

PROGRAMA SEGURO POPULAR

**EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS
2011-2012**

PRIMER INFORME

Mayo de 2012

**Dra. Nelly Aguilera Aburto
Lic. María Quintana Citter**

ÍNDICE

Lista de Acrónimos.....	3
IV.1 Diseño.....	4
IV.1.2 Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa	4
IV.1.3 Análisis de la contribución del programa a los objetivos nacionales y sectoriales.....	7
IV.1.4 Análisis de la población potencial y objetivo.....	11
IV.1.5 Análisis de la población potencial y objetivo.....	15
IV.1.6 Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales.....	18
IV.2 Planeación y Orientación a Resultados	19
IV.2.1 Instrumentos de planeación.....	19
IV.2.2 De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación.....	21
IV.2.3 De la generación de información	26
V. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y recomendaciones	63
Anexos.....	64
Referencias.....	97

LISTA DE ACRÓNIMOS

IV.1 DISEÑO

IV.1.2 ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

1. ¿El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información: a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida; b) se define la población que tiene el problema o necesidad; c) Se define el plazo para su revisión y actualización?

Respuesta: Si.

Nivel: 4. El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y el problema cuenta con todas las características establecidas en la pregunta.

En el Programa de Acción Específico del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 (PAE 2007-2012) se define que existen familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social y que por tanto no cuentan con acceso a atención médica y hospitalaria. Los altos costos de los servicios de salud ponen en riesgo el patrimonio familiar, comprometiendo con ello las posibilidades de desarrollo de cada uno de sus miembros y el acceso a mejores condiciones de vida. El Seguro Popular (brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud) busca ser una solución a este problema, al hacer efectivo el derecho de las personas a la prestación de servicios de salud a través de un esquema de aseguramiento público y voluntario que les brinda cobertura, protección financiera y reduce los gastos catastróficos en salud¹. El Seguro Popular pretende alcanzar la cobertura universal en el año 2012.

¹ Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros (Salud: México 2002).

2. ¿Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica: a) causas, efectos y características del problema; b) cuantificación, características y ubicación territorial de la población que presenta el problema; c) el plazo para su revisión y su actualización?

Respuesta: Si

Nivel: 4. El programa cuenta con un diagnóstico del problema y el diagnóstico cuenta con todas las características establecidas en la pregunta.

El documento Programa de Acción Específico del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 (PAE) establece las causas, efectos y características del problema; establece una cuantificación de la población objetivo (12.6 millones de familias al 2010 más las que se afilien los siguientes años para llegar a la cobertura universal en 2012), sus características, así como su ubicación territorial; y establece un plazo de ejecución para cada meta establecida. De acuerdo al PAE 2007-2012, el problema que se quiere resolver es la falta de acceso a servicios de salud de calidad de la población que se encuentra fuera de la cobertura de las instituciones públicas de seguridad social. En el 2000 aproximadamente el 50% de la población no contaba con un esquema de protección y servicios de salud. Además la calidad, efectividad y grado de protección financiera de las intervenciones variaban sustancialmente entre instituciones prestadoras de servicios, entre grupos de población y regiones del país. En consecuencia, las personas incurrían en gastos excesivos en salud que podían llegar a dañar su patrimonio.

El PAE cuenta con actualizaciones, además de evaluaciones anuales que cumplen con la tarea de revisar y diagnosticar el problema.

3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?

Respuesta: Si

Nivel: 4. El programa cuenta con una justificación empírica documentada que sustenta el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y la justificación empírica es consistente con el diagnóstico del problema, existen evidencias (nacionales e internacionales) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o los apoyos otorgados a la población objetivo, y existen evidencias (nacionales e internacionales) de que la intervención es más eficaz para entender la problemática que otras alternativas.

Existe evidencia empírica del diagnóstico del problema y evidencia teórica y empírica de cómo este tipo de programas de aseguramiento contribuyen a solucionar el problema. En 1994 se documentó por primera vez que el gasto en salud privado representaba entre 40 y 50 por ciento del gasto total y que era una carga importante para las familias (Frenk et al 1994). Más aún la Organización Mundial de la Salud en su Informe de la Salud en el Mundo 2000 (OMS 2000) establecía que en México se observaba una inequidad financiera considerable.

Por su parte, evidencia teórica y empírica señalan que la extensión de cobertura a través de programas de aseguramiento es una forma efectiva de asegurar protección financiera. Las reformas recientes a los sistemas de salud están convergiendo hacia este modelo. Sólo por mencionar los ejemplos más importantes y de referencia para México, por ser países con un ingreso per cápita similar, podemos mencionar la reforma del Presidente Obama y las reformas de Chile, Colombia y Uruguay (ver CISS 2011). En términos teóricos, el aseguramiento, al eliminar los gastos en el punto de servicio, genera que las personas usen los servicios (efecto conocido como riesgo moral) y que sean las personas más enfermas quienes voluntariamente se unan al programa (efecto conocido como selección adversa). Por otro lado, este tipo de modelos de aseguramiento establece derechos garantizados que permiten que los afiliados se empoderen, es decir reclamen sus derechos. Si lo que se busca es abatir la inequidad financiera y en el acceso estos tres efectos son deseables: se quiere atraer a las personas más necesitadas y se busca que los pacientes exijan y usen los servicios de salud.

IV.1.3 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS NACIONALES Y SECTORIALES

4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que: a) existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo población objetivo; b) el logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.

Respuesta: Si.

Nivel: 3. El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del programa sectorial, especial o institucional, y es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta.

El Programa de Acción Específico del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 (PAE) establece la vinculación del Seguro Popular con los Objetivo 3 y 4 del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), los cuales proponen prestar servicios de salud con calidad y seguridad, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. El Propósito del Programa y los Objetivos 3 y 4 del PROSESA se relacionan de manera indirecta. Al brindar acceso a intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa, se contribuye a prestar servicios de salud con calidad y seguridad y a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Quizá el Fin del Programa tenga una relación más directa con el Objetivo 4 del PROSESA, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social se contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud.

El Seguro Popular al brindar acceso a servicios de salud a personas que carecen de seguridad social debe coadyuvar a: i) acreditar el 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud, ii) implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público, iii) alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel, iv) disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud y v) reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud, que son las cinco metas que se han definido en el PROSESA para los

dos objetivos. No obstante, se necesita la participación de otros programas para lograr las metas establecidas.

5. ¿Con cuáles objetivos, ejes y temas del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial relacionado con el programa?

El objetivo sectorial está relacionado con el Plan Nacional de Desarrollo en:

Eje 3: Igualdad de Oportunidades

Rubro: Salud

Objetivo 7: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Estrategia 7.1: Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.

Estrategia 7.2: Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños.

Estrategia 7.3: Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.

El Seguro Popular al ofrecer aseguramiento médico y proporcionar acceso a servicios de salud a población que carece de seguridad social debe evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad, mejorar la salud de la población objetivo, cerrar las brechas de indicadores en salud con otros grupos poblacionales y al ser la salud un componente fundamental del capital humano de las personas debe permitirles un desarrollo más favorable con lo que se contribuye a igualar las oportunidades.

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con las Metas del Milenio?

El propósito del programa es que *la población que carece de seguridad social cuente con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa.*

Se considera que tiene una vinculación con dos de los objetivos del a Metas del Milenio:

- a) Reducir la mortalidad infantil (Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años)
- b) Mejorar la salud materna (Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015)

La relación se da por dos vertientes, por un lado, una de las prioridades del Seguro Popular es atender a madres embarazadas y niños recién nacidos; y por el otro, se proporcionan intervenciones, las incluidas en el CAUSES, que abordan precisamente el cuidado del niños menores de un año y del embarazo, parto y puerperio.

No obstante, la vinculación es indirecta, el logro del Propósito del programa aporta al cumplimiento de las Metas del Milenio, pues se ofrece aseguramiento médico y se proporciona acceso a servicios de salud regulares, pero podrán persistir otros determinantes sociales que afectan estos resultados de salud que no son abordados por el programa.

IV.1.4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

7. ¿Las poblaciones potencial y objetivo están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y a) tienen unidad de medida, b) están cuantificadas; c) se define la metodología para su cuantificación y fuentes de información; y d) se establece un plazo para su revisión y actualización?

Respuesta: Si

Nivel: 3. El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y las definiciones cuentan con todas las características establecidas

La LGS define la población a la que va dirigida el programa como *las familias o personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud*. En la EED 2010-2011 se definen y cuantifican las poblaciones potencial y objetivo. La población potencial es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismo de prevención social en salud y son 59'124,464 personas. La determinación de esta población se realiza a partir de la estimación de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para el año 2010, la cual a su vez realiza sus estimaciones con base en los resultados del Censo General de Población y Vivienda del 2005, realizado por el INEGI.

La población objetivo se establece como el número de personas a afiliar en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el PEF y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas y son 51'300,215 personas. La meta se suscribe mediante el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, realizado entre la Federación y las entidades federativas. La población potencial y objetivo se debe igualar en 2012 cuando se alcance la cobertura completa.

Si bien se pretende alcanzar la cobertura universal en 2012, se recomienda recalcular las estimaciones a partir de los resultados del XIII Censo de Población y Vivienda 2010.

8. ¿Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que: a) incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo; b) incluya el tipo de apoyo otorgado; c) esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo; cuente con mecanismo documentados para su descripción y actualización?

Respuesta: Si

Nivel: 4. La información de los beneficiarios cuenta con todas las características establecidas

El programa cuenta con un padrón de beneficiarios que está integrado por la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema (REPSS). Según el Artículo 50, Capítulo IV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud el padrón debe ser de tipo nominal y contener, al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción. Se actualiza cada tres meses. Asimismo los lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios del sistema de protección social en salud definen a los responsables de integrar y validar el padrón.

La unidad de protección del Seguro Popular es el núcleo familiar por lo que se establece una clave única de identificación por familia con el fin de identificarlas y que no cambie en el tiempo. Según el Artículo 77 bis 4 de la LGS el núcleo familiar se puede integrar por: i) Los cónyuges; o ii) la concubina y el concubinario; o iii) el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato y los hijos menores de edad; los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con los mencionados 1 a 3; los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes; los hijos discapacitados dependientes; los ascendientes directos en línea recta mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar; y/o las personas que aún no teniendo parentesco de consanguinidad con los mencionados en los números 1 a 3, habitan en la misma vivienda y dependan económicamente de él y sean mejores de 18 años o discapacitados dependientes de cualquier edad. Las personas mayores de 18 años pueden afiliarse voluntariamente de manera individual.

Los REPSS son los encargados de registrar y administrar a las familias afiliadas al Seguro Popular en el Padrón y lo hacen por medio del Sistema de Administración del Padrón (SAP). El Manual de Operación y Afiliación explica de forma detallada la funcionalidad del SAP.

9. ¿El programa recolecta información socioeconómica de los beneficiarios?

En el Sistema de Administración del Padrón (SAP) se recolecta información a nivel individual y a nivel hogar. A nivel individual se obtiene el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, indigenismo, parentesco, CURP, si padece alguna discapacidad, la condición laboral y si tiene seguridad social. A nivel hogar, a todas las familias que soliciten afiliarse al sistema se les aplicará la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) la cual sirve para identificar el núcleo familiar y sus integrantes en uno de los 10 niveles de la distribución del ingreso con el fin de determinar si pertenecen al régimen no contributivo o si deben pagar la cuota familiar. Por tanto, la CECASOEH recolecta el ingreso familiar y características y condiciones de la vivienda, como son: si la vivienda es propia, rentada o prestada; el material de la vivienda, el número de cuartos; si se dispone de excusado, baño o letrina; si se cuenta con DVD, refrigerador, estufa de gas, auto propio o lavadora (Manual de Afiliación y Operación).

IV.1.5 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

10. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Respuesta: No

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud no es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados.

11. ¿Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información: a) nombre; b) definición; c) método de cálculo; d) unidad de medida; e) frecuencia de medición; f) línea base; g) metas; h) comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular, nominal)?

Respuesta: Si

Nivel: 4. Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas

Las Fichas Técnicas de los indicadores de la MIR están muy completas. Contienen el nombre, la definición, el método de cálculo, la unidad de medida, la frecuencia de medición, la línea base, las metas y el comportamiento del indicador. De esta forma cualquier persona que desee realizar un seguimiento o una evaluación de los indicadores cuenta con la información necesaria para hacerlo.

12. ¿Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características: a) cuentan con unidad de medida; b) están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas; c) son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa?

Respuesta:

Nivel:

Todas las metas de los indicadores de la MIR cuentan con unidad de medida y tienen una factibilidad “alta” o “media” de alcanzar su objetivo considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con que cuenta el programa (Fichas Técnicas de los Indicadores).

Ver con Nelly

IV.1.6 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

13. ¿Con cuáles programas federales y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

La información que se encuentra en el Anexo 7 permite identificar que el Seguro Popular se complementa con el programa IMSS Oportunidades, PCS y PDHO Salud ya que comparten objetivos, población objetivo y componentes (productos y servicios). Con IMSS Oportunidades ya que este brinda atención de primer y segundo nivel a la población residente en poblaciones rurales marginadas. Con el PCS pues este también proporciona los servicios de promoción, prevención y atención establecidos en el CAUSES a comunidades sin acceso a servicios de salud y además fomenta la afiliación de personas al SPSS. Y con el PDHO Salud ya que ambos ofrecen apoyos a la población en materia de salud, pero sin brindar los servicios directamente.

Por otro lado, el Seguro Popular puede tener coincidencias con el IMSS Oportunidades y con el PDHO Salud en recursos humanos, físicos y financieros, pues no se cuenta con redes de prestadores de servicios públicos de salud y las familias que actualmente son atendidas por estos programas pudieran no estar afiliadas al Seguro Popular (ECR 2007). Con el fin de evitar esta duplicidad se suscribió un convenio de marco interinstitucional entre la SSA y el IMSS, para que de manera progresiva se realice dicha afiliación, comenzando con los 50 municipios de menor índice de desarrollo humano de los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán.

Falta poner complementariedades con IMSS e ISSSTE

IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

IV.2.1 INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

14. La Unidad Responsable del programa cuenta con un plan estratégico con las siguientes características: a) es el resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento; b) contempla el mediano y/o largo plazo; c) establece los resultados que quieren alcanzar (Fin y Propósito) y; d) cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de los resultados.

Respuesta: Si

Nivel: 4. El plan estratégico tiene todas las características establecidas

El programa utiliza el PAE 2007-2012 como plan estratégico. El PAE define la misión, visión, objetivos, estrategias y actividades, que permiten dar respuesta a las metas establecidas para 2012, mismas que contribuyen al logro de los objetivos establecidos tanto en el PND 2007-2012, como en el PROSESA. En el inciso 3.4 establece estrategias y líneas de acción para cada uno de los tres objetivos específicos. Además el PAE en su inciso 3.5 plantea metas e indicadores de 2008 a 2012. En los Informes de Resultados del Seguro Popular que se publican semestralmente y en el Tablero de Control de Indicadores del PAE se puede verificar el avance de los indicadores.

Asimismo el PAE presenta el modelo operativo, las etapas para la instrumentación y las acciones de mejora de la gestión pública, que regirán las actividades programadas y coadyuvaran al cumplimiento de las metas. Como parte del modelo operativo el PAE define una estructura y niveles de responsabilidad.

15. ¿El programa cuenta con planes de trabajo anuales para alcanzar sus objetivos que: a) son el resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento; b) son conocidos por los responsables de los principales procesos del programa; c) tienen establecidas sus metas; y d) se revisan y actualizan?

Respuesta: Si

Nivel: 4. El plan de trabajo tiene todas las características establecidas

Además del Programa de Acción Específico (PAE) (ver Pregunta 14) el Seguro Popular cuenta con Programas de Trabajo Anuales (PAT). El PAT integra las acciones que permiten alcanzar los objetivos fijados y que a su vez contribuyen a lograr los compromisos asumidos por el Gobierno Federal en materia de protección social en salud. En el documento se presentan actividades a realizar durante el año y la alineación de estas actividades con el PAE, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) y el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012. Las actividades programadas señalan tres objetivos, cada uno con sus estrategias y líneas de acción correspondientes. La Comisión da seguimiento a las actividades programadas (Avance de las actividades programadas al cierre de 2011 del Programa Anual de Trabajo 2011).

El PAT sigue el procedimiento establecido en el PAE, es conocido por los responsables de los principales procesos del programa, tiene establecidas metas y se revisa y actualiza.

