

**EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS
DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO**

**“Seguro Popular”
2014**

SECRETARÍA DE SALUD



Evaluación Socioeconómica de Programas y Proyectos, S.C.

Resumen Ejecutivo

La Evaluación de Consistencia y Resultados realizada al Programa Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular (en adelante el Programa), a cargo de la Secretaría de Salud, se realizó en cumplimiento al Programa Anual de Evaluación 2015 (PAE 2015) entre los meses de julio y agosto de 2015, mediante trabajo de gabinete y entrevistas con las áreas de planeación.

El Seguro Popular (SP) otorga aseguramiento de servicios médicos a la población que no cuenta con seguridad social. El objetivo del Programa es evitar que las familias mexicanas incurran en gastos catastróficos derivados de la atención de problemas de salud en cualquiera de los niveles de atención. Se reconoce como una necesidad brindar acceso a la atención médica y brindar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad a la población sin derechohabiencia en la entidad. Se reconoce como seguro, ya que opera bajo un esquema semejante al de una cobertura de seguro: mantiene un registro de asegurados (beneficiarios) en coordinación con el Fondo de Aportaciones de Seguridad de Salud (FASSA) y con los recursos federales del ramo 12, brinda los servicios de salud a las familias afiliadas, dándoles acceso a la atención médica en centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel.

Con base en el Modelo de Términos de Referencia definido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), se analizó el diseño, planeación y orientación a resultados, cobertura y focalización, operación, precepción de la población atendida y medición de resultados del Programa, observando lo siguiente:

El Programa cuenta con un diagnóstico sobre el acceso a los servicios de salud para la población no derechohabiente de la entidad, donde el Estado reconoce la cobertura universal en el Paquete Básico de Servicios de Salud. Se cuenta con justificación empírica que sustenta el tipo de intervención realizada.

Es posible vincular el Propósito del Programa con el objetivo sectorial *Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud*. La población potencial y objetivo se encuentran definidas correctamente y corresponden con los objetivos del Programa, también se dispone de un padrón de beneficiarios que muestra las características socioeconómicas de las personas afiliadas. Es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) federal en los documentos normativos del Programa.

Se detecta la necesidad de elaborar una MIR enfocada a la población sin derechohabiencia en la entidad, que muestre las acciones llevadas a cabo por el Programa en materia de afiliación, operación y difusión. El Programa no tiene integrado un plan estratégico estatal como documento operativo y/o de planeación, asimismo se sugiere complementar el plan de trabajo anual detallando los procesos que deberán cumplir las distintas áreas involucradas en la operación del Programa.

Si bien el Programa, a nivel estatal, no se complementa con evaluaciones externas cuyos resultados sirvan para la toma de decisiones, el Estado ha implementado mecanismos de seguimiento y evaluación de programas en donde el Seguro Popular puede identificarse como subconjunto de la población potencial y objetivo.

El programa cuenta con fichas técnicas para los indicadores que componen la MIR donde se establecen características cualitativas, tales como: nombre, definición, método de cálculo, unidad de medida, frecuencia de medición y metas.

Se identificaron complementariedades con otros programas a cargo de la Secretaría de Salud Estatal, como son el de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona, Prevención y Control de Enfermedades y Generación de Recursos para la Salud, y con el FASSA.

El Programa no cuenta con evaluaciones externas realizadas en ejercicios fiscales anteriores. Sin embargo, es importante mencionar que, de acuerdo al Programa Anual de Evaluación 2014 (PAE), se determinó que la totalidad de los programas estratégicos estarán sujetos a evaluaciones de la MIR, contribuyendo a mejorar la planeación, operación y gestión de resultados.

El Programa recolecta información sobre el desempeño de los indicadores definidos en el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), sin embargo, no se dispone de una Matriz de Indicadores para Resultados que agrupe toda la información cuantitativa generada por el Programa.

El Programa cuenta con mecanismos para conocer la demanda total de apoyos, así como las características socioeconómicas de los solicitantes; además, los procedimientos para la recepción, registro y trámite de solicitudes están claramente definidos. En el caso de la selección de beneficiarios y el otorgamiento de apoyos también se definen los procedimientos para cada componente del programa, respetando siempre los criterios de elegibilidad establecidos en los Lineamientos de Afiliación.

ÍNDICE

Introducción.....	5
I. Diseño Del Programa	8
II. Planeación y Orientación a Resultados	21
III. Cobertura y Focalización	30
IV. Operación	33
V. Percepción de la Población Atendida	50
VI. Medición de Resultados	51
Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones.....	59
Bibliografía.....	61
Anexos	62

Introducción

La presente Evaluación de Consistencia y Resultados tiene el objetivo de analizar y proveer información que retroalimente el diseño, gestión y resultados del Programa Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, a cargo de la Secretaría de Salud. El análisis se realizó durante los meses de julio y agosto de 2015, mediante estudio de gabinete y entrevistas con los responsables de la operación y planeación del programa; teniendo en cuenta el Modelo de Términos de Referencia definido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

En primera instancia, se realizó una reunión de trabajo con las áreas de planeación, administrativas y operativas donde se revisaron las preguntas contenidas en la evaluación con el objetivo de identificar la evidencia documental necesaria y suficiente para responder los criterios definidos en cada una, además de detallar los principales procesos y mecanismos de operación de los componentes del programa.

Con base en lo anterior, el área responsable de proveer la información para la evaluación, entregó la información documental, tales como los Lineamientos, Reglamentos, Cédulas, bases de datos, manuales y procedimientos entre otros documentos que sustentan la planeación, diseño y operación del programa.

La información proporcionada permitió analizar la lógica y congruencia del programa, la vinculación con la planeación sectorial y estatal, consistencia entre el diseño y la normatividad, complementariedades con programas estatales, estrategias de cobertura, atención de la población y avances presentados durante el ejercicio fiscal 2014.

Por último, los resultados y observaciones derivados de la evaluación se presentan divididos en seis temas principales: Diseño, Planeación y Orientación a Resultados, Cobertura y Focalización, Operación, Percepción de la Población Atendida y Medición de Resultados.

Anexo 1

“Características del Programa”

El programa sujeto de evaluación se denomina Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP) el cual depende de la Secretaría de Salud y es coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). En mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS): con esta modificación se creó el Sistema de Protección Social en Salud, que tiene como objetivo sustantivo lograr la cobertura total de su población potencial en los próximos años.

De acuerdo con la LGS, 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, de modo tal que 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) y que satisfagan de manera integral la necesidades de salud. Una de las finalidades 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:

a.- Por los cónyuges; b.- Por la concubina y el concubinario; c.- Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y d.- Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General (CSG) 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 la personas señaladas en los incisos a) b) o c); 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 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes. A las personas de 18 años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

En este Programa, la población potencial es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de prevención social en salud, calculando que en el Estado de Nuevo León son 1'569,655 personas en esta condición y la población objetivo se establece como el número de personas afiliadas y las que por sus características están en posibilidad de asegurarse con el SP; considerando asimismo la disponibilidad de presupuesto autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y las aportaciones que deban realizar las Entidades Federativas, la población objetivo asciende a 1'566,854 personas.

La incorporación al SPSS es voluntaria a petición del jefe de familia y tiene una vigencia de tres años con posibilidad de reafiliación. Las familias beneficiarias obtienen 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 otros padecimientos que requieren tratamientos de alta especialidad. Los servicios médicos son proporcionados al acudir a las unidades de salud de la entidad.

El SPSS opera en todo los municipios de la entidad y orienta 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.

En su concepción general el Seguro Popular busca contribuir a los Objetivos 3 y 4 del Programa Sectorial de Salud 2010-2015 (PROSESA): “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 2013-2018 (PND) “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal”. A nivel estatal, el Programa se vincula al Eje 2 *Desarrollo Social y Calidad de Vida* en particular al objetivo de “Brindar acceso a los servicios de salud a la población” del Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015 (PED), mientras que a nivel del Programa Sectorial de Salud 2010-2015 (PSS) se alinea con el objetivo de “Brindar protección social en salud a la población no derechohabiente”

Es importante señalar que este Sistema tiene como Fin contribuir a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante el aseguramiento de las personas que carecen 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.

I. Diseño Del Programa

I.1 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 su actualización.

Respuesta: Sí

El Estado reconoce, dentro del Programa Sectorial de Salud 2010 – 2015 y el Diagnóstico Estatal, el problema de consolidar el acceso a la atención médica y brindar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad en la entidad. Se identifica como necesidad prevenir que las familias mexicanas incurran en gastos catastróficos derivados de la atención de problemas de salud en cualquiera de los niveles de atención, a través de las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

En este sentido, se define a las personas sin derechohabencia en Nuevo León como la población que presenta la necesidad de contar con un programa que dé acceso a los servicios médicos estatales y federales. El Programa Sectorial identifica a la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social pública o privada (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, entre otras) como la que presenta carencias y limitaciones para el acceso a los servicios de salud: ésta representa poco más de 30% de la población total del Estado. Derivado de lo anterior, el Gobierno de Nuevo León tiene establecida como una prioridad afiliar al 100 por ciento de la población potencial al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

El plazo para la revisión del problema se realiza anualmente con base en las actualizaciones de la población sin derechohabencia elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), así como de la propia Secretaría de Salud. Esta revisión sirve a su vez para la elaboración del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del SPSS entre la Secretaría de Salud federal y el Estado de Nuevo León.

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: Sí

Dentro del Programa Sectorial de Salud 2010-2015 se incluye un diagnóstico sobre el acceso a los servicios de salud para la población no derechohabiente de la entidad donde se establecen las causas y efectos del problema. En este sentido, aunque el Estado reconoce la cobertura universal en el Paquete Básico de Servicios de Salud, asume la necesidad de implementar un nuevo Modelo de Atención que incluya “redes de servicio de salud, estructuras y sistemas de articulación como roles integradores, redes de telecomunicaciones, redes de transportación, sistemas de información en salud, modelo de gestión gerencial, un sistema de costeo y facturación cruzada, además de elementos reguladores”.

El diagnóstico del sector salud establece como un reto ofrecer servicios de calidad a través del mejoramiento de la infraestructura, el aumento de las medidas de prevención, la eficiencia de las atenciones médicas, así como el incremento de la capacidad resolutive de los hospitales y centros de salud.

Asimismo se plantea el objetivo de afiliar al total de la población no derechohabiente de Nuevo León al Sistema de Protección Social en Salud y proporcionar de manera progresiva un paquete de intervenciones esenciales y de ciertos tratamientos y eventos catastróficos por motivos de salud.

El Programa cuenta a su vez con el Diagnóstico Sectorial de Salud en Nuevo León 2013 donde se presenta la distribución de la población no derechohabiente por región geográfica así como su cuantificación con base en información del Censo de Población y Vivienda 2010. La información presentada muestra que la región sur es la que cuenta con menor población abierta (no derechohabiente) respecto a la población total, mientras que la región norte es la que presenta el mayor porcentaje de población no derechohabiente respecto al total de habitantes de la entidad.

