



Evaluación de Diseño Seguro Popular

Secretaría de Salud

Instancia Evaluadora:
Instituto Nacional de Salud Pública

Tabla de Contenido

1. Resumen Ejecutivo	2
2. Introducción	5
3. Descripción General del Programa (Anexo 1)	6
4. Evaluación	8
5. Valoración Final del Programa (Anexo 10)	38
6. Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones (Anexo 11)	39
7. Conclusiones (Anexo 12)	44
8. Ficha Técnica de la Instancia Evaluadora (Anexo 13)	45
9. Bibliografía	46

Resumen Ejecutivo

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya finalidad es asegurar la protección financiera de la población que no cuenta con acceso a la seguridad social por su estatus laboral, fue creado en 2003 a través un Decreto de reforma a la Ley General de Salud (LGS). El SPSS se estructuró como una estrategia para eliminar o reducir las brechas en el financiamiento público para la provisión de servicios de salud entre diferentes grupos de población, en un planteamiento orientado hacia la cobertura universal de salud.

La operación del SPSS se lleva a cabo, de forma preponderante, a través de la afiliación de la población sin seguridad social al seguro público de salud llamado Seguro Popular (SP), mediante el cual se tiene acceso a un conjunto de intervenciones de primer y segundo nivel de atención establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y un grupo de intervenciones de alta complejidad que se incluyen en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). A partir del proceso de reorganización de programas presupuestarios realizado para el Presupuesto de Egresos de la Federación 2016, se dio la fusión hacia el *Programa U005 del Programa E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud*, el cual financiaba el desarrollo de infraestructura física en salud.

Esta evaluación tuvo como objetivo evaluar el diseño del *Programa Seguro Popular U005* formulado como resultado de la fusión señalada, con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados. El análisis realizado identificó retos de alta relevancia para el SP en términos del diseño del mismo. Dichos retos se identifica que existían antes de la fusión y no son, en ese sentido, resultado de la misma; sin embargo, este proceso representa una oportunidad para fortalecer un programa de gran relevancia para el impulso de los derechos sociales en México. En lo general, el programa obtuvo una calificación promedio de 2.922 en una escala de 0 a 4, esto es, 73% del puntaje total.

De acuerdo al árbol de problemas presentado, el reto que busca atender el programa es la *"Población sin seguridad social por relación laboral que no cuenta con acceso a los servicios de salud preventivos, de atención curativa, de tipo quirúrgico, además de alta especialidad y sin calidad mínima por falta de financiamiento e instalaciones adecuadas para el acceso a estos servicios"*. De acuerdo a las definiciones del programa, la población potencial es toda aquella que no cuente con seguridad social. En particular, de acuerdo a la estimación más reciente que parte de la información del Censo 2010, con los ajustes de crecimiento de población, se tendrían 39.85 millones de personas sin aseguramiento en salud en ese año más 27.47 millones que -de acuerdo al mismo *Censo*- ya reportaban estar en el SP, para obtener un total de 67.3 millones de potenciales afiliados; estas cifras difieren de las presentadas en el Diagnóstico, que para el mismo año señala que la población potencial es de 59.1 millones de personas. Por otro lado, la población objetivo se define como aquéllos individuos a los que es posible cubrir por criterios financieros; ésta se cuantificó para 2010 en 49.1 millones y para 2014 en 57.3 millones de personas. Finalmente, la población atendida es la afiliada al SP y se equipara a la población objetivo calculada para cada año.

Con respecto a la justificación de la creación y diseño del programa, de las 3 preguntas consideradas en este apartado de la Evaluación de Diseño, se obtuvo un promedio de 1.667, que corresponde al 41.7% del máximo posible. Este es el aspecto que representa el mayor reto para el programa, en particular por la necesidad de definir el problema que el U005 atiende con mayor claridad. Se observa una inconsistencia en el documento de diagnóstico entregado que señala como problema a atender la simplificación presupuestaria, lo que corresponde al objetivo de la fusión de los programas U005 y E020, y no al problema público que el programa que resulta de esta fusión, el actual U005, busca atender.

En el apartado sobre contribución a las metas, se obtuvo un puntaje de 4, esto es, de 100%, lo que permite acreditar la pertinencia del programa, y su relevancia para el logro del acceso efectivo a la salud, meta nacional y del programa sectorial. El documento del Programa de Acción Específico del SPSS, del cual el programa U005 forma parte, contribuye explícitamente a las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 (PND) de *México Incluyente y México Próspero*. Con relación a *México Incluyente*, en particular a los objetivos 2.1 *Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población*, y 2.3 *Asegurar el acceso a los servicios de salud*. Con relación a *México Próspero*, el programa contribuye al objetivo sectorial *"Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud"* a través del *"aseguramiento con la cobertura de un esquema establecido de intervenciones efectivas"*, y *"contribuyendo a la capacidad resolutoria de los servicios mediante los recursos para el fortalecimiento de la*

infraestructura física". El programa U005 se vincula de forma directa con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y de forma indirecta con el ODS 10 "Reducir la desigualdad en y entre los países".

