

## **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

### **Salud Materna y Perinatal**

Auditoría de Desempeño: 2017-5-12L00-07-0226-2018

226-DS

#### ***Criterios de Selección***

- Fortalecer los mecanismos de operación; impulsar la utilización de sistemas de medición del desempeño.
- Fomentar la calidad de los bienes y la prestación de los servicios.
- Fortalecer los mecanismos de control.

#### ***Objetivo***

Fiscalizar el programa "Salud materna, sexual y reproductiva" para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

#### **Consideraciones para el seguimiento**

Los resultados, observaciones y acciones contenidos en el presente informe individual de auditoría se comunicarán a la entidad fiscalizada, en términos de los artículos 79 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 39 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación, para que en un plazo de 30 días hábiles presente la información y realice las consideraciones que estime pertinentes.

En tal virtud, las recomendaciones y acciones que se presentan en este informe individual de auditoría se encuentran sujetas al proceso de seguimiento, por lo que en razón de la información y consideraciones que en su caso proporcione la entidad fiscalizada, podrán confirmarse, solventarse, aclararse o modificarse.

#### ***Alcance***

La auditoría comprendió la revisión de la conducción de la política de salud materna y perinatal en sus procesos de regulación, planeación, capacitación, supervisión, asesoría y evaluación; el otorgamiento de subsidios; el acceso de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a servicios de salud con calidad; la reducción de la mortalidad materna y neonatal; el cumplimiento del objetivo de contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; el ejercicio de los recursos; el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva"; el sistema de control interno; la rendición de cuentas, y el avance en el

cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La revisión correspondió al ejercicio 2017, y tuvo como referente los resultados del periodo 2013-2016.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de esta auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del programa de salud materna y perinatal.

### **Antecedentes**

La salud materna y perinatal son temas altamente relevantes para las sociedades y constituyen el centro de los derechos a la salud. Desde el comienzo del siglo pasado, las políticas de salud en el mundo han privilegiado la maternidad segura y la supervivencia infantil; la primera orientó su atención en la mortalidad materna para ampliarse al enfoque de la salud reproductiva, considerando la condición social de la mujer, y luego en los derechos reproductivos.<sup>1/</sup>

La intervención gubernamental en el tema de la salud materna y perinatal se inició formalmente en la Secretaría de Salud, en 1971, con la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, que tenía como objetivo proporcionar a la población abierta los servicios requeridos durante el embarazo, parto y puerperio.<sup>2/</sup>

De acuerdo con las estadísticas del Banco Mundial,<sup>3/</sup> para 1990 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en México era de 90 mujeres fallecidas durante el embarazo o parto por cada 100,000 nacidos vivos, cifra superior en 350.0% al promedio de los países de la OCDE (20 defunciones por cada 100 mil nacimientos). En el caso de la mortalidad neonatal, en ese año se registraba una tasa de 15.6 defunciones por cada 1,000 nacimientos, superior en 160.0% al promedio de los países de la OCDE (6 defunciones por cada 1,000 nacimientos).

En 1994, de acuerdo con la estrategia de modernización administrativa, se fusionaron la Dirección General de Planificación Familiar y la Dirección General de Atención Materno Infantil de la SS, dando origen a la Dirección General de Salud Reproductiva, bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Servicios de Salud.<sup>4/</sup>

Un año más tarde, se publicó la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y

---

<sup>1/</sup> Secretaría de Salud, **Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018**, México, 2013, p. 15.

<sup>2/</sup> Secretaría de Salud, **Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**, México, 2017, p. 3.

<sup>3/</sup> Banco Mundial, disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/>, México, 2018.

<sup>4/</sup> Secretaría de Salud, **Diagnóstico del Programa presupuestario P020**, México 2016, p. 4. Disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep\\_2016/P020\\_2015\\_DIAGNOS\\_COMPLEMENTARIA.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep_2016/P020_2015_DIAGNOS_COMPLEMENTARIA.pdf)

procedimientos para la prestación del servicio”, con el objetivo de establecer los parámetros que regularan estas actividades en el territorio nacional.<sup>5/</sup>

En el 2000, si bien la RMM en México se había reducido, al registrarse 77 mujeres fallecidas durante el embarazo o parto por cada 100,000 nacidos vivos, se mantenía 327.8% por arriba del promedio de los países de la OCDE (18 defunciones por cada 100 mil nacimientos). En el caso de la mortalidad neonatal, de 1990 al 2000 se redujo el índice de neonatos fallecidos, al pasar de 15.6 defunciones por cada 1,000, a 12.7 defunciones por cada 1,000 nacimientos; sin embargo, la brecha entre este resultado y el promedio de los países de la OCDE (4.1 defunciones por cada 1,000 nacimientos) se amplió, al pasar de 160.0% a 209.7%, en el mismo periodo.<sup>6/</sup>

En ese año, se creó la Coordinación del Programa de Mujer y Salud (CPMS), con la misión de promover una visión de la salud a lo largo del ciclo vital de la mujer y disminuir las inequidades de género en salud; atendiéndola no sólo como usuaria de servicios de salud, sino como trabajadora de la salud a nivel profesional, familiar y comunitario.<sup>7/</sup>

Posteriormente a la fusión de áreas referentes a la atención de la salud de la mujer, en septiembre de 2003, se creó el CNEGSR, órgano desconcentrado de la SS,<sup>8/</sup> el cual, con la publicación del Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, en 2004, asumió la responsabilidad de operar las políticas nacionales en materia de salud reproductiva,<sup>9/</sup> incluyendo la salud materna y perinatal, con la misión de contribuir a incorporar la perspectiva de género en salud, y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, mediante programas y estrategias sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos.

Para el 2010, la RMM fue de 45 mujeres fallecidas durante el embarazo o parto por cada 100,000 nacidos vivos, superior en 275.0% al promedio de los países de la OCDE (12 defunciones por cada 100 mil nacimientos). En el caso de la mortalidad neonatal, se registró una tasa de 8.7 defunciones por cada 1,000 nacimientos, superior en 200.0% al promedio de los países de la OCDE (2.9 defunciones por cada 1,000 nacimientos), con lo cual se mantuvo la distancia registrada en el 2000 entre la tasa de mortalidad neonatal en México y la de los países de la organización (209.7%).

Al respecto, en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 se estableció el objetivo 2.3. “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, y en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA)

---

<sup>5/</sup> Diario Oficial de la Federación, **NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio**, 6 de enero de 1995.

<sup>6/</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), disponible en <https://stats.oecd.org/>, México, 2018.

<sup>7/</sup> Secretaría de Salud, **Diagnóstico del Programa presupuestario P020**, México, 2016, p. 5. Disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep\\_2016/P020\\_2015\\_DIAGNOS\\_COMPLEMENTARIA.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep_2016/P020_2015_DIAGNOS_COMPLEMENTARIA.pdf)

<sup>8/</sup> Secretaría de Salud, **Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**, México 2017, p. 5.

<sup>9/</sup> Diario Oficial de la Federación, **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**, 19 de enero de 2004.

2013-2018, el objetivo 4. “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”.

A partir de 2013, la SS y el CNEGSR operaron el “Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018” con los objetivos de “Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos” y “Contribuir a reducir la mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo”.<sup>10/</sup>

Para la operación de este programa de acción específico, el CNEGSR contó, hasta 2015, con dos programas presupuestarios: U007 “Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica” y P017 “Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud”; sin embargo, para 2016, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dispuso la fusión de los dos programas en el nuevo programa presupuestario P020 “Salud materna, sexual y reproductiva”, con el objetivo de “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante acciones de salud materna, sexual y reproductiva, prevención y atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género”.

## **Resultados**

### **1. Regulación de la política de salud materna y perinatal**

En cuanto a la elaboración, actualización y abrogación de los instrumentos normativos de la política pública de salud materna y perinatal, se verificó que el CNEGSR actualizó, conforme a lo programado, el Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica.

El marco normativo en materia de salud materna y perinatal se conforma por los documentos siguientes: el Manual de Organización del CNEGSR; las normas oficiales mexicanas NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento, y NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; el Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, y los Convenios en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública firmados con las entidades federativas.

Las normas oficiales mexicanas en materia de salud materna y perinatal, vigentes en 2017 fueron: la NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento, y NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, las cuales, de acuerdo con la fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación y con la reglamentación que señala que las normas oficiales mexicanas tienen que ser revisadas o actualizadas dentro de los cinco años siguientes a la

---

<sup>10/</sup> Secretaría de Salud, **Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018**, México, 2014, p. 11.

publicación de la declaratoria de vigencia, se encuentran dentro del plazo de vigencia, respecto de su última revisión y actualización.

En cuanto al diseño de los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas de 2017, en términos generales, permitió coordinar la operación del PAESMP 2013-2018, y regular la ministración de subsidios e insumos para su operación, ya que estableció las obligaciones del CNEGSR para el control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación del destino y aplicación de los subsidios e insumos ministrados, así como para las entidades federativas en materia presupuestaria, como el registro y aplicación del gasto, además de las contrataciones de recursos humanos y materiales, y aspectos de control y supervisión, como el resguardo de la documentación comprobatoria y los informes trimestrales. Asimismo, en los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas de 2017 se incluyeron indicadores asociados al presupuesto ministrado en cada entidad federativa, lo cual permite supervisar las acciones realizadas con los recursos ministrados.