En ningún caso se presenta un plazo para revisión, por lo que se sugiere actualizar la información con base en información estadística de la Encuesta Intercensal 2015, a través de un Plan Estratégico Anual. También se recomienda la elaboración de una Monografía la cual, con base en la Metodología de Marco Lógico (MML), establecerá a mayor detalle (árbol de problemas) los componentes del problema identificado.

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

Respuesta: Sí

El Programa cuenta con justificación empírica que muestra que, a nivel internacional, los países de mayor desarrollo han logrado disminuir las brechas en el acceso a servicios de salud promoviendo una mejor calidad de vida. En efecto, los países que presentan un mayor gasto en salud suelen ser los que han alcanzado mayores niveles en la cobertura universal. En este sentido, en México el crecimiento de la población afiliada al Seguro Popular ha ido acompañada de un aumento en el gasto público, el cual se incrementó de 2.7% en 2004 a 3.1% en 2012, respecto al Producto Interno Bruto (PIB)¹.

Por otro lado, como se menciona en el PROSESA en años recientes el gasto per cápita en salud de la población abierta disminuyó respecto a la población derechohabiente ya que “pasó de una diferencia de 145% en el año 2004 a una de 51% en 2011”, mostrando que el impacto económico de acceder a servicios de salud ha sido menor en los últimos años. Además, existe evidencia de que el Programa disminuye la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos que afecten directamente el ingreso de las familias cuando se cuenta con un mecanismo de atención como lo es el Seguro Popular.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando el gasto público en salud es bajo, en los países de menores ingresos el déficit se debe compensar con gasto privado. En otras palabras, en países como México, las personas absorben parte de los costos para acceder a los servicios de salud (p. ej., Seguro Popular); pero esto disminuye las probabilidades de incrementar la pobreza en los hogares ya que cuentan con un servicio médico que los respalda en caso de enfermedades.

En este sentido, la OMS contempla un sistema de financiación para la cobertura sanitaria universal donde se debe proporcionar a toda la población el acceso a servicios de salud básicos (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) y de calidad suficiente para que sean eficaces, además de garantizar que el costo y uso de estos servicios no afecte financieramente a la población más vulnerable.

Asimismo, existen datos que demuestran que el gasto público en salud como porcentaje del PIB en el país, continúa siendo bajo en comparación con los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (OCDE). En el rubro del gasto administrativo del Sistema Nacional de Salud se estima que cerca de 10% del gasto total, es 2.5 veces mayor que el promedio de los países de la OCDE que es de 4%.

¹ Con datos de la Dirección General de Información en Salud para 2012

I.2 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS ESTATALES Y LOS SECTORIALES

4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que:
- Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.
 - 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

El Propósito del Programa se define en la MIR federal como *La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad.*

Con base en lo anterior es posible vincular el Propósito con el objetivo sectorial *Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.* La alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se da hasta nivel de línea de acción; en este caso con el 6.1.3. *Afiliar o reafiliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquella que vive en condición de vulnerabilidad.*

El logro del Propósito contribuye a cumplir la meta establecida en el indicador sectorial *Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud*, el cual mide la proporción de población que no es derechohabiente a las instituciones públicas de seguridad social o los servicios médicos privados.

Se sugiere elaborar una MIR estatal de Seguro Popular la cual deberá estar alineada al Plan Estatal de Desarrollo y al Programa Sectorial de Salud del Estado, con la finalidad de contar con una herramienta de planeación que agrupe las principales acciones a cargo del Estado como son afiliación, atención médica, operación, difusión y administración de recursos.

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

El Programa de Seguro Popular se vincula a nivel federal con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) y con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PSS). Es posible encontrar alineación hasta nivel de línea de acción (objetivo estratégico, estrategia y línea de acción).

PND 2013-2018

Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

PSS 2013-2018

Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Afiliar o reafiliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquélla que vive en condición de vulnerabilidad.

Por otro lado, a nivel estatal se vincula el Programa con los objetivos estratégicos del Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2010-2015 (eje, objetivo estratégico, estrategia y línea de acción) y el Programa Sectorial de Salud 2010-2015 (objetivo estratégico, estrategia y línea de acción).

PED 2010-2015

Desarrollo Social y Calidad de Vida.

Servicios de salud con calidad y calidez.

Brindar acceso a los servicios de salud a la población.

Brindar protección social en salud a la población no derechohabiente.

Programa Sectorial de Salud 2010-2015

Garantizar la cobertura de los Servicios de Salud.

Brindar protección social en salud a la población no derechohabiente.

Afiliar al 100 por ciento de la población potencial al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

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

El Propósito del Programa de la Matriz de Indicadores para Resultados federal se establece como *La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad* y es posible vincularlo de manera indirecta con las Metas del Milenio (ODM, ONU).

Considerando los servicios de salud derivados del Seguro Popular, en particular los establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y a la población que se atiende es posible vincular el Programa con el objetivo 4. *Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años* y al objetivo 5. *Mejorar la salud materna*, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

De manera específica, el Seguro Popular en coordinación con FASSA, contribuye a la Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años y a la Meta 5.A Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015; lo que permite establecer una relación indirecta entre el Programa y los Objetivos del Milenio.

Es importante mencionar que el cumplimiento del Propósito ha permitido al Programa beneficiar a un gran número de madres y niños a través del acceso a los servicios de salud brindados por el Estado, sin que estos sean los únicos factores determinantes en la reducción de la mortalidad infantil y mejora de la salud materna.

I.3 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 cuentan con la siguiente información y características:
- a) Unidad de medida.
 - b) Están cuantificadas.
 - c) Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
 - d) Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta: Sí

La población potencial y objetivo del Programa se define con base en información emitida por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); además, en el Anexo III-2014 del Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Nuevo León para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se establece el número de personas sin seguridad social. Adicionalmente, se cuenta con un Diagnóstico que muestra la distribución geográfica de la población abierta de la entidad.

Se recurre a las personas como la unidad de medida del Programa: aunque los trámites de afiliación se realicen por núcleo familiar, los servicios de atención son individuales.

Con base en información de la Secretaría de Salud, para el ejercicio fiscal 2014 el Programa estableció como población potencial al total de personas de la entidad que no son derechohabientes a algún servicio de salud pública o privada (1'569,665) y define a la población objetivo (1'566,854) como las personas que se encuentran afiliadas (1'267,964) y las que faltan por ingresar al Sistema de Protección Social en Salud (298,890) de acuerdo al número de personas catalogadas como asegurables.

La metodología de cálculo se desarrolla en el Anexo 2 "*Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo*"

El plazo para la revisión y actualización es anual y está en función del presupuesto aprobado y las estimaciones de población no derechohabiente.

- 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.**
 - d) Cuento con mecanismos documentados para su depuración y actualización.**

Respuesta: Sí

El Programa cuenta con un padrón de beneficiarios de tipo nominal que son susceptibles de recibir los apoyos; este instrumento contiene: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población (CURP), domicilio actual (incluyendo localidad, municipio y entidad), posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión (CNPSS), vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

El tipo de apoyo entregado es el mismo para todos y se refiere a la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, el cual se complementa con el acceso a los servicios de salud ofrecidos en coordinación con el Programa FASSA.

La información del padrón de beneficiarios se encuentra sistematizada en el Sistema de Administración del Padrón (SAP) el cual es provisto por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El CURP sirve como clave única de identificación y a nivel de familia también es posible identificar un folio único asignado por el sistema.

Se cuenta con mecanismos documentados de depuración, actualización y validación, los cuales se especifican en el Capítulo VII de los Lineamientos de afiliación. El padrón contiene a la totalidad de afiliados al SP, sin embargo, la atención médica no es solicitada por todos. La información sobre los servicios de salud ofrecidos por el Estado es provista por las Unidades Médicas (UMs), que son las instancias encargadas de proporcionar atención médica a los afiliados al Programa. De los reportes que se emiten en las UMs se puede identificar quienes reciben los apoyos del programa.

9. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la temporalidad de las mediciones.

Respuesta: Sí

El Programa recolecta información socioeconómica a través de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH). Estas cédulas se dividen en dos secciones: la primera se refiere a la solicitud de afiliación y provee la información de identificación de los beneficiarios; la segunda se refiere a una evaluación socioeconómica la cual permite conocer el decil de ingresos de las familias.

La CECASOEH se aplica a todas las familias que soliciten la afiliación al Sistema y no podrán ser modificadas bajo ninguna circunstancia. La aplicación se puede realizar mediante medios físicos o magnéticos.

La información recolectada se refiere a características de los integrantes del hogar (CURP, parentesco, edad, sexo, fecha y lugar de nacimiento, estado civil y discapacidad), condición laboral de las personas de 13 años o más (nivel de escolaridad e indigenismo, trabajo, seguridad social y embarazo saludable) y condiciones y características de la vivienda.

La información contenida en la CECASOEH tiene validez por tres años y deberá aplicarse nuevamente en los casos de reafiliación.

Al completar la CECASOEH y capturar la información en el SAP se requisita la evaluación de ingreso, la cual indica el decil de ingresos y la cuota anual que deberán pagar las familias.

I.4 ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

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: Sí

Es posible identificar el resumen narrativo de la MIR federal en los documentos normativos del Programa. En este sentido se define a nivel de Fin *Contribuir a asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos de salud mediante el aseguramiento financiero de la población que carece de seguridad social con el fin de evitar gastos por motivos de salud*, mientras que a nivel de Propósito se establece el objetivo de *La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad*.

La Matriz de Indicadores para Resultados cuenta con el Componente *Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud* del cual se desprenden cuatro actividades:

A 1 Transferencia de recursos a las entidades federativas

A 2 Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular

A 3 Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

A 4 Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal

Considerando lo anterior, se recomienda elaborar una MIR estatal cuyos componentes reflejen todos los procedimientos a cargo de la Secretaría de Salud Estatal, como son afiliación, difusión, operación y atención médica.

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 o nominal).**

Respuesta: Sí

Los indicadores de la MIR federal cuentan con ficha técnica para su revisión y consulta. En dichas fichas es posible identificar nombre, definición, método de cálculo, frecuencia de medición, línea base, metas y comportamiento.

Asimismo, el Programa cuenta con el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS) el cual contiene indicadores estatales que muestran información cualitativa y cuantitativa.

Se sugiere incorporar algunos de los indicadores reportados en MOSSESS a la MIR estatal de Seguro Popular, ya que éstos contienen información sobre acceso a los servicios de salud, expedientes clínicos, satisfacción de usuario, gestores del Seguro Popular, abasto de medicamentos e insumos, prevención y promoción a la salud, surtimiento de recetas, redes de servicio y acreditación.

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: Sí

Los indicadores definidos en la MIR de Seguro Popular cuentan con metas las cuales tienen como unidad de medida promedio y porcentaje. Asimismo cada indicador presenta una meta anual, la cual está orientada a impulsar el desempeño y son factibles de alcanzar.

El análisis de cada una de las metas establecidas en el ejercicio fiscal 2014 se presenta en el *Anexo 6 "Metas del programa"*.

Se sugiere desarrollar una MIR enfocada a la población sin derechohabiencia en la entidad que muestre las acciones llevadas a cabo por el Programa en materia de afiliación, operación y difusión, así como las metas de los indicadores.