El promedio obtenido en el apartado sobre la definición de las poblaciones fue de 95%, que corresponde al puntaje de 3.8; esto se correlaciona con una adecuada identificación de las poblaciones, si bien con retos establecidos, en lo general por la inconsistencia que se ha identificado entre la información de registros administrativos y la información utilizada como referencia para los cálculos. En el Diagnóstico ampliado U005 E020 sí se define, caracteriza y cuantifica la población objetivo y potencial. Se cuenta con estimaciones de ambos grupos (potencial y objetivo) para cada entidad, y la distribución por sexo y edad de las mismas de acuerdo con los datos de las mismas fuentes; sin embargo, no se presentan estimaciones específicas para población indígena (potencial y objetivo), si bien, la población indígena atendida sí se encuentra cuantificada, como se identifica que en los Informes de Resultados del Programa. Una inconsistencia importante es que las cifras que reporta el *Censo* sobre cobertura de seguridad social y del propio SP no son compatibles con las que reportan las instituciones, por lo que al comparar las cifras de forma diferencial, podrían generarse estimaciones segadas de dichas poblaciones.

Por otra parte, en lo que respecta al padrón de beneficiarios y mecanismos de atención, en las dos preguntas con valoración cuantitativa consideradas se obtuvo un promedio de 3.5, esto es, 87.5% del total posible, pudiendo ser verificado que en la base de datos del padrón se incluyen las variables contenidas en la Cédula de Características Socio-Económicas (CECASOEH), instrumento mediante el cual se capta la información de los afiliados. El *Programa Seguro Popular U005* cuenta con un padrón de población afiliada con registros por individuo; el padrón contiene la información de identificación y ubicación geográfica de la población afiliada, así como la caracterización socioeconómica de la misma de acuerdo al sistema desarrollado internamente. A través de la CECASOEH se estima el decil de ingreso para identificar a las personas contributivas o no contributivas. Con respecto al mecanismo de afiliación, éste se encuentra estandarizado en lo que se refiere a la herramienta y al padrón de afiliados; se considera deseable un análisis de las razones de las diferencias en la clasificación socioeconómica, así como la finalización del proceso de integración de un padrón único de salud para estandarizar la validación de la elegibilidad de las personas.

Con respecto a la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa, se identifica que ésta no parece ser una herramienta efectiva para la operación del U005, tal como se pretendería que fuera; estos retos en su diseño y construcción se reflejan en la calificación obtenida, que fue de 1.9, 47.5% del máximo posible. Al respecto, aunque sí se incluye una MIR en el Diagnóstico ampliado U005-E020, no obstante, se identifica como área de oportunidad la alineación y uniformidad en la presentación de la información de fin, propósito, componentes, actividades y sus indicadores en los documentos normativos vigentes. Por el tipo de programa del que se trata, el U005 no cuenta con reglas de operación en las cuales se pueda presentar una MIR, y el documento normativo principal, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSPSS) no la incluye, ya que ese documento detalla al SPSS, y no menciona en lo particular al SP, aunque es claro que éste es un elemento nodal del propio SPSS. Si bien no es posible contar con reglas de operación para el SP, sería deseable que se elaborara un documento de lineamientos operativos anuales que se refieran en lo específico al SP y que en los mismos se retomara la MIR del programa como instrumento para la operación, detallando entonces el funcionamiento del mismo. Es posible que la falta de especificidad que se observa en general en la MIR del programa sea resultado de que la misma no tiene una clara conexión con la operación, al no contar con un documento normativo de tipo reglas de operación que sea necesario actualizar y difundir entre los operadores del programa. Por lo tanto, es necesario desarrollar una versión revisada de la MIR, para lo cual se requieren decisiones hacia el programa que permitan entonces establecer si se presentará únicamente como una bolsa que transfiere acríticamente recursos a las entidades o como un programa que establezca mecanismos para que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) incidan en el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, a través de la compra estratégica de servicios como mecanismo para enviar señales a la oferta. Asimismo, contemplar esquemas de incentivos relacionados con el financiamiento, mecanismos de financiamiento basado en resultados, que asocien las transferencias a las entidades con indicadores de resultados de la salud en la población.

Para las 3 preguntas sobre presupuesto y rendición de cuentas, el puntaje obtenido fue de 2.667, lo que representa 66.7% del máximo posible. La información de presupuesto hace referencia al capítulo 4000, en particular en lo que se refiere a los subsidios transferidos a las entidades (partida 43401) y para los fideicomisos de gastos catastróficos, variación en la demanda, e infraestructura; esto debido a que en su conformación presupuestal el *Programa* no cuenta

con recursos para cubrir gastos de operación, ya que está integrado únicamente con recursos destinados a las acciones sustantivas, a fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas del SNPSS de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). No se reporta el gasto unitario, aunque el monto total se integra considerando la cápita establecida en el programa. Adicionalmente se identificó que los recursos de operación del U005 se asignan y ejercen a partir del Programa M001 "Apoyo Administrativo". En tanto que se entiende que el SP es un programa para el financiamiento de servicios de salud, la operación del mismo requiere de una estructura, a la vez que el diseño en el RLGSPSS establece los criterios que deben regir este mecanismo de aseguramiento, por lo que la información sobre el uso de los recursos podría estructurarse de forma tal que permita verificar esto.

Sobre las complementariedades y coincidencias con otros programas federales, el SP por diseño es complementario con los esquemas de seguridad social, ya que busca proporcionar protección financiera en salud a la población que no cuenta con la misma a través de la seguridad social. En esta lógica, se considera que el SP es complementario con el IMSS, ISSSTE, y las otras instituciones de seguridad social que integran el Sistema de Salud en México. El SP se ha priorizado como el esquema de atención a la salud de la población en *Prospera Programa de Inclusión Social*, el cual incluye corresponsabilidades en el ámbito del cuidado a la salud. En tanto que *Prospera* cuenta con un mecanismo de focalización explícito en condición socioeconómica, no es el caso para el SP, si bien la incidencia mayor del programa es en población similar que con mayor probabilidad no cuenta con seguridad social, y entra al SP como no contribuyente. Asimismo, se han identificado coincidencias y/o complementariedades con los Programas IMSS-Prospera, Seguro Médico Siglo XXI, Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud (antes Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud), Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (que resulta de la fusión de los Programas Unidades Médicas Móviles –antes Caravanas de la Salud- y Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud), Programa Calidad en la Atención Médica (antes Sistema Integral de Calidad en Salud). Este grupo de programas en conjunto ha logrado fortalecer la operación y ejecución del SPSS en las entidades federativas y la Ciudad de México. Se pueden considerar como coincidencias, también, a los programas de acción específicos que atienden las condiciones que son financiadas mediante el SP.