## **2. *Planeación de la política de salud materna y perinatal***

La planeación de mediano plazo de la política de salud materna y perinatal está incluida en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal (PAESMP) 2013-2018; para atender el problema de la mortalidad materna y perinatal, en este documento se incorporaron los objetivos de “Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos” y “Contribuir a reducir la mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo”, los cuales son congruentes con los objetivos y estrategias de la planeación nacional y sectorial.

Asimismo, en el PAESMP 2013-2018 se establecieron seis indicadores: “Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional”, “Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional”, “Cobertura de Tamiz Neonatal”, “Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer”, “Razón de Mortalidad Materna” y “Tasa de Mortalidad Neonatal”.

Sobre la planeación de corto plazo, en 2017, el CNEGSR contó con el Programa Anual de Trabajo (PAT) de salud materna y perinatal, en el cual se planearon actividades, con sus respectivos indicadores y metas, para las líneas de acción del PAESMP 2013-2018.

En cuanto a la planeación anual, que el CNEGSR debía realizar en conjunto con las entidades federativas, el centro acreditó contar con el Sistema de Información para la Administración del Fondo de Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), el cual es el instrumento para coordinar la planeación del desarrollo integral de cada entidad federativa.

### **3. Capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud**

Para 2017, el CNEGSR, no emitió estrategias de capacitación para la actualización técnica y humanística del personal activo relacionado con el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

En 2017, el CNEGSR planeó: un curso de emergencia obstétrica en cada entidad federativa; seis talleres de lactancia materna, y un taller de procesamiento y control de calidad de la leche humana a las entidades federativas que cuentan con banco de leche humana. Sin embargo, no acreditó disponer de un diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud, que permitiera planear las actividades de capacitación de los recursos humanos responsables de la prestación de servicios en materia de salud materna y perinatal; tampoco dispuso de información para evaluar la cobertura de capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud.

Para documentar la mejora en las competencias del personal capacitado, el CNEGSR aplicó cuestionarios, en los que se midió el conocimiento antes y después del curso del personal que asistió a los talleres de lactancia materna; no obstante, no acreditó que, con base en los resultados de los cuestionarios, realizara un diagnóstico de la mejora en las competencias del personal capacitado.

#### **2017-5-12L00-07-0226-07-001 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva emita estrategias de capacitación para la actualización técnica y humanística del personal activo relacionado con la salud materna y perinatal, a fin de elevar la calidad de la atención, en términos del apartado VI, "Descripción de funciones", del Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, e informe a la Auditoría Superior de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### **2017-5-12L00-07-0226-07-002 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva elabore un diagnóstico para la capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud, a fin de planear las actividades de capacitación de los recursos humanos responsables de la prestación de servicios de salud reproductiva en las entidades federativas, para fortalecer las capacidades locales, en términos del apartado VI, "Descripción de funciones", del Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

2017-5-12L00-07-0226-07-003 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente mecanismos para disponer de información que permita evaluar la cobertura de capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud, a fin de brindar atención materna y perinatal segura y competente, en términos del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, y del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

2017-5-12L00-07-0226-07-004 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva cuente con mecanismos que permitan conocer en qué medida mejoraron las competencias del personal capacitado en materia de salud materna y perinatal, a fin de brindar atención segura y competente, en términos del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, y del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

**4. Supervisión a los Servicios Estatales de Salud**

Para 2017, el CNEGSR contó con la guía de supervisión estatal, documento en el que se establece la metodología para realizar las supervisiones a los Servicios Estatales de Salud. Dicha metodología consiste en el empleo de seis cédulas de supervisión, con las cuales se verifican los procesos de atención de las mujeres embarazadas, a fin de supervisar la calidad de la prestación de los servicios en materia de salud materna y perinatal. Los resultados obtenidos con la aplicación de las cédulas se integran en un informe de supervisión, registrándose los porcentajes de avances y los compromisos establecidos, los cuales se evalúan en las siguientes visitas.

Para la planeación de las supervisiones, el CNEGSR contó con el programa de visitas de supervisión a los Servicios Estatales de Salud de 2017, en el cual se programaron 37 visitas para las 32 entidades federativas.

En cuanto a la planeación de las supervisiones, la entidad fiscalizada acreditó que, en todos los años se programa, por lo menos, una visita a cada entidad federativa, y que, con base en los resultados de los indicadores del programa, elabora un tablero comparativo del comportamiento de la mortalidad materna y perinatal en las entidades federativas, y se desarrolla un listado con semaforización de prioridades de supervisión; además de que toma en cuenta la región geográfica para optimizar la salida de recursos.

En 2017, el CNEGSR acreditó 41 visitas de supervisión, cuatro más que las programadas (37 visitas), con los objetivos de: analizar, en forma conjunta con la entidad federativa, las estrategias integrales implementadas en la reducción de muerte materna, con base en el PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018; verificar el avance en el cumplimiento de indicadores estratégicos propios del estado; evaluar la vigilancia epidemiológica de la muerte materna mediante la notificación oportuna, estudio de caso, instalación y funcionalidad de los Comités de Prevención, Estudio, y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal y en la operación de la BIRMM;<sup>11/</sup> verificar el proceso de planificación y gestión de recursos humanos, físicos, materiales y financieros, que garanticen contar con servicios oportunos y completos en la atención de la mujer de alto riesgo, desde la etapa pregestacional, prenatal, parto y puerperio, y evaluar el ejercicio de recursos.

De seis entidades federativas (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Nayarit y Sonora) el CNEGSR no dispuso de información para acreditar que, en las visitas de supervisión de 2017, evaluó el ejercicio de recursos ministrados con cargo al programa presupuestario P020.

Los principales hallazgos identificados por el CNEGSR en las visitas de supervisión de 2017 se refieren a: la falta de un diagnóstico situacional, que incluya datos sociodemográficos, análisis de la mortalidad materna, y metas e indicadores del programa, lo que permitiría evaluar sus resultados; el desconocimiento del personal directivo de las estrategias comunitarias en salud materna, lo que limitó la implementación de las mismas; la falta de programas de capacitación; el desconocimiento del personal del primer nivel de atención en la elaboración del censo de embarazo; las deficiencias en la gestión oportuna de insumos, reactivos, material de curación, recursos humanos y equipamiento para la adecuada atención de la emergencia obstétrica; la falta del llenado del partograma en las pacientes, y la ausencia de estrategias estatales para el incremento de la consulta de puerperio y del plan de seguridad en el expediente clínico, de conformidad con la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo el parto y puerperio y de la persona recién nacida.

Para dar seguimiento a la atención de las deficiencias detectadas en las supervisiones, el CNEGSR contó con el reporte sistematizado de seguimiento a compromisos 2017, en el cual se registraron 2,394 compromisos en las 32 entidades federativas, de los cuales, mediante las visitas de supervisión, se solventaron 431, se encontraron en proceso 1,145, y quedaron pendientes 818 para 2018.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-005 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente mecanismos para supervisar a los Servicios Estatales de Salud en materia de salud materna y perinatal, que aseguren que se cumplan en todas las supervisiones los objetivos de éstas, a

---

<sup>11/</sup> Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas. El proceso de la BIRMM utiliza pruebas estadísticas para analizar las diferencias en cuanto a las características sociodemográficas entre las muertes directas e indirectas y las diferencias en el porcentaje del total de muertes directas e indirectas, por año y por nivel de pobreza de los municipios.



fin de asegurar la aplicación de los recursos federales ministrados, en términos de los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, y de la fracción VI, inciso b, del Manual de Organización de la Secretaría de Salud, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### **5. Asesoría técnica para la implementación del programa de salud materna y perinatal**

El CNEGSR indicó que en los informes de supervisión se estableció el objetivo de las visitas: otorgar asesoría técnica para coadyuvar en la instrumentación de acciones para la notificación inmediata de muerte materna con el área de Salud Reproductiva. No obstante, el CNEGSR no dispuso de un procedimiento específico o metodología para brindar la asesoría técnica para garantizar el cumplimiento del convenio para la prestación de los servicios relacionados con la materia de salubridad general. Asimismo, indicó que, mediante las visitas de supervisión, otorgó asesoría técnica a 519 personas, y que, con el curso de inducción al puesto para personal de nuevo ingreso encargado de operar el programa de salud materna y perinatal, capacitó a 34 personas, responsables del programa de salud materna y perinatal de la entidad federativa; sin embargo, no dispuso de evidencia documental al respecto.

#### **2017-5-12L00-07-0226-07-006 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva disponga de un procedimiento específico para proporcionar asesoría técnica al personal encargado de operar el programa de salud materna y perinatal, a fin de garantizar el cumplimiento de los convenios en materia de ministración de subsidios para la prestación de los servicios relacionados con la materia de salubridad general en las entidades federativas, en términos del artículo 40, fracción VIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y de los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### **2017-5-12L00-07-0226-07-007 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva instrumente mecanismos para disponer de información clara, confiable, oportuna y suficiente, que sustente la asesoría técnica otorgada al personal encargado de operar el programa de salud materna y perinatal, mediante las visitas de supervisión a las entidades federativas, y con el curso de inducción al puesto, a fin de determinar si se están cumpliendo los objetivos institucionales mediante el uso eficiente de los recursos, en términos de los artículos 40, fracción VIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

## 6. *Evaluación de la política de salud materna y perinatal*

El CNEGSR informó que, para evaluar la política de salud materna y perinatal, se realizan supervisiones a los Servicios Estatales de Salud sobre los objetivos establecidos en el Programa de Acción Específico Salud Materna 2013-2018, y se da el seguimiento a los indicadores del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).