I.5 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS ESTATALES

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

El Programa de Seguro Popular se complementa a nivel estatal con los tres programas estratégicos a cargo de la Secretaría de Salud (Prestación de Servicios de la Salud a la Persona, Prevención y Control de Enfermedades y Generación de Recursos para la Salud). Es importante tener en cuenta que el Programa FASSA es complementario a Seguro Popular, ya que a través de él que se brindan los Servicios de Salud en las Unidades Médicas estatales.

Aunque en estos programas la población beneficiada no es únicamente la no derechohabiente, un gran número de la población a la cual se le brinda atención médica son las personas que se encuentran afiliadas al Seguro Popular.

Los primeros dos programas brindan atención médica a la población en general, con especial atención a la que no cuenta con seguridad social en la entidad y que requiera atención de los servicios de salud de Nuevo León, mientras que el último va dirigido a capacitar al personal de salud del sector público buscando ofrecer servicios de calidad.

Asimismo, se complementa con el Programa Desarrollo Humano – Oportunidades, el cual brinda apoyo a la población que se encuentra en extrema pobreza garantizando el acceso al Paquete Básico de Salud, además de otorgar incentivos en educación y alimentación.

II. Planeación y Orientación a Resultados

II.1 INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

14. La Unidad Responsable del programa cuenta con un plan estratégico con las siguientes características:

- a) Es 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, es decir, el Fin y Propósito del programa.
- d) Cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.

Respuesta: No

El Programa no cuenta con un plan estratégico establecido dentro de los documentos operativos y de planeación. Si bien dentro del Programa Sectorial de Salud 2010-2015 se detallan estrategias y líneas de acción dirigidas a la población abierta de Nuevo León, no se cuenta con un ejercicio de planeación institucionalizado que establezca las metas a mediano o largo plazo, ni define indicadores de seguimiento.

Por esta razón se sugiere elaborar la monografía del Programa Seguro Popular conforme lo establecen los Lineamientos Generales para la Evaluación de Programas del Estado de Nuevo León.

- 15. El programa cuenta con planes de trabajo anuales para alcanzar sus objetivos que:**
- a) Son resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, siguen un procedimiento establecido en un documento.**
 - b) Son conocidos por los responsables de los principales procesos del programa.**
 - c) Tienen establecidas sus metas.**
 - d) Se revisan y actualizan.**

Respuesta: Sí

El Programa establece como plan anual de trabajo el Acuerdo de Coordinación celebrado entre la Secretaría de Salud (la Secretaría) y el Estado de Nuevo León en el cual se establecen las bases, compromisos y responsabilidades del estado para la ejecución del SPSS.

El Acuerdo es resultado de un ejercicio de planeación institucionalizado donde se definen las obligaciones de la Secretaría de Salud federal y del Estado a través del régimen estatal, las garantías para la prestación de los servicios de salud, la incorporación de beneficiarios al SPSS, la transferencia y asignación de recursos financieros, las medidas de colaboración e integración y la información, evaluación y rendición de cuentas relativos a las acciones del SPSS.

Asimismo, se cuenta con cuatro anexos los cuales tienen la misma fuerza legal que el Acuerdo de Coordinación y corresponden a los servicios de salud comprendidos por el SPSS en el CAUSES, metas de afiliación, recursos presupuestales y conceptos de gasto.

El Acuerdo y anexos son conocidos por los principales responsables del Programa y se suscribe por el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León y por el Director del Régimen de Protección Social en Salud del Estado.

El anexo II del Acuerdo referido define las metas trimestrales y anuales en términos de cobertura, las cuales pueden estar sujetas a revisión y ajuste por parte de la Secretaría o el Estado.

El Acuerdo y los anexos se revisan y actualizan anualmente de común acuerdo entre la Secretaría y el Estado de Nuevo León.

II.2 DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE EVALUACIÓN

16. El programa utiliza informes de evaluaciones externas:

- a) De manera regular, es decir, uno de los elementos para la toma de decisiones sobre cambios al programa son los resultados de evaluaciones externas.
- b) De manera institucionalizada, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- c) Para definir acciones y actividades que contribuyan a mejorar su gestión y/o sus resultados.
- d) De manera consensada, participan operadores, gerentes y personal de la unidad de planeación y/o evaluación.

Respuesta: No

Si bien el Programa, a nivel estatal, no cuenta con evaluaciones externas cuyos resultados sirvan para la toma de decisiones, el Estado ha implementado mecanismos de seguimiento y evaluación de algunos programas complementarios al Seguro Popular.

En este caso se han realizado evaluaciones de diseño a las Matrices de Indicadores para Resultados de los tres programas estatales a cargo de la Secretaría de Salud.

Considerando la sugerencia de elaborar la Monografía y MIR estatal de Seguro Popular, se recomienda que en el 2016 se realice una evaluación de Matriz de Indicadores para Resultados, con base en los términos de referencia definidos por el Estado.

Asimismo, es importante señalar que, a nivel federal, el Programa de Seguro Popular cuenta con distintas evaluaciones, las cuales se consultaron únicamente como referencia ya que ninguna hace énfasis en el trabajo del régimen estatal.

17. Del total de los Aspectos Susceptibles de Mejora (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: No

El Programa no cuenta con Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de evaluaciones estatales por lo que no es posible contar con documentos de trabajo que muestren acciones específicas de mejora.

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 aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Estatal de los últimos tres años, se han logrado los resultados establecidos?

Respuesta: No

El Programa no cuenta con Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de evaluaciones estatales por lo que no es posible contar con documentos de trabajo que muestren acciones específicas de mejora.

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

Respuesta: No

El Programa Seguro Popular no cuenta con evaluaciones externas realizadas en los últimos tres años por lo que no existen recomendaciones a las cuales se les pueda dar seguimiento.

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?

Respuesta: No

El Programa Seguro Popular no cuenta con evaluaciones externas realizadas en los últimos tres años por lo que no existen recomendaciones a las cuales se les pueda dar seguimiento.

Como se señaló anteriormente y de acuerdo a los criterios establecidos por el Comité de Planeación, Presupuesto y Rendición de Cuentas del Estado, se recomienda que una vez que se tenga la monografía y la MIR del Programa de Seguro Popular, se realice una Evaluación de Matriz de Indicadores para Resultados y posteriormente valdría la pena realizar una Evaluación de Procesos, a fin de incorporar mejoras al proceso del Programa.

II.3 DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

21. El Programa recolecta información acerca de:

- a) **La contribución del programa a los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.**
- 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, con fines de comparación con la población beneficiaria.**

Respuesta: Sí

El Programa sí recolecta información sobre la contribución de los objetivos del programa sectorial a través de los indicadores del MOSES los cuales generan información sobre: Acceso a los Servicios de Salud, Expediente Clínico, SMS XXI, Sistema de Quejas, Satisfacción de Usuario, Gestores del Seguro Popular, Abasto de Medicamentos e Insumos, Prevención y Promoción a la Salud, Surtimiento de Recetas y Redes de Servicio y Acreditación.

También se recolecta información socioeconómica de los beneficiarios a través de las CECASOEH la cual se actualiza cada tres años.

No se recolecta información de las características socioeconómicas de las personas no beneficiarias del Programa ya que es un grupo demasiado heterogéneo y un análisis comparativo resultaría insuficiente para explicar o medir el impacto del Programa en cada uno de los grupos.

22. El programa recolecta información para monitorear su desempeño con las siguientes características:

- a) Es oportuna.**
- b) Es confiable, es decir, está validada por quienes las integran.**
- c) Está sistematizada.**
- d) Es pertinente respecto de su gestión, es decir, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes.**
- e) Está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente.**

Respuesta: Sí

El Programa recolecta información a través del Sistema de Captura Electrónica Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS) el cual permite un seguimiento operativo, evaluación y control de las acciones del sistema y monitorear el desempeño de los servicios de salud prestados en la entidad.

La información es confiable y es validada por la Dirección de Supervisión y Verificación. El sistema corre a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los indicadores se encuentran disponibles por nivel de atención y por proceso.

La información es actualizada por la Secretaría de Salud y disponible para su consulta y revisión permitiendo realizar el seguimiento operativo de las acciones de Protección Social en Salud y ser una herramienta que coadyuve en la toma de decisiones; además de contribuir al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Se recomienda que el Programa integre su información en la MIR de Seguro Popular y a través de ella se reporte el Avance Físico Financiero, como el resto de los programas estatales.

III. Cobertura y Focalización

III.1 ANÁLISIS DE 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.**
- d) Es congruente con el diseño del programa.**

Respuesta: No

El Programa no cuenta con una estrategia de cobertura documentada que establezca las acciones que se llevarán a cabo para atender a la población objetivo. Si bien el Anexo II del Acuerdo de Coordinación presenta la proyección de cobertura para el ejercicio fiscal 2014, éste no detalla las estrategias que la dependencia tendrá que implementar para alcanzar la meta establecida en dicho documento.

Considerando lo anterior, el anexo II establece metas anuales de afiliación y reafiliación y podrán ser revisadas cuando las condiciones de la entidad federativa impidan la ejecución de procesos operativos o bien cuando se observe una demanda de afiliación superior a la estimada en el Acuerdo. Las metas son definidas para cada ejercicio fiscal y éstas no abarcan un horizonte de mediano y largo plazo.

La proyección de cobertura es congruente con el diseño del Programa y con las características de la población objetivo.

Dado el objetivo sectorial de afiliar al 100% de la población del Estado de Nuevo León, se sugiere establecer una estrategia de cobertura que abarque al menos cinco años, en la cual se definan metas anuales y mecanismos específicos que permitan incrementar el número de afiliados al Seguro Popular en la entidad.

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.

Respuesta: Sí

El Programa Seguro Popular sí cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo. Considerando la meta de afiliar al 100% de la población no derechohabiente de la entidad, el Programa estimó la población objetivo para el ejercicio fiscal 2014 en 1'566,854 personas.

La dependencia estima la población no derechohabiente en la entidad, es decir la población potencial, con base al Informe Sectorial de Salud que para 2014 fue de 1,569,655 personas.

La población objetivo se obtiene del anexo III del Acuerdo de Coordinación, el cual contiene el número de personas asegurables de acuerdo a los criterios de elegibilidad del SP, donde se descuenta a la población afiliada al IMSS-Oportunidades (Tradicional y MÁS Urbano).

Esta cifra es similar a la población potencial ya que considera al número de personas que no tienen acceso a los servicios de salud por parte de alguna institución pública o privada pero que ya se encuentran afiliados al SP y a la población que no ha iniciado el proceso de afiliación al Régimen de Protección Social en Salud pero que, por sus características, son susceptibles a ingresar.

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

Respuesta: Sí

La cobertura del Programa, considerando la población potencial y las personas afiliadas al Seguro Popular, se ha ido incrementando de 63.7% en 2010 a 80.8% en 2014, presentando un crecimiento a tasas decrecientes.