Un reto de alta relevancia para el SP es la definición misma de lo que es; puede verse al SP como un esquema de financiamiento para los servicios estatales de salud, y en esa lógica es únicamente una bolsa de recursos que una vez definida la población cubierta, se usa para hacer llegar a las entidades las contribuciones que la Federación tiene obligadas para la provisión de servicios de salud. En una lectura más en el contexto de las políticas públicas, se trata de un seguro público de salud, que debe entonces reflejar la preocupación social de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Para ello, el SP puede plantearse como un mecanismo de compra estratégica, en el cual se lleva a cabo un proceso de financiamiento basado en resultados a través del cual se incentiva a las entidades tanto a asegurar la cobertura de toda la población sin seguridad social que acuda (considerando la dinámica de esta población) como que los servicios ofrecidos se reflejen en indicadores de mejor estado de salud en la población atendida. Para ello, el diseño del SP debe explicitar esta lógica, e integrar los indicadores que le permitan establecer esta ruta, reflejando la necesidad de incidir en la salud de la población a través del acceso efectivo, el cual incluye desde luego la protección financiera, el eje de las acciones del SP. Potenciar el SP desde el punto de vista del diseño permitirá alinear las acciones del mismo de una manera más articulada en la arquitectura del SPSS.

En conclusión, el *Seguro Popular U005* es sin duda alguna un programa de enorme relevancia para asegurar el derecho constitucional a la protección de la salud, y este elemento está claramente considerado desde el diseño mismo del SPSS, a partir de la reforma a la LGS de 2003, y que se trasladan hacia el mecanismo operativo del Sistema, que es justamente el SP.

Introducción

El SPSS, cuya finalidad es asegurar la protección financiera de la población que no cuenta con acceso a la seguridad social por su estatus laboral (ya sea de forma directa o indirecta por parentesco), fue creado en el año 2003 a través del Decreto de reforma mediante el cual se modificó la LGS. El SPSS se estructuró como una estrategia encaminada a eliminar o reducir las brechas en el financiamiento público para la provisión de servicios de salud entre diferentes grupos de población (en particular entre quienes cuenta con seguridad social y quienes no), en un planteamiento orientado hacia la cobertura universal de salud.

De forma preponderante, la operación del SPSS se lleva a cabo a través de la afiliación de la población sin seguridad social al llamado SP, mediante el cual se tiene acceso a un conjunto de intervenciones de primer y segundo nivel de atención establecidas en el CAUSES, y un grupo de intervenciones de alta complejidad que se incluyen en el FPGC.

Financieramente, los recursos del SPSS se transfieren hacia los entes responsables de la prestación de los servicios de salud, que a partir de la descentralización de los mismos, son las entidades federativas para la mayor parte de los establecimientos, y otras instituciones federales como los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en las cuales se ofrecen principalmente las intervenciones de alta complejidad que se incluyen en el FPGC.

Presupuestalmente, dicha transferencia de recursos se canaliza mediante la CNPSS a través del programa presupuestario *U005 Seguro Popular*, el cual formalmente es una bolsa de recursos destinados a financiar la prestación de servicios de salud en las entidades. A partir del proceso de reorganización de programas presupuestarios realizado para el Presupuesto de Egresos de la Federación 2016, se dio la fusión del *Programa E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud* hacia el *Programa U005*, el primero tenía como objetivo financiar lo que, en la arquitectura del SPSS, se diseñó para el apoyar el desarrollo de infraestructura física en salud.

Esta fusión resulta particularmente apropiada, considerando que los dos programas previos, en su conjunto, contribuyen al logro de la cobertura universal en salud en México. La evaluación de diseño permite identificar si el planteamiento actual del programa contribuye efectivamente a la solución del problema que lo justifica y para el cual fue creado, la alineación del mismo con los objetivos sectoriales, nacionales, así como con la agenda 2030 para el desarrollo sostenible.

El objetivo general de este análisis fue evaluar el diseño del *Programa Seguro Popular U005* a partir de la fusión señalada, con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

Descripción General del Programa (Anexo 1)

El Programa U005 Seguro Popular es un esquema de aseguramiento público en salud dirigido a la población que no cuenta con seguridad social, y operado por la CNPSS. El SP se origina en la reforma a la LGS de 2003 que establece, entre otros asuntos, la creación del SPSS, definiendo a la protección social en salud como *"un mecanismo por el cual el Estado 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 satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social"*.

El RLGSPSS establece como responsabilidad de los REPSS la tutela de los derechos de las y los afiliados, incluyendo la divulgación de sus derechos y obligaciones, siendo estas instancias quienes deben administrar los recursos que se transfieren a las entidades a través del programa U005 para la provisión de los servicios de salud considerados en el CAUSES.

