LCF explícitamente indica que la Secretaría de Salud dará a conocer las cifras relevantes para el cálculo de la fórmula que se usará para distribuir los recursos adicionales, no especifica la **fuentes de los datos** sobre el inventario de **infraestructura médica** ni de las **plantillas de personal** empleado en cada entidad federativa.
- Art. 31 LCF: Se sigue utilizando el concepto de **“población abierta”**

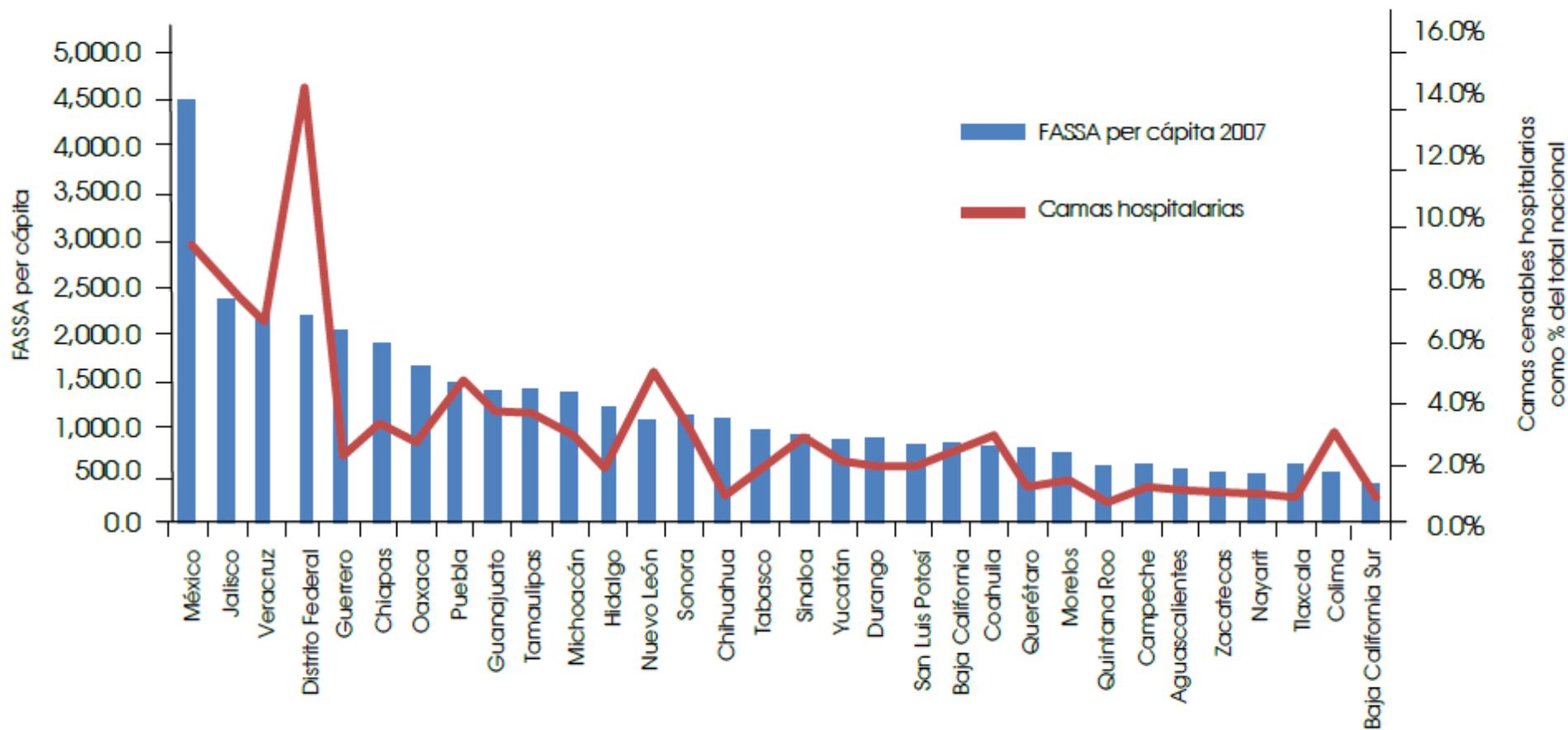
Gráfica 7. FASSA: distribución estatal 2007 frente a infraestructura médica estatal 2006 (% del total nacional)



Coeficiente de correlación $\rho = .83$

Fuente: estudio "Evaluación Estratégica del Ramo 33" desarrollado por El Colegio de México para el CONEVAL, 2009.