Por otro lado, la población objetivo del Programa ha ido aumentando con los años, lo que significa que un mayor número de personas sin seguridad social se han incorporado al Sistema de Protección Social en Salud, haciendo que la proporción entre afiliados y no afiliados vaya disminuyendo.

La relación entre la población objetivo y atendida para 2014 fue de 62.2%, lo que significó que únicamente 974,244 personas tuvieron la necesidad de acudir a los centros médicos para recibir atención médica.

Un punto importante es que la diferencia entre la población potencial y objetivo ha disminuido desde 2010 (91.7%) hasta alcanzar una proporción de 99.8%, lo que significa que la población afiliada al seguro popular es muy cercana a la población abierta de la entidad.

IV. Operación

IV.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 los servicios (Componentes), así como los procesos clave en la operación del programa.

El Programa Seguro Popular tiene como procesos principales la afiliación y reafiliación de la población abierta de Nuevo León, los cuales se definen 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*.

Adicionalmente, los *Lineamientos* establecen los procedimientos de otros componentes del Programa como son promoción y difusión, cédulas de características socioeconómicas del hogar (CECASOEH), cuotas familiares y padrón de beneficiarios.

Los procesos arriba mencionados se detallan en el Anexo 13 "*Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves*".

Solicitud de apoyos

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

Respuesta: Sí

El Programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos. En este sentido, corresponde al Estado verificar el procedimiento de incorporación a partir de la presentación de solicitudes y cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios. La información obtenida de la identificación incluye nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio y demás datos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

La información se encuentra en la plataforma informática del Sistema de Administración del Padrón (SAP), la cual es verificada periódicamente por el área encargada de la administración del Padrón. El sistema es provisto por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, lo que permite contar con un padrón nacional homogéneo.

En el caso de las características socioeconómicas de la población que solicita la afiliación al Seguro Popular, se cuenta con la Cédula de características socioeconómicas del hogar (CECASOEH). Este instrumento es estandarizado y fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, se divide en dos secciones y se realiza por familia; en la primera parte se recolecta información sobre los datos de los beneficiarios, y en la segunda se hace una evaluación socioeconómica que permite definir el decil de ingresos de cada familia. La información recolectada tiene vigencia de tres años y se realizará nuevamente durante el proceso de reafiliación.

La evaluación de ingresos consta de tres capítulos que permiten conocer las características de los integrantes del hogar, la condición laboral de las personas mayores de 13 años y las características de la vivienda. En los casos donde varias familias habiten la misma vivienda se deberán realizar el mismo número de CECASOEH para determinar el nivel socioeconómico de cada uno de los núcleos familiares solicitantes.

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.**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí

Los procesos de afiliación y reafiliación del Seguro Popular corresponden con las características de la población objetivo, en este caso, de la población sin derechohabencia de Nuevo León que deseen contar con acceso a los servicios de salud de la entidad.

La solicitud de afiliación se realiza por el titular de la familia en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) donde se le brinda información sobre los documentos necesarios para iniciar el trámite correspondiente.

El proceso de solicitud inicia cuando personal del MAO aplica la Cédula de características socioeconómicas del hogar, la cual funciona como el instrumento de recolección de información de los beneficiarios y permite llevar a cabo una evaluación de ingresos; la Cédula debe estar firmada por el titular de la familia. Este formato está definido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y su contenido no podrá ser modificado.

En el proceso se deberá presentar documentos de identificación como: comprobante de domicilio, Clave Única de Registro de Población (CURP) e identificación oficial con fotografía. Posteriormente, la información se captura y procesa en medios magnéticos generando un número de identificación (folio) por familia.

Los formatos para la afiliación se encuentran disponibles en los MAO y en los documentos normativos emitidos por la Comisión; además, las personas podrán consultarlos durante las brigadas de promoción realizadas en la entidad.

Los procedimientos se encuentran apegados a 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 y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Por último, el proceso de reafiliación se define dependiendo del régimen de contribución en el que se ubicó a la familia beneficiada. En el caso del régimen no contributivo se aplicará la reafiliación automática, la cual consiste en aplicar una nueva CECASOEH al finalizar la vigencia de tres años, mientras que los beneficiarios bajo el régimen contributivo tendrán que realizar la reafiliación simplificada, en la cual deberán acreditar el pago de la cuota definida por el Programa; este proceso se realiza durante los tres años en los cuales es válida la Cédula, posteriormente se aplicará una nueva CECASOEH.

29. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para 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.**
- d) Están difundidos públicamente.**

Respuesta: Sí

Los mecanismos de verificación utilizados por el Programa son consistentes con las características de la población sin derechohabencia de la entidad ya que permiten recolectar información de identificación del titular de la familia así como de los demás beneficiarios. Asimismo, se obtiene información socioeconómica que permite conocer el nivel de los ingresos familiares. Tanto la Comisión como la dependencia estatal cuentan con mecanismos de control para validar la información proporcionada por los titulares de familia.

Los procedimientos están estandarizados y son definidos por la Comisión permitiendo que se genere información homogénea en las entidades federativas.

La información está sistematizada y permite realizar una validación inicial de los solicitantes mediante una herramienta integrada al SAP. Se lleva un control de registros que verifica duplicidad de folios, homonimias de titulares, correspondencia entre la aportación familiar y decil de ingreso, asignación de unidad médica de adscripción, pertenencia de familias a las localidades del catálogo de SAP, entre otras.

Por último, los procedimientos para la afiliación y reafiliación se encuentran disponibles para toda la población a través de los MAO, brigadas de difusión, páginas de Internet y oficinas del sector salud estatal.

Si bien existe un proceso para solicitar la atención médica en las Unidades Médicas, este no se considera dentro de la solicitud de apoyo de afiliación al Programa; por lo que el mecanismo de atención de los servicios de salud se explica en las preguntas 34 y 35 relacionadas a la ejecución de acciones del Programa.

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.**
- d) Están difundidos públicamente.**

Respuesta: Sí

El proceso de selección de beneficiarios se establece en los Lineamientos de afiliación y se sustenta en el Capítulo II *De los Beneficios de la Protección Social en Salud* de la Ley General de Salud (LGS).

Los beneficiarios del Sistema de Protección en Salud deben cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 77 bis 7 de la LGS, los cuales consisten en: ser residentes del territorio nacional; no ser derechohabientes de instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, entre otros) o no dispongan de algún otro mecanismo de previsión social en salud; contar con Clave Única de Registro de Población y cubrir las cuotas familiares determinadas por la información recolectada en las CECASOEH. La selección de beneficiarios se realiza con base en la unidad de protección establecida por el Programa, en este caso, el núcleo familiar.

Los procesos son estandarizados y son utilizados por todas las instancias involucradas; sin embargo, con la finalidad de otorgar mayor flexibilidad a los solicitantes es posible que, al no contar con algún documento que avale su situación, se proceda a su incorporación bajo una simple manifestación de la información proporcionada.

La información utilizada para la selección de beneficiarios se encuentra sistematizada en el SAP; el Estado es el encargado de integrar y administrar el padrón de beneficiarios y deberá incluir los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la LGS.

Los criterios y requisitos para la afiliación al Programa se encuentran difundidos públicamente y están disponibles para la población en los MAO, documentos oficiales y páginas de Internet.

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.**
- d) Son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de proyectos y/o beneficiarios.**

Respuesta: Sí

El programa cuenta con mecanismos para verificar el cumplimiento de los requisitos para afiliarse al Programa; sin embargo, dado el objetivo de incorporar al mayor número de familias al Sistema de Protección en Salud, el Reglamento de la LGS contempla medidas flexibles para acreditar la información proporcionada por los beneficiarios.

Por ejemplo, para demostrar la residencia es necesario presentar un comprobante de domicilio, a diferencia de que, para saber si el solicitante no es derechohabiente de otra institución de seguridad social basta con la manifestación del interesado para continuar con el proceso de afiliación. Asimismo, en los casos donde el solicitante no cuente con CURP, es posible presentar el acta de nacimiento como documento temporal hasta que se realice el trámite del mismo.

El proceso de selección es estandarizado y es conocido por las instancias que llevan a cabo la afiliación de las familias. La información generada durante el proceso se encuentra en los Sistemas de Información en Salud de la entidad, lo que convierte al padrón de beneficiarios en la fuente primaria de datos utilizados por la entidad.

Los operadores del Programa, en particular los que se encuentran en los MAO y el personal de las brigadas, conocen el proceso de selección y afiliación de beneficiarios y son los encargados de registrar la información generada en las cédulas.

Es importante señalar que en el caso de que los interesados en afiliarse al Programa no aporten la documentación comprobatoria del cumplimiento de los requisitos en un periodo de noventa días naturales, se modificará el estatus de la solicitud de incorporación, aun cuando hayan sido registrados en el sistema.

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.**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí

Posterior al proceso de afiliación, las familias beneficiadas que calificaron al régimen contributivo deberán cubrir el pago de la cuota familiar correspondiente al decil determinado en la CECASOEH. A partir de este momento, los MAO serán la instancia encargada de expedir y tramitar la tarjeta TUSALUD a cada uno de los beneficiarios. Asimismo se entregará la Carta de Derechos y Obligaciones y se expedirá la Póliza de afiliación en la que se indican los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de derechos, la cuota familiar anual y la unidad médica que les corresponda.

Estos procesos están estandarizados y se encuentran establecidos 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.*

El proceso está sistematizado y la información generada se actualiza de manera mensual al finalizar el cierre oficial de afiliación en el SAP.

El estado se encarga de difundir públicamente los procedimientos establecidos en los Lineamientos mediante folletos, medios masivos de comunicación e Internet y a través de la página www.salud.gob.mx.

Los procedimientos para la entrega de apoyos se encuentran definidos en los Lineamientos y están apegados al Reglamento de la LGS.

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.**
- d) Son conocidos por operadores del programa.**

Respuesta: Sí

Los MAO y las brigadas deben integrar un expediente por cada familia que ha solicitado la afiliación al Seguro Popular, el cual deberá contener la Póliza de Afiliación, el recibo de pago de la cuota familiar en los casos que corresponda, la CECASOEH original o el reporte generado por el SAP y copia de los documentos de identificación presentados por el titular de la familia. Los expedientes permiten identificar y verificar que el proceso para otorgar apoyos cumpla con lo estipulado en la normatividad vigente. La Comisión podrá revisar los expedientes familiares de manera aleatoria a fin de verificar que las instancias ejecutoras tengan la documentación completa.

El proceso es utilizado por las instancias ejecutoras y se encuentra definido en el Capítulo III de los Lineamientos y puede ser revisado por la Comisión en cualquier momento con el objetivo de verificar que el régimen estatal de salud cumpla con las disposiciones establecidas para el Programa.

La información relativa al proceso de otorgamiento de apoyos se encuentra sistematizada y es posible consultarla en el SAP; además, es posible cotejar la información generada en los MAO y brigadas y la reportada a la Comisión. Estos procedimientos son conocidos por los operadores del Programa y son susceptibles de revisión.