IV.2.2 DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE EVALUACIÓN

16. El programa utiliza informes de evaluaciones externas: a) de manera regular; b) de manera institucionalizada; c) para definir acciones y actividades que contribuyan a mejorar su gestión y/o sus resultados; y d) de manera consensada.

Respuesta: Si

Nivel: 4. El programa utiliza informes de evaluación externa y tiene cuatro de las características establecidas.

Desde 2006 el programa ha estado sujeto a diversas evaluaciones: financiera y de procesos en 2006, de efectos (impacto), procesos administrativos y consistencia y resultados en 2007, estudio de satisfacción en 2010 y 2011, y Específica de Desempeño en 2008, 2009-2010 y 2010-2011. Asimismo se han identificado ASM en 2007 y 2009. No se tienen ASM en 2010 ni 2011. Para dar seguimiento a los ASM, el Seguro Popular ha emitido posiciones institucionales (2010-2011) y documentos de trabajo que abordan los ASM específicos (2007 y 2009) que abordan los ASM institucionales. No ha emitido documentos institucionales. Las EED reconocen que el programa ha hecho esfuerzos importantes para dar cauce a los ASM:

- i) Se elaboró el Programa Estratégico de Desarrollo del SPSS (EED 2009-2010)
- ii) Se actualizaron y emitieron los lineamientos para la Evaluación del Desempeño en 2009 (EED 2009-2010).
- iii) Se concluyó el Sistema de Administración del Padrón con el fin de disminuir las posibles alteraciones al padrón de beneficiarios (EED 2009-2010).
- iv) Se ha trabajado en el Tablero de Control de Indicadores contenido en el PAE para monitorear los indicadores y evaluar al SPSS (EED 2009-2010).
- v) Se llevaron a cabo talleres y mesas de trabajo con funcionarios y representantes de las entidades federativas, en las cuales se les informó y capacitó en estrategias y mecanismos para una re-afiliación más efectiva, compartiendo buenas prácticas y experiencias exitosas (EED 2010-2011).
- vi) Se implementaron mejoras en sus sistemas de información que permiten reducir los tiempos de notificación, validación y pago de casos (EED 2010-2011).
- vii) Se dio inicio a la primera etapa de implementación del Módulo de Capacitación del SPSS al personal que tiene contacto directo con el Seguro Popular (EED 2010-2011).

17. Del total de los ASM clasificados como específicos y/o institucionales de los últimos tres años ¿qué porcentaje han sido solventados acorde con lo establecido en los documentos de trabajo y/o institucionales?

Respuesta: Si

Nivel: 4. Del 85 al 100% del total de los ASM se han solventado y/o las acciones de mejora están siendo implementadas de acuerdo con lo establecido en los documentos de trabajo e institucionales.

Todos los ASM han sido solventados al 100% (ver Anexo 8).

El programa ha realizado esfuerzos considerables para atender los ASM del Documento de Trabajo 2009. Se considera que se ha solventado el 100% por ciento de éstos de acuerdo con las fechas de término. La elaboración de un Programa Estratégico de Desarrollo del SPSS y la actualización y emisión de los lineamientos para la Evaluación de Desempeño 2009 solventan la ausencia de planes estratégicos actualizados y permiten un mecanismo para establecer y definir metas e indicadores. El Sistema de Administración del Padrón evita posibles alteraciones al padrón de beneficiarios. El seguimiento al Tablero de Control de Indicadores contenido en el PAE permite monitorear los indicadores y por tanto avanzar en un sistema integral de evaluación (EED 2009-2010). Además se llevaron a cabo talleres y mesas de trabajo con funcionarios y representantes de las entidades federativas con la finalidad de informar estrategias y mecanismos de re-afiliación más eficientes e innovadoras. Con el fin de incrementar la eficiencia en la gestión y disminuir los tiempos en que los recursos se transfieren a las entidades (reducir los tiempos de notificación, validación y pago de casos) el Programa implementó mejoras en sus sistemas de información y validación. Buscando reforzar los principios de equidad, calidad y garantía de derechos a los afiliados se implementó el Módulo de Capacitación del SPSS al personal que tiene contacto directo con el Seguro Popular (EED 2010-2011).

18. ¿Con las acciones definidas en los documentos de trabajo e institucionales que a la fecha se han implementado, provenientes de los Mecanismos para el Seguimiento a los ASM derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal de los últimos tres años, se han logrado los resultados establecidos?

Se considera que se han logrado los resultados establecidos en casi todos los ASM (Anexo 9)
Acciones definidas en el Documento de Trabajo 2009:

- i) Ausencia de planes estratégicos actualizados: Se elaboró el Programa Estratégico de Desarrollo Del SPSS (EED 2009-2010).
- ii) No se cuenta con mecanismos para establecer y definir metas e indicadores: Se actualizaron y emitieron los lineamientos para la Evaluación de Desempeño 2009 (EED 2009-2010).
- iii) Posibilidad de alteraciones al Padrón de beneficiarios: Se concluyó el Sistema de Administración del Padrón (EED 2009-2010).
- iv) No hay un sistema integral de evaluación del SPSS: El seguimiento al Tablero de Control de Indicadores contenido en el PAE, permite monitorear la evolución de los mismos (EED 2009-2010)

Acciones definidas en el Documento de Trabajo 2009:

- i) Promover la implementación de estrategias innovadoras para fomentar la re-afiliación de la población: Se llevaron a cabo talleres y mesas de trabajo con funcionarios y representantes de las entidades federativas, donde se les informó y capacitó en estrategias y mecanismos para una re-afiliación más efectiva (EED 2010-2011).
- ii) Mejorar los sistemas de información para contar con datos coherentes y válidos y ajustar los procesos de notificación y validación de los casos en los estados para hacerlos más eficientes: El Programa implementó mejoras en sus sistemas de información que permiten incrementar la eficiencia en la gestión y disminuir los tiempos en que los recursos se transfieren a las entidades (EED 2010-2011).
- iii) Promover una política de capacitación permanente a todos los niveles y categorías ocupacionales involucrados con el funcionamiento del SPS, buscando reforzar los principios de equidad, calidad y garantía de derechos de los afiliados, y recurriendo al uso de tecnologías a distancia, lo cual puede implicar ahorro en tiempos y recursos financieros: Se dio inicio a la primera etapa de implementación del Módulo de Capacitación del SPSS al personal que tiene contacto directo con el Seguro Popular (EED 2010-2011).

19. ¿Qué recomendaciones de las evaluación(es) externa(s) de los últimos tres años no han sido atendidas y por qué?

A partir del Posicionamiento Institucional de la EED 2010-2011 y de evaluaciones externas se reconoce que algunas de las recomendaciones de las evaluaciones externas no han sido atendidas al 100% (ver Anexo 10).

En el Posicionamiento Institucional de la EED 2010-2011 se establece la ausencia de información sobre el indicador de Fin (Porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares); sin embargo, se justifica la ausencia de este resultado debido a que la fuente de información es la ENIGH 2010 y en ese momento todavía estaba en proceso de hacer públicos los resultados. En este momento ya es posible contar con la información sobre el gasto de bolsillo en salud y sin embargo, la MIR 2011 aún no cuenta con el resultado.

En las evaluaciones externas y el Posicionamiento Institucional de la EED 2010-2011 se observa que las siguientes recomendaciones no han sido atendidas (estas recomendaciones no forman parte del mecanismo de ASM):

- Contar con mecanismos para establecer y definir metas e indicadores
- Incorporar un indicador de Fin de las condiciones de salud de la población beneficiaria

20. A partir del análisis de las evaluaciones externas realizadas al programa y de su experiencia en la temática ¿qué temas del programa considera importante evaluar mediante instancias externas?

El Seguro Popular ha tenido diversas evaluaciones: financiera y de procesos en 2006, de efectos (impacto), procesos administrativos y consistencia y resultados en 2007, estudio de satisfacción en 2010 y 2011, y Específica de Desempeño en 2008, 2009-2010 y 2010-2011.

En general las evaluaciones coinciden en que i) el gasto público en salud está aumentando; ii) el Seguro Popular está dando protección financiera a los hogares que incurren en gastos de bolsillo que les generan gastos catastróficos y empobrecedores; iii) por su diseño puede tener complementariedades con otros programas fundamentales para el desarrollo de México, SPSS, el PDHO-Salud, y con el IMSS Oportunidades (análisis previo en esta evaluación y ECR 2007); iv) que el programa ha incrementado paulatinamente su cobertura y tiene presencia en las 32 entidades federativas; y está bien focalizado, la mayoría de la población afiliada se concentra en los deciles más pobres y en los municipios de alta marginación; v) que los afiliados al Seguro Popular tienen mayor probabilidad de utilizar los servicios de salud basada en una necesidad percibida; vi) las personas afiliadas al Seguro Popular perciben un mejor trato que las personas no afiliadas; vii) existe cobertura efectiva en intervenciones como hipertensión arterial, detección de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, atención del parto y manejo de nacimientos prematuros; y viii) es necesario realizar una evaluación que mida el impacto del programa en las condiciones de salud de la población afiliada.

Con base en lo anterior el equipo evaluador considera prioritario llevar a cabo una nueva evaluación de impacto que permita medir no sólo los efectos en el gasto catastrófico si no los efectos causales del Seguro Popular en los resultados de salud y acceso de la población afiliada. Se puede utilizar la evaluación de impacto de 2007 como base y la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. El programa ya está realizando algo al respecto.

IV.2.3 DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

21. ¿El programa recolecta información acerca de: a) la contribución del programa a los objetivos del programa sectorial; b) los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios en el tiempo; c) las características socioeconómicas de sus beneficiarios; d) las características socioeconómicas de las personas que no son beneficiarias?

Respuesta: Si

Nivel: 3

Como se mencionó en la pregunta 4, el Seguro Popular contribuye a los Objetivo 3 y 4 del PROSESA al prestar servicios de salud con calidad y seguridad, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y como vimos en la pregunta pasado, el Programa a través de evaluaciones intenta recolectar información sobre calidad percibida y el porcentaje de gasto de bolsillo y catastrófico que las familias destinan a la salud.

Además en el Informe de Resultados que se publica semestralmente se presentan los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios. Se publica el número de personas/familias afiliadas, consultas otorgadas, egresos hospitalarios, atención hospitalaria, servicios de urgencias, atención obstétrica, principales padecimientos atendidos, y servicios cubiertos por el CAUSES en el período correspondiente.

En el mismo Informe se recolectan características socio-demográficas de los beneficiarios. Se presenta el número de afiliados por entidad federativa en zonas prioritarias, en localidades con más del 40% de población de habla indígena, por decil de ingreso, en zonas rurales, en zonas urbanas, y el tamaño del hogar. En el Padrón se registra edad, sexo, estado civil, escolaridad, indigenismo, parentesco, si padece alguna discapacidad, condición laboral, si tiene seguridad social, ingreso familiar, y características y condiciones de la vivienda (ver Pregunta 9).

22. ¿El programa recolecta información para monitorear su desempeño con las siguientes características: a) oportuna; b) confiable; c) sistematizada; d) pertinente (mida indicadores de actividades y componentes); e) actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente?

Respuesta: Si

Nivel: 4. La información que recolecta el programa cuenta con todas las características establecidas

El Programa sí recolecta información para monitorear su desempeño. Desde 2006 publica un Informe de Resultados de manera semestral en donde se presentan los avances correspondientes. En este Informe se presentan datos de i) presupuesto transferido, ii) número familias y personas afiliadas al Seguro Popular, iii) características de las familias y personas afiliadas, iv) servicios de salud otorgados, y v) unidades médicas acreditadas.

Asimismo, se cuenta con los medios de verificación para los indicadores definidos en la MIR por medio de los cuales también se puede monitorear el desempeño: DGIS, SICUENTAS y el Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud.

El equipo evaluador considera que la información es oportuna, confiable, sistematizada, y actualizada. Oportuna ya que son indicadores de desempeño relacionados con los objetivos del programa y del PROSESA. Confiable pues son datos oficiales reportados por cada uno de las entidades federativas. Sistematizada ya que se encuentra disponible al público en general en la página web del Programa. Actualizada pues se tienen datos desde el 2006 al último periodo disponible del 2011. Y pertinente pues se monitorean todas las acciones que debe realizar el programa.

IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

IV.3.1 ANÁLISIS DE LA COBERTURA

23. ¿El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características: a) incluye la definición de la población objetivo; b) especifica metas de cobertura anual; c) abarca un horizonte de mediano y largo plazo; y d) es congruente con el diseño del programa?

Respuesta: Si

Nivel: 4. La estrategia de cobertura cuenta con todas las características establecidas

La población objetivo se establece como el número de personas a afiliar en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el PEF y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas y son 49'148,820 personas. La meta se suscribe mediante el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, realizado entre la Federación y las entidades federativas (ver Pregunta 7).

El PAE tiene como uno de sus objetivos contribuir al logro de la cobertura universal en salud, siguiendo una estrategia de establecer y acordar las metas de afiliación con las entidades federativas, así como los mecanismos que garanticen su cumplimiento a nivel nacional. Establece líneas de acción que le permitan lograr el cumplimiento de las metas estratégicas del PROSESA y las metas anuales propuestas. Además se propone metas de afiliación de mediano y largo plazo, para en 2012 lograr la cobertura universal en salud.

Para lograr sus metas, el PAE diseña una estrategia de implantación operativa en la cual se define la estructura y niveles de responsabilidades, etapas para la instrumentación y acciones de mejora de la gestión pública.

El equipo evaluador considera que la estrategia de cobertura es congruente con el diseño del programa.

24. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.

El Artículo 77 bis 3 de la Ley General de Salud establece que *las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón a su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título*. Para incorporarse al SPSS, las personas deben cumplir con algunos criterios de afiliación (Artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud): i) ser residentes en el territorio nacional; ii) no ser derechohabientes de la seguridad social; iii) contar con Clave Única de Registro de Población; iv) cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 bis 21 de la Ley General de Salud; y v) cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley.

La afiliación al Seguro Popular es voluntaria, así que el Seguro debe promocionar e informar a su población objetivo para que esta acuda a afiliarse y recibir los servicios que ofrece. Sin embargo, el Programa utiliza la información de la DGIS para identificar a la población (ver Pregunta X). El documento “Estimación del número de Núcleos Familiares sujetos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud por entidad federativa de residencia: 2007-2012” realizado por la DGIS presenta la metodología empleada para calcular a la población sin derecho a la seguridad social y de ahí a partir para obtener los núcleos familiares que son susceptibles de ser afiliados por el Seguro Popular, con todas las desagregaciones o desdoblamientos posibles. Esta metodología parece ser correcta; no obstante, el equipo recomienda rehacer el cálculo con el Censo 2010. Además, de conformidad con el Artículo 41 del PEF 2011, así como las líneas estratégicas del PND 2007-2011 y del PROSESA 2007-2012, el Programa dirigió sus acciones de afiliación prioritariamente a mujeres embarazadas, niños recién nacidos y personas beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, así como otros grupos sociales en pobreza y marginación (Informe de Resultados 2011).

Por otro lado, el PAE cuenta con estrategias y líneas de acción para identificar a la población objetivo anualmente. La estrategia 1 del Objetivo 1 define que se deben establecer y acordar las metas de afiliación con las entidades federativas.

25. ¿A partir de las definiciones de la población potencial, población objetivo y población atendida cuál ha sido la cobertura del programa?

La población potencial es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismo de prevención social en salud y son 59'124,464 personas. Y la población objetivo se establece como el número de personas a afiliar en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el PEF y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas y son 51'300,215 personas (ver Pregunta X). La población atendida, corresponde a la afiliada al SPSS en el año de que se trate, por la cual se transfirieron a las entidades federativas la cuota Social y Solidaria Federal, para financiar las intervenciones de salud comprometidas en el CAUSES.

Como se dijo en la pregunta anterior, en 2011, El Seguro Popular orientó sus acciones a lograr la cobertura universal en salud de los mexicanos sin protección social en salud, otorgando especial atención a los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los beneficiarios de otros programas enfocados al combate de la pobreza, la población indígena y los migrantes. Durante el año, se afiliaron 8.3 millones de personas, lo que al cierre del ejercicio significó en forma acumulada lograr 51'823,314 personas (101% de la población objetivo). Las mujeres embarazadas llegaron a 1.8 millones de afiliadas y los niños ya son 5.8 millones de afiliados. Además, del total de entidades federativas, 29 entidades ya alcanzaron la cobertura universal, y el Distrito Federal y Michoacán están en proceso de alcanzarla (Informe de Resultados 2011).