Sin embargo, ni la supervisión realizada a los Servicios Estatales de Salud, ni el seguimiento a los indicadores del programa, representan una evaluación integral de la política pública de salud materna y perinatal que permita contar con información para la toma de decisiones y evaluar su impacto.

### 2017-5-12L00-07-0226-07-008 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva realice una evaluación integral de la política de salud materna y perinatal, a fin de contar con información para la toma de decisiones y evaluar su impacto, en términos del artículo 40, fracción I, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y del apartado VI, "Descripción de funciones", del Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

## 7. *Otorgamiento de subsidios de la política de salud materna y perinatal*

Respecto de los criterios utilizados por el CNEGSR para la distribución de subsidios a las entidades federativas, con la revisión de los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas de 2017, se observó que en éstos no se identificó con precisión a la población objetivo; no se previeron los montos máximos por beneficiario y por porcentaje del costo total del programa, y no se garantizó que los recursos se canalizaron exclusivamente a la población objetivo.

El CNEGSR dispuso de tres criterios para la asignación del presupuesto a las entidades federativas para el ejercicio fiscal 2017: el presupuesto comprobado por entidad federativa en 2015, el presupuesto reintegrado por estado en 2015, y el comportamiento de la Razón de Muerte Materna de 2013 a 2016 por entidad federativa. Al respecto, se identificó que, si bien en uno de los tres criterios se toma en cuenta el avance en la atención de las muertes maternas, el resultado del cálculo para otorgar el presupuesto a cada entidad federativa no se corresponde con la gravedad del problema público de cada estado, sino con el ejercicio de los recursos conforme a lo programado.

Al respecto, la ASF evaluó los Convenios Modificatorios en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas de 2017, con lo que se identificó que el presupuesto per cápita para la población total de

mujeres embarazadas atendidas por primera vez, en materia de salud materna y perinatal, fue de 0.3 miles de pesos.

Asimismo, se constató que la entidad federativa con mayor cantidad de recursos provenientes del CNEGSR fue Guerrero con 22,802.7 miles de pesos, aun cuando el Estado de México fue la entidad con mayor población atendida, al otorgar consultas a 200,277 mujeres embarazadas por primera vez; mientras que la que recibió el menor monto de presupuesto fue Tabasco con 5,746.5 miles de pesos, a pesar de que Colima fue la entidad con menor población con 5,309 mujeres embarazadas atendidas, por lo cual el CNEGSR no acreditó que, en 2017, la distribución de los subsidios se realizara acorde con las necesidades de atención de la población atendida, en cuanto a la salud materna y perinatal.

Se verificó que, en 2017, el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas fue la herramienta para controlar, vigilar, supervisar y dar seguimiento a la aplicación y destino de los recursos presupuestarios e insumos federales ministrados a las entidades federativas, con base en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018; sin embargo, no dispuso de mecanismos para garantizar que los recursos se canalizaran exclusivamente a la población objetivo.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-009 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente mecanismos con objeto de que los recursos se ministren a las entidades federativas con base en los criterios de objetividad y equidad, y se correspondan con las necesidades de atención en materia de salud materna y perinatal de cada entidad federativa, en términos del artículo 75, fracciones I, II, IV, V y IX, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### **8. Control prenatal de mujeres embarazadas sin seguridad social**

En 2017, el porcentaje de mujeres embarazadas sin seguridad social que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre gestacional fue de 35.5%, al registrar 423,251 mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal, de las 1,193,314 mujeres embarazadas atendidas en los Servicios Estatales de Salud, 12.6 puntos porcentuales menos que la meta prevista en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

En 2017, en tres entidades federativas (9.4%) el porcentaje de embarazadas con control prenatal en el primer trimestre gestacional fue superior a la meta prevista en el ámbito nacional, y en las otras 29 entidades federativas (90.6%) el porcentaje fue inferior.

De 2013 a 2017, el porcentaje de embarazadas sin seguridad social con control prenatal se incrementó en 1.9% en promedio anual. Sin embargo, en ningún año se alcanzó la meta del porcentaje de mujeres con control prenatal, establecida en el Programa de Acción Específico

Salud Materna y Perinatal 2013-2018, en el ámbito nacional. Por entidad federativa, en el periodo referido, en 25 entidades federativas se presentaron incrementos en el porcentaje de cobertura de embarazadas sin seguridad social, atendidas en el primer trimestre gestacional, y en 7 entidades federativas disminuyó el porcentaje de cobertura. A la fecha de cierre de este informe, el CNEGSR no acreditó las explicaciones sobre la reducción registrada.

La ASF determinó que de 2013 a 2017, la distancia en puntos porcentuales, entre la entidad federativa con mayor cobertura de mujeres embarazadas con control prenatal en el primer trimestre gestacional y la de menor cobertura aumentó 7.3 puntos porcentuales, al pasar de 21.0 en 2013 a 28.3 en 2017, lo que refleja inequidad en el acceso a los servicios de salud materna entre las entidades federativas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-010 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para contribuir al cumplimiento de la meta prevista en el ámbito nacional del indicador que da cuenta del porcentaje de mujeres embarazadas con control prenatal, a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, en términos del artículo 45, párrafo primero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

**2017-5-12L00-07-0226-07-011 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva disponga de información sobre la reducción registrada en la cobertura de atención de embarazadas con control prenatal en el primer trimestre gestacional, por entidad federativa, a fin de contar con datos para la toma de decisiones y reducir la mortalidad materna y perinatal, en términos del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, y del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

**9. Partos atendidos de mujeres sin seguridad social**

En 2017, el porcentaje de partos atendidos en los Servicios Estatales de Salud de mujeres sin seguridad social fue de 98.7%, al registrarse 2,036,731 partos atendidos de los 2,064,503 de partos de mujeres sin seguridad social, 0.5 puntos porcentuales menos que la meta de 99.2%.

De 2013 a 2017, el porcentaje de partos atendidos de mujeres sin seguridad social se incrementó en 0.1% en promedio anual, al pasar de 98.2% a 98.7%; únicamente en 2015 se alcanzó la meta.

Al respecto, el CNEGSR informó que el menor cumplimiento se debió a que la gran mayoría de las unidades de salud del primer nivel de atención aún no cuenta con el Censo de Mujeres

Embarazadas, lo que le impide conocer el número de mujeres embarazadas, sin seguridad social, que habitan en la entidad federativa y, con base en esta información, promover entre ellas la atención del parto en los hospitales del sector salud, lo cual reduce la atención hospitalaria del evento obstétrico. No obstante, no acreditó dicha afirmación.

En 2017, en 19 entidades federativas (59.4%) el porcentaje de partos atendidos fue superior a la meta prevista en el ámbito nacional, y en las otras 13 entidades federativas (40.6%) el porcentaje fue inferior. Colima registró el mayor porcentaje, con 100.0%, mientras que la que registró el menor porcentaje fue Chiapas, con 91.8%.

De 2013 a 2017, en 13 entidades federativas se presentaron incrementos en el porcentaje de partos atendidos de mujeres sin seguridad social, en 17 entidades se mantuvo constante, y en las otras 2, se registraron decrementos.

En ese periodo, la distancia en puntos porcentuales, entre la entidad federativa con mayor cobertura de partos atendidos de mujeres sin seguridad social y la de menor cobertura disminuyó 0.6 puntos porcentuales, al pasar de 8.8 en 2013 a 8.2 en 2017. En 2013, la mayor cobertura se registró en Coahuila, que atendió el 100.0% de los partos y la menor cobertura fue de Chiapas, con el 91.2%; para 2017, el mayor porcentaje fue de Colima, con el 100.0% de cobertura de partos, y la menor cobertura fue nuevamente de Chiapas, con 91.8%.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-012 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para contribuir al cumplimiento de la meta prevista en el ámbito nacional del indicador que da cuenta del porcentaje de partos atendidos, a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, en términos del artículo 45, párrafo primero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### **10. Vigilancia en el puerperio**

En el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 se estableció el objetivo de "Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos"; para medir la cobertura de atención de las mujeres que recibieron consulta de puerperio, y en los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas de 2017 se incluyó el indicador "Proporción de mujeres que tuvieron un evento obstétrico y que recibieron por lo menos una consulta de control de su puerperio"; sin embargo, no se estableció una meta que permitiera evaluar los resultados obtenidos.

En 2017, de las 1,055,787 mujeres que tuvieron un evento obstétrico, 469,589 (44.5%) recibieron consulta de puerperio, lo que implicó que el 55.5% restante estuviera en riesgo de

padecer algún factor causante de muerte materna, sin que el CNEGSR señalara las causas del bajo nivel de cobertura.

En ese año, en 15 entidades federativas (46.9%), la cobertura de atención de mujeres que recibieron consulta de puerperio fue superior o igual al nacional, y en las otras 17 entidades federativas (53.1%) fue inferior.