De acuerdo al árbol de problemas presentado, el reto que busca atender el programa es la *"Población sin seguridad social por relación laboral que no cuenta con acceso a los servicios de salud preventivos, de atención curativa, de tipo quirúrgico, además de alta especialidad y sin calidad mínima por falta de financiamiento e instalaciones adecuadas para el acceso a estos servicios"*. La redacción propuesta resulta poco específica; si se considera la argumentación generada para la reforma a la LGS de 2003, el problema a atender es la carencia de acceso efectivo a la salud entre la población sin seguridad social, identificando como las principales barreras al acceso efectivo la relacionada con aspectos financieros y la asociada con la efectividad de la atención (real o percibida). La creación del SPSS en 2004, con el SP como herramienta principal, buscó atender estos retos, mientras que la actual fusión del Programa E020 al U005 estaría incidiendo de forma directa en la calidad estructural de los servicios, reforzando esta estrategia.

El Programa de Acción Específico del SPSS, identifica la alineación del Sistema, y del SP, a las Metas Nacionales establecidas en PND 2012-2018 de *"México Incluyente"* y de *"México Prospero"*. Con relación a *"México Incluyente"*, en particular a los objetivos 2.1 *"Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población"*, y 2.3 *"Asegurar el acceso a los servicios de salud"*. De estos objetivos, se alinea el Programa Sectorial en Salud (PROSESA) con los objetivos de *"Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país"*, *"Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades"*, *"Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad"*, *"Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida"*, *"Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud"*, y *"Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud"*.

El SP financia la atención a la salud de la población afiliada para intervenciones incluidas en el CAUSES, el cual considera 285 intervenciones que agrupan la totalidad de las acciones que se proveen en el primer nivel de atención, y alrededor de 80% de las que se proporcionan en el segundo nivel de atención. El SP se relaciona asimismo con la provisión de servicios de alta complejidad a través del FPGC que opera la misma CNPSS y al que tienen acceso las y los afiliados al SP. Es importante señalar que el SP como ente asegurador no proporciona directamente los servicios, sino que financia los servicios que son prestados por los Servicios Estatales de Salud en las 32 entidades del país. Esta precisión es relevante en el sentido que incide en la posibilidad de estandarizar los servicios que recibe la población.

Los objetivos explícitos del SPSS que retoma el SP son *"Garantizar el derecho a la salud a través de la afiliación y la reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud"*, *"Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad y a la prevención"*, *"Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos financieros destinados a la salud"*, y *"Fortalecer los mecanismos organizacionales y operativos del Sistema"*.

De acuerdo a las definiciones del programa, la población potencial es toda aquella que no cuente con seguridad social, y se estima a partir de la información de estadísticas de interés nacional. En particular, la estimación más reciente parte de la información del Censo 2010 con los ajustes de crecimiento de población. Al respecto, se identifica la relevancia y pertinencia de utilizar datos de la Encuesta Intercensal 2015. En particular, con la información del Censo 2010 se

tendrían 39.85 millones de personas sin aseguramiento en salud en ese año más 27.47 millones que, de acuerdo al mismo *Censo*, ya reportaban estar afiliadas al SP, para dar un total de 67.3 millones de personas. Estas cifras difieren de las presentadas en el diagnóstico, que para el mismo año (2010) señala que la población potencial es de 59.1 millones de individuos, la cual se incrementaría a 66.3 millones para 2014. Por población objetivo se define a la que es posible cubrir por criterios financieros, y se cuantificó para 2010 en 49.1 millones y para 2014 en 57.3 millones. Finalmente, la población atendida es la afiliada al SP y se equipara a la objetivo para cada año. Sobre este aspecto, es importante señalar que, mientras la fuente de información para la población potencial es el *Censo*, para la población atendida se utiliza el Padrón de Beneficiarios; esto es relevante porque hay diferencias importantes entre ambas fuentes, así como entre las variables que cada una de ellas recaba que se traducen en dificultades para la comparación.

La población atendida (afiliada) se distribuye en todo el país, siendo porcentualmente mayor en las entidades con menor presencia de la seguridad social. Por sexo, 54.2% de las afiliadas son mujeres, y 45.8% son varones. El SP opera bajo demanda y con campañas de difusión para atraer a la población sin seguridad social. Ejercicios de focalización se han realizado en forma de promoción dirigida a las zonas en las que se tiene información que hay población sin seguridad social no afiliada aún. El presupuesto del SP en 2015 fue de 58,092.16 miles de millones de pesos, reportándose un ejercicio de 100%.

Se identifican retos en el diseño con relación a la definición del problema público a atender, y de la lógica de la intervención para atender el problema. El SP como elemento dentro del SPSS es un esquema de aseguramiento que busca contribuir al acceso efectivo a los servicios a través de la protección financiera y con elementos para la realización de compra estratégica de servicios que motive cambios positivos en la calidad de la atención, y en una lógica hacia la estandarización de los servicios. Este abordaje de diseño podría fortalecer la visualización del programa.

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.

Nivel	Criterios
2	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y ° El problema cumple con al menos una de las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Se observa una inconsistencia en el documento de diagnóstico entregado que señala como problema a atender la simplificación presupuestaria, lo que corresponde al objetivo de la fusión de los programas U005 y E020, y no al problema público que el programa que resulta de esta fusión, el actual U005, busca atender. En ese sentido, es relevante adecuar el documento de diagnóstico para que explícitamente detalle el problema público a atender, el cual debe ser consistente o derivarse de la exposición de motivos de la modificación a la LGS de 2003, con la actualización que corresponda. Se entendería que la situación que da origen al programa persiste, lo que haría que el programa siga resultando pertinente, con la implicación de que en ausencia del mismo no habría un mecanismo que permitiera la protección financiera en salud para un grupo amplio de la población. En un sentido más amplio, el objetivo de la protección financiera es un elemento esencial para el logro de la protección de la salud, derecho establecido en el Artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los compromisos internacionales que se formalizan en Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por México en 1981.