Es importante mencionar que el procedimiento de entrega de apoyos (Póliza de Afiliación o tarjeta TUSALUD) se complementa al momento de que la población afiliada asiste a las Unidades Médicas para recibir atención médica, sin embargo dicho proceso se establece dentro de la ejecución de acciones el cual es evaluado en preguntas posteriores.

Ejecución

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.**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí

El proceso posterior al formalizar la afiliación de las personas al Seguro Popular se refiere al Registro Biométrico y Consulta Segura que cada uno de los beneficiarios debe cumplir. Ambos procesos están estandarizados, el primero se realiza a los beneficiarios mayores de 10 años y consta de la digitalización de las huellas dactilares; el segundo se refiere a la aplicación de distintas pruebas médicas que sirven para identificar posibles padecimientos que signifiquen un riesgo para la salud del beneficiario.

La información recolectada se encuentra sistematizada y es ingresada al módulo específico del Sistema Nominal de Salud (SINOS) en el cual se captura el folio de afiliación de la familia y se carga la información recolectada durante el Registro Biométrico y la Consulta Segura.

Este proceso se encuentra establecido en los Lineamientos y cumplen con lo estipulado en el Reglamento de la LGS, y se difunden públicamente en páginas de Internet, folletos y en las instituciones de salud estatales.

Adicionalmente se encuentra el proceso de atención médica en un centro de salud o en un hospital de segundo o tercer nivel, el cual consiste en presentarse en cualquiera de las Instituciones mencionadas con la tarjeta TUSALUD o con la Póliza de Afiliación donde se debe solicitar una ficha para consulta médica, posteriormente se recibe la atención médica y de acuerdo a la valoración realizada por el médico, se expedirá una receta para iniciar tratamiento, solicitud para exámenes médicos en caso de ser necesario o bien remitir al paciente a un hospital de especialidades. Para finalizar, el médico dará el alta con programación de próxima cita o alta con contra-referencia para seguimiento en el centro de salud y se pasa al área de farmacia para la entrega de los medicamentos que aparecen en la receta médica.

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.**
- d) Son conocidos por operadores del programa.**

Respuesta: Sí

Los mecanismos de verificación establecidos por el Programa para dar seguimiento a la ejecución de acciones permiten identificar que los MAO y brigadas cumplen con el Registro Biométrico y la Consulta Segura.

Los procesos están estandarizados y son conocidos por los operadores, además es posible consultar la información generada en el Sistema Nominal de Salud,

En el caso del Registro Biomédico se digitalizan las huellas dactilares de todos los integrantes mayores a 10 años, mientras que, para la Consulta Segura, se efectúa un tamiz de datos básicos que consiste en la aplicación de pruebas indicativas de riesgo. Estos estudios se realizan obteniendo información sobre peso, talla, glucosa en sangre, tensión arterial y perímetro abdominal, entre otros.

Como medida de control y seguimiento, los operadores deben capturar el folio de afiliación de la familia generado durante el proceso de inscripción al Programa.

Por otra parte, el proceso de atención médica cuenta con los Gestores del Seguro Popular que se encargan de asesorar y resolver dudas con respecto a los servicios de salud que tienen derecho a recibir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud; además, guían en el proceso de atención médica para que las personas reciban un servicio eficiente, de calidad y sin costo alguno.

IV.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?

Los lineamientos de afiliación no han sufrido modificaciones o actualizaciones sustantivas en los últimos tres años. Si bien la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es la encargada de actualizar la CECASOEH, según los criterios establecidos en las legislaciones aplicables, no se identificaron cambios que impacten de manera significativa en los procesos de apoyo a los solicitantes.

Sin embargo, es importante señalar que en 2011 se adicionaron a los Lineamientos los numerales referidos a los procesos de aplicación y seguimiento del Registro Biométrico y la Consulta Segura. Pero que dichos cambios son de competencia federal.

IV.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?

Considerando que la atención e ingreso al Seguro Popular es una prioridad a nivel federal y estatal, el Programa contempla en los Lineamientos ciertas situaciones en las cuales el beneficiario no cumpla con alguno de los requisitos establecidos para la afiliación.

En el caso donde el titular o alguno de los miembros de la familia no cuenten con CURP podrán entregar copia simple del acta de nacimiento o certificado de adopción para agilizar el trámite de expedición ante el Registro Nacional de Población (RENAPO). Si no se cuenta con ninguno de los documentos anteriores se procede conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil.

Otra circunstancia que podría afectar la operación se refiere a la entrega de la Póliza de afiliación, la cual es necesaria para formalizar el ingreso al Programa. En este caso se estipula que, si el titular no recibe la póliza de manera inmediata, deberá recibir un acuse de recepción de la solicitud de afiliación, la cual garantiza la afiliación y atención de la familia a partir de la fecha de aprobación.

Por otro lado, en el caso donde alguno de los beneficiarios no cuente con la credencial TUSALUD podrá identificarse por medio de la Póliza de afiliación o bien con el acuse de recepción de la solicitud de afiliación e identificación oficial con fotografía, permitiéndole el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, en los casos donde los interesados no puedan comprobar su lugar de residencia o no cuentan con CURP, se iniciará un proceso de afiliación provisional la cual tendrá una vigencia de 90 días. En el caso donde no exista comprobación de los datos señalados se considerará la solicitud de afiliación como no presentada y los solicitantes no recibirán devolución alguna de la cuota familiar.

IV.4 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 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 de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.**

Respuesta: Sí

Con base en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de Nuevo León para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, se identifica que la entidad recibió para el ejercicio fiscal 2014 un presupuesto autorizado de \$ 1,737,128,016 pesos, el cual se integra por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (78%), Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad de los Servicios de Salud (13%), Seguro Médico Siglo XXI (5%), y otros programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (4%). Sin embargo, en dicho anexo no es posible identificar los recursos del Programa por capítulo de gasto. Adicionalmente, en el anexo se presenta el gasto unitario (\$1,108.67) de los recursos destinados a la persona; los cuales se calculan con base en el presupuesto total recibido y el total de personas asegurables en la entidad, dando como resultado.

Por otro lado, el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación establece que el Programa deberá determinar los montos por concepto de gasto con base en la meta de cobertura establecida para el ejercicio fiscal y el monto transferido por los conceptos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

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?

El Programa Seguro Popular recibió para el ejercicio fiscal 2014 un presupuesto federal autorizado de \$ 1,737,128,016 pesos, calculado con base en la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal. Adicionalmente, el Acuerdo de Coordinación incluye una Aportación Solidaria Estatal.

Para el cálculo de la Cuota Social se considera el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Fondo de Previsión Presupuestal.

IV.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: Sí

El Programa cuenta con una aplicación informática denominada Sistema de Administración del Padrón, la cual permite validar los procesos y procedimientos de afiliación, así como administrar e integrar la información socioeconómica, de salud, biométrica y toda aquella relacionada con los beneficiarios, conforme a lo que dispone el artículo 50 del Reglamento de la LGS.

La información del padrón es revisada, actualizada y validada de manera mensual por los operadores de los MAO y las brigadas y permite remitir las bases de datos generadas a la Dirección General de Afiliación y Operación.

La información contenida en el sistema puede ser consultada por personal autorizado designado por el Estado, ya que por disposiciones legales se encuentra resguardada por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, limitando el acceso a los datos personales bajo una política de confidencialidad.

El padrón de beneficiarios y la información cargada en SAP se encuentran integrados y se cuenta con mecanismos periódicos y aleatorios de revisión de contenidos para asegurar que la carga de información de los MAO corresponda con la documentación presentada por los solicitantes.

IV.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?

Respuesta: No

El Programa no cuenta con una MIR a nivel estatal que muestre el avance de los indicadores de acuerdo a la Metodología de Marco Lógico, sin embargo se cuenta con los indicadores del Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de los Servicios de Salud.

Se sugiere elaborar una Matriz estatal que retome y complemente la información proporcionada en el Sistema de Captura Electrónica Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSSESS), considerando que se dispone de indicadores por nivel de atención, de proceso, beneficiarios, acceso a los servicios de salud, expediente clínico, sistema de quejas y satisfacción de usuario, gestores del seguro popular, abasto de medicamentos e insumos, prevención y promoción a la salud, surtimiento de recetas, redes de servicio y acreditación.

IV.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.**
- 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: Sí

El Programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas; en cuanto a los Lineamientos de Afiliación la dependencia realiza la difusión mediante folletos, medios masivos de comunicación e Internet, a través de la página www.salud.gob.mx.

Los resultados del Programa no se presentan de manera accesible ni se encuentran a menos de tres clics de la página principal.

Se cuenta con un directorio de módulos de afiliación y orientación el cual contiene dirección y teléfono y se encuentra a menos de tres clics de distancia (www.saludnl.gob.mx).

La Secretaría de Salud de Nuevo León, en específico el área encargada del Seguro Popular, no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

V. 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.**
 - c) Los resultados que arrojan son representativos.**

Respuesta: Sí

El Programa cuenta con el *Proceso para la atención de inconformidades de los beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud* el cual sirve para atender y dar seguimiento a inconformidades presentadas contra los Gestores del Seguro Popular así como para medir el grado de satisfacción de los usuarios.

El proceso de recepción de inconformidad se lleva a cabo de modo tal que no se induzcan las respuestas y se puede dar de manera directa o indirecta. La primera opción se realiza a través un formato oficial elaborado por la Subdirección de Gestión de Servicios de Salud y es recibida por el Gestor del Seguro Popular, mientras que la segunda se da a través de los responsables de atención ciudadana, o bien por medio de un buzón de quejas.

El procedimiento utilizado corresponde con las características de los beneficiarios y se dispone de formatos establecidos para cada etapa del proceso (inconformidad, ratificación, respuesta, visita domiciliaria y seguimiento).

Los resultados presentados durante 2014 indican que únicamente se dio seguimiento a 23 inconformidades, las cuales representaron 0.0018% de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Del total de quejas/inconformidades recibidas se resolvieron 74%.

VI. 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.
- d) Con hallazgos de evaluaciones de impacto.

El Programa, a nivel estatal, documenta sus resultados a través de indicadores presentados en el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud, pero no se muestran en un formato de Matriz de Indicadores para Resultados, por lo que no es posible valorar la contribución de Fin y Propósito.

No obstante, la Secretaría de Salud y el gobierno estatal han podido realizar el seguimiento operativo de las acciones de Protección Social en Salud; además de contar con información enfocada a medir el grado de acceso a los servicios de salud con calidad.

Asimismo, los indicadores permiten cuantificar la contribución en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el PED 2010-2015 y en el Programa Sectorial de Salud.

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: No

Como se menciona en la pregunta anterior, el Programa no cuenta con una Matriz de Indicadores para Resultados a nivel estatal por lo que no es posible establecer resultados a nivel de Fin y Propósito.

Sin embargo, considerando la MIR federal y los indicadores estatales reportados en MOSESSESS, es posible encontrar una relación que muestre los resultados en función de los procesos establecidos por el Programa.

En el caso de la MIR federal se establece a nivel de Fin el indicador *Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares*, para el cual se podrían considerar todos los indicadores estatales reportados por nivel de atención referentes al gasto de bolsillo de los beneficiarios (consulta externa, consulta de urgencias, medicamento, insumos, hospitalización, área quirúrgica, estudios de gabinete y estudios de laboratorio).