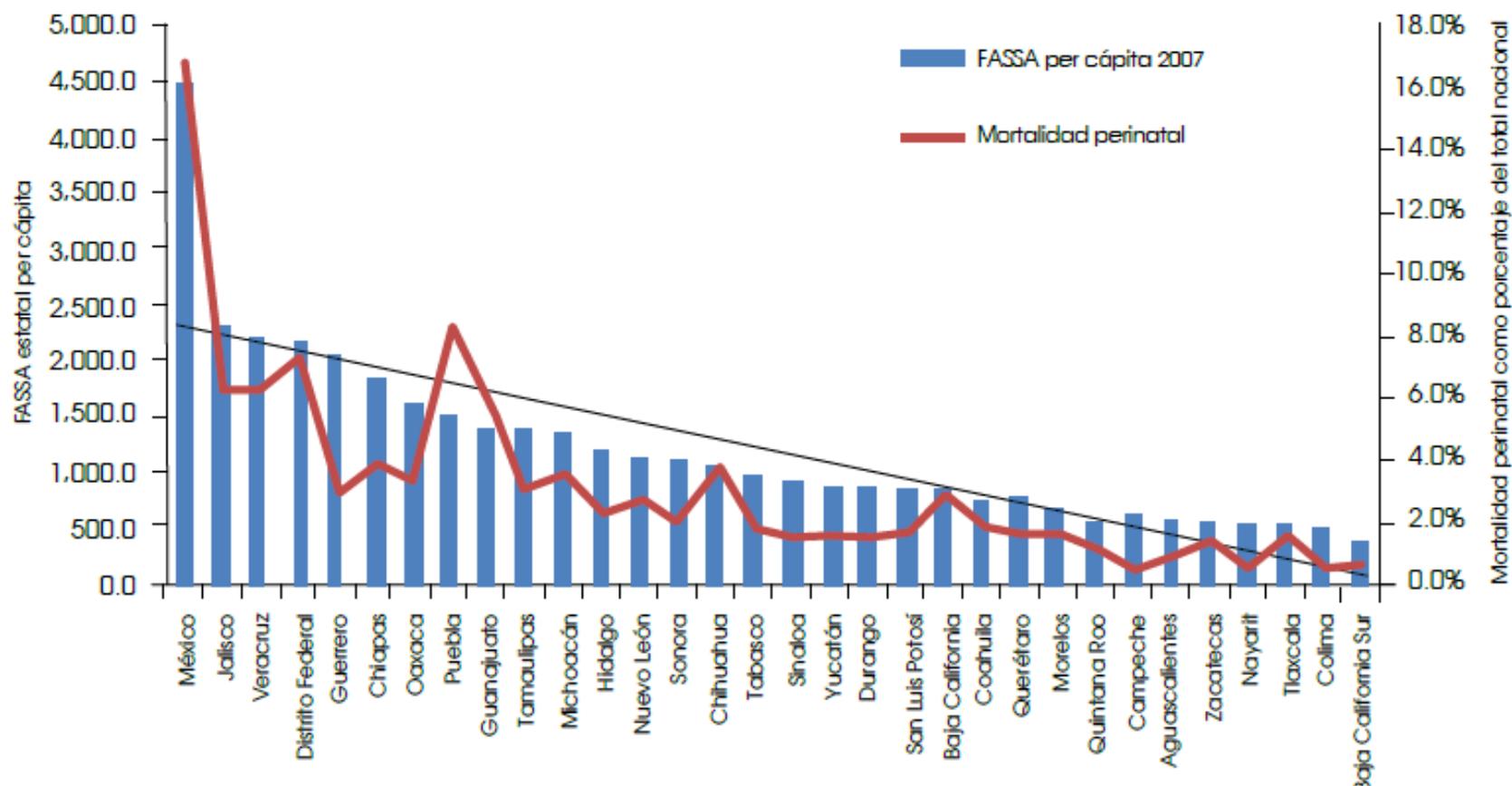
Gráfica 8. FASSA: distribución estatal 2007 frente a número de camas censables como porcentaje del total nacional, 2006



Coeficiente de correlación $\rho = .73$

Fuente: elaboración propia con datos del PEF 2007 y el INEGI, 2006.

Gráfica 9. FASSA: distribución estatal 2007 frente a número de defunciones en el periodo perinatal como porcentaje del total nacional, 2006



Coefficiente de correlación $\rho = .92$

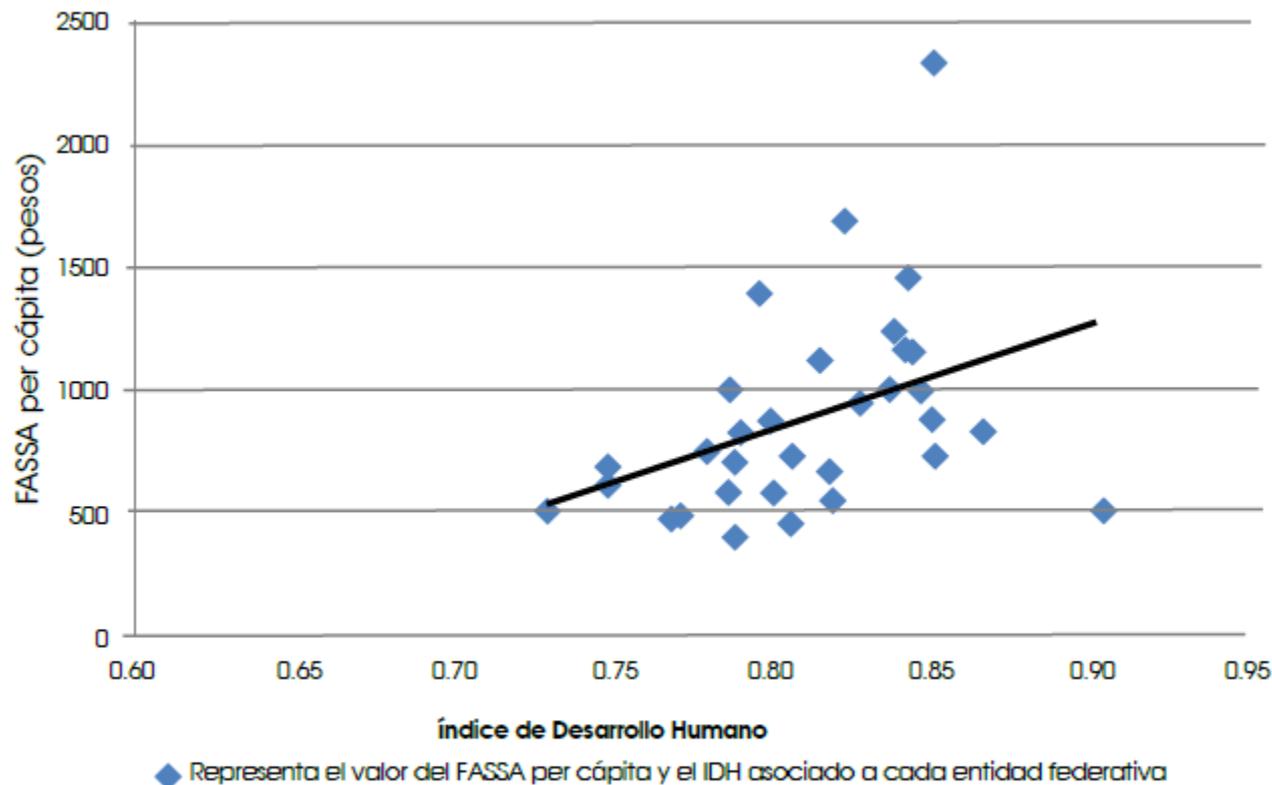
Fuente: elaboración propia con datos del PEF 2007 y el INEGI, 2006.