En la Iniciativa del Decreto de reformas a la LGS de 2013 se señala que el éxito del SPSS depende de la capacidad del Sector para lograr una provisión de servicios con calidad y eficiencia, señalando que entre los retos que se observaban en ese momento para el SPSS destacaba la necesidad de mejorar el surtimiento de medicamentos y la portabilidad de los servicios, aspectos ambos relacionados con la protección financiera en salud; se entiende que, al no estar resuelto, se mantiene éste como el problema público a atender. A pesar de inconsistencia encontrada en el documento de diagnóstico, el mismo presenta un árbol de problemas del programa producto de la fusión, mediante el cual se puede identificar el problema que se busca atender. El problema en el árbol se frasea como "Población sin seguridad social por relación laboral que no cuenta con acceso a los servicios de salud preventivos, de atención curativa, de tipo quirúrgico, además de alta especialidad y sin calidad mínima por falta de financiamiento e instalaciones adecuadas para el acceso a estos servicios".

El fraseo que se presenta en el árbol resulta ambiguo en lo que se refiere a la necesidad a atender, ya que incluye por un lado las características de los servicios y por el otro el aspecto del financiamiento de los mismos. Por otra parte, se esperaría que el problema explicitara como necesidad la atención a la salud (o la protección de la salud) ya que ésta es la que motiva la demanda de servicios, y es por otra parte, como se mencionó, un derecho establecido constitucionalmente. Adicionalmente, no es claro en este fraseo cómo se contribuye mediante el U005 a atender el problema como mecanismo de aseguramiento y, con la fusión, ahora también como mecanismo para fortalecer la infraestructura de servicios de salud. Una alternativa de definición del problema público es "La población sin seguridad social tiene barreras para ejercer su derecho a la protección de la salud". De esta forma, se puede identificar en las acciones del U005 los mecanismos para eliminar dichas barreras, que pueden ser financieras o de capacidad de los servicios. Ambos aspectos son abordados por el programa al incluir tanto los recursos para el seguro público de salud, como los destinados al fortalecimiento de la infraestructura física para la atención a la salud. Adicionalmente se identifica que el abordaje del SP no explicita un enfoque diferencial de género, y en el documento revisado no se señala un proceso de revisión de la definición de dicho problema.

2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

- Causas, efectos y características del problema.
- Cuantificación y características de la población que presenta el problema.
- Ubicación territorial de la población que presenta el problema.
- El plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema a que pretende atender, y El diagnóstico cumple con una de las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

El documento de diagnóstico plantea de forma explícita como problema lo que se refiere a la fusión de los programas; no con relación a la necesidad de la población. Si bien se presentan en el documento los árboles de problemas y objetivos, los mismos no se describen. La ausencia de la narrativa de los árboles no permite identificar con certeza la perspectiva que desde el programa se plantea con relación al reto a atender y los mecanismos para hacerlo. Por otra parte, si bien el documento presenta una cuantificación de la población sin seguridad social, no se desarrolla una caracterización de la misma. El documento podría describir el reto con relación a la protección de la salud de esta población a partir de información disponible de fuentes secundarias que documenten aspectos relacionados con el acceso a servicios y sobre barreras, en particular las financieras. El Informe de Resultados del programa presenta una caracterización demográfica de la población afiliada al programa, pero la misma no incluye información que permita la cuantificación de la misma ni la caracterización de la población con el problema público que atiende el programa, si bien describe la ubicación geográfica y cuantifica a la población afiliada con determinadas condiciones de vulnerabilidad.

La causa que se presenta en el árbol se detalla como "Falta de protección financiera para el acceso efectivo a los servicios de salud por seguridad social debido a la relación laboral, incremento en la demanda, obsoleta infraestructura que no responde a la demanda". El abordaje a las causas podría dividirse en la ausencia de aseguramiento por un lado, y la capacidad insuficiente por el otro. Por otra parte, en consistencia con lo planteado en la pregunta 1, se considera que debería explicitarse en el problema lo que se refiere a la necesidad de atención a la salud, o planteado en términos de derechos, el incumplimiento del derecho a la protección de la salud como el problema público a atender y que, entre sus causas principales, incluye la ausencia de protección financiera y la falta de infraestructura. Por otra parte, dada la cobertura actual del SP, sería relevante considerar asimismo la actualización del diagnóstico, que no puede mantenerse equivalente al formulado en un momento en el cual no existía el SP. La amplia cobertura que éste ha alcanzado debe contrastarse con resultados en términos de la protección a la salud en lo general, y a la protección financiera en lo particular, analizando la efectividad del mismo en la disminución del gasto de bolsillo.

El documento señala una clasificación por género, aunque en realidad se presenta una categorización por sexo de la población, ya que no existe información sobre el género, el cual es una construcción social. En torno al aspecto socioeconómico, la información que se presenta sugiere una concentración no factible de la población en los primeros deciles en el país. Esto es, de acuerdo a las cifras que se presentan, el 92% de las y los afiliados se ubican en los deciles I y II, lo que equivaldría a 52.73 millones de personas de una población total del país de 119.54 millones, lo que representaría el 44% de la población, es decir, más del doble de la población que puede efectivamente clasificarse en los dos primeros deciles (por definición, este grupo contendría a 20% de la población). Con respecto a la distribución geográfica, el documento señala el número de localidades en las que se reportan afiliadas y afiliados al mismo, no obstante no se traduce esta información en términos de cobertura; esto es, no se reporta la relación entre las localidades con afiliados, y el total de localidades en el país. Sobre este aspecto, llama la atención en el documento la disminución absoluta de 288 localidades con afiliados entre 2014 y 2015, para lo cual esperaría una justificación del fenómeno, en particular para entidades como Jalisco con 100 localidades menos en el periodo.