Ver Anexo 11 y Anexo 12.

IV.4 OPERACIÓN

IV.4.1 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS ROP O NORMATIVIDAD APLICABLE

26. Describa mediante Diagramas de Flujo el proceso general del programa para cumplir con los bienes y servicios (Componentes), así como los procesos clave en la operación del programa.

El Programa tiene como proceso general una estrategia de implantación operativa, definida en el PAE, por medio de la cual pretende cumplir con los Componentes. Esta estrategia es un modelo operativo que define el proceso operativo para la determinación de acciones, la estructura y niveles de responsabilidades, las etapas para la instrumentación y las acciones de mejora de la gestión pública. Según el modelo operativo, la CNPSS tiene como objetivo la ejecución de las tareas establecidas en la LGS para el SPSS: planear, normar, administrar, supervisar y comprar servicios. Y los REPSS se encargan de la afiliación al Seguro Popular, la verificación de la vigencia, tutela de servicios de los beneficiarios del sistema y compra de servicios.

El programa tiene como procesos clave: i) promoción y afiliación; ii) re-afiliación; iii) incidencias al padrón; iv) orientación; v) recepción de quejas, sugerencias y reconocimientos; vi) verificación de expedientes; vii) acreditación de las unidades de salud; viii) utilización de servicios y trato de los afiliados; y ix) surtimiento de los medicamentos (Evaluación de Procesos 2006 y Manual de Afiliación y Operación).

En el Anexo 13 se escribe el proceso principal y se señala como se articulan otros procesos específicos.

Solicitud de apoyos

27. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permita conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de las personas físicas y específicas en el caso de las personas morales)

Respuesta: Sí

Nivel: 3 ó 4

El Seguro Popular cuenta con un padrón de beneficiarios sistematizado denominado Sistema de Administración del Padrón (SAP). En este sistema se obtiene las características señaladas en la Pregunta X, el registro de solicitantes, la afiliación y la credencialización, la vigencia de derechos, características de los integrantes del hogar, condición laboral de los miembros de la familia, condiciones y características de la vivienda y determinación de la cuota familiar.

En los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud se establece a los REPSS como los responsables de integrar y administrar el Padrón de beneficiarios del Sistema, verificar que la incorporación de los beneficiarios al Padrón sea a partir de la presentación de la solicitud y previo cumplimiento de los requisitos legales, asegurar que la información que se integre o capture a la base de datos contenga los elementos mencionados en la Pregunta X, la información identificada en la CECASOEH y la evaluación del nivel socioeconómico de las familias, la cuota familiar establecida y su vigencia. Los REPSS debe utilizar la plataforma informática del Sistema de Administración del Padrón para incorporar la información de las familias beneficiarias al Padrón y verificar periódicamente sus contenidos y su veracidad. Así le corresponde a la Comisión integrar el Padrón Nacional a partir de la información contenida en los padrones de los REPSS que componen el sistema.

28. ¿Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características: a) corresponden a las características de la población objetivo; b) existen formatos definidos; c) están disponibles para la población objetivo; y d) están apegados al documento normativo del programa?

Respuesta: Si

Nivel: 3 ó 4

El procedimiento de afiliación y re-afiliación al Sistema corresponde a las características de la población objetivo, tiene un formato definido, está disponible para la población objetivo, y está apegado al documento normativo del programa.

Los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud describen el proceso de afiliación y re-afiliación al Sistema. El SPSS estableció los Módulos de Afiliación y Operación (MAO) por estado para recibir y procesar las solicitudes de apoyo de los beneficiarios y promover sus beneficios. El titular de las familias susceptibles de incorporación debe acudir a un MAO a manifestar su voluntad para afiliarse al Sistema y presentar la información requerida: comprobante de domicilio, CURP o algún documento que la contenga de cada uno de los integrantes de la familia e identificación oficial con fotografía. Además el interesado debe proporcionar la información necesaria para requisitar la CECASOEH por medio de la cual se realiza el estudio socioeconómico y de ser el caso la familia deberá cubrir la cuota familiar. Posteriormente el MAO proporciona la Carta de Derechos y Obligaciones y expide la Póliza de afiliación en la que se indica el titular, los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de sus derechos, la cuota familiar y la unidad médica que le corresponda. Con la información capturada, los MAO deben realizar un expediente por cada familia y remitir esa información a los REPSS para la actualización del Padrón. A los beneficiarios se les entrega la credencial TUSALUD la cual sirve como medio de identificación de los beneficiarios del Sistema y para comprobar la vigencia de sus derechos. Las familias interesadas en re-afiliarse al sistema lo deben hacer de manera anual.

Existe un manual de procedimientos de los Módulos de Afiliación y Operación con el fin de guiar y conducir de forma ordenada el desarrollo de las actividades del personal de los MAO.

29. ¿El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo con las siguientes características: a) son consistentes con las características de la población objetivo; b) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; c) están sistematizados; y d) están difundidos públicamente?

Respuesta: Si

Nivel: 4. El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo, y los procedimientos cuentan con todas las características descritas

El Seguro Popular cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo consistentes con las características de la población objetivo, estandarizado, sistematizados y difundidos públicamente.

El numeral 15 del Capítulo III de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS establece que los expedientes de las familias beneficiarias (ver pregunta anterior) podrán ser revisados de manera aleatoria en cualquier momento por la Comisión, por lo que en caso de identificar registros de familias que no tengan como soporte la documentación requerida, se procede a levantar un acta de verificación que indique el número de folio correspondiente al expediente incompleto a los REPSS que integren en su totalidad dichos expedientes en los treinta días hábiles subsecuentes. Por su parte, los REPSS son los responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes de incorporación al Padrón (Numeral 4, Capítulo VII de los mismo Lineamientos). Los REPSS realizan la validación inicial del Padrón con base a la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón, previo a su envío a la Comisión, considerando los siguientes lineamientos de control: i) verificar la inexistencia de folios duplicados y corregirlos; ii) comprobar que las homonimias de titulares correspondan a personas diferentes; iii) corroborar que la aportación familiar corresponda al decil de ingreso en el que fue ubicada la familia; iv) verificar que las familias estén referenciadas a una unidad médica de adscripción y éstas a un Hospital General; v) revisar que todas las familias pertenezcan a una localidad del catálogo integrado en el Sistema de Administración del Padrón; y vi) conciliar las cifras de familias incorporadas por cada uno de los MAO que operan en el

Estado, para que sean idénticas a las integradas al Padrón. La Comisión realiza una segunda validación de la base de datos remitida por los REPSS, a partir de la herramienta de validación integrada en el Sistema de Administración del Padrón.

Además existe un manual de procedimientos de incidencias al Padrón.

Selección de beneficiarios y/o proyectos

30. ¿Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características: a) incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción; b) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; c) están sistematizados; y d) están difundidos públicamente?

Respuesta: Si

Nivel:

El artículo 77 bis 3 de la Ley General de Salud señala como beneficiarios del Seguro Popular a las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud. En 2011 se otorgó especial atención a los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los beneficiarios de otros programas enfocados al combate de la pobreza, la población indígena y los migrantes (Informe de Resultados 2011)

El Seguro Popular es de carácter voluntario, por lo que en el Capítulo II de los Lineamientos para la Afiliación, Operación e Integración del Padrón Nacional de se describe el proceso de promoción y afiliación. Los REPSS crean MAO, brigadas de promoción y de afiliación con la finalidad de poder llevar a cabo la promoción y afiliación de las familias susceptibles de incorporarse al Sistema. El número de MAO y brigadas se constituye a partir de la meta de afiliación establecida en los acuerdos de coordinación estatales. Así, en cada entidad federativa o región identificada como zona de cobertura del Sistema se informa a través de medios directos e indirectos de comunicación sobre las características y ventajas del Sistema y se invita a la población objetivo a que acuda a afiliarse a los MAO. Los REPSS ponen a disposición de la población la información sobre los lugares para la afiliación y re-afiliación y la información general del Sistema y los mecanismos de afiliación, a través de material promocional como son folletos, trípticos y carteles. El Sistema cuenta con un manual de procedimiento de los MAO donde se detalla el proceso de promoción y afiliación (ver Anexo X).

Los procedimientos están estandarizados, sistematizados y difundidos públicamente.

31. ¿El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios y/o proyectos y tienen las siguientes características: a) permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos; b) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; c) están sistematizados; y d) son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de beneficiarios y/o proyectos?

Respuesta: Si

Nivel: 4. Los mecanismos para verificar la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas

El Programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios estandarizados, sistematizados y conocidos por operadores del programa.

Por un lado, la Comisión revisa de manera aleatoria los expedientes de las familias beneficiarias con el fin de verificar que los registros de la familia cuenten con la documentación necesaria. En caso de identificar registros de familias que no tengan como soporte la información requerida, los REPSS deberán integrar en su totalidad dichos expedientes en los 30 días hábiles subsecuentes. Por otro lado, los REPSS se encargan de verificar la información proporcionada por los solicitantes de incorporación al Padrón. Realizan la validación inicial del Padrón con base en la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón considerando los siguientes lineamientos de control: i) verificar la inexistencia de folios duplicados y corregirlos; ii) comprobar que las homonimias de titulares correspondan a personas diferentes; iii) corroborar que la aportación familiar corresponda al decil de ingreso en el que fue ubicada la familia; iv) verificar que las familias estén referenciadas a una unidad médica de adscripción y éstas a un Hospital General; v) revisar que todas las familias pertenezcan a una localidad del catálogo integrado en el Sistema de Administración del Padrón; y vi) conciliar las cifras de familias incorporadas por cada uno de los MAO que operan en el Estado, para que sean idénticas a las integradas al Padrón. La Comisión realiza una segunda validación de la base de datos remitida por los REPSS, a partir de la herramienta de validación integrada en el Sistema de Administración del Padrón (Capítulo III y Capítulo VII de los

Lineamientos para la Afiliación, Operación e Integración del Padrón Nacional de se describe el proceso de promoción y afiliación).

Tipos de apoyos

32. ¿Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características: a) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; b) están sistematizados; c) están difundidos públicamente; y d) están apegados al documento normativo del programa?

Respuesta: Si

Nivel:

Los beneficiarios del programa tienen acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud (Artículo 77 bis 1, Capítulo I, LGS). El Seguro Popular ofrece una cobertura de 275 intervenciones médicas del CAUSES, clasificadas en seis conglomerados: salud pública, consulta de medicina general o familiar y de especialidad, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía general.

La prestación de los servicios de salud a la comunidad es responsabilidad de los SESA. Los REPSS garantizan la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los SESA o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del SNS (Artículos 12 y 13, Capítulo II, Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud). La LGS (Artículo 77 bis 9, Capítulo II) establece que los establecimientos que deseen ingresar a la red de prestadores de servicios que atienden a los beneficiarios del SP deben acreditarse con el fin de garantizar una oferta de servicios apropiada para su atención médica. La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud es la encargada de la acreditación de las unidades (centros de salud, hospitales generales, unidades móviles, unidades de especialidades médicas, UNEMES, Centros Regionales de Alta Especialidad y hospitales privados). Con la acreditación se garantiza que las unidades de salud que brindan los servicios cumplan con los requisitos necesarios en los componentes de seguridad, calidad y capacidad instalada apropiada en cuando a personal, dispositivos médicos, infraestructura física y medicamentos (Informe de Resultados 2011). Así los procesos además de estar estandarizados, están sistematizados, difundidos públicamente y apegados al documento normativo del programa.

33. ¿El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios y tienen las siguientes características: a) permiten identificar si los apoyos a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del programa; b) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; c) están sistematizados; y d) son conocidos por operadores del programa?

Respuesta: Si

Nivel:

Los Capítulos VI y VII, del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud establecen que la SSA es la encargada de realizar la evaluación integral del Sistema, a través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en el cual se integra la información de la operación de los REPSS. Los establecimientos para la atención médica deben reportar a la Secretaría, a través de los SESA la información correspondiente para la evaluación. El SINAIS provee información relacionada con el uso de los servicios de consulta externa, de servicios de urgencias y de hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría. Además incluye información sobre medicamentos e intervenciones cubiertas por el FPGC. Así, la Secretaría realiza procedimientos de evaluación necesarios para la adecuada prestación de los servicios de salud. El objetivo es medir con qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del sistema. La evaluación establece métodos, criterios, procesos y acciones de evaluación homogéneos a nivel nacional.

Para dar seguimiento a los beneficiarios, el SP utiliza el Padrón. Este seguimiento permite disponer de información actualizada y además validada por los REPSS y por la CNPSS (ver Pregunta X). Además la CNPSS solicita anualmente al Consejo de Salubridad General la realización del cotejo del Padrón contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica (Artículo 52, Capítulo IV, Reglamento).

Por último, el Artículo 77 bis 37, Capítulo IX, LGS establece que los beneficiarios tienen derecho a presentar quejas ante los REPSS o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos. Esto representa otra manera de verificar el proceso de entrega de apoyos.

34. ¿Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características: a) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; b) están sistematizados; c) están difundidos públicamente; y d) están apegados al documento normativo del programa?

Respuesta: Si

Nivel: 4. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen todas las características establecidas

El Artículo 77 bis 5 de la LGS señala las responsabilidades de la Federación (SSA) y de las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud.

La SSA debe: i) desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los REPSS; ii) proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal; iii) constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios; iv) transferir con puntualidad a los estados y al DF las aportaciones que le corresponden para instrumentar los REPSS; v) elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación; vi) establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios; vii) diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema; viii) definir el marco organizacional del SPSS en los ámbitos federal, estatal, del DF y municipal; ix) diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares, x) establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios y validar su correcta integración; xi) solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social; xii) establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el DF entre sí y con las instituciones públicas del SNS con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios; xiii) suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social para intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento; xiv) tutelar los derechos de los beneficiarios; xv) definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los prestadores de los servicios; xvi) definir las bases para la compensación económica entre

entidades federativas, el DF, instituciones y establecimientos del SNS por concepto de prestación de servicios de salud; y xvii) evaluar el desempeño de los REPSS y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten.

Los gobiernos de los estados y el DF deben: i) proveer los servicios de salud disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad; ii) identificar e incorporar beneficiarios al REPSS, y administrar y actualizar el padrón de beneficiarios; iii) aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean referidos por la Federación y las aportaciones propias; iv) programar recursos para el mantenimiento, desarrollo de la infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa; v) recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del REPSS; vi) realizar el seguimiento operativo de las acciones del REPSS en su entidad y la evaluación de su impacto; vii) adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; viii) promocionar a la SSA la información relativa al ejercicio de recursos transferidos; y ix) promover la participación de los municipios en los REPSS y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios.

El equipo evaluador considera que los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones están estandarizados, sistematizados, difundidos públicamente y apegados al documento normativo del programa.

35. ¿El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de obras y acciones y tienen las siguientes características: a) permiten identificar si las obras y/o acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos del programa; b) están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; c) están sistematizados; y d) son conocidos por operadores del programa?

Respuesta:

Nivel:

IV.4.2 MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA

36. ¿Cuáles cambios sustantivos en el documento normativo se han hecho en los últimos tres años que han permitido agilizar el proceso de apoyo a los solicitantes?

En los últimos tres años ha habido tres cambios sustantivos en los documentos normativos y que permitieron agilizar el proceso de apoyo a los beneficiarios:

1. En diciembre de 2009 se publicó un Decreto por el que se reformaron los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la LGS. En el Decreto se cambió el proceso de asignación de familias a personas para el financiamiento de las aportaciones federales y estatales. De esta manera se transformó el proceso de financiamiento y registro en todo el SPSS.

2. En Junio de 2011 se publicó un Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud. Se transformaron aspectos operativos del Sistema y de la asignación del financiamiento. En cuanto a los aspectos operativos hubo cambios en el Manual de Acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica y en la fecha de incorporación de los beneficiarios.

3. En el PEF se realizan cambios anualmente a la operación y administración financiera del Sistema.

IV.4.3 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

37. ¿Cuáles son los problemas que enfrenta la unidad administrativa que opera el programa para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras y/o a los beneficiarios y, en su caso, qué estrategias ha implementado?