Evaluaciones externas al FASSA (4)



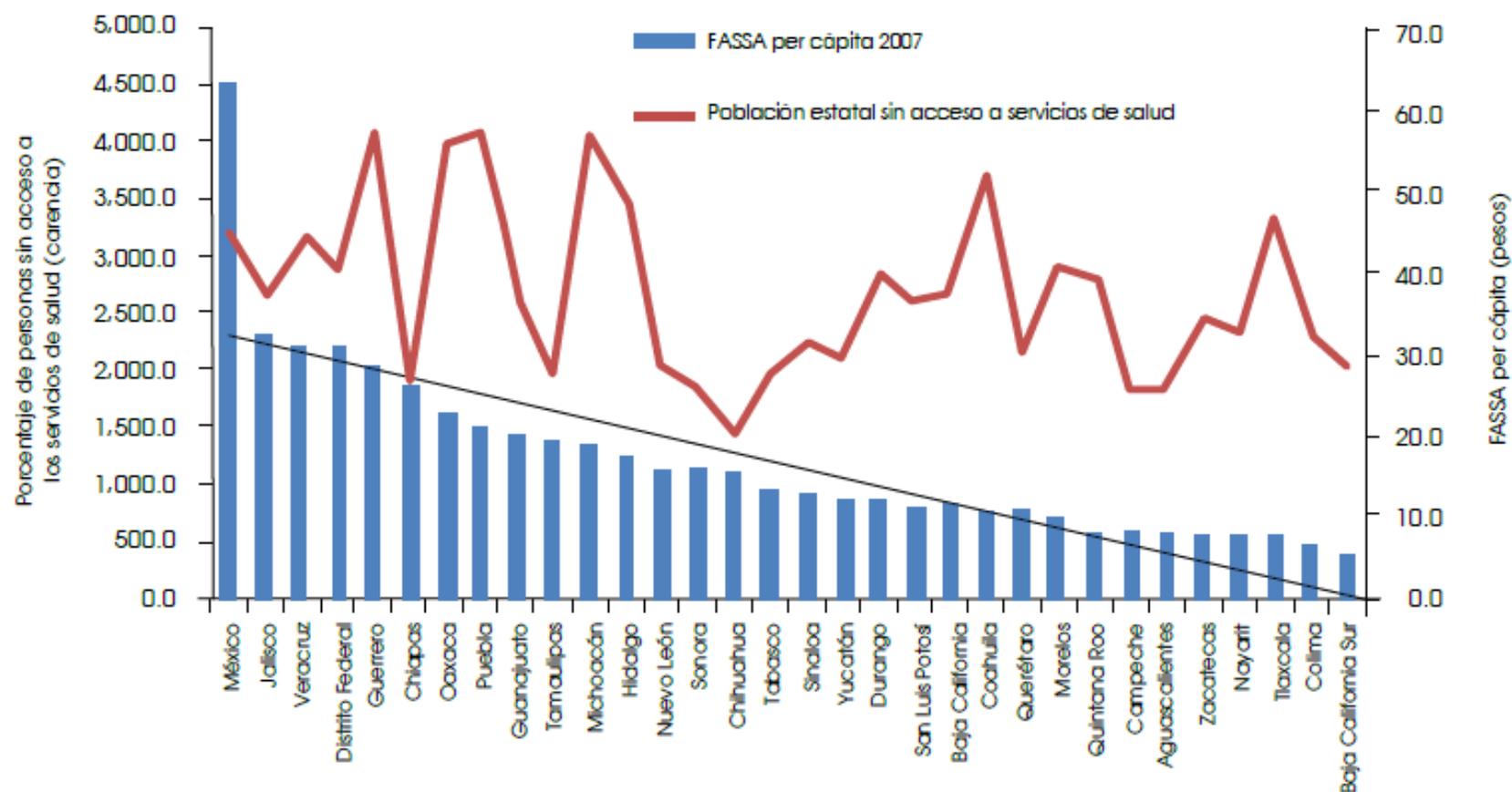
- En el trabajo de investigación “**Análisis sobre equidad y alternativas de asignación del FASSA**”, de Nelly Aguilera y Mariana Barraza-Lloréns (2009), se presentan estimaciones del **coeficiente de Gini** para las 32 entidades federativas durante el periodo 2000-2007, como una forma de analizar la concentración del gasto entre las entidades federativas, según fuentes de financiamiento de salud, entre las que se encuentran el FASSA, el Ramo 12: Salud, IMSS-OPORTUNIDADES y el gasto en servicios de salud de los gobiernos estatales.

Gráfica 10. Relación entre la asignación del FASSA y el Índice de Desarrollo Humano, 2005



Fuente: Aguilera y Barraza, 2009, en el marco del estudio desarrollado por El Colegio de México denominado "Estudios específicos 2009 de los temas incluidos en los fondos del Ramo General 33", a cargo del Dr. Carlos Chiapa para el CONEVAL

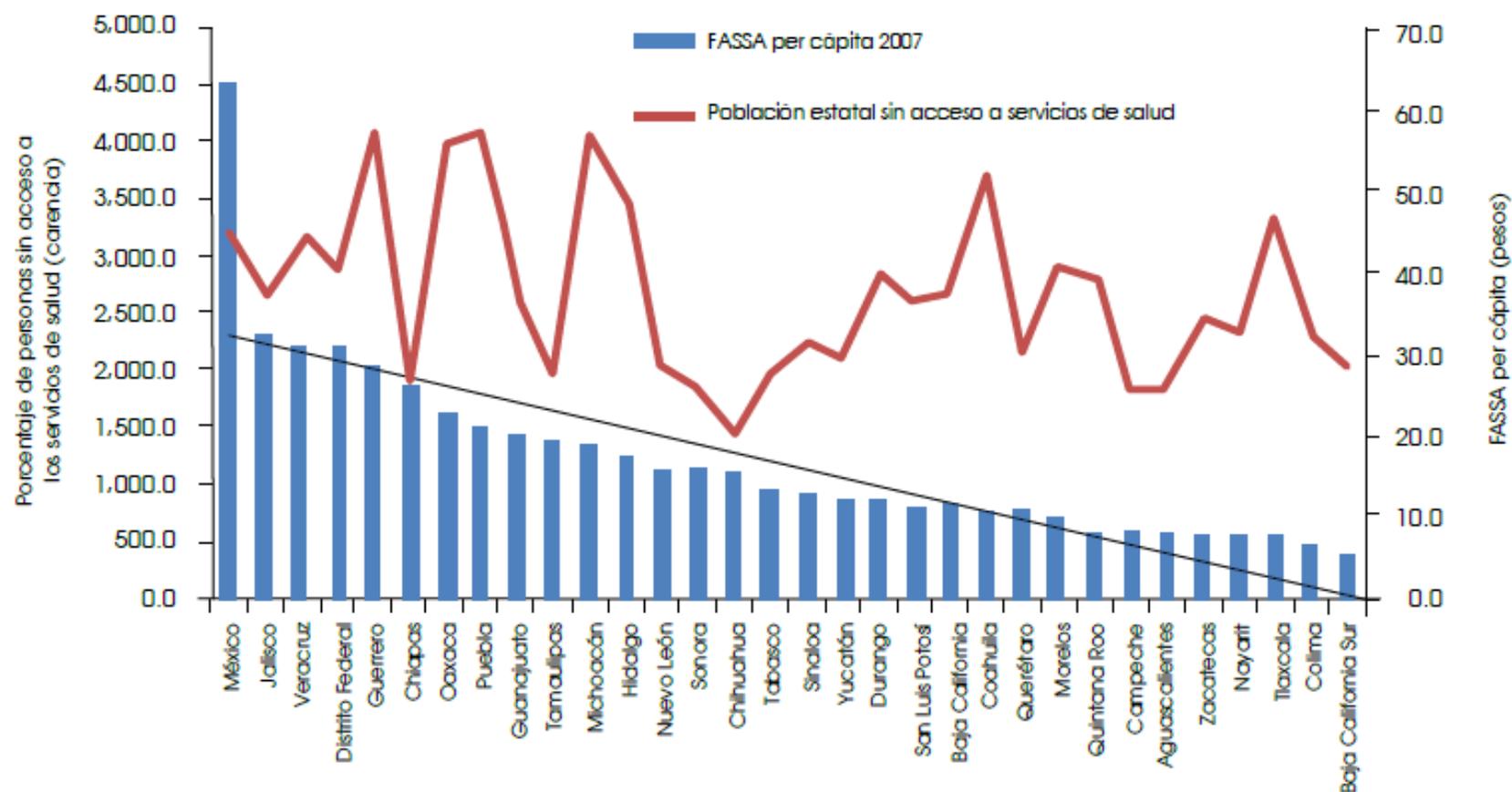
Gráfica 11. FASSA: distribución estatal 2007 frente a porcentaje estatal de personas sin acceso a los servicios de salud