En cuanto al indicador definido a nivel Propósito *Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular* se podrían considerar los indicadores de afiliación o reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud con el objetivo de conocer el número real de beneficiarios en la entidad.

46. En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s) que no sea(n) de impacto y que permite(n) identificar hallazgo(s) relacionado(s) con el Fin y el Propósito del programa, inciso b) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:
- a) Se compara la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el apoyo.
 - b) La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del Programa.
 - c) 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.
 - d) La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del Programa.

Respuesta: No

El Programa no cuenta con evaluaciones externas a nivel estatal que permitan comparar la situación de los beneficiarios antes y después de afiliarse al Seguro Popular, o que muestren una relación entre la situación actual y la intervención del mismo.

Por otro lado, el Programa tampoco cuenta con una MIR a nivel estatal que permita cuantificar, a nivel de Fin y Propósito, la contribución del Seguro Popular en la población abierta de la entidad.

Se sugiere elaborar una MIR a nivel estatal tomando en consideración los indicadores que el Estado reporta de manera periódica en el MOSESS.

47. En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s), diferente(s) a evaluaciones de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Respuesta: No

El Programa no cuenta con una MIR estatal, razón por la cual no es posible contar con una evaluación distinta a las de impacto que permita identificar hallazgos a nivel de Fin y Propósito.

Se recomienda realizar una evaluación de Matriz de Indicadores para Resultados como un ejercicio posterior a la definición de la Monografía del Programa y MIR estatal en concordancia con los indicadores ya establecidos a nivel estatal y MOSSESS, que ayude a medir el cumplimiento de los objetivos.

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. La(s) metodología(s) 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.**
- IV. La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.**

Respuesta: Sí

Los estudios y evaluaciones realizadas al Programa no comparan beneficiarios y no beneficiarios de características similares con el objetivo de medir el impacto entre los mexicanos.

Sin embargo, principalmente la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ha realizado estudios de programas similares comparándolos en, al menos, dos momentos en el tiempo (como beneficiarios y no beneficiarios).

Asimismo, se han utilizado metodologías que corresponden a la naturaleza del programa y las características de la población beneficiada permitiendo obtener resultados representativos. La mayoría han sido estudios comparativos con el objetivo de conocer la eficiencia en el gasto público y el impacto que el Seguro Popular representa en el ingreso familiar.

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?

Respuesta: Sí

El Programa cuenta con estudios que muestran el impacto que tienen programas similares. De acuerdo con un estudio desarrollado por la OCDE donde se compara un indicador de cobertura pública de servicios contra el gasto de bolsillo, México es de los países que ofrecen mayor cobertura, pero el gasto de bolsillo es más del doble que en otros países.

También existe evidencia que, gracias al SPSS, las familias mexicanas enfrentan una menor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores (UAE/SS 2010), además de que es uno de los programas sociales más progresivos del país (Scott 2013).

Otros estudios muestran que el gasto público en salud como porcentaje del PIB continúa siendo bajo en comparación con los países de la OCDE. Por otro lado, se estima que el gasto administrativo del Sistema Nacional de Salud se ubica cerca del 10% del gasto total, 2.5 veces más que el promedio de los países de la OCDE de 4%..

50. En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones:

- a) Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.**
- b) La(s) metodología(s) 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.**
- c) Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.**
- d) La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.**

Respuesta: No

El programa no cuenta con evaluaciones de impacto realizadas en la entidad por lo que no es posible llevar a cabo una valoración de los elementos arriba mencionados.

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?

Respuesta: No

El programa no cuenta con evaluaciones de impacto realizadas en la entidad por lo que no es posible llevar a cabo un análisis de los resultados.

Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones

Tema de Evaluación:	Fortaleza y Oportunidad / Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
I. Diseño	El problema que atiende el Programa está correctamente identificado	1	Se recomienda elaborar una Monografía que explica las causas y efectos que originaron la implementación del Programa
	Se cuenta con un diagnóstico que muestra características de la población abierta	2	Se recomienda actualizar la información de población con los datos 2015
	Programa alineado a nivel federal y estatal	4 y 5	Establecer la alineación del Programa en una MIR estatal
	Población potencial y objetivo correctamente definida	7	Sin recomendación
	Información generada por padrón de beneficiarios muestra características socioeconómicas	8	Sin recomendación
II. Planeación y Orientación a Resultados	El Programa recolecta información sobre la contribución al programa sectorial	21	Incluir indicadores a nivel de Fin y Propósito en la MIR estatal que muestren la contribución del Programa
III. Cobertura y Focalización	Se cuenta con mecanismo para identificar a la población objetivo.	24	Realizar un documento que explique la metodología y fuentes de información utilizadas para el cálculo de poblaciones
IV. Operación	Los procesos de operación están claramente establecidos y están disponibles para toda la población interesada	28 a 35	Sin recomendación
	Se cuenta con un sistema para la captura y validación de información de beneficiarios	40	Sin recomendación
V. Percepción de la Población Atendida	Se cuenta con un procedimiento de atención de inconformidades y quejas de los beneficiarios	43	Incluir los resultados de atención de inconformidades en las páginas de Internet de la dependencia

Debilidad o Amenaza			
I. Diseño	No se cuenta con MIR a nivel estatal	10	Se sugiere realizar una MIR a nivel estatal que muestre todas los componentes en los cuales participa el estado
II. Planeación y Orientación a Resultados	El programa no tiene un plan estratégico estatal	14	Elaborar un documento que establezca un proceso de planeación y que defina las acciones que deberá emprender el Programa para alcanzar las metas establecidas por la dependencia
	Complementar el plan de trabajo anual (Acuerdo de Coordinación)	15	Diseñar e implementar un ejercicio de planeación anual que detalle las estrategias que deberán seguir las áreas involucradas en la operación del Programa.
	No se cuenta con evaluaciones externas a nivel estatal	16 a 20	Programar evaluaciones estatales que muestren el impacto del programa
III. Cobertura y Focalización	El Programa no cuenta con una estrategia de cobertura documentada que establezca las acciones que se llevarán a cabo para atender a la población objetivo	23	Detallar una estrategia de cobertura que muestre las acciones a realizar para atender a la población objetivo
IV. Operación	No es posible identificar los recursos del Programa por capítulo de gasto	38	Se recomienda desglosar la información presupuestal por capítulo de gasto
VI. Medición de Resultados	El Programa no cuenta con evaluaciones externas a nivel estatal	46 a 51	Programar evaluaciones estatales que muestren el impacto del programa

Bibliografía

- Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Nuevo León, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y Anexos
- Base de datos MOSSESS
- Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).
- Información general del Sistema y los mecanismos de la afiliación, a través de material promocional como son folletos, trípticos y carteles, aprobados por la Comisión
- Ley General de Salud
- Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.
- Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud
- Manual de validación de expedientes
- Manual de Afiliación y Operación
- Matriz de Indicadores para Resultados 2014
- Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
- Proceso de atención de inconformidades 2014
- Programa Sectorial de Salud 2010-2015 (estatal)
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
- Tarjeta informativa MOSSESS

Anexos

Anexo 2 “Metodología para la cuantificación de las Poblaciones Potencial y Objetivo”

Del análisis efectuado a este rubro, se encontró que en el Estado de Nuevo León se define como población potencial a 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 afiliadas al SP y a las que, con base en las proyecciones de cobertura, podrán afiliarse en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y las aportaciones que deben realizar las Entidades Federativas.

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) del Estado, estimó para el año 2014 a 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 derechohabencia.

El procedimiento de estimación de la población no asegurada consiste en la verificación de derechohabencia de cada persona y la atribución 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 a la población no derechohabiente, se calcularon los hogares donde la misma reside, según la condición de aseguramiento del jefe del hogar y su cónyuge.

La población objetivo, por su parte, es la población del estado que no se encuentra afiliada a ninguna institución de salud pública o privada y el número efectivo de personas afiliadas al Seguro Popular, lo que permite cuantificar el total de los habitantes de Nuevo León que carecen de acceso a servicios públicos de salud y corren el riesgo de contraer un gasto catastrófico para la familia.

Con base en lo anterior se establece que la población potencial para 2014 fue de 1'569,665 la cual se obtiene con base a las proyecciones poblacionales elaboradas por CONAPO y al Informe Sectorial de Salud. En relación a la población objetivo, se compone principalmente por la población afiliada al Seguro Popular en Nuevo León (1'267,964) y se complementa con la “población flotante” que incluye a las personas que aún no inician el proceso de afiliación y no tienen acceso a servicios de salud pública y a la población que ha perdido la derechohabencia en los sistemas de salud estatales o federales. Esta población flotante se estimó en 298,890 personas tomando como punto de referencia la población asegurable planteada en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación.

Anexo 3 “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”

Por lo que respecta a este apartado, se encontró que el Estado de Nuevo León cuenta con un mecanismo de Afiliación y Operación para el Sistema de Protección Social en Salud. Cabe destacar que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realizó el Manual de Afiliación y Operación como instrumento para guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades del personal adscrito a los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO). De esta manera los MAO tienen los elementos suficientes que les permiten llevar a cabo los procesos de afiliación, reafiliación y mantenimiento de las familias afiliadas al sistema de forma sencilla y expedita.

Asimismo, se 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 Regímenes Especiales de Protección Social en Salud se encargan de actualizar la información y la Comisión realiza de forma mensual un proceso de validación a los padrones para verificar si los requisitos de las familias se encuentran vigentes.

Es importante señalar que a todas las familias que solicitan su afiliación al Sistema se les aplica la denominada Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), la cual sirve como un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, aplicado por los Regímenes Estatales a través de los MAO para la determinación del nivel socioeconómico de la familia solicitante, el cual sirve para identificar el núcleo familiar y sus integrantes en uno de los 10 niveles de la distribución del ingreso, así como para ubicar a las familias en algún decil del I al IV.

Considerando que muchas de las familias con las que se trabaja son de escasos recursos, es muy importante que tanto el registro de los datos, como la captura de la información se realice con mucho cuidado y con el convencimiento de que una recopilación confiable de la información garantiza lo siguiente: Se cuente con los datos correctos de todos los miembros del hogar, para que estén en posibilidad de recibir protección social en salud y que la aportación que se le solicite a la familia sea acorde a sus posibilidades económicas.