Información del Programa:

Al principio del ejercicio la problemática que se presenta deriva de las modificaciones que se realizan a los sistemas computacionales con los que se controla y ejerce el presupuesto: “Sistema de Contabilidad y Presupuesto” (SICOP) y “Sistema de Administración Financiera Federal” (SIAFF), establecidos por la Secretaria de Salud el primero y por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público el segundo. Mediante los módulos de atención a usuarios conocidos como “Mesa de Ayuda” con que cuentan ambos sistemas se logra resolver las dificultades que ocasionalmente se presentan en su operación.

Las entidades federativas deben ratificar cuenta bancaria o enviar documentación para registrar nueva cuenta para la transferencia de los recursos. Se presentan rezagos aproximadamente del 50% en el primer trimestre del año. Se da seguimiento directamente con los responsables en las entidades federativas, vía correo electrónico o mediante llamadas telefónicas, hasta lograr el 100% de actualización de cuentas bancarias.

IV.4.3 EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

Eficiencia y eficacia

38. ¿El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos: a) gastos en operación: directos e indirectos; b) gastos en mantenimiento: requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000 y/o 3000; c) gastos en capital: son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere los recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias); d) gasto unitario: gastos totales/población atendida (gastos totales=gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben considerar adicionalmente en el numerador los gastos en capital?

Respuesta

Nivel

Esperando información del Programa.

Economía

39. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del programa y qué proporción del presupuesto total del programa representa cada una de las fuentes?

Como se documenta en el Informe de Resultados 2011 y en los Artículos 77 Bis 11 al 13 y Bis 21 y 25, de la LGS; el modelo financiero del SPSS se sustenta en un esquema tripartita financiado por la Federación, las entidades federativas y el Distrito Federal, y los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema, 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el DF y se actualiza anualmente con base en el INPC (\$847.80). Además el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del DF efectúan aportaciones solidarias por persona beneficiaria. En el caso de los estados y del DF será equivalente a la mitad de la cuota social (\$423.90) y para la Federación representa al menos una y media veces el monto de la cuota social (\$1,271.70). Por su parte, los beneficiarios del Programa participan con cuotas familiares anticipadas, anuales y progresivas, las cuales se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia.

El presupuesto federal ejercido del Seguro Popular en 2011 fue de 57,203.2 millones de pesos, donde el 78.8% proviene de la cuota social y aportación solidaria federal, 6.05% del Fondo de Previsión Presupuestal, 15.1% del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos y 0.05% de gastos de operación.

IV.4.5 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

40. ¿Las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales con que cuenta el programa tienen las siguientes características: a) cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información capturada; b) tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables; c) proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente; d) están integradas, es decir, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas?

Respuesta: Si

Nivel: 4. Los sistemas o aplicaciones informáticas del programa tienen todas las características establecidas

El Padrón y el SINAIS son aplicaciones informáticas y sistemas institucionales con las que cuenta el Programa (ver Pregunta X).

En el caso del Padrón, los REPSS son los responsables de verificar la información proporcionada por los solicitantes y de realizar la validación inicial del Padrón con base a la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón (Capítulo VII de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios). La Comisión es la encargada de establecer los lineamientos para la integración del padrón nacional de beneficiarios a partir de la información contenida en los padrones de los REPSS y realiza una segunda validación a partir de la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón (Artículo 77 Bis 5, LGS). Si se detectan inconsistencias, éstas serán remitidas para su corrección a los REPSS para que se realicen las adecuaciones pertinentes. Los REPSS tienen máximo 5 días naturales para realizar las correcciones correspondientes y reenviar de nuevo a la Comisión. La información del Padrón se actualiza mes con mes (Capítulo VII de los mismos Lineamientos). En el caso del SINAIS, la Secretaría es la encargada de desarrollar y supervisar su operación. Este es un subsistema integrado con información de la operación de los REPSS. Con el fin de obtener información homogénea y realizar la evaluación integral se utiliza la terminología (clasificación de enfermedades, procedimientos médicos y definiciones) establecida en las normas oficiales mexicanas emitidas.

Es obligación de los REPSS reportar a la Secretaría en un tiempo determinado (Artículos 64 a 70, Capítulo VI del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud).

IV.4.6 CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y PRODUCTOS

41. ¿Cuál es el avance de los indicadores de servicios y de gestión (Actividades y Componentes) y de resultados (Fin y Propósito) de la MIR del programa respecto de sus metas?

Todos los indicadores de la MIR alcanzaron o estuvieron cerca de alcanzar su meta.

IV.4.7 RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

42. ¿El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características: a) las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics; b) los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics; c) cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto al beneficiario como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clics, y d) la dependencia o entidad que opera el programa no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI)?

Respuesta: Si.

Nivel: 4. Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen todas las características establecidas.

La página electrónica del programa (<http://www.seguro-popular.gob.mx/>) cuenta con información y descripción del programa, sala de prensa, multimedia, preguntas frecuentes, y transparencia y rendición de cuentas. El Seguro Popular no es un programa sujeto a ROP; sin embargo, la página tiene disponible la compilación jurídica de manera accesible a menos de tres clics. Los principales resultados del programa se publican de manera semestral mediante los Informes de Resultados, los cuales se encuentran disponibles y de manera accesible en línea. Además se publican las distintas evaluaciones realizadas al programa, el cumplimiento del PEF, Foros, el PAE, el Tablero de Control del PAE, entre otros. Asimismo se encuentra disponible un teléfono y dirección al que puede hablar o acudir el beneficiario o ciudadano en general. Para informar y orientar al beneficiario y al ciudadano se cuenta con una ventana de ayuda con la opción de mandar una duda, comentario o sugerencia al programa. La respuesta se tramita por correo electrónico.

Además, en el año se presentaron cuatro recursos de revisión ante el IFAI, que suman 34 de 2006 a 2011, todos los recursos han sido resueltos (Informe de Resultados 2011).

IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

43. ¿El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida con las siguientes características: a) su aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas; b) corresponden a las características de sus beneficiarios; y c) los resultados que arrojan son representativos?

Respuesta: Si

Nivel:

En la fracción IX del artículo 41 del PEF se establece que la SSA debe levantar anualmente una encuesta de satisfacción entre los usuarios del SPSS y que los resultados deben ser publicados en la página de internet. Para esto se cuenta con una serie de Lineamientos para Evaluar la Satisfacción del Usuario del SPSS los cuales tienen por objeto establecer los criterios a los que se debe sujetar la evaluación de la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios por los REPSS. La Comisión debe coordinar la evaluación de satisfacción durante el segundo semestre del año, y determinar junto con las entidades federativas los periodos en que se deben llevar a cabo dichas evaluaciones. En los lineamientos se establece como metodología de la evaluación un estudio transversal de análisis exploratorio a nivel estatal, jurisdiccional, municipal y local con encuestas de opinión para identificar la percepción de satisfacción que tienen los usuarios respecto a la atención médica recibida. Cada entidad federativa debe seleccionar una muestra representativa de usuarios, para esto, los lineamientos establecen características para el cálculo de la muestra. La Comisión debe supervisar que la encuesta se realice de forma congruente y definir los criterios para sistematizar la información resultante. Los resultados permiten que la Comisión proponga medidas de control y mejoras en la calidad de la atención en cada una de las entidades federativas. En los Lineamientos se anexa la encuesta que se realiza a los usuarios.

Se han realizado estudios de satisfacción en 2008, 2009, 2010 y 2011. En estos estudios se aplican entrevistas cara a cara a la salida de las unidades de salud (clínicas, centros de salud, unidades médicas y hospitales generales y de alta especialidad). Las preguntas van dirigidas hacia los servicios recibidos, el trato, el tiempo de atención, la calidez en la atención, oportunidad en la recepción de los servicios, calidad del desempeño del personal médico, entre

otros. En 2011, se realizó una encuesta nacional en el segundo semestre del año donde se entrevistó alrededor de 22,000 afiliados al Programa. La muestra tiene representatividad estadística a nivel nacional, para cada una de las entidades federativas, para las 237 jurisdicciones sanitarias y los tres niveles de atención (en el documento Encuesta de Satisfacción 2011 y en el Informe de Resultados 2011 se señala la metodología utilizada). Entre los principales resultados del 2011 se encuentran: i) el 96.9% de los usuarios manifestaron estar “muy satisfechos” o “satisfechos” con el Seguro Popular; ii) el tiempo de espera para que el usuario sea atendido desde que llega a la unidad médica es de 119.1 minutos; iii) el 77.3% de los usuarios manifestaron estar “muy satisfechos” o “satisfechos” con la forma y/o periodicidad en la que le entregan los medicamentos que le recetaron; y iv) el 98.9% de los usuarios manifestaron que se van a re-afiliar al Seguro Popular al terminar su periodo de cobertura.

Además los usuarios pueden realizar preguntas, quejas y sugerencias en el momento en que lo deseen ya sea por medio electrónico, telefónico o presencial. Estas son analizadas en primera instancia por los establecimientos para la atención médica y posteriormente los REPSS validan la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud (Capítulo V, Artículo 56, Reglamento).

IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

44. ¿Cómo documenta el programa sus resultados a nivel de Fin y de Propósito: a) con indicadores de la MIR; b) con hallazgos de estudios o evaluaciones que no son de impacto; c) con información de estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestran el impacto de programas similares; y d) con hallazgos de evaluaciones de impacto?

El programa documenta sus resultados a nivel de Fin y Propósito con indicadores de la MIR, Informes de resultados, un tablero de control del PAE, evaluaciones que no son de impacto y con hallazgos de evaluaciones de impacto. No obstante, no lo hace a través de estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales.

La MIR y el tablero de control del PAE definen indicadores de resultados con metas anuales. No son los mismos indicadores; sin embargo, ambos tienen como objetivo contribuir a disminuir el gasto catastrófico por motivos de salud y afiliar a personas al Seguro Popular para que tengan acceso a intervenciones de prevención y atención médica, Fin y Propósito del Programa. El programa a su vez realiza evaluaciones que no son de impacto y evaluaciones con hallazgos de impacto con la finalidad de medir y explicar con qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema (ver Capítulo VII del Reglamento)

Además, el programa publica Informes de Resultados de manera semestral. En estos informes se documentan resultados a nivel de Fin y Propósito, es decir, resultados sobre la afiliación al Sistema y sobre las acciones para mejorar el desempeño del SPSS.

45. En caso de que el programa cuente con indicadores para medir su Fin y Propósito, inciso a) de la pregunta anterior, ¿cuáles han sido sus resultados?

Respuesta: 2

Nivel: Hay resultados positivos del programa a nivel de Propósito

El programa cuenta con indicadores de Fin y Propósito documentados en la MIR. El Fin se relaciona con la finalidad del programa y el Propósito con el objetivo general (ver pregunta anterior).

En el caso del indicador de Fin “Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares” el equipo evaluador no tuvo información suficiente para medir sus resultados. Y en el caso del indicador de Propósito “Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular” el programa ha obtenido incorporado cada vez a más personas; en 2009 se afilió al 83.6% de lo programado en el año, en 2010 a 89% y en 2011 a 101%. Los resultados indican que es posible alcanzar la cobertura universal en 2012.

46. En caso de que el programa cuente con evaluaciones externas que no sean de impacto y que permiten identificar hallazgos relacionados con el Fin y el Propósito del programa, inciso b) de la pregunta 44, ¿dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características: i) se compara la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos del tiempo, antes y después de otorgado el apoyo; ii) la metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del programa; iii) dados los objetivos del programa, la elección de los indicadores utilizados para medir los resultados se refieren al Fin y Propósito y/o características directamente relacionadas con ellos; y iv) la selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del programa?

Respuesta: Si

Nivel:

El programa cuenta con dos evaluaciones externas que no son de impacto realizadas en el 2006, evaluación financiera y de procesos, y que contienen indicadores que se relacionan directamente con el Fin y el Propósito del programa, evitar el empobrecimiento por motivos de salud y afiliar a las personas al Seguro Popular. Dado que las evaluaciones son descriptivas, no se realizó una comparación de beneficiarios en al menos dos puntos del tiempo, y por tanto no es posible identificar una relación causal entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del programa.

En la evaluación financiera se realizó un estudio descriptivo a nivel nacional con información de 2000 a 2006 y proyecciones al 2010 con la finalidad de documentar la evolución de los desequilibrios financieros que justificaron la reforma a la LGS en 2003 (desequilibrio de nivel, desequilibrio de origen, desequilibrio de distribución, desequilibrio de esfuerzo estatal y desequilibrio de destino). Para más información revisar el documento de la Evaluación Financiera 2006 disponible en la página del Seguro Popular. Se describe el incremento en el gasto en salud y la evolución del gasto público y privado entre 1999 y 2005, se analiza la distribución de los recursos federales entre instituciones y entidades federativas entre 2000 y 2006 y mide el esfuerzo estatal en el financiamiento de la atención a la salud.

La evaluación de procesos tuvo como objetivo determinar que tan bien se implementaron los diversos procesos operativos del programa: i) afiliación de la población objetivo; ii) clasificación de las familias afiliadas por deciles de ingreso y contribuciones al SPS de las familias de los deciles III al X; iii) acreditación de las unidades que prestan servicios a los afiliados al SPS; iv) acceso a los servicios que tienen los afiliados; v) trato que reciben los usuarios de estos servicios, y vi) el abasto de medicamentos que se asocian al CAUSES. Fue un análisis descriptivo con información de indicadores y encuestas nacionales de 2004 a 2006.

47. En caso de que el programa cuente con evaluaciones externas, diferentes a evaluaciones de impacto, que permitan identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o Propósito del programa, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

En las evaluaciones financiera y de procesos 2006 es posible identificar hallazgos relacionados con el Fin y Propósito. En la financiera se obtuvo como principales resultados Fin y Propósito, respectivamente, que el gasto de bolsillo ha mostrado una tasa de crecimiento menor a la observada en los primeros años de la década, y que hasta diciembre de 2005 se había afiliado al 20% de la meta total de afiliación.

En cuanto a la evaluación de procesos se obtienen resultados que confirman que hasta 2006 la afiliación de familias al SPS ha sido enfocada en la población sin seguridad social, en la población pobres, las áreas rurales y las comunidades marginadas.

48. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares, inciso c) de la pregunta 44, ¿dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características: i) se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares; ii) las metodologías aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios; iii) se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo; y iv) la selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados?

Respuesta: No

Nivel:

El programa no cuenta con información de estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que muestren impacto de programas similares.

49. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares ¿qué resultados se han demostrado?

No aplica.

El programa no cuenta con información de estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que muestren impacto de programas similares.

50. En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, inciso d) de la pregunta 44, ¿con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones: i) se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares; ii) las metodologías aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios; iii) se utiliza información de la menos dos momentos en el tiempo; y iv) la selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados?

Respuesta: Si

Nivel: 3 ó 4.

En 2007 se realizó una evaluación de impacto del Seguro Popular llamada Evaluación de Efectos del SPS con el objetivo de medir los cambios en el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos por motivos de salud, los cambios en la utilización de servicios, los cambios en las condiciones de salud y la cobertura efectiva de intervenciones seleccionadas del CAUSES. La metodología se base en un diseño experimental basado en regiones geográficas denominadas conglomerados de salud, los cuales corresponden a una unidad de salud y a la población cubierta por estas unidades. Se formaron 50 pares de conglomerados similares en características socio-demográficas, tiempos de traslado a las unidades, infraestructura de salud, planes de afiliación, entre otras variables de interés con el fin de obtener una estimación lo más libre posible de sesgos. El estudio se realizó en los estados de Morelos, Estado de México, Guerrero, Oaxaca, Sonora, San Luis Potosí y Jalisco. Se asignó de manera aleatoria el conglomerado “tratamiento”, es decir, el conglomerado que recibió la atención y el conglomerado que se mantendría como “control”. La intervención consistió en promover la afiliación intensiva al SPS en los conglomerados “tratamiento”. El diseño consideró una medición inicial en 2005 y otra de seguimiento en 2006. En cada año se entrevistó a 38,000 hogares de conglomerados y tratamiento con el fin de comparar estos conglomerados e individuos en el tiempo y encontrar una relación causal entre los beneficiarios y la afiliación al Seguro Popular.

¿Es representativo?