Coefficiente de correlación $\rho = .32$

Fuente: elaboración del CONEVAL con datos del PEF 2007 y la "Medición multidimensional de la pobreza".

Gráfica 11. FASSA: distribución estatal 2007 frente a porcentaje estatal de personas sin acceso a los servicios de salud



Coefficiente de correlación $\rho = .32$

Fuente: elaboración del CONEVAL con datos del PEF 2007 y la "Medición multidimensional de la pobreza".

CONCLUSIONES



- La distribución de dicho fondo no se asocia a la atención de la carencia de acceso a servicios de salud en las entidades federativas
- Según la opinión de los funcionarios entrevistados, **los estados carecen de facultades para la operación de los fondos**, ya que no toman decisiones relevantes sobre la gestión de los recursos.
- Para la prestación de servicios de salud, **las entidades federativas utilizan tanto recursos propios como federales**. Los recursos que provienen de la Federación no se limitan a los obtenidos a través del FASSA; también reciben fondos por el Ramo 12 (Salud), el programa IMSS-OPORTUNIDADES y del Seguro Popular. Por lo tanto, es complicado y venturoso tratar de analizar el efecto aislado del FASSA en el sector salud en los estados en cualquier dimensión que pueda ser de interés.

Evaluaciones externas al FASSA (5)



- Evaluación del desempeño del ejercicio de los recursos federales 2011, DF
- Aspectos evaluados
 - Diseño
 - Planeación estratégica
 - Cobertura
 - Operación
 - Resultados

Evaluaciones externas al FASSA (6)



- Verificación de alineación del Programa Operativo Anual de Servicios de Salud Pública del DF con el PROSESA 2007-2012 y PND 2007-2012
- 98% de la población atendida en las unidades medicas de atención primaria en el GDF no cuentan con seguridad social

Evaluaciones externas al FASSA (7)



- Instrumento compuesto por 67 preguntas dicotómicas con explicación para cada una
- Análisis FODA
- Anexos
 - Características generales de los fondos y programas financiados
 - Objetivos estratégicos de los servicios de salud pública del DF
 - Entrevistas realizadas. Nombre de funcionarios y fechas
 - Instrumentos de recolección de información
 - Bases de datos de gabinete usadas en el análisis
 - Propuesta de MIR, fichas técnicas e indicadores

Evaluaciones externas al FASSA (8)



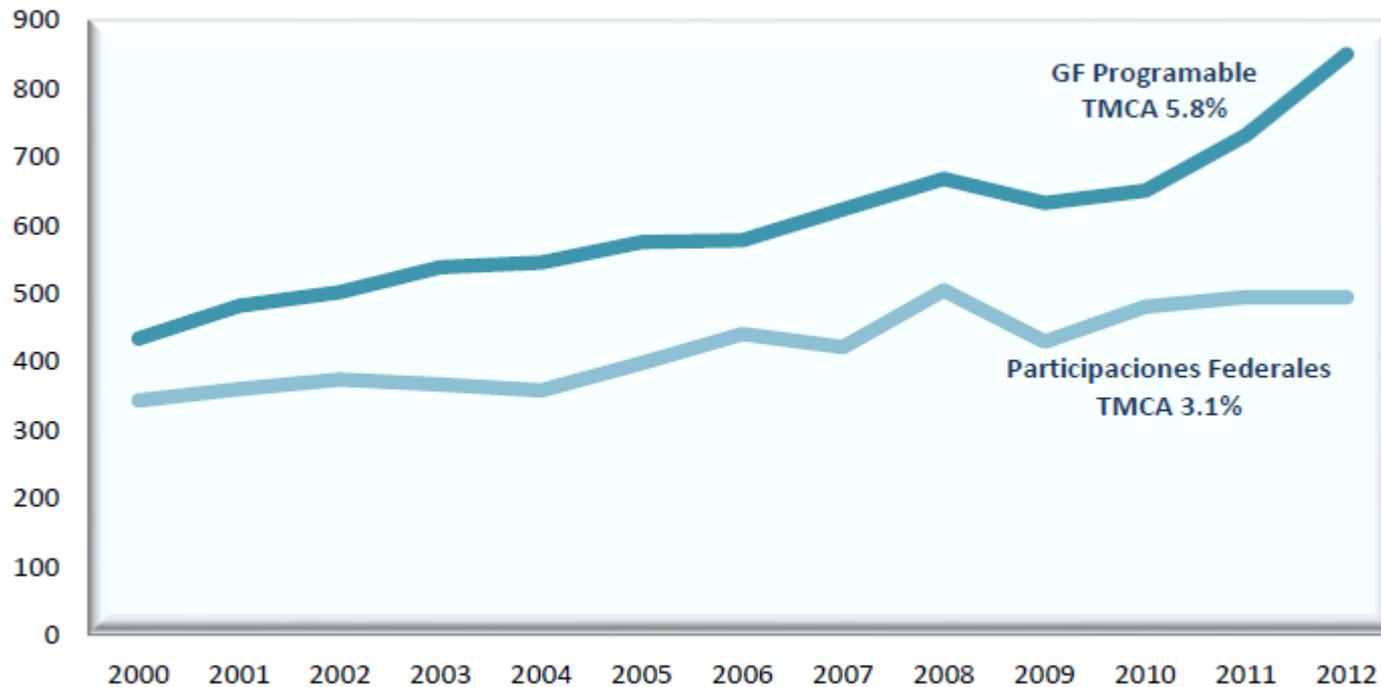
Diagnóstico sobre la opacidad en el gasto federalizado, ASF 2013