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

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y ° La justificación teórica o empírica documentada no es consistente con el diagnóstico del problema.

Justificación:

En la documentación obtenida para realizar esta evaluación no se identificó el sustento de la intervención del programa resultante de la fusión, no obstante, podría considerarse como elemento base la información que se utilizó para justificar el Decreto de reforma que dio lugar al SPSS, así como la argumentación sobre las modificaciones propuestas en 2013. Sin embargo, la justificación conveniente podría obtenerse a partir de la evidencia generada tanto para México como para otros contextos en esta materia. La evidencia puede proponerse con relación a la relevancia de los servicios médicos y preventivos para la protección de la salud de los individuos así como en lo que se relaciona con la protección financiera como mecanismo para eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios de salud.

La argumentación que sustenta la creación del SPSS parte del significativo gasto de bolsillo en salud que se presenta en México, como evidencia de una barrera financiera para el acceso a los servicios de salud, y como un aspecto que genera empobrecimiento como consecuencia de gastos catastróficos en salud. En ese sentido, un esquema de pre-pago como un seguro público de salud tiene el potencial de incidir en el mismo, en tanto que los servicios otorgados a los asegurados representen los demandados por la población con acceso a dicho seguro.

Existe una buena cantidad de literatura sobre los seguros públicos de salud como mecanismos para asegurar el acceso de la población a los servicios de salud. Los mecanismos de protección existente son diversos, y los mismos fueron considerados y discutidos como parte de la fundamentación de la reforma de 2003 que dio lugar al SPSS, y al SP. Esta documentación podría retomarse para justificar la intervención, actualizando la discusión a partir de la experiencia.

De esta forma, puede proponerse en la sustentación teórica el modelo para la cobertura universal en salud que propone la Organización Mundial de la Salud, y que identifica a la protección financiera como una de las dimensiones para el logro de la misma, en conjunto con la estructura para la provisión, y el paquete de intervenciones que se garantizan, con relación a su adecuación al perfil particular de la población de interés. Desarrollos más recientes que discuten la necesidad de enfocarse en el acceso efectivo como medio hacia la cobertura universal en salud también pueden permitir establecer el sustento teórico de la intervención que se propone a través del U005.

Ciertamente, el SP corresponde a un esquema particular, en tanto que establece una bolsa de seguro federal como esquemas de provisión definidos por cada entidad, si bien relacionados a partir de las intervenciones que se cubren de acuerdo al CAUSES. Este es otro esquema de revisión en el cual puede desarrollarse la discusión que existe sobre los seguros federales (o nacionales) versus los esquemas subnacionales, como el caso de los seguros provinciales en la Argentina.

Contribución a las metas y estrategias nacionales

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

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación con objetivo(s) del programa sectorial, especial, institucional o nacional y Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta. El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional .

Justificación:

El documento del Programa de Acción Específico del SPSS, del cual el programa U005 forma parte, contribuye a las metas nacionales establecidas en PND 2012-2018 de "México Incluyente" y de "México Próspero".

Con relación a "México Incluyente", en particular contribuye a los objetivos 2.1 "Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población" y 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud". De estos objetivos nacionales, se alinea el PROSESA con los objetivos sectoriales de "Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país", "Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades", "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", "Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida", "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud", y "Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud".

De estos objetivos sectoriales, el SPSS se alinea a partir de sus objetivos específicos: "Garantizar el derecho a la salud a través de la afiliación y la reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud", "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad y a la prevención", "Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos financieros destinados a la salud", y "Fortalecer los mecanismos organizacionales y operativos del Sistema".

De esta forma el Programa U005 Seguro Popular busca contribuir a lograr el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, lo cual entonces aporta al objetivo sectorial de "Asegurar el acceso efectivo a servicio de salud con calidad", que se alinea con el objetivo nacional de "Asegurar el acceso a los servicios de salud".

5. ¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial, especial, institucional o nacional relacionado con el programa?

Meta	Un México Incluyente
Objetivo	Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
Estrategia	Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.
Estrategia Transversal	Perspectiva de Género
Programa Sectorial, Especial, Institucional o Nacional	Programa Sectorial de Salud
Objetivo	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

Justificación:

El documento del Programa de Acción Específico del SPSS, del cual el programa U005 forma parte, contribuye a las metas nacionales establecidas en PND 2012-2018 de "México Incluyente" y de "México Próspero".

Con relación a "México Incluyente", contribuye en particular a los objetivos 2.1 "Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población", y 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud".

La relación con estos objetivos resulta evidente con el mismo fraseo que se establece. Como mecanismo de aseguramiento y estableciendo de forma explícita en sus objetivos el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, el programa retoma el planteamiento establecido en el PROSESA, el cual explícitamente plantea como objetivo "Asegurar el acceso a servicios de salud de calidad", que a su vez se retoma del Objetivo Nacional de "Asegurar el acceso a los servicios de salud".

Con respecto al objetivo nacional de "Garantizar el ejercicio de efectivo de los derechos sociales para toda la población", el mismo incluye el derecho a la protección de la salud de forma general, y en ese sentido en el PROSESA se expresa en "Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país", a lo que contribuye el U005 al enfocarse en el aseguramiento de la población sin seguridad social (grupo social), que se distribuye de forma heterogénea en el país (regiones).