51. En caso de que se hayan realizado evaluaciones de impacto que cumplan con al menos las características señaladas en los incisos a) y b) de la pregunta anterior, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Los principales resultados de la evaluación de efectos realizada en 2007 son los siguientes: i) las personas que se afiliaron al SPS en los conglomerados “tratamiento” redujeron sus gastos de bolsillo \$603 cuando se comparan con las personas no afiliadas en los conglomerados “control”, lo que significa que el programa efectivamente contribuye a evitar que los afiliados realicen desembolsos al momento de solicitar atención y no pospongan su atención médica por razones económicas; ii) el SPS mostró poco efecto en el gasto de bolsillo por medicamentos en la atención ambulatoria, los mayores ahorros para las familias se observaron en la atención hospitalaria; iii) en los conglomerados “tratamiento” se observó una reducción entre 1 y 2 puntos porcentuales de familias que incurren en gastos catastróficos; iv) en los conglomerados “tratamiento” los afiliados calificaron mejor que los no asegurados los tiempos de espera para recibir atención, la autonomía, la confidencialidad, la comunicación con los prestadores de servicios y la participación en las decisiones sobre su salud; v) los asegurados muestran mejoras en su situación general de salud en términos de reducción del dolor, trastornos del sueño y estado de ánimo; y vi) la cobertura efectiva de los servicios se incrementó para todas las intervenciones estudiadas en un periodo de cinco años, en particular para hipertensión arterial, detección de cáncer de mama y cérvico uterino, atención del parto y manejo de nacimientos prematuros.

El estudio señala que debido al corto periodo de observación no se mostraron cambios notables en las condiciones de salud de la población.

V. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidad / Debilidad y Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Diseño			
Diseño			
Diseño			
Diseño			
Debilidad o amenaza			
Diseño			
Diseño			
Diseño			
Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidad / Debilidad y Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Planeación y orientación a resultados			
Planeación y orientación a resultados			
Planeación y orientación a resultados			
Debilidad o amenaza			
Planeación y orientación a resultados			
Planeación y orientación a resultados			

ANEXOS

Anexo 1. Descripción General del Programa

El Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, dependiente de la Secretaría de Salud y coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que inició en 2003 y se tiene contemplado se expanda progresivamente hasta lograr la cobertura total de su población potencial en el 2012.

De acuerdo con el Reglamento y con la Ley General de Salud, las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al SPSS con lo cual gozarán de acciones de protección social en salud y se les garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). La finalidad del SP es evitar gastos empobrecedores y catastróficos por motivos de salud.

La unidad de protección es el núcleo familiar, y se integra de cualquiera de las siguientes maneras:

- i) Por los cónyuges;
- ii) Por la concubina y el concubinario;
- iii) Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y
- iv) Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

Se consideran integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de 18 años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en i), ii) o iii); y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes. A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

Así, la población potencial es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismo de prevención social en salud y son 59'124,464 personas; y la población objetivo se establece como el número de personas a afiliar en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el PEF y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas y son 51'300,215 m, personas.

La incorporación al SPSS es voluntaria a petición del jefe de familia; tiene una vigencia de un año con posibilidad de re-afiliación anual indefinidamente. Las familias beneficiarias reciben el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contempla 275 intervenciones y la cobertura ante la ocurrencia de algunos padecimientos que requieren tratamientos de alta especialidad. Los servicios médicos son proporcionados cuando acuden a las unidades de salud de las secretarías estatales de salud.

El SPSS opera en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. En 2011 orientó sus acciones a lograr la cobertura universal en salud de los mexicanos sin protección social en salud, otorgando especial atención a los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los beneficiarios de otros programas enfocados al combate de la pobreza, la población indígena y los migrantes. Tuvo un presupuesto original federal de 56,946.69 millones de pesos.

En su concepción y diseño general el Seguro Popular busca contribuir a los Objetivos 3 y 4 del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, “prestar servicios de salud con calidad y seguridad” y “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud” y está alineado con el objetivo 7 del Rubro “Salud” del Eje 2 “Igualdad de Oportunidades” del Plan Nacional de Desarrollo “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal”.

Este diseño está capturado en su Matriz de Indicadores, que tiene como Fin “Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social” y como Propósito lograr que “la población que carece de seguridad social cuente con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa”

Anexo 2. Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo

La población potencial es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismo de prevención social en salud y la población objetivo se establece como el número de personas a afiliar en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el PEF y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas.

La DGIS estima en 2010 la población potencial con base en los resultados del número de núcleos familiares que debían ser afiliados por el SPSS debido a que todos sus miembros carecían de derechohabiencia, provenientes del II Censo de Población y Vivienda 2005, realizado por el INEGI. La Síntesis Ejecutiva 18 (Estimación del número de Núcleos Familiares sujetos de afiliación al SPSS por entidad federativa de residencia: 2007-2012) presenta la metodología empleada para calcular la población sin derecho a la seguridad social y de ahí obtener los núcleos familiares que son susceptibles de ser afiliados al Seguro Popular. El procedimiento de estimación de la población no asegurada consiste en la verificación de derechohabiencia de cada persona y la imputación de la misma a través de las características de parentesco y socio-demográficas contenidas en las leyes de las instituciones de seguridad social. Después de estimar la población no derechohabiente, se calcularon los hogares donde la misma reside, según la condición de aseguramiento del jefe del hogar y su cónyuge. Si bien se pretende alcanzar la cobertura universal en 2012, se recomienda recalcular las estimaciones a partir de los resultados del XIII Censo de Población y Vivienda 2010.

La población objetivo, por su parte, se suscribe mediante el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, realizado entre la Federación y las entidades federativas.

Anexo 3. Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios

La Comisión realizó el Manual de Afiliación y Operación 2010 como instrumento para guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades del personal de los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO). De esta manera los MAO tienen un manual que les permite llevar a cabo los procesos de afiliación, re-afiliación y mantenimiento de las familias afiliadas al Sistema de forma sencilla y expedita.

El programa cuenta con un Sistema de Administración del Padrón (SAP) que funciona como herramienta para las entidades federativas para registrar y administrar a las familias afiliadas al Seguro Popular. En el padrón debe estar la información y los requisitos que deben cubrir los núcleos familiares para poder ser afiliados en el programa. Estos requisitos deben renovarse después de cierto periodo, por lo que los REPSS se encargan de actualizar la información y la Comisión realiza de forma mensual un proceso de validación a los padrones estatales para verificar si los requisitos de las familias se encuentran vigentes.

Anexo 4. Resumen narrativo de la Matriz de Indicadores

Jerarquía de objetivos	Resumen narrativo
1. Fin (impacto)	Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social
2. Propósito (resultados)	La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa
3. Componentes (productos y servicios)	A. Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud
4. Actividad (acciones y procesos)	A1. Transferencia de recursos a las entidades federativas
	A2. Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
	A3. Revisar la información enviada por las entidades federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal
	A4. Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular

Anexo 5. Indicadores

(Excel)

Anexo 6. Metas del programa

(Excel)

Anexo 7. Complementariedad y coincidencias entre programas federales

(Excel)

Anexo 8. Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora

(Excel)

Anexo 9. Resultados de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora

(Excel)

Anexo 10. Análisis de las recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas

(Excel)

Anexo 11. Evolución de la cobertura

(Excel)

Anexo 12. Información de la población atendida

(Excel)

Anexo 13. Diagramas de flujo de los componentes y procesos claves.

Diagrama de flujo del modelo operativo

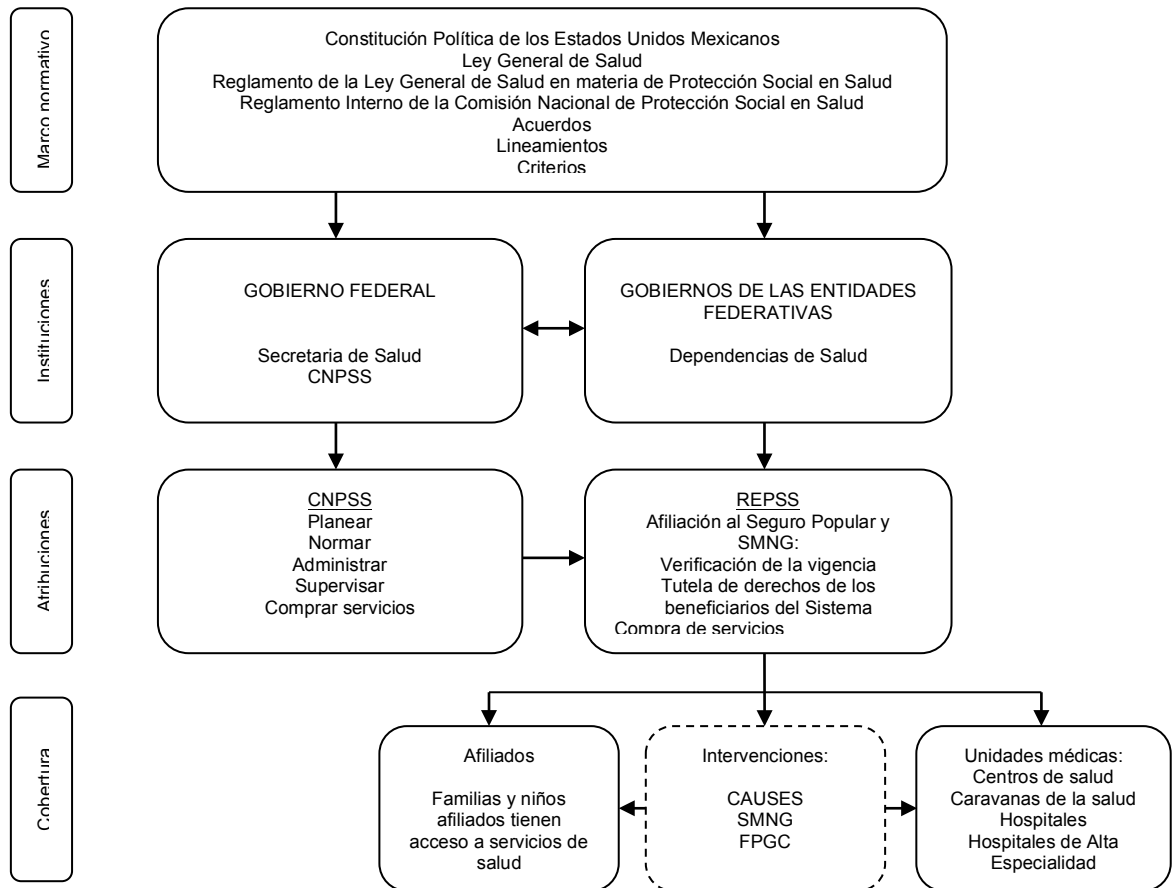
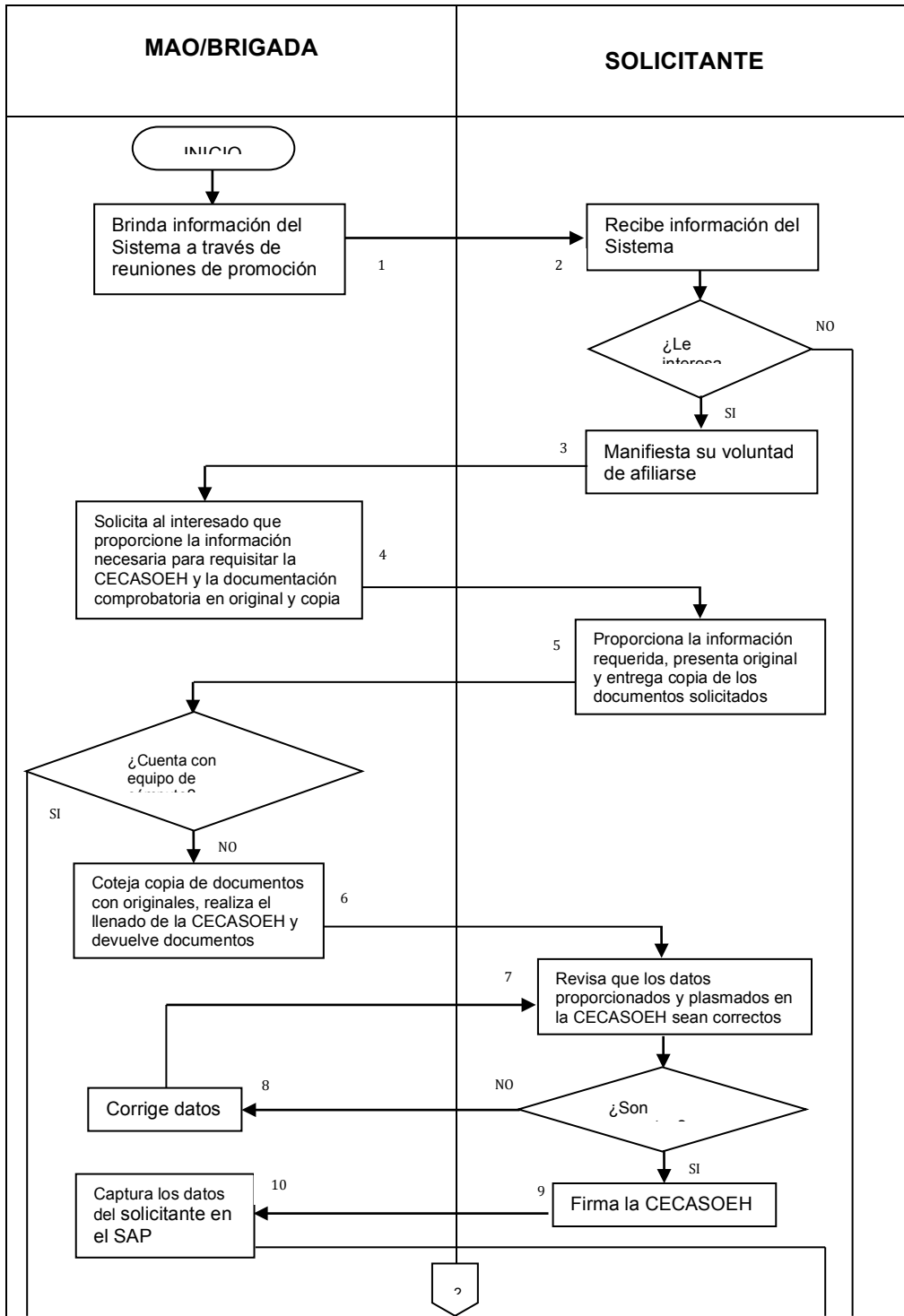
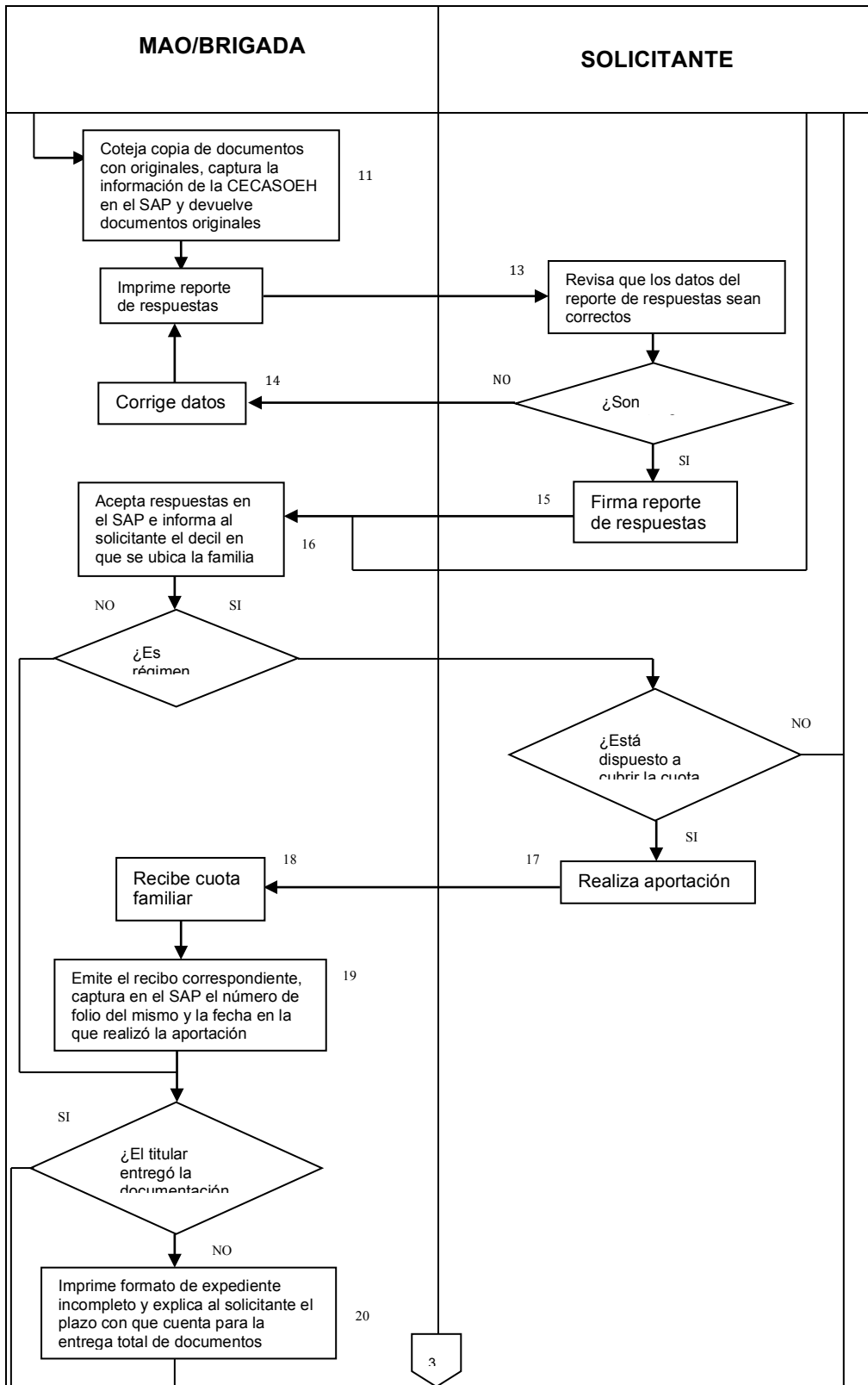