- En el lapso 2000-2012, el gasto federalizado ascendió a 13,269.9 mmdp, a precios de 2012, de los cuales el 58.8% correspondió al gasto federalizado programable (7,806.7 mmdp) que tuvo una tasa media de crecimiento (TMCA) del 5.8%; a su vez, las participaciones federales representaron el 41.2%, con una TMCA del 3.1%, su asignación en ese lapso fue de 5,463.2 mmdp.

Evaluaciones externas al FASSA (9)

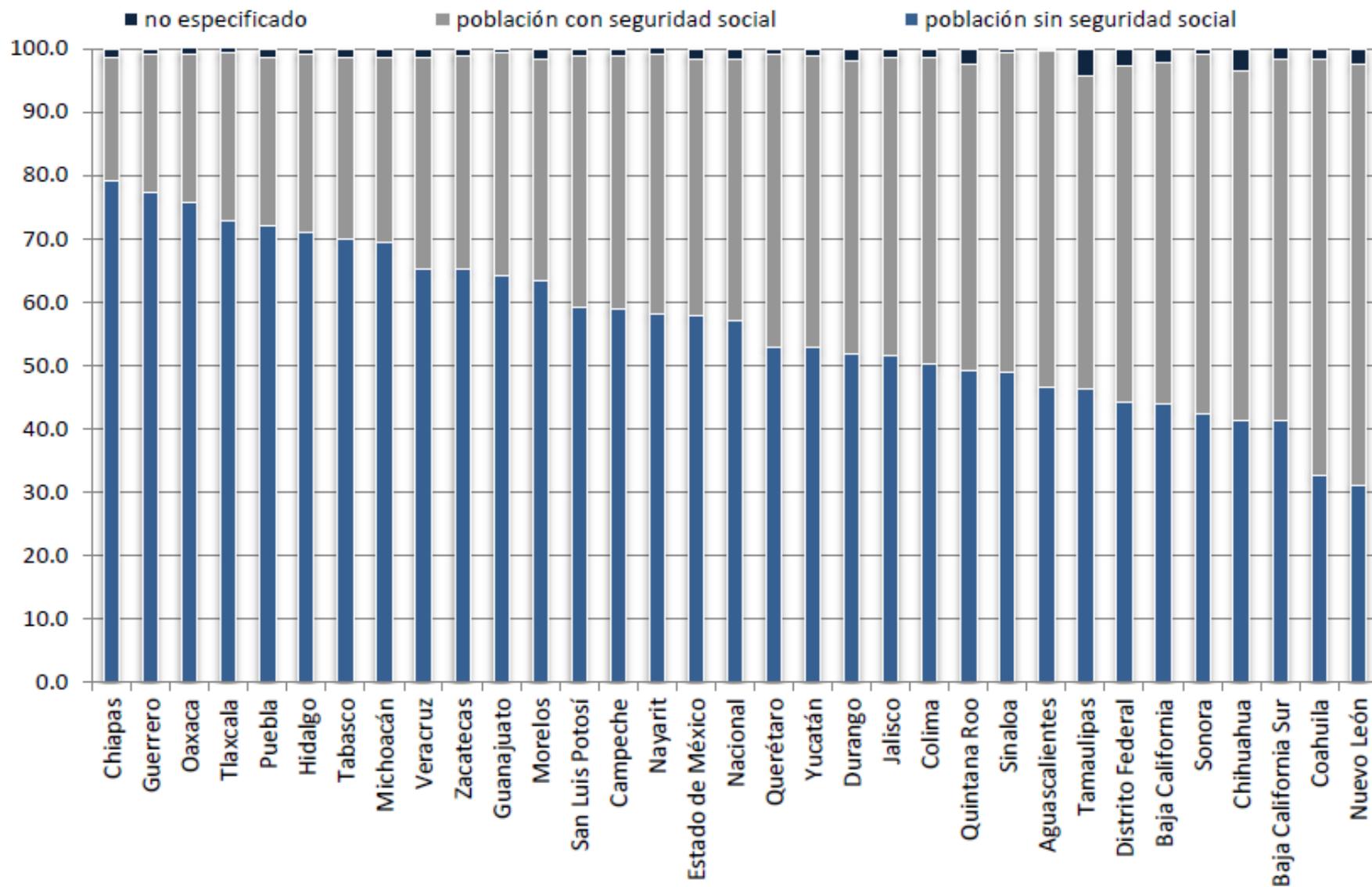


GASTO FEDERALIZADO PROGRAMABLE Y PARTICIPACIONES FEDERALES 2000-2012
(Miles de millones de pesos)



FUENTE: Elaborado por la ASF con datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de los años 2000-2012.

POBLACIÓN POR TIPO DE DERECHOHABIENTIA EN CADA ENTIDAD FEDERATIVA, 2010
(Porcentaje)



FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

Evaluaciones externas al FASSA (10)

INTEGRACIÓN DE LA PLANTILLA DE PERSONAL QUE SE PAGA CON LOS RECURSOS DEL FASSA

Personal federalizado

- Es aquel personal que la Federación paga antes y después de la descentralización del recurso que se realizó entre 1996 y 1998.

Personal homologado

- Es aquel personal que las entidades federativas pagaban con sus recursos propios, con un salario menor que el del personal federalizado, por lo que para homologar los sueldos, la Federación otorga la parte faltante por medio del FASSA.

Personal regularizado

- Se refiere al personal que las entidades federativas contrataron con la entrada del Seguro Popular el cual se regularizó entre 2007 y 2009, con prioridad para aquellos que estaban frente a paciente.