De 2013 a 2017, la cobertura de atención de mujeres que recibieron consulta en el puerperio disminuyó en 2.6% en promedio anual, al pasar de 49.5% a 44.5%. En ese periodo, la distancia en puntos porcentuales, entre la entidad federativa con mayor porcentaje de mujeres con consulta de puerperio y la de menor porcentaje disminuyó 7.6 puntos porcentuales, al pasar de 91.8 en 2013 a 84.2 en 2017, lo que no refleja un cambio significativo en la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre las entidades federativas.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-013 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para disponer de indicadores y metas que permitan evaluar el acceso de las mujeres a servicios de salud durante el puerperio, a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, en términos del artículo 27, párrafo segundo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-014 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para aumentar la cobertura de mujeres que reciben consulta de puerperio en todas las entidades federativas, a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, en términos del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

### **11. Tamiz neonatal**

En 2017, la cobertura de tamiz neonatal, para población sin seguridad social, fue de 79.3%, al registrar 1,037,486 recién nacidos a los que se les aplicó la prueba, de los 1,308,923 nacimientos, 8.1 puntos porcentuales menos que la meta programada en el ámbito nacional de 87.4%.

Al respecto, el CNEGSR informó que el menor cumplimiento de la meta se debió al cambio de proveedor adjudicado para el análisis de las muestras de tamiz, ya que anteriormente las muestras de los 31 estados (con excepción de Yucatán, las cuales se procesan con recursos del propio estado) se enviaban a tres laboratorios ubicados en Guadalajara, Mérida y Ciudad de México, y en 2017 se enviaron en su totalidad a Mérida, lo cual implicó dejar de detectar

con oportunidad los errores congénitos de metabolismo en 271,437 recién nacidos para prevenir futuras afectaciones a su salud.

En 2017, en 13 entidades federativas (40.6%) el porcentaje de nacimientos tamizados fue superior a la meta prevista en el ámbito nacional, y en las otras 19 entidades federativas (59.4%) el porcentaje fue inferior. El CNEGSR no acreditó las explicaciones sobre la cobertura de 110.5% en Hidalgo, 101.3% en Zacatecas y 100.2% en Baja California Sur, ya que la prueba de tamiz se aplica sólo una vez a cada recién nacido.

De 2013 a 2017, el porcentaje de neonatos tamizados se incrementó en 2.2% en promedio anual. Sin embargo, se identificó que en ningún año se alcanzó la meta establecida en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018; en 23 entidades federativas se presentaron incrementos en el porcentaje de cobertura de tamiz neonatal, mientras que en 9 entidades disminuyó. Al cierre de la auditoría, el CNEGSR no acreditó las explicaciones sobre la reducción registrada en el periodo referido.

En ese periodo, la distancia en puntos porcentuales, entre la entidad federativa con mayor cobertura de tamiz neonatal y la de menor, disminuyó en 30.7 puntos porcentuales, al pasar de 89.1 en 2013 a 58.4 en 2017. Esta disminución se explica, principalmente, por el resultado de cobertura de tamiz registrado en Nuevo León, que en 2013 fue de 15.0% y en 2017 se incrementó a 54.2%, lo cual contribuyó al cierre de brechas entre las entidades federativas en el acceso a la salud de la población sin seguridad social.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-015 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para contribuir al cumplimiento de la meta prevista en el ámbito nacional del indicador que da cuenta de la cobertura de tamiz neonatal, fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, en términos del artículo 45, párrafo primero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-016 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva disponga de información que acredite las causas por las que, en 2017, en tres entidades federativas (Hidalgo, Zacatecas y Baja California Sur) se reportó un porcentaje de pruebas de tamiz neonatal superior al 100.0% de los nacimientos registrados, a fin de disponer de información útil, confiable y oportuna para el logro de las metas institucionales, en términos de los artículos 45, párrafo primero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

## **12. *Calidad de los servicios de salud materna y perinatal***

En 2017, por medio de los Servicios Estatales de Salud, se otorgaron 1,193,314 consultas de primera vez a mujeres embarazadas, se atendieron 2,036,731 partos, se les realizó la prueba de tamiz neonatal a 1,037,486 recién nacidos, y se otorgaron 469,589 consultas de puerperio. No obstante, el CNEGSR no acreditó contar con indicadores y metas, ni con información para acreditar el cumplimiento del objetivo de propiciar el acceso de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal a servicios de calidad, establecido en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

### **2017-5-12L00-07-0226-07-017 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente mecanismos que permitan disponer de información, indicadores y metas, para medir si los servicios otorgados mediante los Servicios Estatales de Salud, durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido son brindados con calidad, a fin de contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal, en términos del artículo 27, párrafo segundo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de las acciones emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

## **13. *Reducción de la mortalidad materna y neonatal***

El CNEGSR no dispuso de información sobre la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 2017, debido a que los registros pasan por un proceso de validación por parte de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y el INEGI, y no hay una fecha establecida para su conclusión; con información preliminar se determinó que, en ese año, la RMM, en el ámbito nacional, fue de 32 decesos por cada 100,000 nacidos vivos, al reportarse 722 defunciones de mujeres por causas maternas y 2,254,456 nacimientos registrados, cifra inferior en 0.7 muertes a lo previsto de 32.7 defunciones.

En 2017, en 14 entidades federativas (43.8%) la razón de mortalidad materna fue superior a la meta prevista en el ámbito nacional de 32.7%, y en las otras 18 entidades (56.2%) la razón fue inferior.

Destaca el caso de Colima, la entidad federativa con el menor número de muertes maternas, con 7.4 defunciones por cada 100,000 nacimientos, mientras que la entidad con el mayor número de muertes maternas fue Chiapas, con 60.9 por cada 100,000 nacimientos; la diferencia entre estas dos entidades fue de 53.5 decesos.

De 2013 a 2017, la Razón de Mortalidad Materna, en el ámbito nacional, disminuyó en 4.3% en promedio anual, al pasar de 38.2 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos a 32.0; únicamente en 2016 el resultado obtenido (35.4 decesos de mujeres por cada 100,000 nacimientos) fue superior a la meta establecida en el PAESMP 2013-2018 de 35.0 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos.



En ese periodo, la distancia en el número de defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos, entre la entidad federativa con mayor Razón de Mortalidad Materna y la de menor, aumentó en 2.9 decesos de mujeres por cada 100,000 nacimientos, al pasar de 50.6 en 2013 a 53.5 en 2017, lo que refleja que no se está contribuyendo al cierre de brechas entre las entidades federativas en el acceso a los servicios de salud materna.

Respecto de la población sin seguridad social, en 2017, la RMM fue de 26.9 decesos por cada 100,000 nacidos vivos, al reportarse 352 defunciones de mujeres sin seguridad social por causas maternas y 1,308,923 nacimientos registrados, cifra inferior en 5.8 muertes a lo previsto de 32.7 defunciones y en 5.1 muertes por cada 100,000 nacimientos a la RMM nacional.

De 2013 a 2017, la RMM en la población sin seguridad social disminuyó en 8.3% en promedio anual, al pasar de 38.1 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos a 26.9; en 2014 y 2016 el resultado obtenido (41.8 y 42.3 decesos de mujeres por cada 100,000 nacimientos) fue superior a la meta establecida en el PAESMP 2013-2018 de 39.5 y 32.7 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos, respectivamente.

En cuanto a la mortalidad neonatal, para 2017, el CNEGSR no dispuso de información para verificar el cumplimiento del indicador "Tasa de mortalidad neonatal".

De 2013 a 2016, la tasa de mortalidad neonatal, para la población sin seguridad social, se mantuvo constante en 6.8 defunciones de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos, y por debajo de la meta de 7.4 defunciones, establecida en el PAESMP 2013-2018. En ese periodo, 16 entidades federativas (50.0%) reportaron incrementos de la tasa de mortalidad neonatal, 1 entidad (3.1%) se mantuvo constante, y 15 (46.9%), lograron disminuirla.

En cuanto a la distribución de las tasas de mortalidad neonatal, entre las entidades federativas, se observó que de 2013 a 2016, la distancia en el número de defunciones de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos, entre la entidad federativa con mayor tasa de mortalidad neonatal y la de menor tasa, aumentó en 1.1 decesos de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos, al pasar de 6.0 defunciones en 2013 a 7.1 muertes en 2016, lo que evidencia inequidad en el acceso a los servicios de salud materna entre las entidades federativas.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-018 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para contribuir al cumplimiento de la meta Razón de Mortalidad Materna, en las 32 entidades federativas, a fin de reducir la mortalidad materna, en términos del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, y del artículo 45, párrafo primero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-019 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente estrategias para disponer con oportunidad de información que permita verificar el cumplimiento del indicador "Tasa de mortalidad neonatal", a fin de contar con información confiable para determinar el cumplimiento del objetivo de cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, en términos del programa de mediano plazo de salud materna y perinatal, y del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### **14.** *Cierre de brechas en salud materna y perinatal entre las diferentes regiones del país*

A fin de medir el objetivo de "Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país" establecido en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 del programa presupuestario P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva" se establecieron los indicadores "Razón de mortalidad materna (RMM)" y "Esperanza de vida en las mujeres de 15 años de edad", sin embargo, no toman en cuenta las variables del grupo social al que pertenecen, ni la región en la que se ubican, lo cual limitó medir la contribución del programa en cerrar las brechas existentes.

