

Posición Institucional Aspectos Susceptibles de Mejora 2016

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Antecedentes

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud derivado de las evaluaciones establecidas en el Programa Anual de Evaluación 2015 para el programa U005 "Seguro Popular" que fueron: La Evaluación Específica de Desempeño, y el Estudio de Satisfacción de los Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2015, con las cuales se establecieron observaciones y recomendaciones para generar aspectos susceptibles de mejora.

1. Implementar procedimientos para conciliar el padrón de beneficiarios del Programa con el de otras instituciones de seguridad social, que evite duplicidades en el otorgamiento de recursos financieros.

Esta labor se realiza con la Dirección de Afiliación y Operación del Programa U005 puesto que en el artículo 52 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establece que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud solicitará anualmente al Consejo de Salubridad General, la realización del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica. Así, desde el año 2004, se comenzaron a realizar estos cotejos en donde se incluyen a los principales proveedores de servicios de salud públicos.

2. Diseñar nuevos indicadores de gestión y resultados, enfocados a medir el acceso y calidad de los servicios de salud otorgados.

Se ha establecido el Aspecto Susceptible de Mejora en 2015 "Diseñar un indicador que se refiera a la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de salud otorgados con ayuda del Seguro Popular" con el cual se cumplirá con este nuevo ASM recomendado. Se encuentra en proceso de creación e incorporación un indicador de la encuesta anual de satisfacción que refleje la calidad de los servicios financiados, en particular los del Seguro Popular, señalando de manera enfática que el Seguro Popular no se encuentra en control de la calidad de los servicios, la cual depende de los proveedores en las entidades del país.

3. Fortalecer la red de prestadores de servicios de salud del Programa en los tres niveles de atención debidamente acreditados.

Debido a los mecanismos que rigen a esta Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la descentralización de los estados complica el fortalecimiento de la red de prestadores de servicios, sin embargo estas labores se han enfrentado de manera constante durante los ejercicios pasados, por lo que este ASM se rechaza debido a la complejidad de la realización del mismo.

4. Revisar las definiciones de PO y PA, para esta última se sugiere: "Está conformada por personas sin adscripción a algún régimen de seguridad social público, que acepten de forma voluntaria su afiliación al Sistema, sujeta a la disponibilidad presupuestal del periodo que corresponda".

Este ASM se basa solamente en el cambio de la definición de la Población Atendida plasmada en el Anexo II, misma que, se deriva del estudio de poblaciones en el ASM ya establecido con anterioridad; sin embargo la modificación de la definición es un Aspecto que se considera y acepta puesto que es necesario contar con una mejor definición de la población potencial, objetivo y atendida con el fin contar con indicadores y definiciones más claras teniendo como resultado un cambio en las poblaciones establecidas en el Anexo II 2017.

5. Construir un sistema de evaluación que incluya el análisis de tres componentes: financiero, gerencial y de impacto; de acuerdo con la normatividad y con una periodicidad establecida.

Este ASM es de especial relevancia para la buena operación del programa, ya que los tres niveles de estudio ayudaran a la mejor toma de decisiones para el beneficio de las personas que pertenecen al programa. Como parte de las actividades a realizar se revisaran los tres componentes de evaluación con el fin de cumplir con lo mandado para el programa, para así estar en condiciones de construir un sistema de evaluación que permita la buena toma de decisiones y un correcto seguimiento a lo establecido por el programa con la ayuda de la Dirección General de Evaluación de Desempeño (DGED).

Conclusión:

El formato de la evaluación de consistencia y resultados de donde parten los aspectos susceptibles de mejora a realizar, se encuentra pensado en estricto sentido para emitir opiniones sobre programas que funcionan bajo la lógica de reglas de operación emitidas anualmente, como se encuentra diseñado el Seguro Médico Siglo XXI, mientras que el Seguro Popular es una política de estado normada desde la Ley General de Salud y la legislación derivada de la misma; por lo cual su lógica de operación y estructura es diferente a este tipo de programas. Es por dicha lógica y estructura de evaluación que varias sugerencias de aspectos susceptibles no aplican de manera directa.