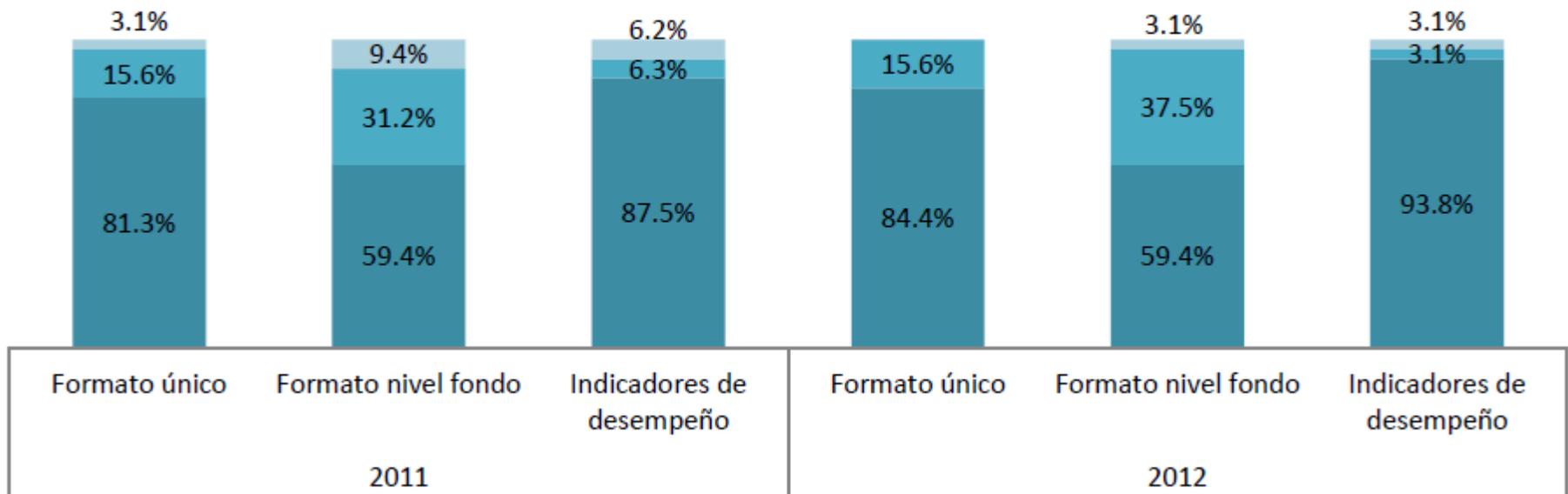
Personal por honorarios

- Personal contratado por este régimen.

Evaluaciones externas al FASSA (11)

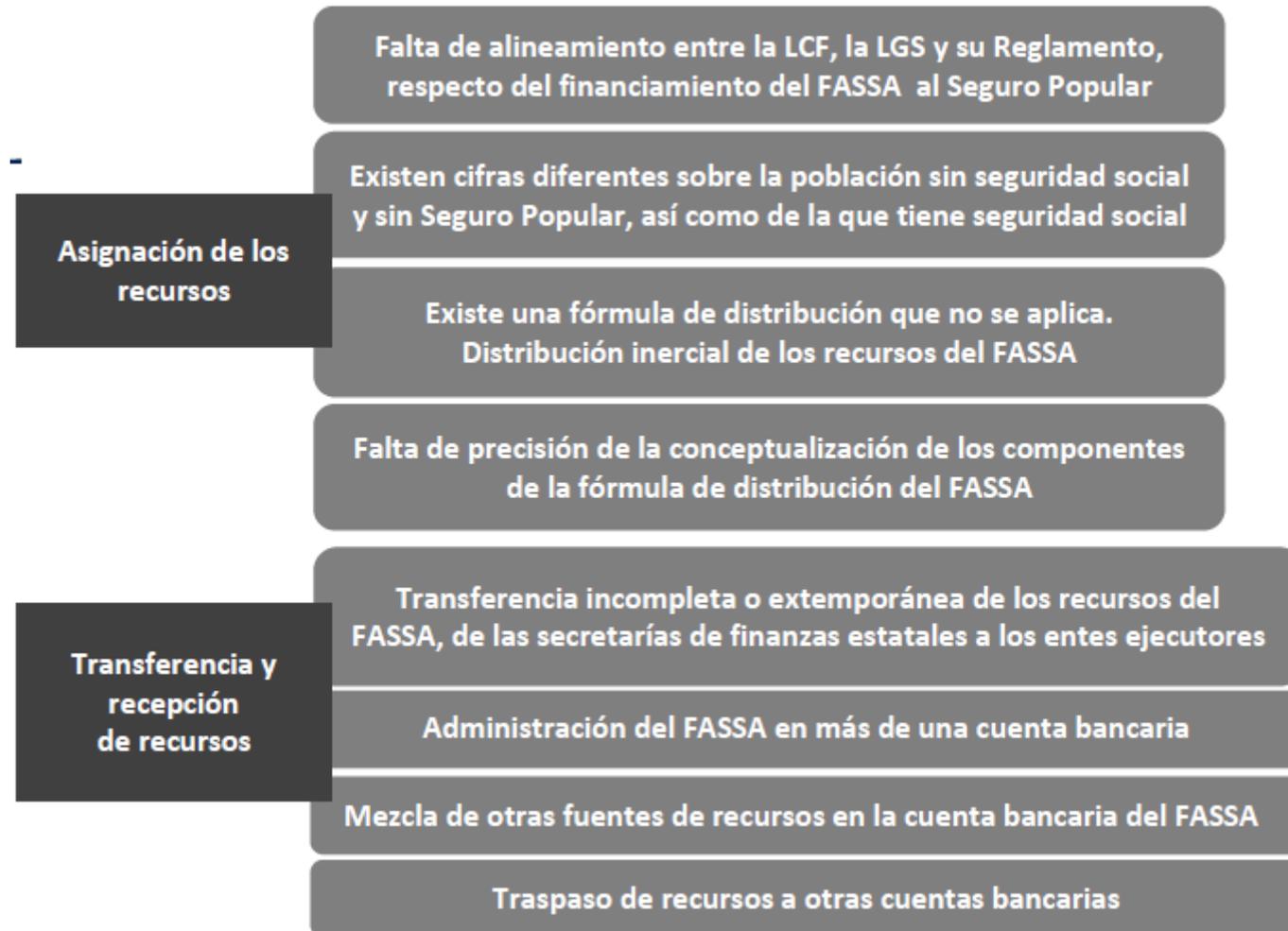
ENTREGA DE LOS INFORMES TRIMESTRALES SOBRE EL EJERCICIO, DESTINO Y RESULTADOS DEL FONDO A LA SHCP
(Porcentaje de entidades federativas)