Diagrama de flujo del procedimiento de promoción y afiliación





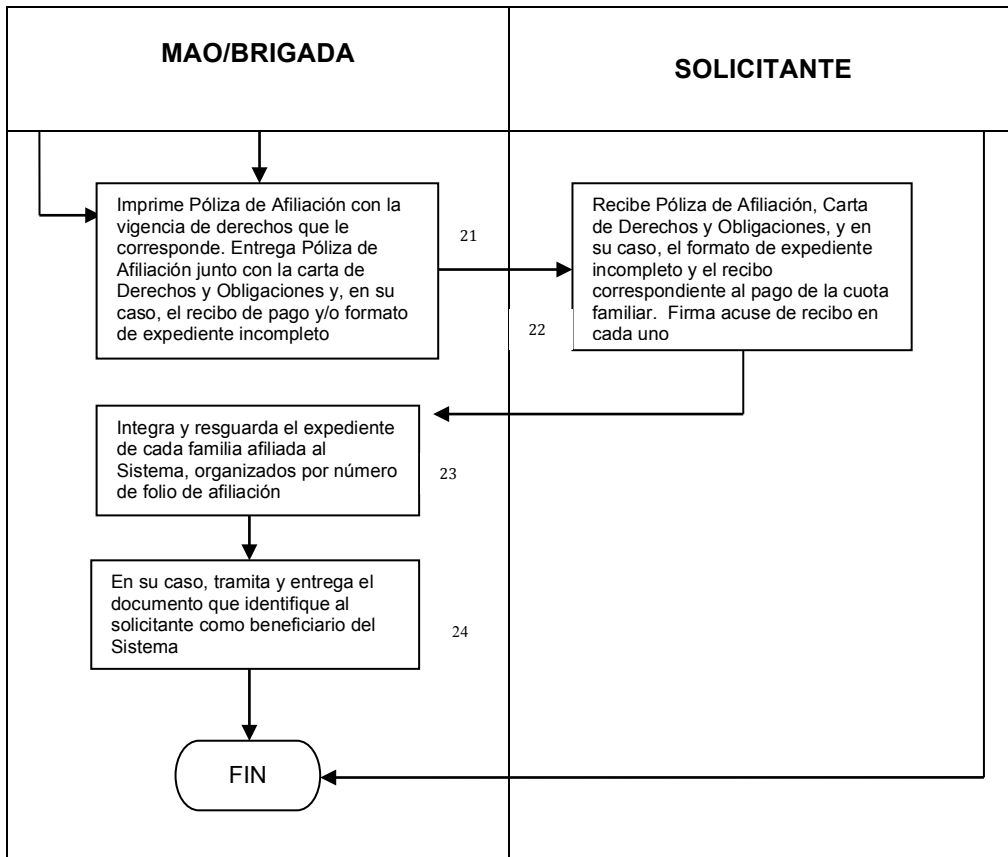
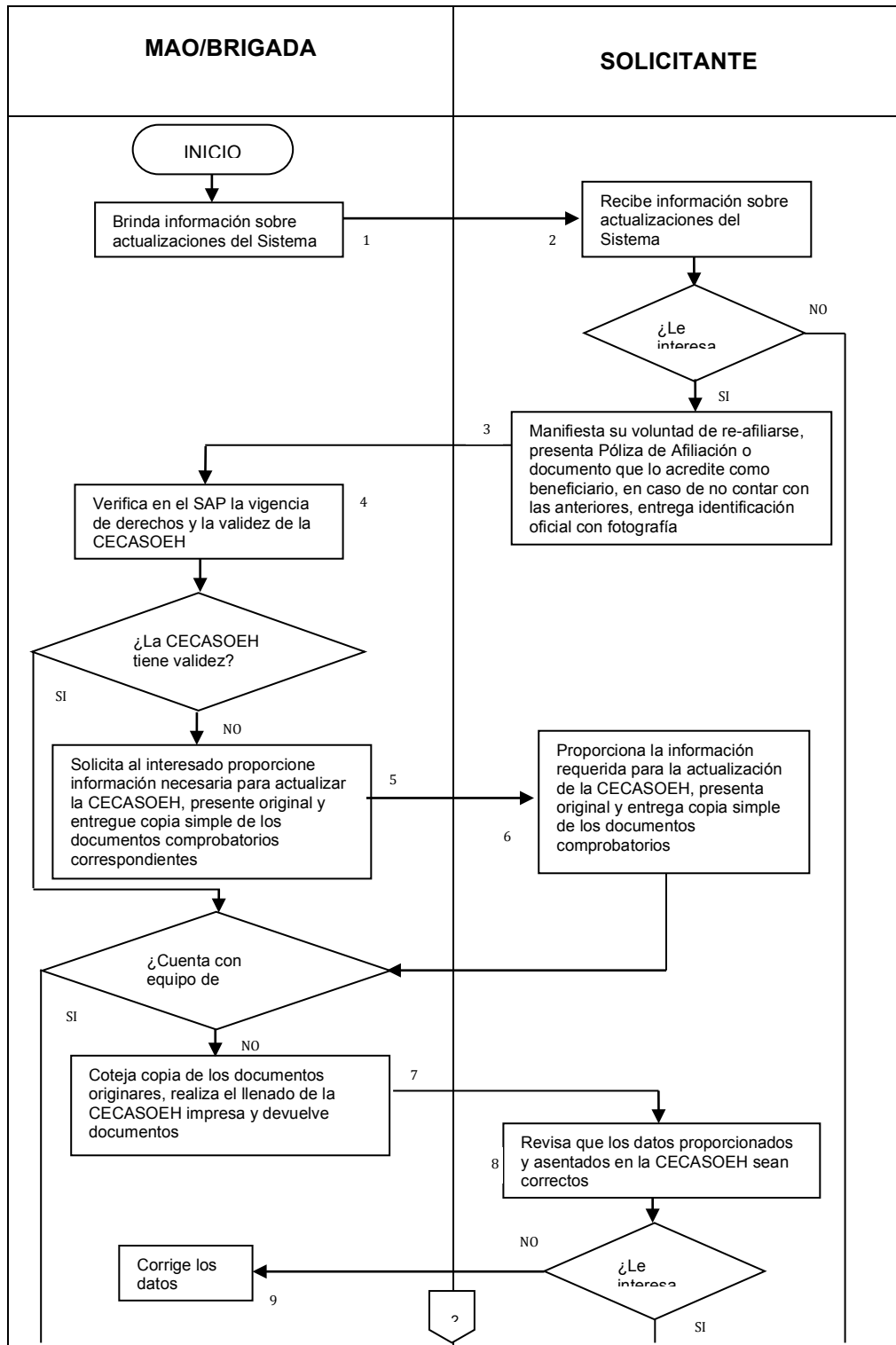
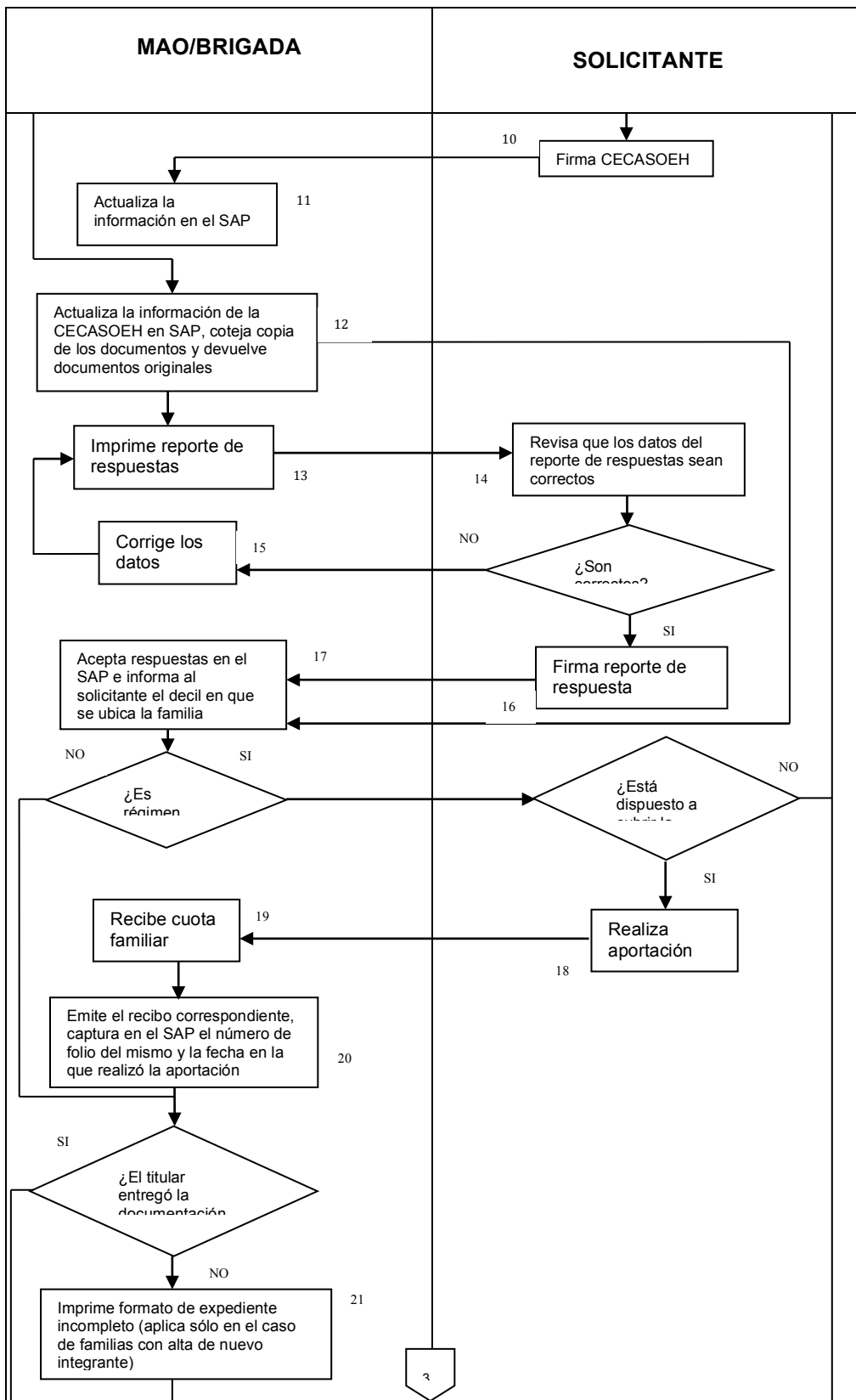