La entidad fiscalizada informó que, para favorecer el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud, implementa dos acciones: los enlaces interculturales, los cuales facilitan la traducción entre el proveedor de servicios y las usuarias y familiares para recibir información precisa sobre su condición de salud y las indicaciones médicas, y las Posadas Albergue de la Mujer Embarazada (AME), que tienen el objetivo de proveer espacios físicos ubicados cerca de un hospital, en los que las mujeres que residen en localidades dispersas o que se ubican a más de dos horas de un servicio de salud, y requieren atención especializada durante el embarazo, el parto o el puerperio, reciban hospedaje y alimentación. Para la primera acción, el CNEGRS contó con el indicador "Tener servicio efectivo de enlaces interculturales en las unidades médicas resolutorias", pero no diseñó metas para evaluar sus resultados; en el caso de la segunda, no diseñó indicadores ni estableció metas para medir sus resultados.

La ASF realizó el análisis de los indicadores incluidos en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018, con el propósito de verificar si se han cerrado las brechas entre las entidades federativas.

Con la revisión se detectó que si bien en los indicadores "Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional", "Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional", "Porcentaje de mujeres con consulta de puerperio" y "Cobertura de tamiz neonatal" se cerraron las brechas entre entidades federativas, en el indicador "Razón de Mortalidad Materna", de 2013 a 2017, la distancia entre la entidad federativa con mayor razón de mortalidad materna y la de menor, aumentó en 2.9 decesos de mujeres por cada 100,000 nacimientos, al pasar de 50.6 en 2013 a 53.5 en 2017, al igual que en el indicador

“Tasa de mortalidad neonatal”, de 2013 a 2016, en el que la distancia entre la entidad federativa con mayor tasa de mortalidad neonatal y la de menor tasa, aumentó en 1.1 decesos de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos, al pasar de 6.0 en 2013 a 7.1 en 2016, lo que refleja que las acciones realizadas no fueron suficientes para contribuir el cierre de brechas entre las entidades federativas en el acceso a los servicios de salud materna.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-020 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva disponga de mecanismos, indicadores y metas en materia de salud materna y perinatal, a fin de medir su contribución en el cumplimiento del objetivo de cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, mediante acciones de salud materna, en términos de los artículos 27, párrafo segundo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-021 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva disponga de mecanismos que generen información para evaluar la contribución del programa en otorgar acceso a los servicios de salud materna y perinatal, a fin de evaluar el cumplimiento del objetivo de "Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país", en términos de lo establecido en el Programa Sectorial de Salud, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

### 15. *Ejercicio de los recursos presupuestarios*

En la Cuenta Pública 2017 se reportó que en el programa presupuestario P020 “Salud Materna, Sexual y Reproductiva”<sup>12/</sup> se ejercieron 1,859,523.4 miles de pesos, mediante seis unidades responsables,<sup>13/</sup> monto inferior en 14.4% al original (2,172,236.4 miles de pesos), e igual que el presupuesto modificado; la principal reducción se registró en el rubro de “Subsidios”, la cual representó el 64.5% (201,620.7 miles de pesos) de los 312,713.0 miles de pesos disminuidos en el presupuesto.

<sup>12/</sup> El programa presupuestario P020 incluye seis programas de acción específicos: Programa de Acción Específico Igualdad de Género; Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción; Programa de Acción Específico Violencia Familiar y de Género; Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal, y Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer.

<sup>13/</sup> Unidades responsables que erogaron el presupuesto del programa P020 “Salud Materna, Sexual y Reproductiva”: L00 “Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva”; NCD “Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas”; NCG “Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán”; M7F “Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz”; NBV “Instituto Nacional de Cancerología”, y NDE “Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes”.

Al respecto, se identificó que el presupuesto ejercido en subsidios representó el 55.6% (1,034,789.3 miles de pesos) del presupuesto total del programa (1,859,523.4 miles de pesos), recursos que son distribuidos por medio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública a las Entidades Federativas, por lo que, de acuerdo con la clasificación programática emitida por el Consejo de Armonización Contable, estas acciones corresponde realizarlas a un programa presupuestario con la modalidad U "Otros subsidios", debido a que otorga subsidios no sujetos a reglas de operación, mediante convenios.

Con cargo en el programa P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva", en 2017 el CNEGSR ejerció 1,735,362.6 miles de pesos, monto inferior en 15.9% (328,790.2 miles de pesos) al presupuesto original de 2,064,152.8 miles de pesos, e igual al modificado; la variación se integró por 1,598,387.7 miles de pesos por concepto de ampliaciones presupuestarias y 1,927,177.9 miles de pesos por reducciones presupuestarias. El CNEGSR no llevó un reporte de las reducciones y ampliaciones aplicadas al presupuesto del programa presupuestario P020 en 2017, lo cual limitó conocer las causas de las reducciones al presupuesto del programa, y sus efectos en el cumplimiento de los objetivos.

El 59.6% (1,034,789.3 miles de pesos) del presupuesto ejercido lo erogó el CNEGSR en subsidios; el 36.7% (636,871.7 miles de pesos), en gasto de operación, y el 3.7% (63,701.6 miles de pesos), en servicios personales.

En 2017, en materia de salud materna y perinatal, el CNEGSR ejerció 433,867.9 miles de pesos con cargo al programa P020, monto superior en 7.7% (30,980.7 miles de pesos) al presupuesto original (402,887.2 miles de pesos), e inferior en 0.1% (582.6 miles de pesos) al modificado (434,450.5 miles de pesos). El capítulo 4000 "Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas" fue el rubro que registró una mayor erogación, al tener una participación del 62.0% (268,855.5 miles de pesos), respecto del total del presupuesto ejercido; sin embargo, los recursos erogados con cargo en la partida de subsidios fueron menores en 27.6%, respecto del autorizado, sin que el CNEGSR acreditara conocer las causas de la reducción presupuestaria.

No fue posible identificar los recursos que se destinaron a las actividades de planeación, seguimiento y evaluación, conforme a la clasificación presupuestaria del programa P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva".

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-022 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva incluya en su estructura programática un programa con clasificación U "Otros subsidios", y que, con cargo en su presupuesto, se distribuyan los subsidios a los Servicios Estatales de Salud para la implementación del Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal, a fin de que las asignaciones de recursos de los programas presupuestarios bajo su responsabilidad sean transparentes y estén organizadas en forma representativa y homogénea, en términos del artículo 75, fracción IV, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y del

Acuerdo por el que se emite la clasificación programática (Tipología general), e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-023 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva instrumente mecanismos que aseguren la confiabilidad de sus registros financieros y permitan identificar los recursos ejercidos en la planeación, seguimiento y evaluación de la política pública de salud materna y perinatal, a fin de contar con información útil, confiable y oportuna para el logro de los objetivos institucionales, en términos del Acuerdo por el que se emite la clasificación programática (Tipología general), y del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

**2017-5-12L00-07-0226-07-024 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva instrumente mecanismos para disponer de información sobre las causas y efectos de las variaciones presupuestales del programa presupuestario P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva", a fin de que las adecuaciones presupuestarias que se realicen al presupuesto autorizado para el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal permitan un mejor cumplimiento de sus objetivos, en términos del artículo 58, fracciones I, II y III de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

**16. Sistema de Evaluación del Desempeño**

El problema central definido por el CNEGSR, para el programa presupuestario P020, incorporó las problemáticas de seis programas de acción específicos, por lo que el análisis en materia de salud materna y perinatal fue limitado; asimismo, tuvo deficiencias en los tres elementos que lo conforman: en la definición de la población o área de enfoque, debido a que no hace referencia al recién nacido; en la problemática central, ya que la sintaxis emplea inadecuadamente la palabra "problemas", y en la magnitud del problema, toda vez que no se observó una referencia cuantitativa que permita su verificación empírica.

En el análisis de las causas del problema, referentes a la salud materna y perinatal, se identificó que hay deficiencias entre la relación causa-efecto de cada uno de los niveles establecidos, observándose sólo el vínculo correspondiente entre las causas relativas al personal no capacitado, y la falta de aplicación de la normativa y de infraestructura, con aquéllas que refieren la carencia y baja calidad de la atención médica.

La MIR 2017 del programa P020 se alineó con el objetivo 2.1. del PND 2013-2018, de "Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población", y con la

estrategia 2.1.2. de “Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva”, así como con el objetivo 4 del PROSESA 2013-2018, de “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”; sin embargo, debió alinearse con el objetivo 2.3. del PND 2013-2018, de “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, y las estrategias 2.3.2. “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” y 2.3.3. “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”, debido a que éstas cuentan con líneas de acción directamente relacionadas con la salud materna y perinatal.

La lógica vertical de la MIR del programa presentó deficiencias, ya que la redacción de los objetivos de fin y propósito no es clara para verificar si la sola disponibilidad de servicios de salud contribuye a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, sin considerar su calidad y suficiencia; en el nivel componente, no se incluyeron objetivos vinculados con la evaluación, y en los objetivos de actividad, no se establecen con claridad las principales estrategias mediante las cuales se movilizan los insumos para generar los bienes y/o servicios que produce o entrega el programa.