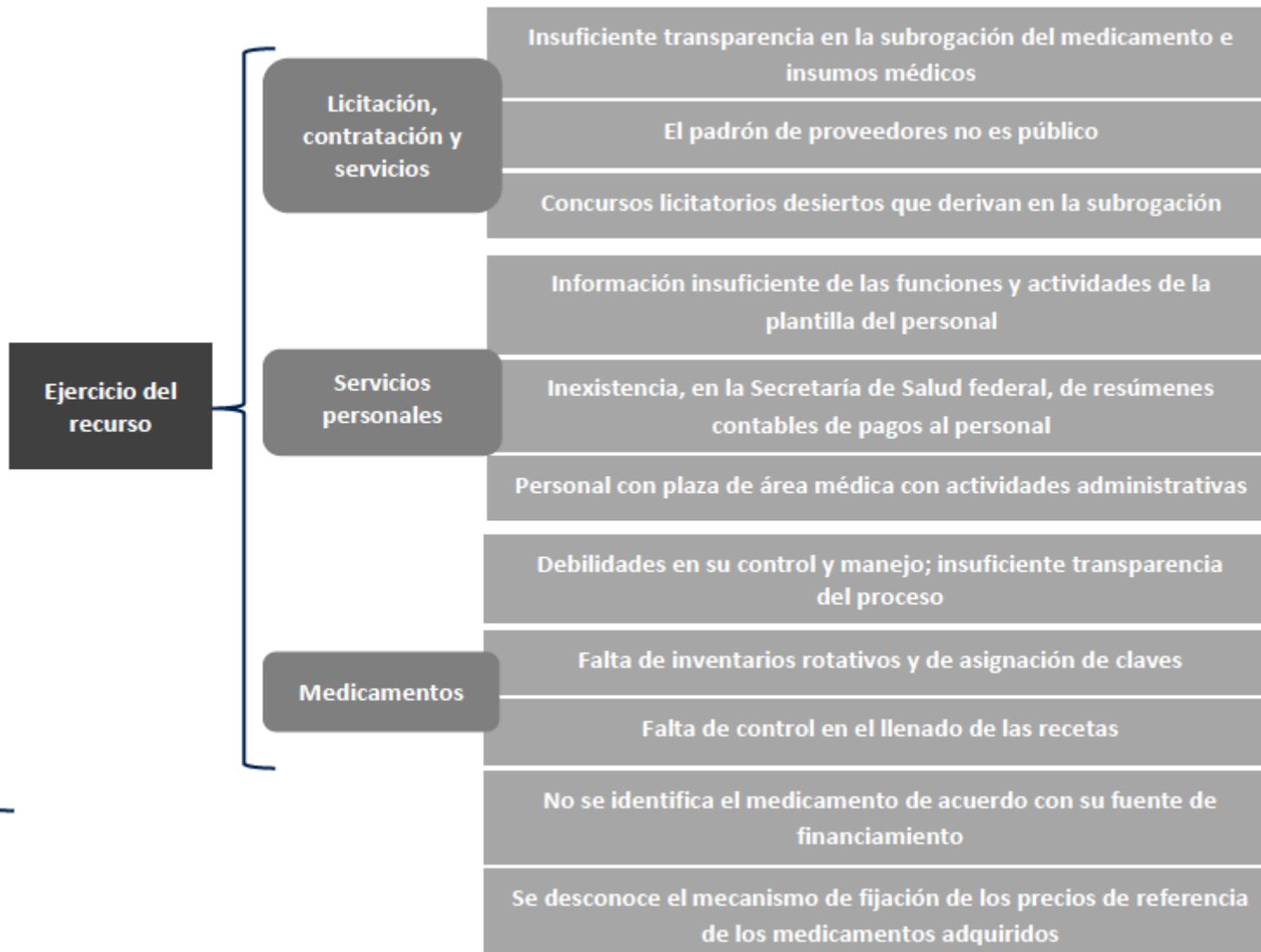
■ entregó los 4 informes trimestrales ■ no entregó al menos un informe trimestral ■ no entregó ningún informe trimestral



FUENTE: Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda, 2011 y 2012.

Áreas de opacidad del FASSA





Áreas de opacidad del FASSA



Áreas de opacidad del FASSA

Estructura y calidad de los indicadores de desempeño

Los indicadores tienen una perspectiva sectorial para la población sin seguridad social, salvo cuatro que se refieren a las subfunciones del FASSA

Las variables de los indicadores no están definidas con suficiencia, ni explícitas

Evaluación de resultados

La mayoría de las entidades no realiza evaluaciones del FASSA en los términos de la LFPRH