Anexo 4 “Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados”

U0005 Seguro Popular (MIR federal)

NIVEL MIR	RESUMEN NARRATIVO
FIN	Contribuir a asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos de salud mediante el aseguramiento financiero de la población que carece de seguridad social con el fin de evitar gastos por motivos de salud.
PROPÓSITO	La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad
COMPONENTE	Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud
ACTIVIDAD	Transferencia de recursos a las entidades federativas
	Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular
	Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
	Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal

Anexo 5 “Indicadores”

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del Indicador
FIN	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	$(\text{Gasto de bolsillo en salud de los hogares}) / (\text{Gasto total en salud}) \times 100$	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
PROPÓSITO	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	$(\text{Total de personas incorporadas en el año}) / (\text{Total de personas a incorporar en 2012}) \times 100$	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
COMPONENTE	Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	$(\text{Número de consultas en el período}) / (\text{Total de personas afiliadas en el período})$	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del Indicador
ACTIVIDAD	Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal transferidos a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada)/(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal calendarizados modificados para transferir a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada) x 100	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Personas nuevas incorporadas al Seguro	((Total de personas nuevas afiliadas en el año) / (Total de personas nuevas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del Indicador
	Popular	programadas para su afiliación en el año)) x 100											
	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	(Número de casos pagados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del tiempo promedio de pago)/(Número total de casos pagados) x 100	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del	(Número de Estados a los que se les revisa y notifica la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del Indicador
	proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas	dentro de los 14 días establecidos)/(Total de Entidades Federativas) x 100											

Anexo 6 “Metas del programa”

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
FIN	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	Porcentaje	44	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica
PROPÓSITO	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	Porcentaje	98	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica
COMPONENTE	Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Promedio	1.47	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica
ACTIVIDAD	Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	Porcentaje	100	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica
	Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular	Porcentaje	98	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Porcentaje	61	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica
	Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas	Porcentaje	71.88	Unidad de medida corresponde con el indicador	Sí	Meta propuesta contempla lo realizado en años anteriores	Sí	Meta elaborada con base al presupuesto asignado	No aplica

Anexo 7 “Complementariedad y coincidencias entre programas estatales”

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Programa de Generación de Recursos para la Salud	E Prestación de Servicios Públicos	Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León	Que la Población del Estado de Nuevo León sea atendida por personal capacitado en los Servicios de Atención a la Salud.	Personal Médico ocupado en el Sector Público y que podría recibir capacitación mediante cursos ofrecidos por el programa.	Cursos de Capacitación y Asesoría para el personal médico de la Secretaría de Salud	Estatal	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	Programa de Prevención y Control de Enfermedades Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Programa de Prevención y Control de Enfermedades Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Existe complementariedad con estos programas ya que atienden a la misma población y que tienen como meta principal ofrecer servicios de salud a la población con calidad y oportunidad, promover la prevención y el control de enfermedades, así como riesgos sanitarios.

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Programa de Prevención y Control de Enfermedades.	E Prestación de Servicios Públicos	Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León	Que la Población de Estado de Nuevo León reciba las Acciones de Promoción de la Salud	Población sin seguridad social susceptible de ser atendida por los Servicios de Salud de Nuevo León	Prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Atención médica para enfermedades como diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad y salud bucal. Así como atención oportuna de casos y brotes epidemiológicos; cobertura de vacunación, atención y control de población con VIH,	Estatal	Sistema de Información en Salud (SIS).	Programa de Generación de Recursos para la Salud Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Programa de Generación de Recursos para la Salud Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona Seguro Popular	Existe complementariedad con estos programas ya que atienden a la misma población y que tienen como meta principal ofrecer servicios de salud a la población con calidad y oportunidad, promover la prevención y el control de enfermedades, así como riesgos

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	E Prestación de Servicios Públicos	Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León	Que la Población del Estado de Nuevo León sin Seguridad Social cuente con Servicios de Atención a la Salud.	Población sin seguridad social susceptible de ser atendida por los Servicios de Salud de Nuevo León	Servicios de prevención y control de las enfermedades transmisibles; control de casos de enfermedades no transmisibles; servicios médicos a menores de 20 años; atención médica en unidades de segundo nivel; acciones de promoción de la salud; y servicios de atención	Estatal	Sistema de Información en Salud (SIS).	Programa de Prevención y Control de Enfermedades Programa de Generación de Recursos para la Salud	Programa de Prevención y Control de Enfermedades Programa de Generación de Recursos para la Salud Seguro Popular	Existe complementariedad con los programas en razón de que se busca un Desarrollo Social y Calidad de Vida teniendo como estrategia otorgar Servicios de Salud con Calidad y Calidez.

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
					de trastornos mentales y adicciones					

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Programa Desarrollo Humano Oportunidades. Ahora conocido como PROSPERA	Sujetos a Reglas de Operación	Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.	Brindar apoyo a toda la población de escasos recursos y asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud y que tiene como propósito mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad.	Población que se encuentra en situación de pobreza extrema, bajo esquemas de corresponsabilidad que les permitan a las familias mejorar sus condiciones de vida y aseguren el disfrute de sus derechos sociales y el acceso al desarrollo social con igualdad de oportunidades.	Se otorgan incentivos para la educación, para la salud y para la nutrición, con el fin de promover el desarrollo de capacidades de las familias en extrema pobreza.	Nacional y Estatal	Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Comité Técnico y Comités Técnicos Estatales.	Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Este programa al igual que los ya mencionados con anterioridad, realizan acciones complementarias mediante las cuales brindan apoyo a los beneficiarios que presentan mayores niveles de vulnerabilidad.

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Programa de Atención a Personas con Discapacidad	Sujetos a Reglas de Operación	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF	Brindar apoyo a todas las personas en situación de vulnerabilidad que soliciten servicios del programa	Personas con capacidades diferentes y que se encuentren en situación de vulnerabilidad física y socioeconómica	Subsidios de apoyos temporales, en especie o en atención especializada a Instituciones con convenio de Concertación y Colaboración que atiende a la población en situación vulnerable.	Nacional y Estatal	Diferentes Programas del DIF y Programa Estatal de Salud 2010-2015.	NA	Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Este Programa tiene Población Objetivo similar a la de los otros pero se les ofrecen apoyos diferentes aunque complementarios. Se atiende a población vulnerable con capacidades diferentes, a partir de servicios que deben articularse (educación y salud respectivamente).

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
										nte) para revertir las condiciones de desventaja en que se encuentran.

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).	U Otros Subsidios	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Brindar protección financiera a la población que carece de Seguridad Social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud; crear una cultura de prepago en los beneficiarios del Seguro Popular y disminuir	Población que no cuenta o no tiene acceso a una Seguridad Social.	Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Es un Sistema de aseguramiento público y voluntario que promueve el acceso efectivo, oportuno, de calidad y completamente gratuito a los servicios médicos.	Nacional y Estatal	Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y de los Servicios Estatales de Salud.	NA	Programa de Prevención y Control de Enfermedades Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Se puede decir que se complementan los beneficios cuando las poblaciones objetivo son semejantes y cuya finalidad es satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias que más lo necesitan.

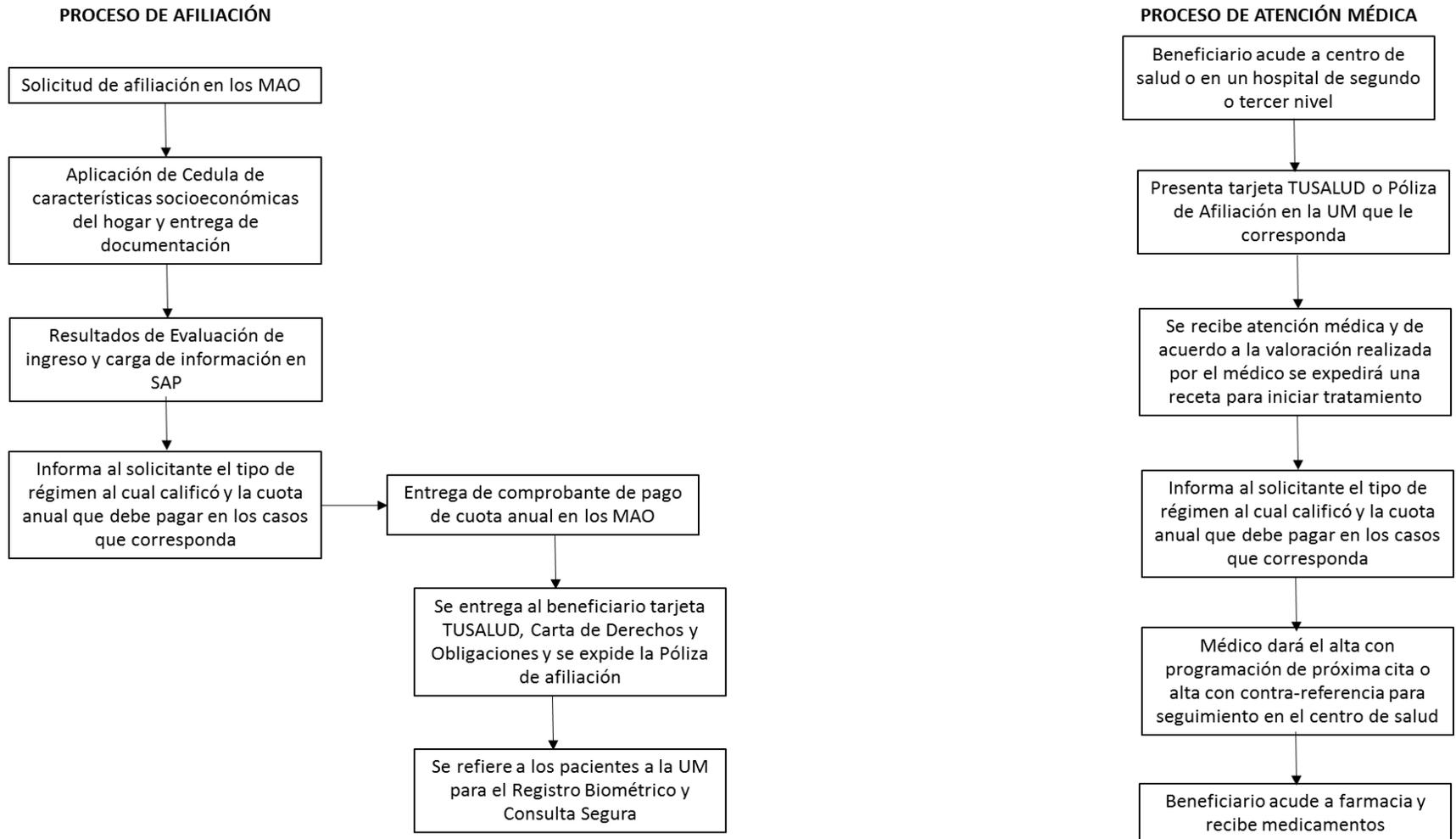
Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
			el número de familias que se empobrecen anualmente al efectuar gastos de salud.							

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Con cuáles programas estatales/federales coincide?	Con cuáles programas estatales/federales complementa?	Justificación
Programa IMSS-Oportunidades	Sujeto a Reglas de Operación	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Brindar protección a la población de escasos recursos y que no cuenta con Seguridad Social.	Población que carece de Seguridad Social y que habitan en condiciones de marginación, en las entidades donde tiene cobertura a través del Modelo de Atención Integral a la Salud.	Programa IMSS-Oportunidades por medio de la Direcciones Normativas de Prestaciones Médicas y Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS.	Estatal	Delegación Estatal del IMSS (Programa IMSS-Oportunidades); Direcciones Normativas de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS.	Seguro Popular	Programa de Prevención y Control de Enfermedades Programa de Prestación de Servicios de la Salud a la Persona	Se complementan los beneficios cuando las poblaciones objeto son similares. Las familias atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades podrían tener entre sus miembros a niños, jóvenes y adultos mayores con necesidades de seguridad social y servicios médicos.