En cuanto a la lógica horizontal, se identificó que los indicadores de fin son insuficientes para evaluar el grado de cumplimiento de su objetivo; el de propósito no toma en cuenta la planeación, evaluación y seguimiento, que corresponde realizar al programa presupuestario, al estar clasificado como “P”; los de componente no miden la suficiencias de las acciones anuales, respecto de la totalidad de instrumentos normativos que deben elaborarse, actualizarse o derogarse, y de la operación de grupos interinstitucionales y comités de salud materna, sexual y reproductiva, para la discusión de temas relevantes vinculados con los programas del CNEGSR, con los actores sociales pertinentes, y no se incluye ningún indicador para medir la evaluación que realiza el programa conforme a su clasificación presupuestaria.

Asimismo, al integrarse por seis programas de acción específicos del CNEGSR, así como las acciones de planeación, seguimiento y evaluación en una sola MIR, no fue posible identificar claramente el objetivo de la política de salud materna y perinatal de “Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos”, establecido en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018, y los indicadores propuestos no permiten medir su cumplimiento, por lo que se considera necesario elaborar una MIR exclusiva del tema de salud materna y perinatal.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-025 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva defina adecuadamente los tres elementos mínimos en la expresión del problema (población o área de enfoque, descripción de la situación o problemática central, y magnitud del problema) que el programa P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva" pretende atender, y elabore el análisis específico de la problemática en materia de salud materna y perinatal, a fin de garantizar que los recursos se canalicen exclusivamente a la población objetivo y asegurar

que el mecanismo de distribución, operación y administración facilite la obtención de información y la evaluación de los beneficios económicos y sociales de su asignación y aplicación, en términos del artículo 75, fracción IV, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y del apartado IV.2.2 de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-026 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva defina la relación causa-efecto entre cada uno de los niveles establecidos en el árbol del problema del programa presupuestario P020, a fin de ubicar e identificar las causas pueden ser atendidas por el programa, en términos del apartado IV.2.2 de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-027 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva alinee correctamente la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 del programa presupuestario P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva" con la planeación de corto y mediano plazos, a fin de evaluar la contribución del programa P020 "Salud Materna Sexual y Reproductiva" en el logro de los objetivos de mediano plazo, en términos de los Criterios para la actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados y selección de indicadores para el Presupuesto de Egresos de la Federación, y del numeral 18 del Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-028 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva incluya, en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva", objetivos e indicadores suficientes, a fin de evaluar la contribución del programa, respecto de cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, en términos del apartado IV.2.2 de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, y del numeral 18 del Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-029 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva incluya, en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva", objetivos e indicadores suficientes, a fin de evaluar las acciones de planeación, seguimiento y evaluación que se deben realizar mediante un programa presupuestario clasificado como "P",

en términos del apartado IV.2.2 de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, y del numeral 18 del Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-030 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva incluya en su estructura programática un programa presupuestario con clasificación U "Otros subsidios", a efecto de que los operadores de la política pública de salud materna y perinatal, con base en el diagnóstico del problema, elaboren una MIR en la que se identifiquen con precisión: la población o área de enfoque; la descripción de la situación o problemática central y la magnitud del problema, a fin de conocer la naturaleza y el entorno del problema y establecer las acciones para solventar cada una de las causas que originan las altas tasas de mortalidad materna y perinatal en mujeres y niños sin seguridad social, en términos del apartado IV.2.2 de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

#### **17.** *Sistema de control interno*

Con el análisis del Sistema de Control Interno del CNEGSR se determinó que en las cinco normas generales (ambiente, administración y actividades de control, información y comunicación, y supervisión y mejora continua) acreditó contar razonablemente con mecanismos para garantizar el cumplimiento de los aspectos evaluados.

Sin embargo, fueron detectadas las deficiencias siguientes:

- En el componente de ambiente de control, no acreditó que, en 2017, el CNEGSR participara en el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de Salud; que se identificaron acciones de mejora y control para difundir los códigos de ética y conducta; que se estableciera, difundiera y operara una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial, ni que se estableciera una función relativa a la gestión de riesgos de corrupción, ni estrategias de capacitación continua en materia de integridad y prevención de la corrupción para todo el personal.
- En el componente de actividades de control, no acreditó la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos y metas institucionales, en materia de salud materna y perinatal.
- En el componente de información y comunicación, no acreditó que implementó los medios necesarios para que las unidades administrativas generaran y utilizaran información relevante y de calidad, que contribuyeran al logro de las metas y objetivos institucionales, en materia de salud materna y perinatal, y dieran soporte al SCII, ni que dispuso de mecanismos de comunicación externa apropiados para las diversas partes interesadas.



- En el componente de supervisión y mejora continua, no acreditó que las medidas correctivas, resultado de autoevaluaciones, auditorías y evaluaciones, se comunicaron al nivel de control apropiado de la institución.

2017-5-12L00-07-0226-07-031 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , en el componente de "Ambiente de Control", implemente mecanismos para garantizar su participación en el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés de Salud; identifique acciones de mejora y control para difundir los códigos de ética y de conducta; establezca, difunda y opere una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial; instituya una función relativa a la gestión de riesgos de corrupción, y disponga de estrategias de capacitación continua en materia de integridad y prevención de la corrupción para todo el personal, a fin de que su sistema de control interno proporcione una seguridad razonable para el logro de sus objetivos y metas, en términos del artículo segundo, numerales 1, 8 y 9, norma primera, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

2017-5-12L00-07-0226-07-032 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , en el componente de "Actividades de control", implemente mecanismos para garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas, a fin de contar con un sistema de control interno que proporcione una seguridad razonable para el logro de sus objetivos y metas, en términos del artículo segundo, numerales 1, 8 y 9, norma tercera, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

2017-5-12L00-07-0226-07-033 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , en el componente de "Información y comunicación", implemente los medios necesarios, a efecto de que las unidades administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuya al logro de las metas y objetivos institucionales, en materia de salud materna y perinatal, y dé soporte al SCII, y dispongan de mecanismos de comunicación externa apropiados para las diversas partes interesadas, a fin de contar con un sistema de control interno que proporcione una seguridad razonable para el logro de sus objetivos y metas, en términos del artículo segundo, numerales 1, 8 y 9, norma cuarta, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**2017-5-12L00-07-0226-07-034 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , en el componente de "Supervisión y mejora continua", implemente mecanismos, a efecto de que las medidas correctivas, resultado de autoevaluaciones, auditorías y evaluaciones sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, se comuniquen al nivel de control apropiado de la institución, a fin de contar con un sistema de control interno que proporcione una seguridad razonable para el logro de sus objetivos y metas, en términos del artículo segundo, numerales 1, 8 y 9, norma quinta, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

**18. Rendición de cuentas de la política de salud materna y perinatal**

En la Cuenta Pública 2017 se incluyeron los indicadores "Razón de Mortalidad Materna"; "Esperanza de vida en las mujeres de 15 años de edad"; "Porcentaje de embarazadas atendidas desde el primer trimestre gestacional", y "Cobertura de tamiz neonatal en población sin seguridad social"; sin embargo, no se incluyó información del cumplimiento del objetivo de "Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante acciones de salud materna, sexual y reproductiva, prevención y atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género", ni del avance en la atención del problema relacionado con las altas tasas de mortalidad materna y perinatal en mujeres y niños sin seguridad social.

**2017-5-12L00-07-0226-07-035 Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implemente mecanismos con objeto de que la información que se incluya en la Cuenta Pública sea suficiente para evaluar el cumplimiento del objetivo de la política de salud materna y perinatal, a fin de contar con información para la toma de decisiones, y se cumpla con los criterios de transparencia y rendición de cuentas de la gestión pública, en términos de los artículos 54, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, y 1, párrafo segundo; 24, fracción I; 107, fracción I, y 111, párrafo tercero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

**19. Avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible**

En el PND, el PROSESA y el PAESMP 2013-2018, se identificaron los indicadores relacionados con la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, y la Razón de Mortalidad Materna, así como estrategias para reducirlas, que son congruentes con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); sin embargo, el CNEGSR no acreditó que se reunió con personal de la Presidencia de la República para resolver las dudas relativas a la Agenda; de la estructura de liderazgo establecida para discutir y tratar cuestiones relacionadas con

ésta; de la articulación con otras instituciones gubernamentales, ni de las principales dificultades y requisitos para la implementación de la Agenda 2030 y de los ODS en el país.