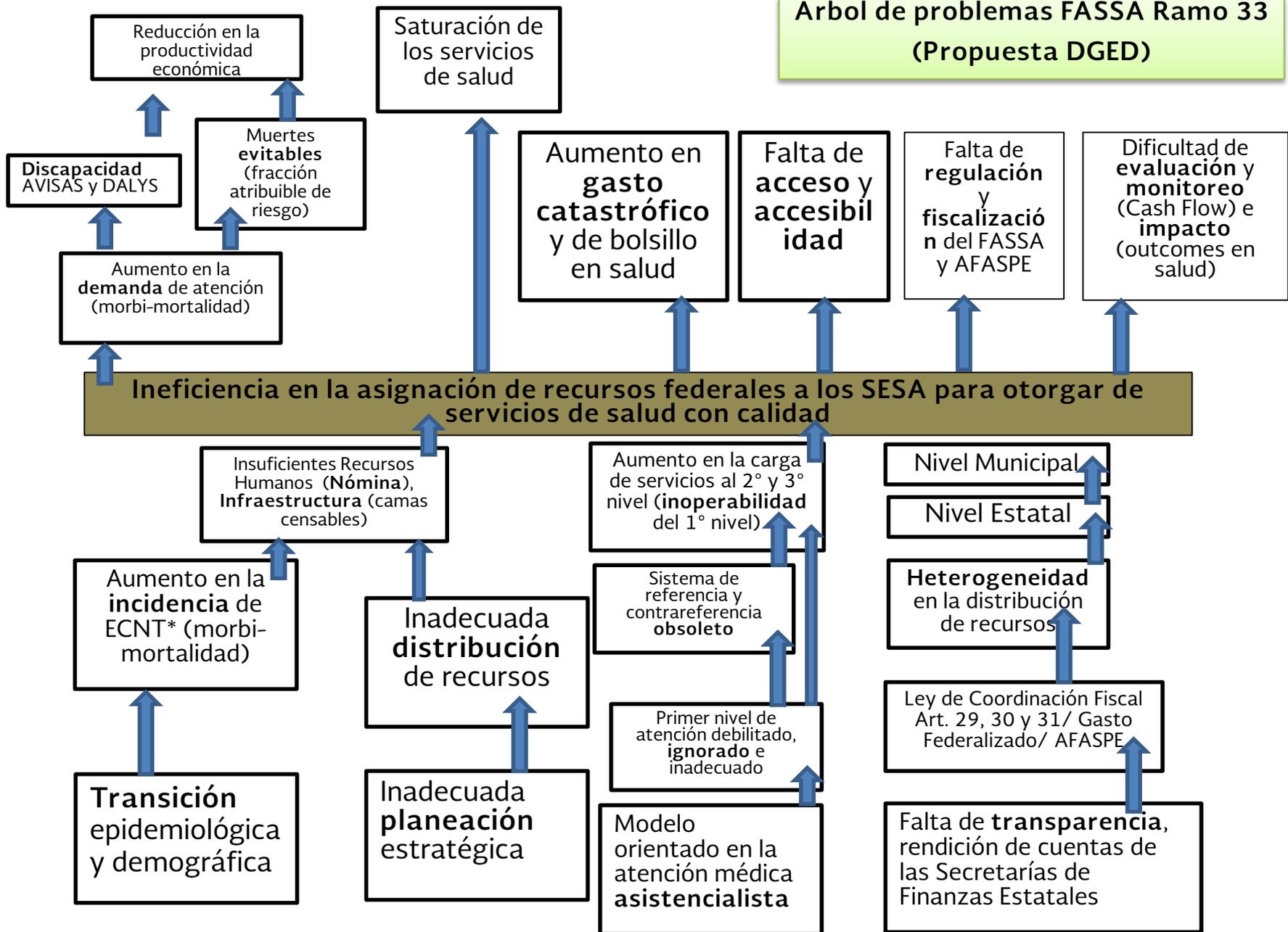
Participación social

Insuficiente avance y alcance de la estrategia de participación social basada en los avales ciudadanos

No se hacen del conocimiento público las unidades de salud acreditadas

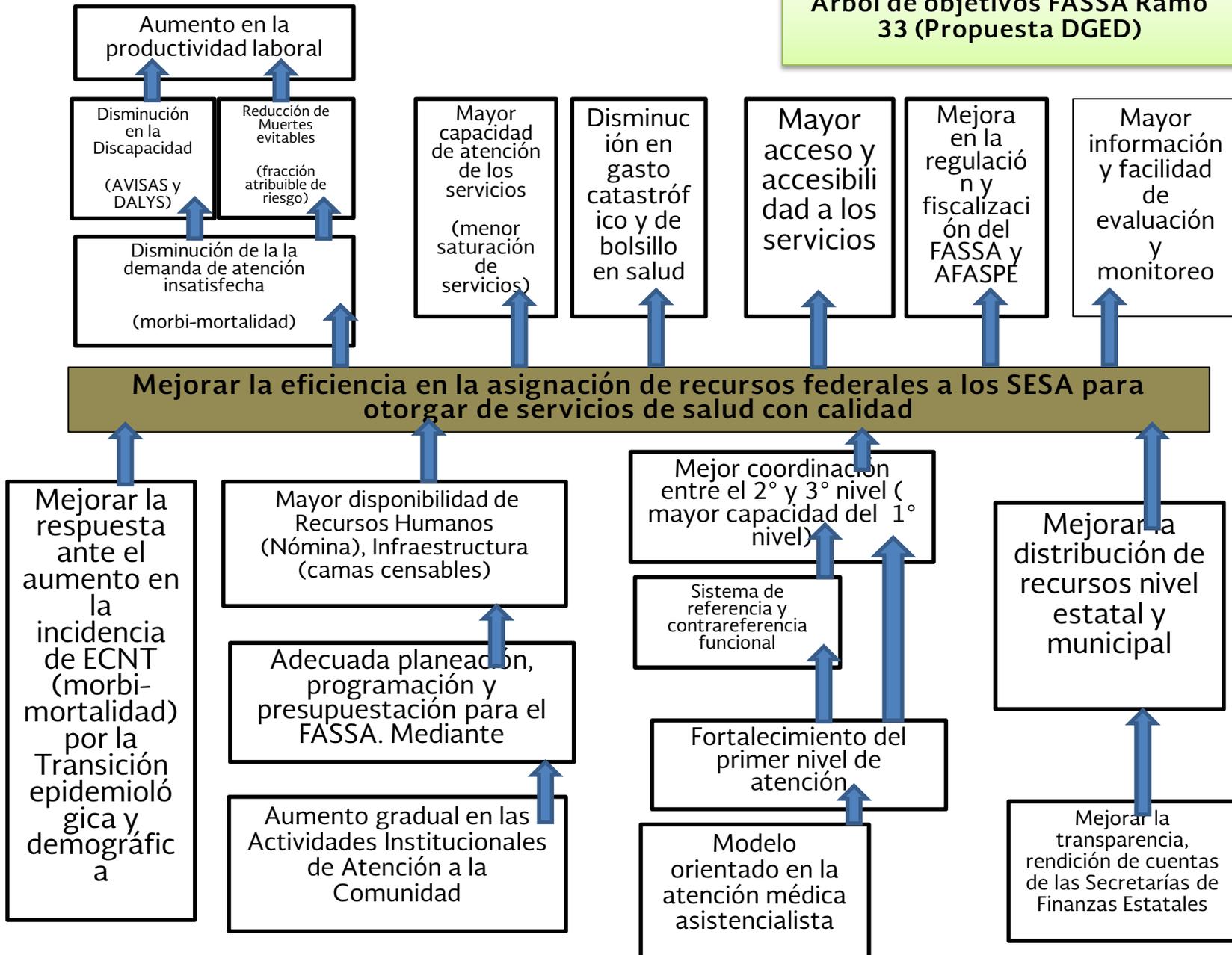
Metodología de Marco Lógico aplicada al FASSA: propuesta 2015

**Árbol de problemas FASSA Ramo 33
(Propuesta DGED)**



*ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Árbol de objetivos FASSA Ramo 33 (Propuesta DGED)



*ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

ruben.lopezm@salud.gob.mx

ruben.lopezmol@gmail.com