Diagrama de flujo del procedimiento de re-afiliación





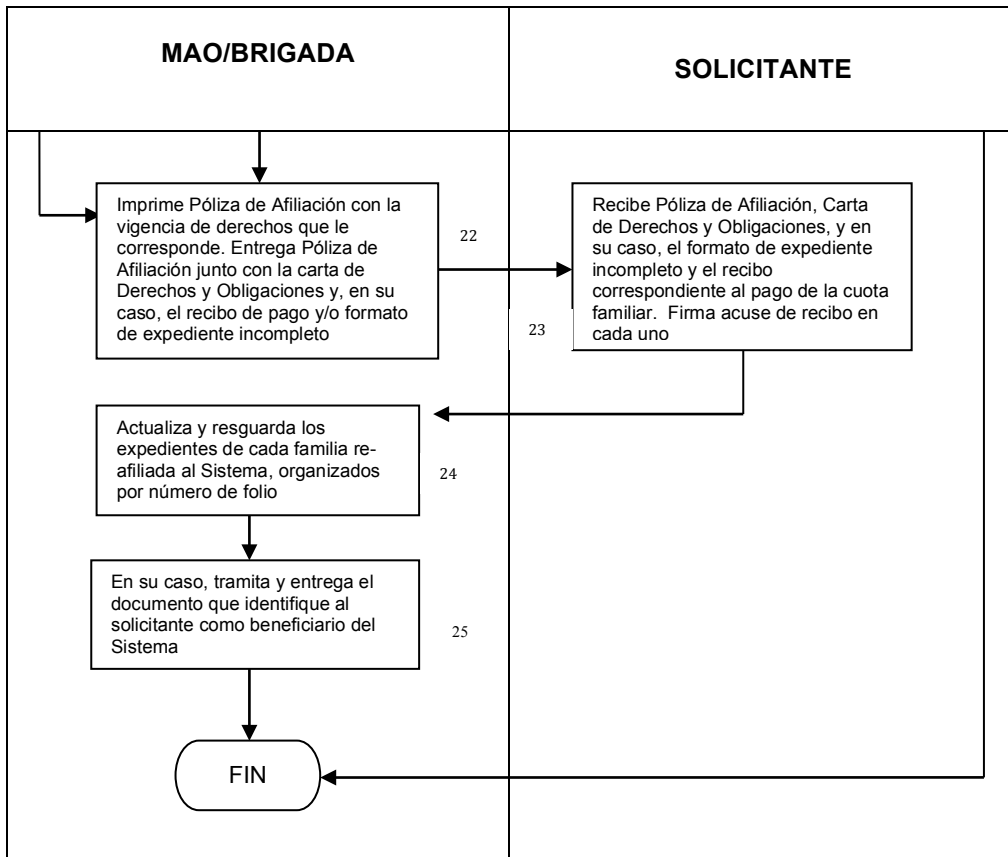


Diagrama de flujo del procedimiento de incidencias

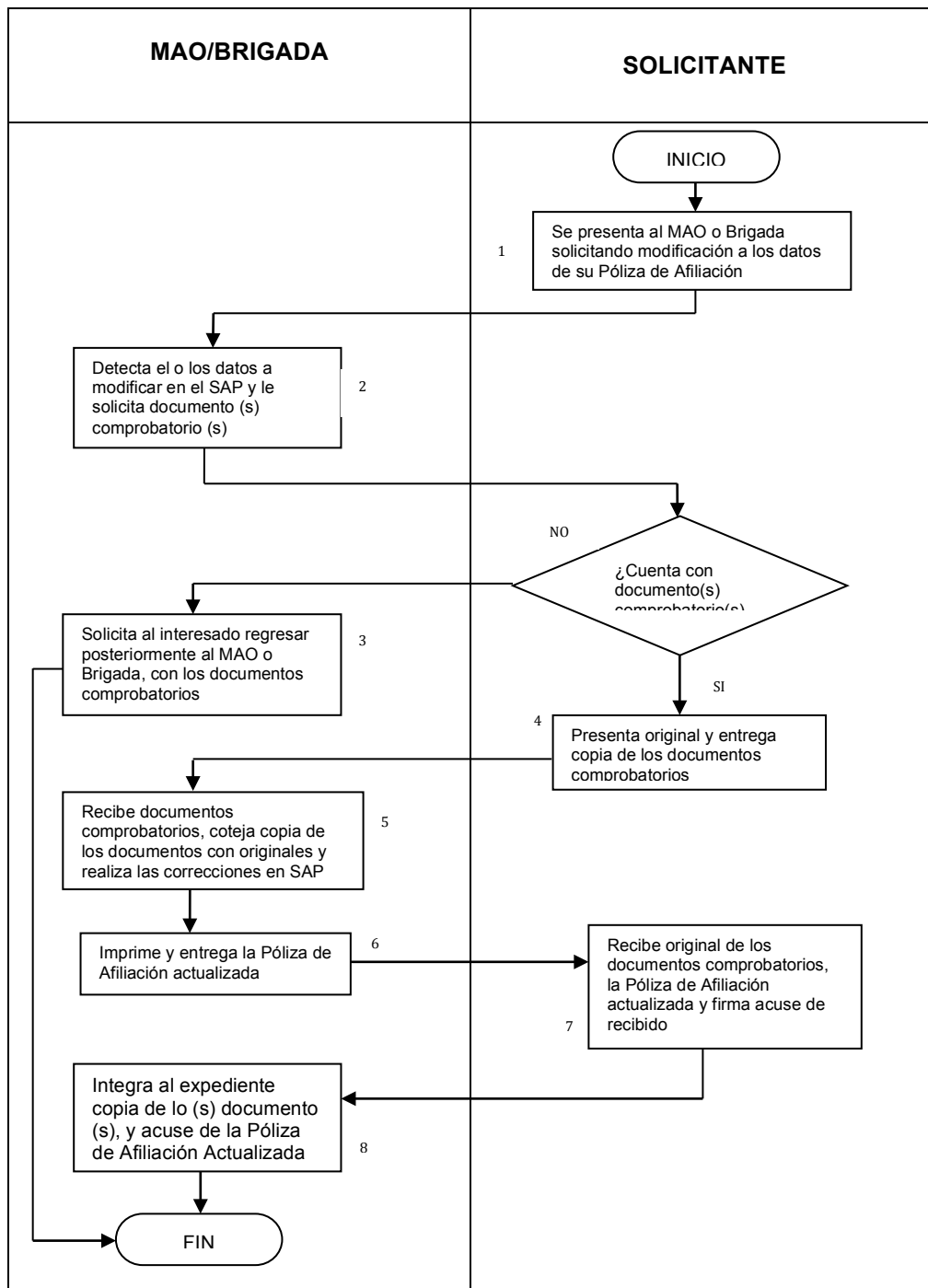


Diagrama de flujo del procedimiento de familias SMNG y ES

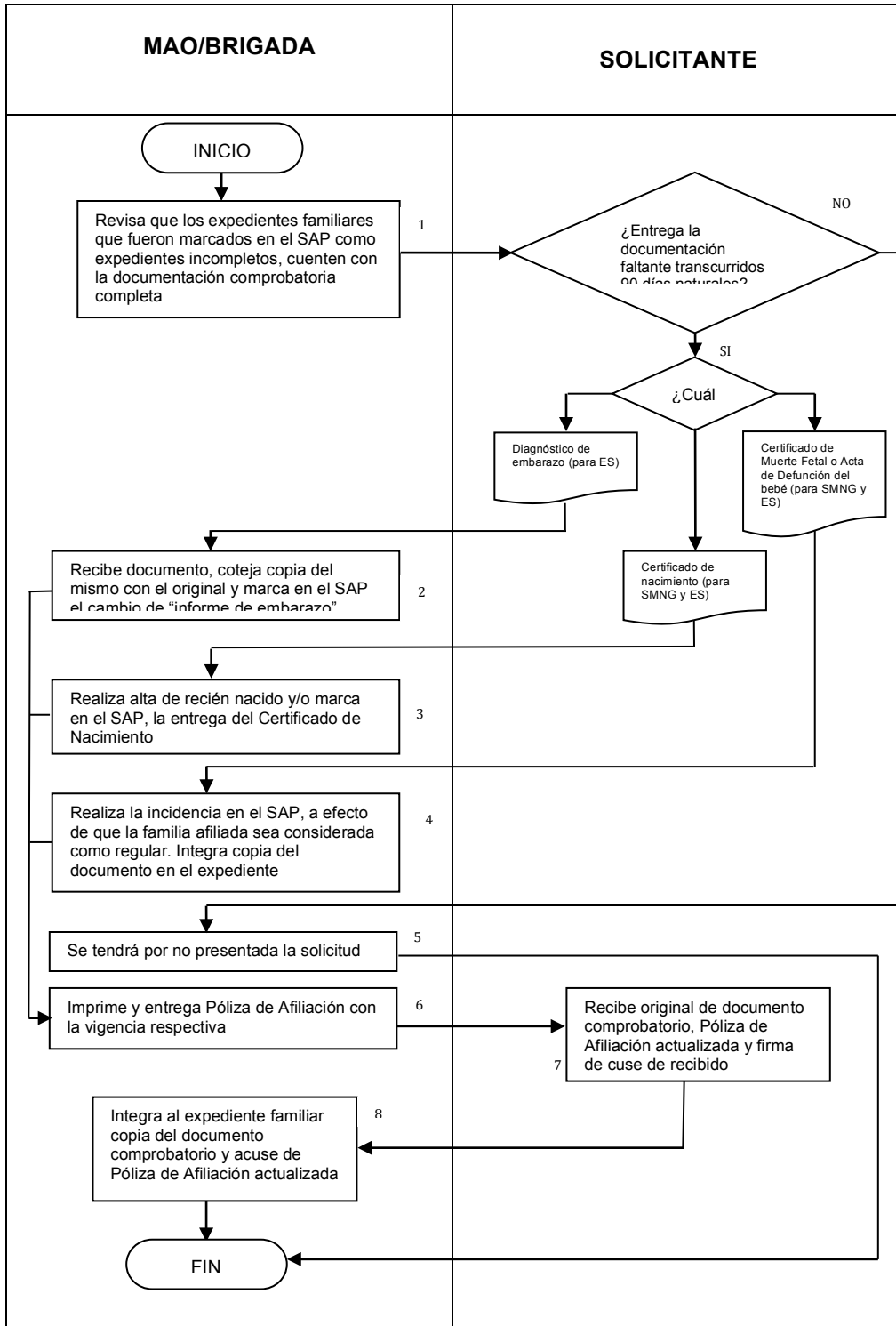


Diagrama de flujo del procedimiento de orientación

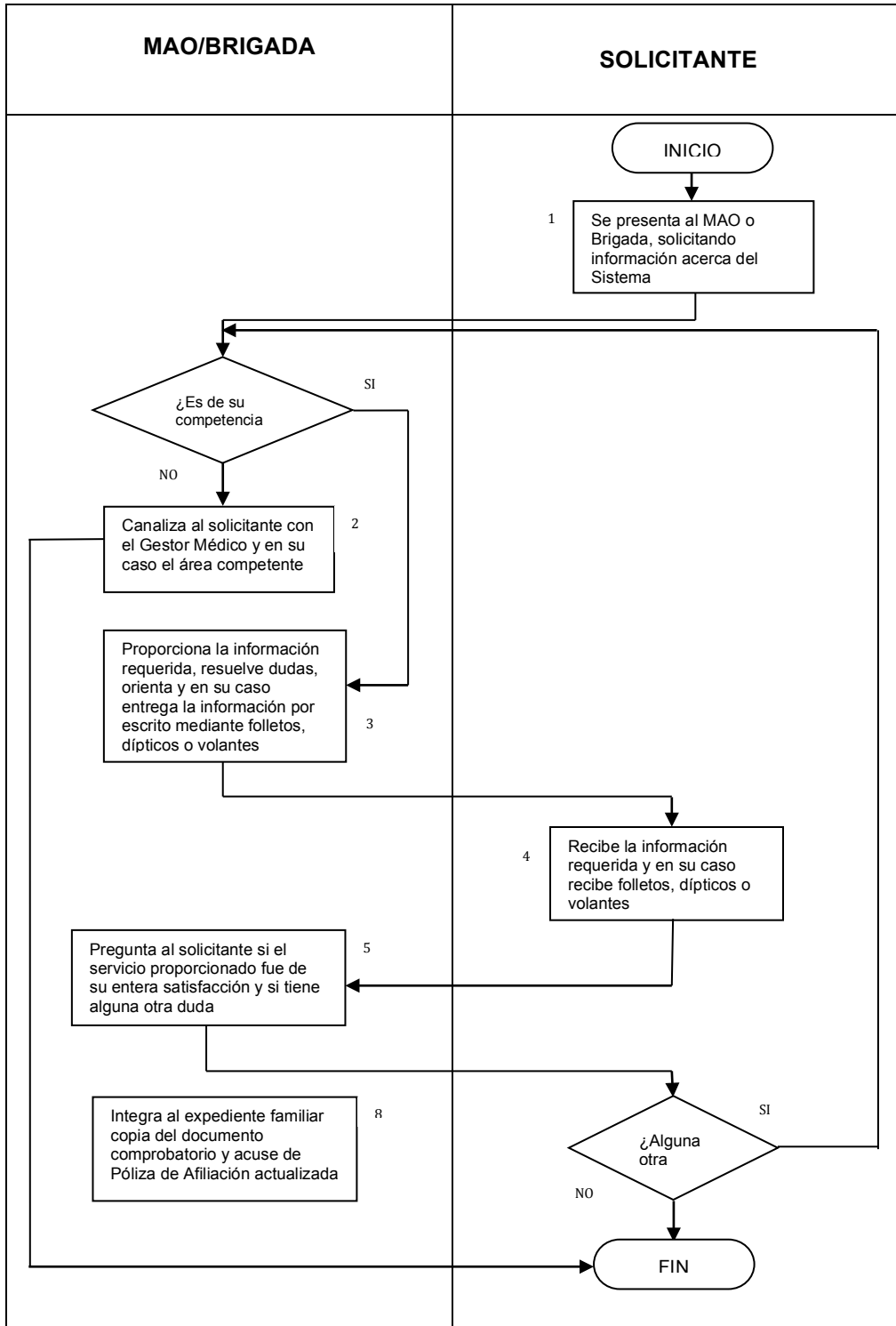


Diagrama de flujo del procedimiento de recepción de quejas, sugerencias y reconocimientos