Con relación a "México Próspero", el programa contribuye al objetivo sectorial "Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud" a través de la afiliación a un seguro público con la cobertura de un esquema establecido de intervenciones efectivas, y contribuyendo a la capacidad resolutoria de los servicios mediante los recursos para el fortalecimiento de la infraestructura física.

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con los Objetivos del Desarrollo del Milenio o la Agenda de Desarrollo Post 2015?

- | |
|---|
| 1) Directa: El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de al menos uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio o la Agenda de Desarrollo Post 2015. |
|---|

Justificación:

El programa U005 se vincula de forma directa con el ODS 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y de forma indirecta con el ODS 10 "Reducir la desigualdad en y entre los países".

Con relación al ODS 3, se busca asegurar el acceso efectivo a servicios de salud, de forma que se garantice el derecho a la protección de la salud establecido tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como en la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, al enfocarse en el logro del aseguramiento, y en ese sentido acceso, de un grupo de población que por cuestiones del desarrollo del Sistema de Salud había quedado en situación de desventaja, el programa se alinea con el ODS 10 al contribuir a la reducción de desigualdades entre grupos de población en el país. La afiliación al SP se ha asociado con la eliminación de la brecha en protección financiera en salud por condición socioeconómica en México.

Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad

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:
- Unidad de medida.
 - Están cuantificadas.
 - Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
 - Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cuentan con tres de las características establecidas.

Justificación:

En el Programa de Acción Específico proporcionado por la Dependencia no se documenta la definición de población potencial ni población objetivo, sin embargo en el Diagnóstico ampliado U005 E020 sí se define, caracteriza y cuantifica la población objetivo y potencial.

Además, en un documento complementario proporcionado como insumo para la realización de esta evaluación, se incluyen las definiciones, el método para su cuantificación y las fuentes de información de población potencial, objetivo y atendida.

De acuerdo al documento de diagnóstico, la población potencial "es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismos de prevención social en salud". El documento presenta la estimación a partir de una fórmula que resta del total de la población en el país (ya sea vía Censo o estimaciones de CONAPO a partir de la dinámica poblacional para cada año) a la población que cuenta con seguridad social de acuerdo a las mismas fuentes, estimándola en 66,294,528 de personas para 2014.

Por su parte, se establece que la población objetivo se define como la meta a alcanzar en el año que se trate, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el Presupuesto de Egreso de la Federación y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas. Se señala que se estima esta meta a partir de una fórmula que no se presenta en el documento, estableciendo que la misma para 2014 fue de 57,300,000 de personas.

Se cuenta con estimaciones de ambos grupos (potencial y objetivo) para cada entidad, y la distribución por sexo y edad de las mismas de acuerdo a los datos de las mismas fuentes. No se presentan estimaciones específicas para población indígena.

Una inconsistencia importante es que las cifras que reporta el Censo sobre cobertura de seguridad social y del propio SP no son compatibles con las que reportan las instituciones, por lo que al compararse de forma diferencial las cifras, podrían generarse estimaciones segadas de las poblaciones.

8. ¿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.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes. ° Existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos.

Justificación:

En los LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS se define “padrón” como la “relación nominal que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de las familias afiliadas al Sistema, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación”; asimismo queda asentado que esta información debe ser sistematizada en una plataforma informática con la cual se integra el padrón, llamada Sistema de Administración del Padrón.

En estos Lineamientos, se especifica que será responsabilidad de los Regímenes Estatales:

- Integrar y administrar el Padrón de beneficiarios del Sistema con la adopción de las responsabilidades y manejo que se establecen en los presentes Lineamientos.
- Verificar que la incorporación de los beneficiarios al Padrón sea a partir de la presentación de la solicitud y previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.
- Asegurar que la información que se integre o capture a la base de datos contenga los elementos comprendidos en el artículo 50 del Reglamento, así como la información identificada en la CECASOEH, definida en estos Lineamientos, la evaluación del nivel socioeconómico de las familias, la cuota familiar establecida y su vigencia.
- Utilizar, para la incorporación de la información de las familias beneficiarias al Padrón, la plataforma informática del Sistema de Administración del Padrón que provea la Comisión y conforme su instructivo técnico, así como adoptar las actualizaciones o nuevas versiones de dicho sistema, motivadas por mejoras a los procesos o cumplimiento a nuevas disposiciones en materia de afiliación de beneficiarios.
- Responsabilizarse de la información del Padrón y de la incorporada al Sistema de Administración del Padrón y adoptar las medidas necesarias para verificar periódicamente sus contenidos y su veracidad, función que recaerá en el área de administración del padrón.

Mientras que corresponde a la Comisión:

- Integrar el Padrón nacional a partir de la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema.
- Proveer el Sistema de Administración del Padrón a los Regímenes Estatales para que incorporen mediante dispositivos computacionales, la información de las familias afiliadas al Sistema, lo que permitirá integrar el Padrón nacional con parámetros homogéneos y acorde con los criterios de afiliación indicados en estos Lineamientos.
- Reorientar, en términos de la Ley y el Reglamento, la transferencia de los recursos federales en las entidades federativas que no hayan alcanzado la meta convenida cada año en el Acuerdo de Coordinación suscrito para la implantación del Sistema en cada entidad federativa, así como, en su caso, autorizar el cumplimiento de la meta en un mes posterior a petición formal de los Regímenes Estatales.

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

Justificación:

El programa sí cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo. De acuerdo a lo que se señala en el documento de diagnóstico, “la metodología para calcular la población objetivo se fundamenta en el Anexo II del acuerdo de coordinación con entidades federativas que utiliza los datos de las proyecciones de CONAPO para determinar la población objetivo (programada), estas proyecciones se encuentran subestimadas con respecto a los datos obtenidos por el Censo de Población y Vivienda 2010. Esto produce un estimado para la afiliación que se mueve dentro de un rango de tendencia central con una variación de +/- 2% de la posible población a ser atendida durante el año, de ahí que para 2014 la población atendida pueda ser mayor a la objetivo.”