En cuanto a los indicadores establecidos para evaluar el avance, respecto de los ODS, de acuerdo con los registros del CNEGSR, en 2017, el indicador “Razón de Mortalidad Materna” registró 32 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, cifra inferior en 3.4 muertes a la reportada en 2016 (35.4 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos) y, en el caso de la “Tasa de Mortalidad Neonatal”, aún no se cuenta con los resultados, toda vez que las cifras de las defunciones neonatales ocurridas en el año 2017 aún no están disponibles en la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

#### 2017-5-12L00-07-0226-07-036 **Recomendación**

Para que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , en coordinación con la Secretaría de Salud, establezca mecanismos de coordinación y comunicación con el Consejo Nacional de la Agenda 2030, a fin de diseñar e implementar medidas específicas que contribuyan al logro del ODS 3 y las metas 3.1. y 3.2., en términos de los artículos primero y segundo, del Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

#### ***Consecuencias Sociales***

En 2017, en las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud, se atendió a 2,036,731 partos de mujeres sin seguridad social, que representaron el 98.7% de los partos registrados en este grupo de población (2,064,503 partos), y se aplicó el tamiz neonatal al 79.3% (1,037,486 pruebas) de los 1,308,923 nacidos vivos; sin embargo, la cobertura de atención para el control prenatal, partos atendidos y aplicación de tamiz neonatal fue menor que las metas previstas, en 12.6, 0.5 y 8.1 puntos porcentuales, respectivamente, lo que implicó que de 2013 a 2017 se ampliaran las brechas entre las entidades federativas en la “Razón de Mortalidad Materna”, en 2.9 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, y en la “Tasa de mortalidad neonatal”, en 1.1 decesos de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos.

#### ***Resumen de Observaciones y Acciones***

Se determinaron 17 observaciones las cuales generaron: 36 Recomendaciones al Desempeño.

#### ***Dictamen***

El presente se emite 15 de octubre de 2018, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría. Ésta se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada con el fin de fiscalizar el programa “Salud materna, sexual y reproductiva, para verificar el cumplimiento de los objetivos y metas. Se aplicaron los procedimientos y las pruebas que se estimaron necesarios; en consecuencia, existe una base razonable para sustentar este dictamen.

En México, la mortalidad materna refleja las amplias disparidades entre grupos sociales y regiones, ya que, pese a que se ha observado una reducción en la intensidad del problema, aún se presentan altas tasas de mortalidad similares a las de países subdesarrollados en algunas entidades federativas.<sup>14/</sup> En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 se reconocen pendientes para mejorar algunos indicadores clave de salud como la mortalidad materna, la cual, si bien se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011, al pasar de 89 a 43 defunciones de muerte materna por cada 100,000 nacidos vivos, aún se encontraba lejos de la meta de 22 defunciones propuesta para 2015.<sup>15/</sup> En cuanto a la mortalidad neonatal en México, en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal (PAESMP) 2013-2018 se señala que, al igual que en otros países de América Latina, constituye más del 60.0% de la mortalidad infantil y ha presentado cambios mínimos en los últimos años. Las principales razones de la mortalidad eran la prematuridad, los defectos al nacimiento y las infecciones, por lo cual se requiere mejorar e incrementar las intervenciones de la etapa pregestacional y prenatal, que son las de mayor impacto en estas causas.

Para atender el problema público, el artículo 4º constitucional señala que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso de los servicios de la salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.<sup>16/</sup> Para ello, en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se definió el objetivo de “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”, con la estrategia de “Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas”.

En 2017, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) operó el programa presupuestario P020 “Salud Materna, Sexual y Reproductiva”, con el objetivo de “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante acciones de salud materna, sexual y reproductiva, prevención y atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género”. En este programa se integraron seis programas de acción específico,<sup>17/</sup> de los cuales el PAESMP 2013-2018 tiene el propósito de “Propiciar el acceso de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a servicios de salud de calidad”, a fin de reducir la mortalidad materna y neonatal.

Los resultados de la fiscalización mostraron que, respecto de la regulación de los servicios de salud materna y perinatal, en 2017, se realizó mediante la suscripción de los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, por medio de los cuales el CNEGSR coordinó la operación del PAESMP 2013-2018, y reglamentó la ministración de subsidios e insumos para

---

<sup>14/</sup> Secretaría de Salud (SS), **Diagnóstico del Programa presupuestario P020**, México, 2016, p. 9.

<sup>15/</sup> Poder Ejecutivo Federal, **Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018**, México, 2013, p. 47.

<sup>16/</sup> **Diario Oficial de la Federación**, 3 de febrero de 1983.

<sup>17/</sup> Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud 2013-2018; Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018; Programa de Acción Específico Violencia Familiar y de Género 2013-2018; Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018; Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018, y Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018.

ese efecto, ya que estableció las obligaciones del centro para el control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación del destino y aplicación de los subsidios y los insumos ministrados, así como para las entidades federativas en materia presupuestaria. Asimismo, en los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas de 2017 se incluyeron indicadores asociados al presupuesto ministrado en cada entidad federativa, lo cual permite supervisar las acciones realizadas con los recursos ministrados. Además, se constató que la NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento y la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, se encuentran dentro del plazo de vigencia, respecto de su última revisión y actualización, conforme a la normativa establecida.

En cuanto a la planeación de la política de salud materna y perinatal, en 2017, el CNEGSR contó con el Programa Anual de Trabajo de salud materna y perinatal, en el cual se planearon actividades, con sus respectivos indicadores y metas, acordes con el PAESMP 2013-2018. Sobre la planeación anual, que el CNEGSR debía realizar en conjunto con las entidades federativas, el centro dispuso del Sistema de Información para la Administración del Fondo de Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), el cual es el instrumento para coordinar la planeación del desarrollo integral de cada entidad federativa.

Respecto de la capacitación, en 2017 el CNEGSR no emitió estrategias de capacitación para la actualización técnica y humanística del personal activo, relacionado con el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018; no dispuso de un diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud, ni de información para evaluar la cobertura de la capacitación impartida al personal de dichos servicios; tampoco acreditó contar con mecanismos para identificar en qué medida mejoraron las competencias del personal capacitado en materia de salud materna y perinatal.

Sobre la supervisión, se constató que, en 2017, el CNEGSR contó con un mecanismo para supervisar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas; la calidad de la prestación de los servicios de salud materna y perinatal, y la capacitación de los recursos humanos, así como para asegurar la aplicación de los recursos federales ministrados y el cumplimiento del convenio, conforme a sus atribuciones.

Por lo que se refiere a la asesoría al personal encargado de operar el programa de salud materna y perinatal en las entidades federativas en 2017, el CNEGSR no dispuso de un procedimiento específico o metodología para brindar la asesoría técnica que le permitiera garantizar el cumplimiento del convenio para la prestación de los servicios de salud materna y perinatal en las entidades.

El CNEGSR no realizó una evaluación integral de la política de salud materna y perinatal en 2017, a fin de contar con información para la toma de decisiones y conocer su impacto.

Por lo que respecta al otorgamiento de los subsidios, no se identificó con precisión a la población objetivo; no se previeron los montos máximos por beneficiario y por porcentaje del costo total del programa, y no se garantizó que los recursos se canalizaron exclusivamente a la población objetivo. Asimismo, si bien el CNEGSR dispuso de tres criterios para la asignación del presupuesto a las entidades federativas para el ejercicio fiscal 2017, el resultado del cálculo no se corresponde con la gravedad del problema público de cada estado.

Sobre el control prenatal de mujeres embarazadas sin seguridad social, en 2017, el porcentaje de mujeres embarazadas de este grupo de población que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre gestacional, fue de 35.5%, al registrar 423,251 mujeres que acudieron a control, respecto de las 1,193,314 mujeres embarazadas atendidas en los Servicios Estatales de Salud, 12.6 puntos porcentuales menos que la meta de 48.1%. Asimismo, se constató que, de 2013 a 2017, el porcentaje de embarazadas sin seguridad social con control prenatal se incrementó en 1.9% en promedio anual; sin embargo, en ningún año se alcanzó la meta del porcentaje de mujeres con control prenatal.

Por lo que se refiere a los partos atendidos de mujeres sin seguridad social, en 2017, el porcentaje fue de 98.7%, al registrarse 2,036,731 partos atendidos de los 2,064,503 partos de mujeres sin seguridad social, 0.5 puntos porcentuales menos que la meta de 99.2%. De 2013 a 2017, el porcentaje de partos atendidos de mujeres sin seguridad social se incrementó en 0.1% en promedio anual, al pasar de 98.2% a 98.7%; únicamente en 2015 se alcanzó la meta.

En la vigilancia del puerperio, se contó con el indicador “Proporción de mujeres que tuvieron un evento obstétrico y que recibieron por lo menos una consulta de control de su puerperio”; sin embargo, no se estableció una meta que permitiera evaluar los resultados obtenidos. En 2017, de las 1,055,787 mujeres que tuvieron un evento obstétrico, 469,589 (44.5%) recibieron consulta de puerperio, lo que implicó que el 55.5% estuviera en riesgo de padecer algún factor causante de muerte materna. De 2013 a 2017, la cobertura de atención de mujeres que recibieron consulta en el puerperio disminuyó en 2.6% en promedio anual, al pasar de 49.5% a 44.5%.

Sobre el tamiz neonatal, en 2017, la cobertura para población sin seguridad social fue de 79.3%, al registrar 1,037,486 recién nacidos a los que se les aplicó la prueba, de los 1,308,923 nacimientos, lo que significó 8.1 puntos porcentuales menos que la meta programada en el ámbito nacional de 87.4%. De 2013 a 2017, el porcentaje de neonatos tamizados se incrementó en 2.2% en promedio anual; sin embargo, en ningún año se alcanzó la meta establecida.