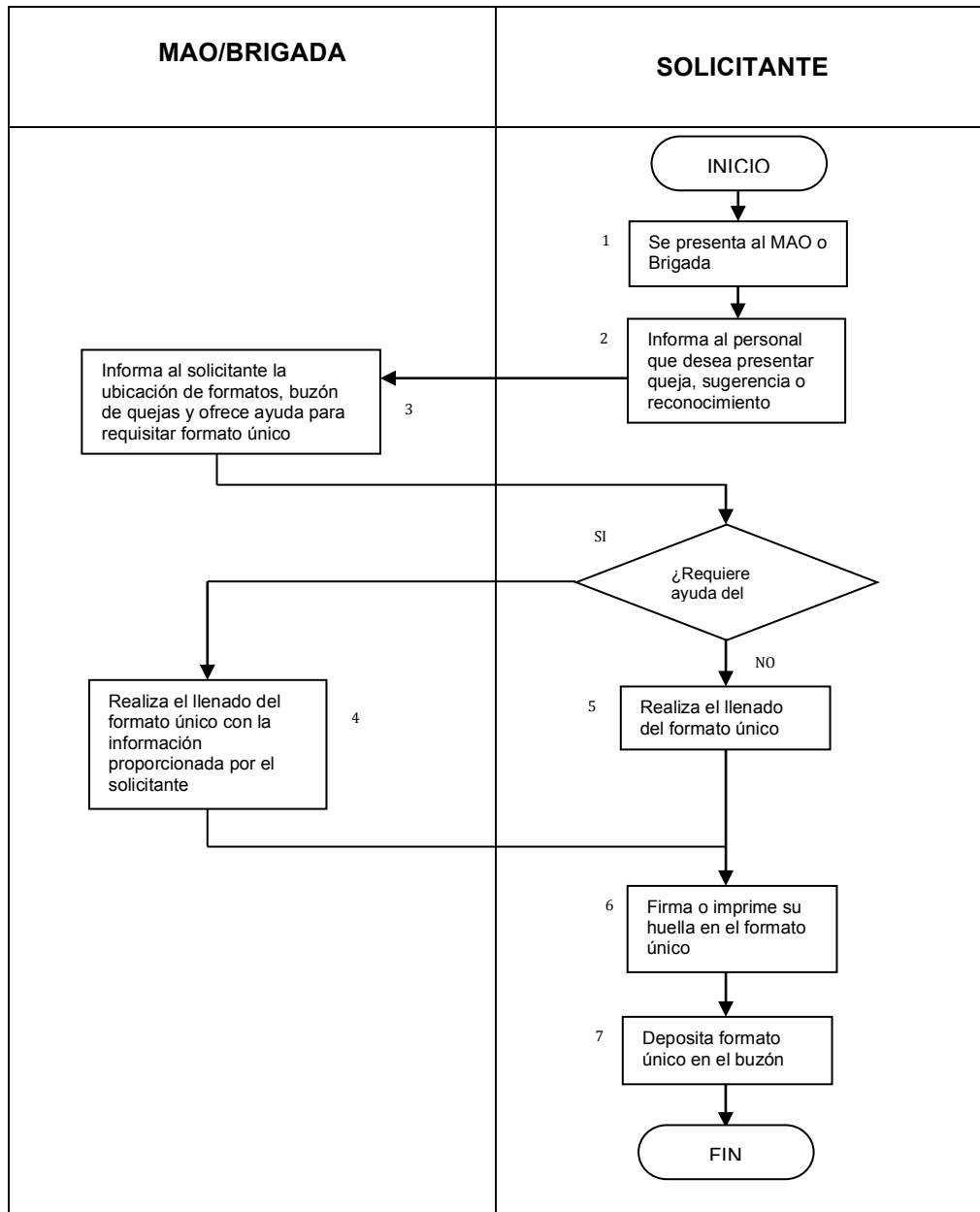


Diagrama de flujo del procedimiento de verificación de expedientes

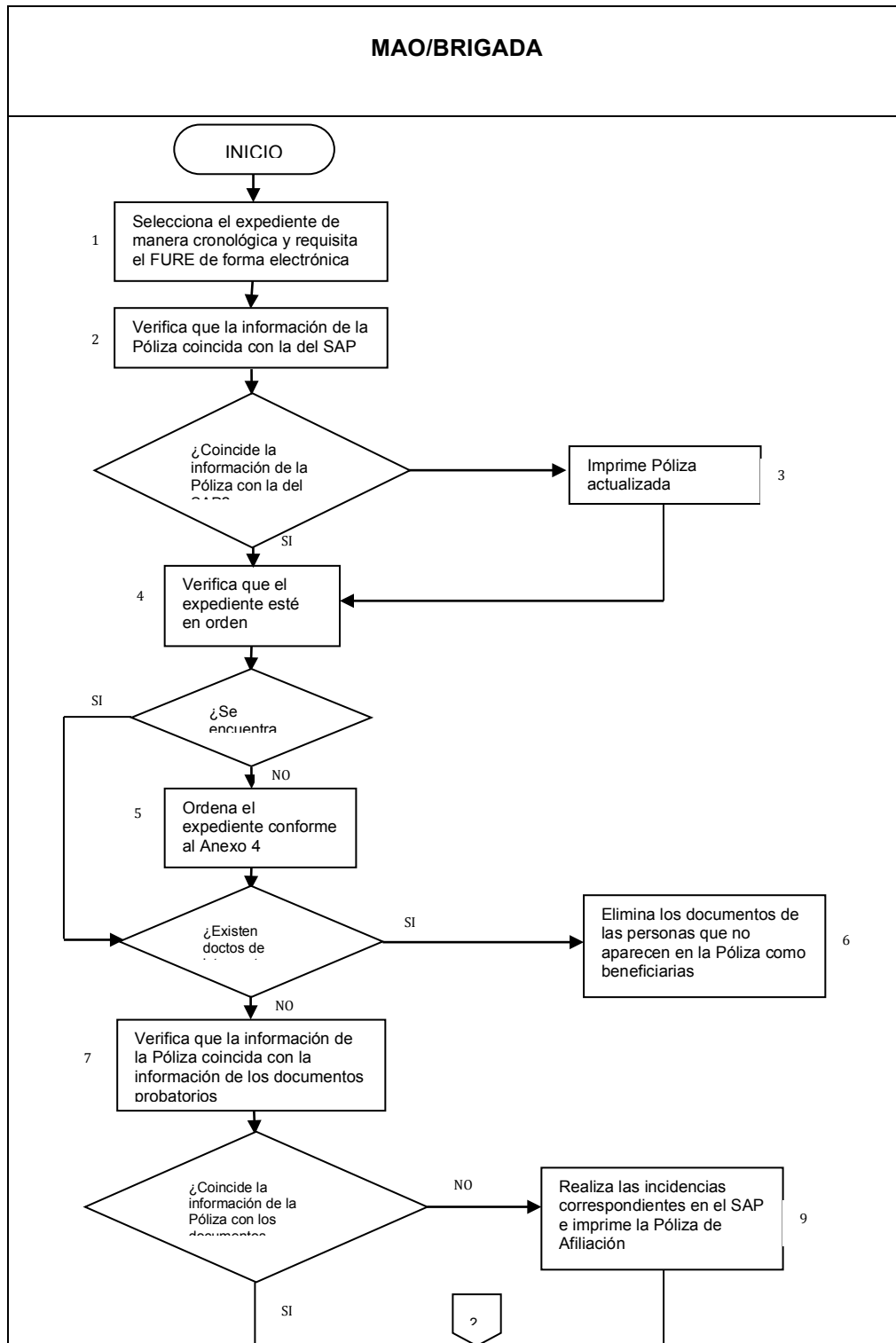
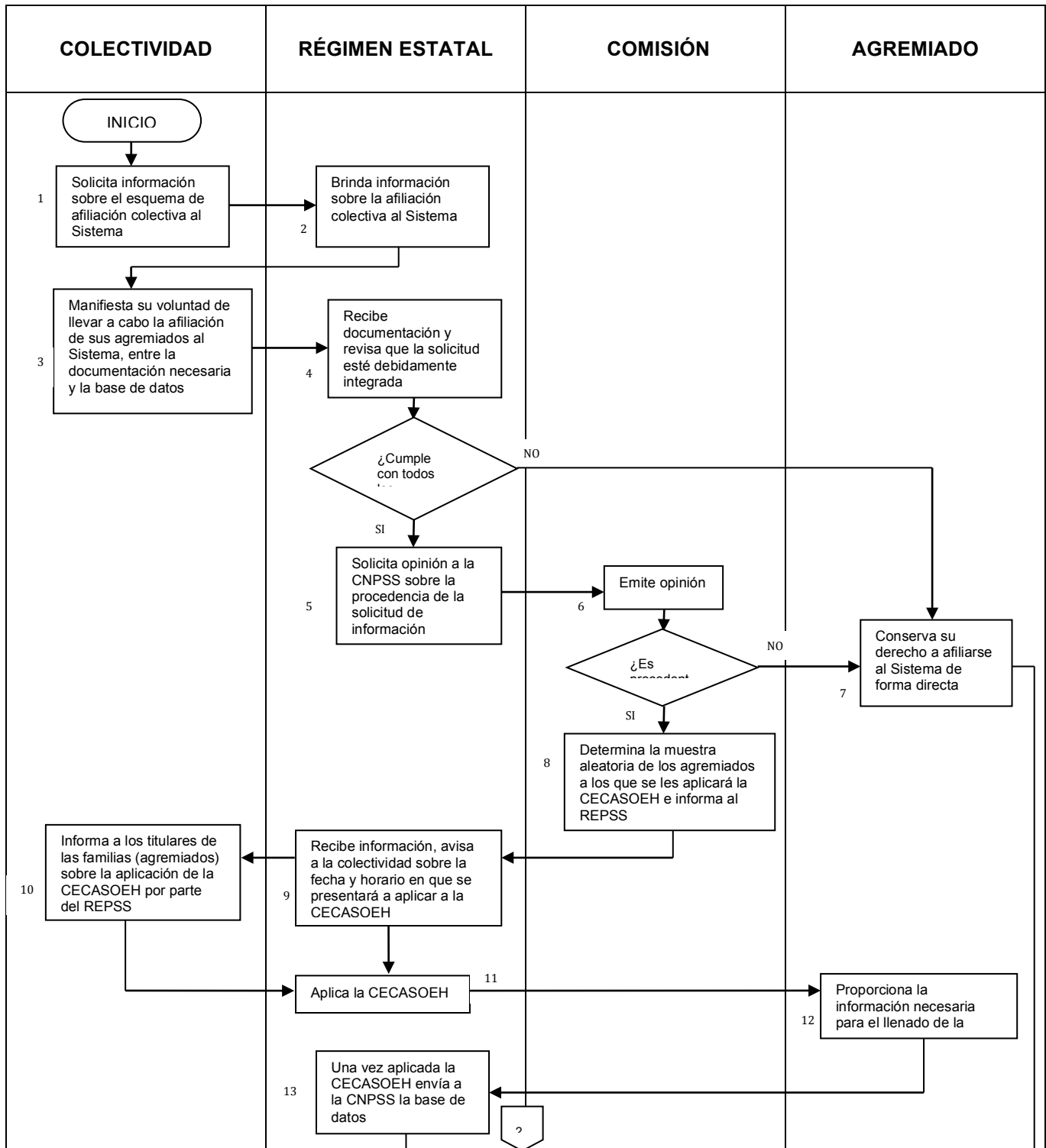


Diagrama de flujo del procedimiento de afiliación de agremiados a organizaciones bajo el esquema de afiliación colectiva



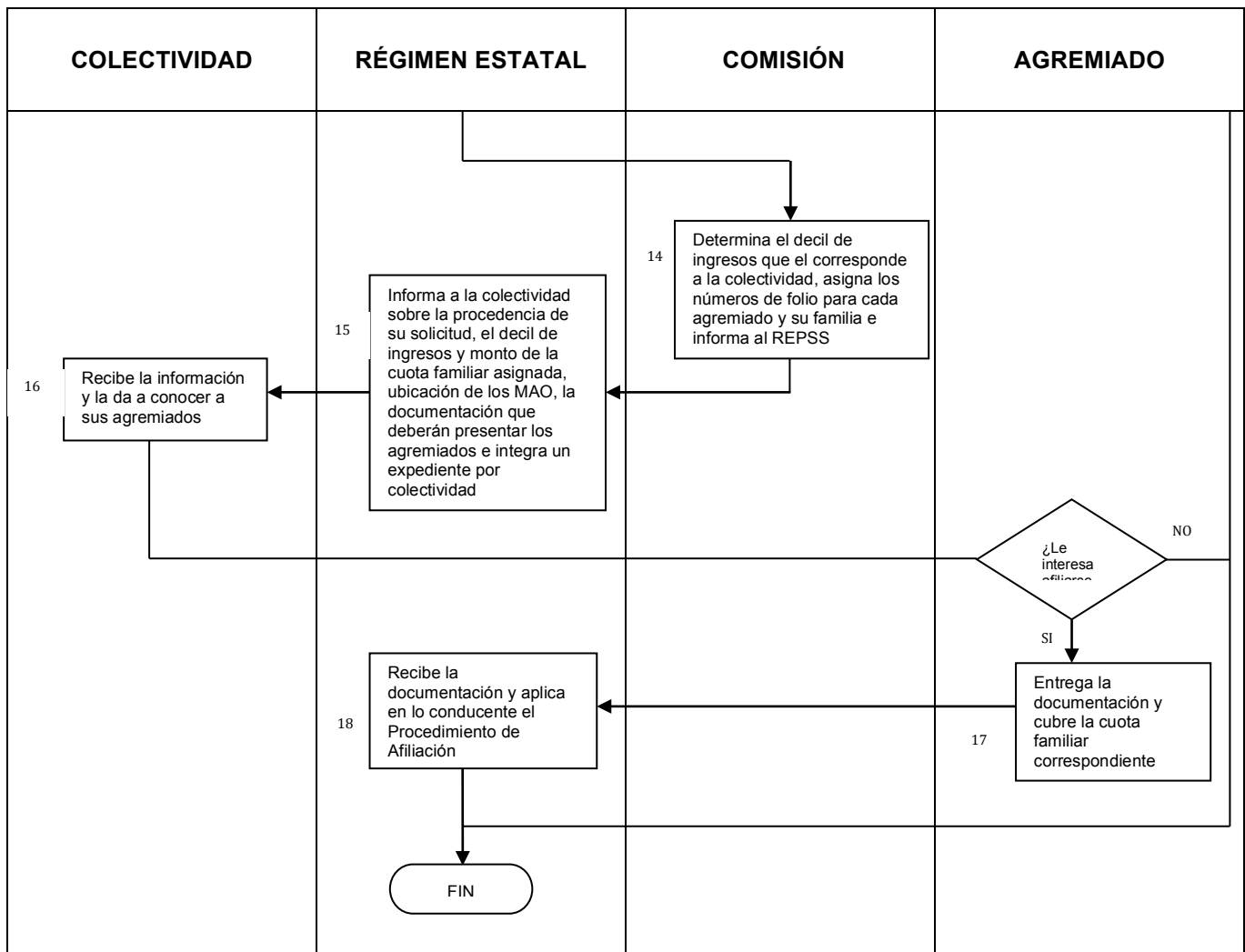
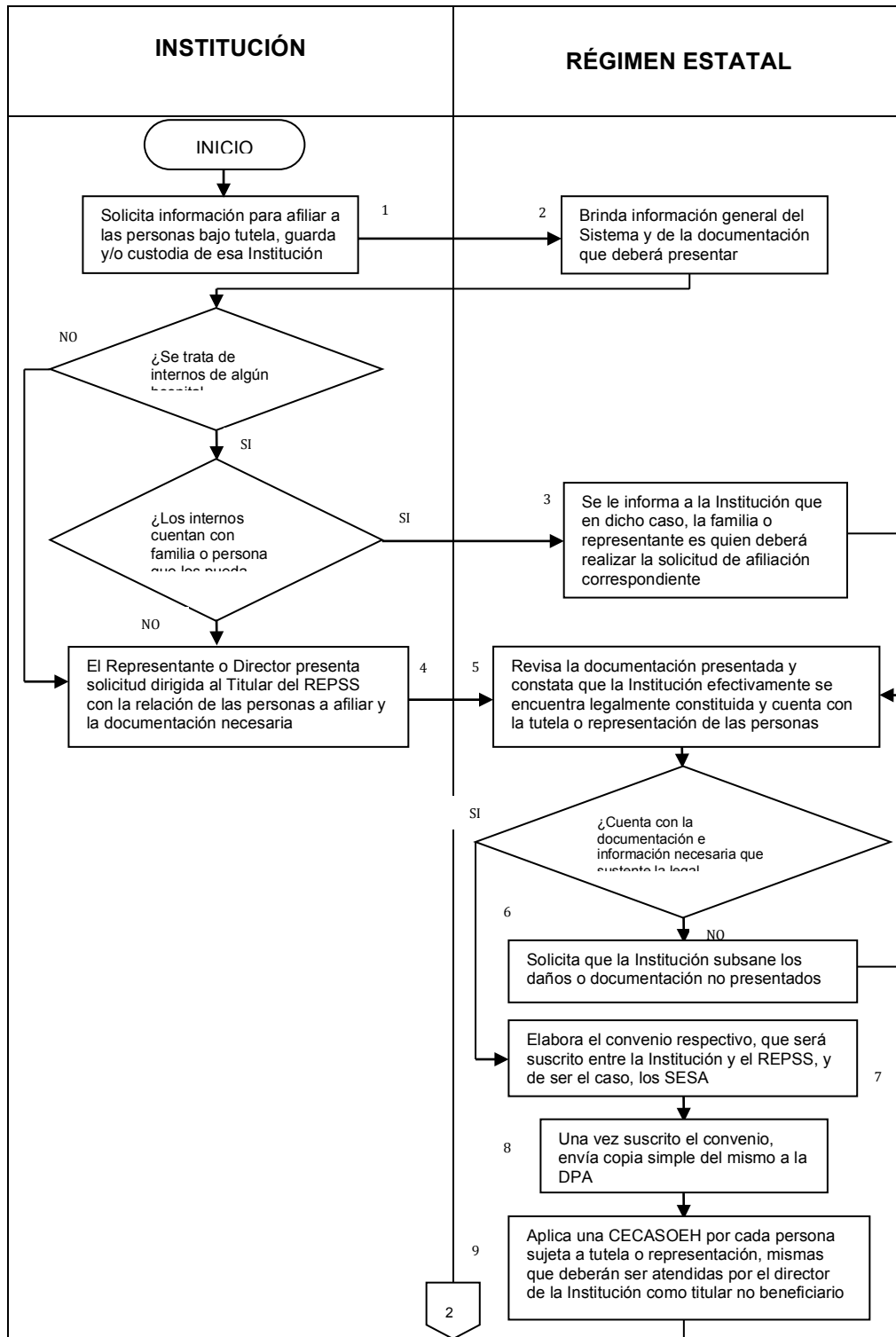
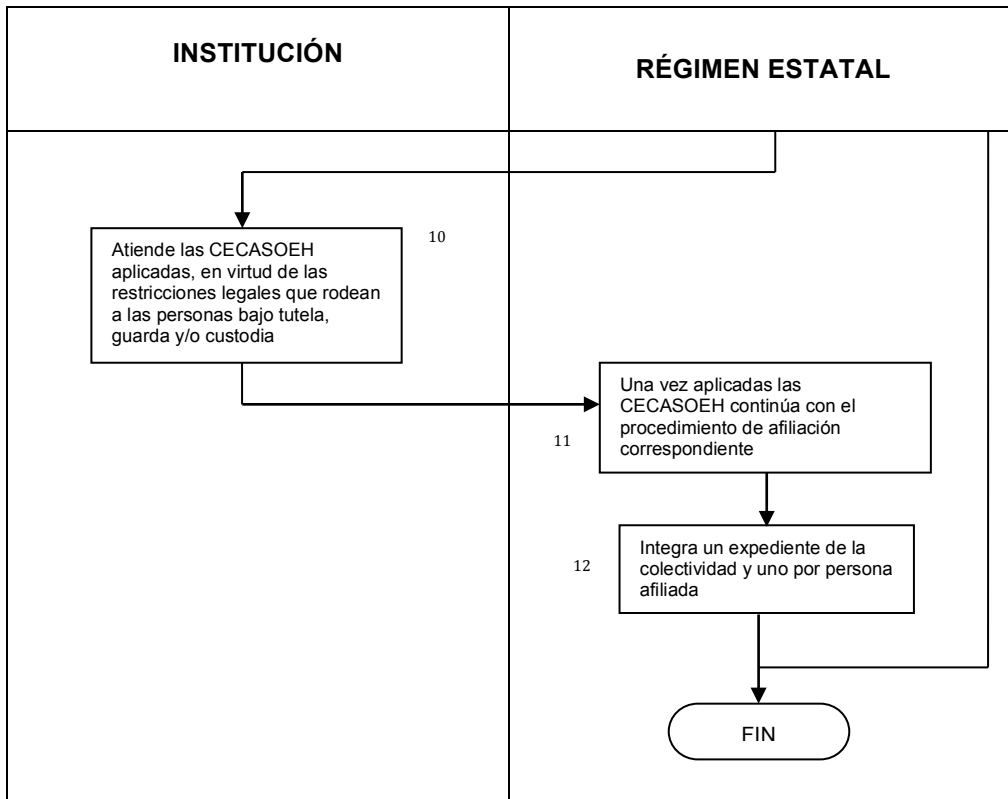


Diagrama de flujo del procedimiento de afiliación de aquellas personas bajo tutela, guarda y/o custodia de alguna institución de asistencia social, pública o privada





Anexo 14. Gastos desglosados del Programa

(Excel)

Anexo 15. Avance de los indicadores respecto a sus metas

(Excel)

Anexo 16. Instrumentos de medición del grado de satisfacción de la población atendida

(Excel)

Anexo 17. Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones

REFERENCIAS

Conferencia Interamericana de Seguridad Social. “2006-2010 Health Reforms in the Américas”. Mimeo. Disponible en línea en <http://www.ciss.org.mx/pdf/en/studies/CISS-WP-11042.pdf>. 2011.

Hansen, Keith E. “El Seguro Popular como una apuesta para el desarrollo: la cobertura en salud y sus efectos sobre el mercado laboral, la economía y la salud de las familias”. Banco Mundial, 2010. *Foro Las Reformas de Segunda Generación al Seguro Popular*.

Frenk, J et al. “Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, FUNSALUD. 1994.

Universidad de Harvard. “Evaluación de resultados: el efecto del Seguro Popular sobre el gasto en salud de las familias”. Instituto de Ciencias Sociales Cuantitativas, Universidad de Harvard. 2007.

Knaul, FM et al. “Las evidencias benefician al Sistema de Salud: Reforma para remediar el gasto catastrófico empobrecedor en salud en México”. *Salud Pública de México*, 2007. V49.S1.

Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, OMS 2000.

Secretaría de Salud (SSA). “Evaluación financiera 2006”.

Secretaría de Salud (SSA). “Evaluación de procesos 2006”.