Anexo 11 “Evolución de la Cobertura”

	2010	2011	2012	2013	2014
Población Potencial	1,485,647	1,498,804	1,510,076	1,555,732	1,569,655
Población Objetivo	1,361,945	1,361,945	1,390,157	1,542,298	1,566,854
Población afiliada SPSS	946,529	1,121,425	1,153,896	1,230,221	1,267,964
Población Atendida	860,758	896,104	792,513	717,506	974,244
P.A x 100/ P. O	63.2%	65.8%	57.0%	46.5%	62.2%

Anexo 13 “Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves”



Anexo 14 " Gastos desglosados del programa "

RECURSOS A LA PERSONA (pesos)	\$ 1,737,128,016.00
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P)	\$ 1,357,076,659.00
Seguro Médico Siglo XXI	\$ 83,679,870.00
Otros Programas	\$ 76,505,444.00
Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad de los Servicios de Salud	\$ 219,866,042.00

Anexo 15 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas"

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de Medición	Meta (Año Evaluado)	Valor Alcanzado (Año Evaluado)	Avance (%)	Justificación
FIN	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	Bianual	44	43.98	99.95	El indicador presenta una correcta planeación
PROPÓSITO	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	Anual	98	97.87	99.87	El indicador presenta una correcta planeación
COMPONENTE	Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Semestral	1.47	0.64	107.48	El indicador presenta una correcta planeación
ACTIVIDAD	Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	Semestral	100	100	100	El indicador presenta una correcta planeación
	Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular	Semestral	98	95.72	97.67	El indicador presenta una correcta planeación
	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Trimestral	61	82.01	134.44	El tiempo empleado para el pago de casos validados es mayor que lo previsto para 2014
	Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas	Anual	71.88	71.88	100	El indicador presenta una correcta planeación

Anexo 16 “Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población Atendida”

Proceso para atención de inconformidades

Los participantes en el proceso de atención de inconformidades son: Gestor de Seguro Popular (GSP), Responsable de Atención Ciudadana (RAC) y Responsable del área de Gestión de Servicios de Salud (RGSS).

1.- Recepción de la Inconformidad

La Solicitud podrá ser obtenida de manera Directa o Indirecta a) Directa: El GSP recibirá la Inconformidad en el formato oficial (Anexo 1) b) Indirecta: La inconformidad podrá ser recibida por RAC, Buzón de quejas u otros medios.

2.- Validación y Asignación

- a) Cuando la inconformidad se reciba de manera directa, el GSP se enviará al RAC vía correo electrónico y confirmará la recepción vía telefónica.
- b) El RAC recibe la inconformidad y la canaliza vía correo electrónico al RGSS para validación o rechazo
- c) El RGSS valida o rechaza la inconformidad
- d) En caso de que la inconformidad no sea validada por el RGSS, se notificará vía correo electrónico al RAC para que se le dé trámite como Información u Orientación, registrándose en el formato de respuesta. (Anexo 3)
- e) El GSP será quien emita la respuesta en el formato oficial y la enviará vía correo electrónico al RAC.
- f) El GSP confirmará la recepción del formato de respuesta vía correo electrónico, notificará al afiliado vía telefónica, si el GSP es de Jurisdicciones deberá programar una visita con el afiliado para la obtención de la firma correspondiente, si GSP es fijo podrá apoyarse del GSP de Jurisdicción para continuar procedimiento de recabar firma.
- g) Una vez realizada la notificación al afiliado se enviará el formato de respuesta al RAC y deberá registrarla en el tablero de control interno y digitalizar los documentos.
- h) En el caso de que el RGSS valide la inconformidad se enviará vía correo electrónico a RAC.
- i) El RAC asignará un folio a la inconformidad, la registrará en el tablero de control interno y la enviará vía correo electrónico al GSP con copia al RGSS para iniciar el trámite de atención.
- j) El RAC confirmará con el GSP correspondiente la recepción de la Inconformidad vía telefónica.

3.- Atención

Una vez que el GSP confirma que recibió el formato de inconformidad inicia el trámite de atención el cual se describe a continuación:

- a) Si la inconformidad se puede resolver de manera inmediata, se procederá a la gestión y se documentará la resolución de la misma en el formato de respuesta (Anexo 3) y se enviará al RAC vía correo electrónico.
- b) El RAC recibirá el formato de respuesta (Anexo 3) y lo registrará en el tablero de control interno y quedará en espera de recibir el formato original con la firma para terminar la atención.
- c) Trámite de ratificación: Se inicia cuando la inconformidad fue recibida por parte del RAC: consiste en verificar la información contenida en el formato de inconformidad y se registra en el formato de ratificación (Anexo 2).
- d) En caso de que el afiliado no sepa leer o escribir y/o tenga algún impedimento físico para realizar la ratificación, el GSP podrá redactarla con las palabras exactas que mencione el afiliado, posteriormente realizará la lectura de lo escrito y si el afiliado está de acuerdo, procederá a la firma o bien podrá colocar su huella digital, la cual dará validez al documento.
- e) En el caso de que no se pueda realizar la ratificación por vía telefónica, el GSP de Jurisdicciones, realizará una visita al domicilio de la persona inconforme para recabar la misma; si el afiliado no se encuentra, se registrará la visita en el formato oficial (Anexo 4), llenando los rubros establecidos en el mismo.
- f) Posterior a la visita el GSP continuará la búsqueda del afiliado vía telefónica documentándolo en el formato de seguimiento (Anexo 5); si no se logra contactarlo, se programará una nueva visita antes de concluir 15 días hábiles.
- g) En el supuesto que no se localizara al afiliado en la segunda visita, se documentará en el formato correspondiente (Anexo 5) y se dará por finalizada la atención.
- h) El caso que el GSP sea de Jurisdicción programará con el afiliado una visita para recabar la firma de la ratificación; si la inconformidad corresponde al GSP fijo (Hospital) podrá apoyarse en el GSP de Jurisdicción para la obtención de la firma.
- i) Trámite de réplica: Cuando la inconformidad sea de servidor público, éste tendrá el derecho de réplica, el cual será solicitado por el GSP a las autoridades correspondientes y éstas a su vez deberán informarle al servidor público sobre la inconformidad y su derecho de réplica.
- j) Cuando la inconformidad sea de un servidor público y este se encuentre en área urbana se tendrá un tiempo máximo de 15 días para la obtención de la réplica.
- k) Cuando la inconformidad sea de un servidor público y este se encuentre en área rural se tendrá un tiempo máximo de 20 días para la obtención de la réplica.
- l) La réplica deberá ser redactada directamente por el servidor público, y esta deberá ser dirigida al Director del Régimen de Protección Social en Salud, incluyendo los datos generales del servidor público por ejemplo: nombre completo, fecha de emisión y firma.
- m) La réplica deberá ser entregada al GSP en el tiempo establecido en los incisos anteriores; en el caso de que no sea entregada en la fecha estipulada, el GSP notificará al RAC vía correo electrónico con copia al RGSS.
- n) El RAC solicitará la réplica vía oficio con copia a la autoridad correspondiente y al RGSS, confirmando vía telefónica la recepción del oficio. Una vez confirmada la recepción del oficio, se contará con 3 días hábiles como máximo para la elaboración y entrega de la réplica.
- o) Obtenidas la ratificación y la réplica, el GSP procederá a emitir una respuesta en el formato oficial (Anexo 3).

p) Una vez recabados los documentos que apliquen, dependiendo de las situaciones antes expuestas, se enviarán al RAC por correo electrónico.

4.- Respuesta

a) El RAC confirmará la recepción de los documentos vía electrónica y procederá a realizar los oficios de respuesta cuando la inconformidad sea de un servidor público, contra un afiliado o de un servicio, teniendo un tiempo máximo de realización de 5 días hábiles.

b) Una vez realizados los oficios de respuesta de la inconformidad, cuando aplique, el RAC enviará los mismos en forma física (documentos originales) al GSP correspondiente, además notificará vía correo electrónico el envío de los mismos al RGSS para su conocimiento.

c) El GSP confirmará de recibidos los documentos y procederá a recabar las firmas correspondientes en un tiempo máximo de 5 días hábiles; en el caso de que el GSP se encuentre fijo (en Hospital) el GSP de Jurisdicción podrá apoyarlo para la obtención de las firmas.

d) Una vez firmado los oficios, el GSP enviará los documentos escaneados al RAC y resguardará los originales para la integración al expediente.

e) El GSP será el encargado del resguardo de los documentos originales, firmados hasta el momento de la entrega al RAC, el cual firmará la recepción de los documentos.

f) El RAC deberá realizar el resguardo de los documentos originales en la carpeta asignada, así como efectuar un respaldo electrónico (escanearlos) y de alimentar el tablero de control interno, además de subir los casos a la carpeta que se encuentra en red.

g) Al digitalizarse y archivar los documentos se dará por terminado el proceso de la Inconformidad.

Anexo 19 “Valoración Final del programa”

Tema	Nivel	Justificación
Diseño	25.4	Se identifica problema que atiende el Programa, se encuentra vinculado a nivel federal y estatal y se cuenta con fichas técnicas de indicadores
Planeación y Orientación a Resultados	5.9	No se cuenta con evaluaciones externas, ni con un plan estratégico de mediano plazo
Cobertura y Focalización	3.9	Falta definir estrategia de cobertura
Operación	31.4	Los procedimientos de operación están claramente definidos y cumplen con la normatividad
Percepción de la Población Atendida	2.0	Se cuenta con un mecanismo de medición de satisfacción de beneficiarios que sirve para atender inconformidades
Medición de Resultados	4.0	No se cuenta con evaluaciones externas estatales
Valoración Final	72.6	

La valoración por tema se calculó con base al número de preguntas correctas, dividiendo entre 51 para dar el mismo valor a cada una.

Anexo 20 “Ficha Técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación”

Nombre de la instancia evaluadora
Evaluación Socioeconómica de Programas y Proyectos S.C.
Nombre del coordinador de la evaluación
Lic. Eduardo Sánchez Rosete
Nombres de los principales colaboradores
Lic. José Luis Hernández Lara Lic. Luis Tenorio Chayres
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación
Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud de Nuevo León
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación
Lic. Jaime Esparza Frausto
Forma de contratación de la instancia evaluadora
Concurso a tres proveedores
Costo total de la evaluación
\$420,000.00 (Cuatrocientos veinte mil pesos 00/100 M.N.)
Fuente de financiamiento
Estatal

Los siguientes anexos no se incluyen en el informe final ya que el Programa Sistema de Protección Social en Salud no cumple con la información y elementos necesarios para su elaboración.

- Anexo 8 “Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora”
- Anexo 9 “Resultado de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora”
- Anexo 10 “Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas”
- Anexo 12 “Información de la Población Atendida”
- Anexo 18 “Comparación con los resultados de la Evaluación de Consistencia y Resultados anterior”