Respecto de la reducción de la mortalidad materna y neonatal, en 2017, la Razón de la Mortalidad Materna (RMM), en el ámbito nacional, fue de 32 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, al reportarse 722 defunciones de mujeres por causas maternas y

2,254,456 nacimientos registrados,<sup>18/</sup> cifra inferior en 0.7 muertes a lo previsto de 32.7 defunciones. De 2013 a 2017, la RMM, en el ámbito nacional, disminuyó en 4.3% en promedio anual, al pasar de 38.2 defunciones de muerte materna por cada 100,000 nacimientos a 32.0; en 2016 el resultado obtenido (35.4 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos) fue superior a la meta de 35.0 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos.

Asimismo, la RMM, en la población sin seguridad social fue de 26.9 decesos por cada 100,000 nacidos vivos, al reportarse 352 defunciones de mujeres, sin seguridad social, por causas maternas y 1,308,923 nacimientos registrados, cifra inferior en 5.8 muertes a lo previsto de 32.7 defunciones y en 5.1 muertes por cada 100,000 nacimientos a la RMM nacional.

De 2013 a 2017, la RMM, en la población sin seguridad social, disminuyó en 8.3% en promedio anual, al pasar de 38.1 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos a 26.9; en 2014 y 2016 el resultado obtenido (41.8 y 42.3 decesos de mujeres por cada 100,000 nacimientos) fue superior a la meta establecida en el PAESMP 2013-2018, de 39.5 y 32.7 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacimientos, respectivamente.

Asimismo, el CNEGSR no dispuso de información para verificar el cumplimiento del indicador “Tasa de mortalidad neonatal” en 2017. De 2013 a 2016, la tasa de mortalidad neonatal, para la población sin seguridad social, se mantuvo constante, en 6.8 defunciones de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos, y por debajo de la meta de 7.4 defunciones.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos de la política pública, el CNEGSR no dispuso de indicadores ni de información para evaluar en qué medida se propició el acceso de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a servicios de salud de calidad en 2017; que los servicios fueran otorgados con oportunidad y calidad, ni para medir la contribución en cerrar las brechas existentes entre regiones del país con la prestación de los servicios de salud materna. Al respecto, la ASF realizó el análisis de los indicadores incluidos en el PAESMP 2013-2018, con el propósito de verificar si se han cerrado las brechas entre las entidades federativas, toda vez que no se dispuso de información, respecto de grupos sociales y regiones del país. Con la revisión se detectó que, si bien en los indicadores “Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional”, “Porcentaje de mujeres con consulta de puerperio” y “Cobertura de tamiz neonatal” se cerraron las brechas entre entidades federativas, en el indicador “Razón de Mortalidad Materna”, de 2013 a 2017, la distancia entre la entidad federativa con mayor razón de mortalidad materna y la de menor, aumentó en 2.9 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, al pasar de 50.6 en 2013 a 53.5 muertes maternas en 2017; al igual que en el indicador “Tasa de mortalidad neonatal”, de 2013 a 2016, en el que la distancia entre la entidad federativa con mayor tasa de mortalidad neonatal y la de menor tasa aumentó en 1.1 decesos de menores de 28 días por cada 1,000 nacimientos, al pasar de 6.0 en 2013 a 7.1 en 2016, lo que refleja que las acciones realizadas no fueron

---

<sup>18/</sup> EL CNEGSR informó a la ASF que los datos son preliminares y que aún no se cuenta con la información de cierre para 2017, debido a que los registros se acumulan a lo largo del año de referencia y pasan por un proceso de validación por parte de la DGIS e INEGI.

suficientes para contribuir el cierre de brechas entre las entidades federativas en el acceso a los servicios de salud materna, en términos del objetivo de “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”, establecido en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

En opinión de la Auditoría Superior de la Federación, en 2017, la conducción de la política de salud materna y perinatal, a cargo del CNEGSR, mostró deficiencias en la capacitación y asesoría al personal que opera el programa de salud materna y perinatal; en la evaluación de la política; en la distribución de los subsidios a las entidades federativas, y en la cobertura de atención en el control prenatal, partos atendidos y aplicación de tamiz neonatal conforme a lo programado; de persistir esta situación el CNEGSR no lograría contribuir a cumplir la meta de disminuir la mortalidad materna y neonatal, ni al cierre de brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Las recomendaciones al desempeño formuladas por la ASF se orientan a que se realice un diagnóstico y se emitan estrategias de capacitación para la actualización técnica y humanística del personal relacionado con la salud materna y perinatal; se asegure cumplir con la metodología para otorgar la asesoría; se evalúen los resultados de la política pública para identificar las deficiencias y las oportunidades de mejora; se cerciore de que los recursos se ministren a las entidades federativas con base en los criterios de objetividad y equidad, y se correspondan con las necesidades de atención en materia de salud materna y perinatal de cada entidad federativa; se asegure el cumplimiento de las metas en materia de salud materna y perinatal, y que se disponga de información oportuna para evaluar la mortalidad neonatal en la población sin seguridad social.

***Servidores públicos que intervinieron en la auditoría:***

Director de Área

Director General

Lic. Gabriel Linares Trujillo

Lic. Marisela Márquez Uribe

***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 determinados por la Auditoría Superior de la Federación y que se presentó a este órgano técnico de fiscalización para efectos de la elaboración definitiva del Informe General Ejecutivo del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública.



## **Apéndices**

### *Procedimientos de Auditoría Aplicados*

1. Verificar la emisión, actualización o abrogación, de los instrumentos normativos de la política de salud materna y perinatal, así como el diseño de los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas en 2017.
2. Constatar que el CNEGSR contó con procedimientos para establecer políticas, programas, estrategias y lineamientos, a fin de planear la política de salud materna y perinatal en 2017.
3. Verificar las estrategias de capacitación elaboradas e implementadas por el CNEGSR, a fin de mejorar las competencias del personal de los Servicios Estatales de Salud, en materia de salud materna y perinatal en 2017.
4. Constatar que el CNEGSR contó con mecanismos de supervisión, a los Servicios Estatales de Salud, para verificar que se aplicaron las normas y lineamientos en la prestación de los servicios de salud materna y perinatal en 2017.
5. Evaluar la asesoría técnica otorgada por el CNEGSR al personal encargado de operar el programa de salud materna y perinatal en 2017.
6. Analizar los mecanismos de evaluación implementados por el CNEGSR en 2017, para medir los resultados de la política de salud materna y perinatal, a fin de identificar oportunidades de mejora en su aplicación.
7. Evaluar los criterios de distribución de los subsidios que otorga el programa presupuestario P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva" a las entidades federativas, así como la operación del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas en 2017.
8. Evaluar la cobertura de mujeres embarazadas sin seguridad social que iniciaron su control prenatal, desde el primer trimestre gestacional, en los Servicios Estatales de Salud en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
9. Evaluar la cobertura de atención en el parto de las mujeres sin seguridad social en los Servicios Estatales de Salud en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
10. Verificar el número de mujeres a las que se les otorgaron consultas para la vigilancia del puerperio en las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.

11. Evaluar la cobertura de recién nacidos a los que se les realizó la prueba de tamiz neonatal en los Servicios Estatales de Salud en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
12. Constatar que el CNEGSR contó con mecanismos, indicadores y metas para evaluar la calidad de los servicios de salud otorgados a mujeres sin seguridad social, durante el embarazo, parto y puerperio en 2017.
13. Evaluar la contribución del CNEGSR en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
14. Evaluar el cumplimiento del objetivo de contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, en lo relativo a la salud materna y perinatal, en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
15. Analizar el presupuesto aprobado, modificado y ejercido del programa presupuestario P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva", y el presupuesto erogado en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal, en 2017.
16. Verificar el cumplimiento, en 2017, por parte del CNEGSR, de las directrices generales para avanzar hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño.
17. Evaluar el sistema de control interno utilizado por el CNEGSR en 2017, para verificar que incluyó los mecanismos de control que aseguren el cumplimiento de objetivos y metas.
18. Evaluar la información reportada en la Cuenta Pública 2017 sobre el cumplimiento de los objetivos y metas, así como el uso eficiente de los recursos del programa.
19. Verificar la contribución de los resultados del programa P020 "Salud Materna, Sexual y Reproductiva", en materia de salud materna y perinatal, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2017.

#### *Áreas Revisadas*

La Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal, y la Coordinación Administrativa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

#### *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; 24, fracción I; 27, párrafo segundo; 45, párrafo primero; 58, fracciones I, II y III; 75, fracciones I, II, IV, V y IX; 107, fracción I, y 111, párrafo tercero.

2. Ley General de Contabilidad Gubernamental: artículo 54, párrafos primero y segundo.

3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, artículo segundo, numerales 1, 8 y 9, normas primera, tercera, cuarta, párrafo tercero, y quinta.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, artículos primero y segundo.

Acuerdo por el que se emite la clasificación programática (Tipología general).

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículo 40, fracciones I y VIII.

Manual de Organización de la Secretaría de Salud, fracción VI, inciso b.

Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, apartado VI, "Descripción de funciones".

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño, numeral 18.

Programa Sectorial de Salud.

Programa de mediano plazo de salud materna y perinatal.

Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, apartado IV.2.2.

Criterios para la actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados y selección de indicadores para el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

#### *Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones*

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

Artículo 79, fracciones II, párrafo tercero, y IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 10, fracción I, 14, fracción III, 15, 17, fracción XV, 36, fracción V, 39, 40, de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.