No obstante, como se señala previamente, el documento refiere a otro similar para obtener la fórmula para la estimación. Adicionalmente, como se refirió previamente, la inconsistencia entre el reporte directo de los hogares (captado en el Censo o en encuestas) y los datos administrativos (el padrón de afiliados) indica que hay un sesgo en la estimación de la población objetivo, en tanto que se asume una cobertura mayor a la que se estima por reporte de los hogares.

En cuanto a la focalización, los LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS establecen que las actividades de difusión del programa se realizará directamente por los REPSS en las entidades federativas, dando prioridad en los primeros años a la población de las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas.

10. El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:

- Incluye la definición de la población objetivo.
- Especifica metas de cobertura anual.
- Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
- Es congruente con el diseño y el diagnóstico del programa.

Respuesta: Sí.

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

Justificación:

El programa cuenta con una definición de población objetivo, como se ha mencionado previamente; sí especifican metas de afiliación, las cuales son trimestrales y están incluidas en el Anexo II de los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del SPSS en las entidades federativas. En la documentación actual se presenta un horizonte de mediano plazo, sin embargo, la LGS y el RLGSPSS aseguran la trascendencia del programa en la administración federal. No obstante, la meta de asegurar la cobertura universal forma parte del propio SPSS, y en ese sentido del U005, indicando que debe incluir a toda la población sin seguridad social.

Finalmente, considerando que el Diagnóstico entregado por la dependencia señala como problema a atender la simplificación presupuestaria, no es congruente con la estrategia de cobertura documentada para atender a la población objetivo, si bien el planteamiento general del reto a atender se entiende la necesidad de incluir en el seguro público de salud a la totalidad de la población del país que no cuente con seguridad social, lo que a la vez se traduce en una población dinámica, ya que depende tanto del crecimiento poblacional como del comportamiento del empleo con prestaciones, aspectos ambos que no están bajo control del SP.

11. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:

- Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- Están sistematizados.
- Están difundidos públicamente.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.

Justificación:

Los LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS, que son un documento público, de aplicación nacional, en su capítulo III Afiliación y Reafiliación sistematizan el proceso para la afiliación, reafiliación, así como los casos especiales de afiliación colectiva.

La afiliación requiere el llenado de la CECASOEH, en la cual se identifica la elegibilidad y otras características de las personas, misma que se encuentra sistematizada en el padrón de afiliados.

El criterio de elegibilidad es que la persona no cuente con seguridad social, y éste es utilizado en las 32 entidades para la afiliación al SP. No obstante, ante la ausencia de un padrón único de salud, no se cuenta con un mecanismo estandarizado para la verificación del criterio de elegibilidad en cada caso, y estos mecanismos de validación son establecidos en cada entidad; si bien existe un avance importante en la conformación del padrón único, lo que permite validar que la población en el padrón cumpla con la condición de elegibilidad. Asimismo, los criterios tienden a ser más estrictos para el acceso a intervenciones de alta complejidad en comparación con las consideradas en el CAUSES.

Los procedimientos administrativos del padrón incluyen procesos de validación con las entidades federativas sobre el criterio de elegibilidad, lo que permite que el mismo se revise de forma estandarizada para toda la población.

Debido a que el programa ha flexibilizado los mecanismos de afiliación para asegurar una mayor cobertura, ocurren afiliaciones en entidades de población que reside en entidades diferentes.

12. 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.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> ° El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo. ° Los procedimientos cuentan con todas las características descritas.

Justificación:

El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo; éstos tienen formatos definidos y estandarizados, los cuales están identificados en los documentos normativos del programa, por ejemplo la CECASOEH, que es un instrumento estandarizado elaborado por la CNPSS que es aplicado por los REPSS en los establecimientos u otros módulos para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al SPSS y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

Si bien los procedimientos para solicitar el apoyo podrían no ser solventados por aquellas personas que cumplen con la definición de población objetivo, se han generado lineamientos complementarios para la afiliación de población que por condiciones particulares de vulnerabilidad no tenga disponible la documentación que se requiere para la afiliación. Los procesos de afiliación, en el tiempo, se han adaptado para que la población con la condición de elegibilidad acceda a ellos de manera sencilla.

Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención

13. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:

- Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- Esté sistematizada.
- Cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° La información de los beneficiarios cuentan con todas las características establecidas.

Justificación:

El Programa U005 Seguro Popular cuenta con un padrón de población afiliada con registros por individuo al ser este el nivel de afiliación de acuerdo a la Ley. El padrón contiene la información de identificación y ubicación geográfica de la población afiliada, así como la caracterización socioeconómica de la misma de acuerdo al sistema desarrollado internamente.

Para la integración del padrón se cuenta con los LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS.

La información se capta a través de la CECASOEH, mediante la cual se estima el decil de ingreso para identificar a las personas contributivas o no contributivas.

El padrón se genera a partir de la información que reportan las entidades federativas, que son las responsables de la afiliación a través de los REPSS, y en ese sentido son éstos los responsables de la validación del mismo. Se logró verificar que la depuración del padrón se encuentra documentada mediante oficios que se envían a las entidades con una periodicidad regular para validar los registros, los cuales incluyen solicitudes de verificación y de información complementaria a las entidades.

En la revisión de una muestra del padrón, se verificó que en la misma se incluyen las variables relevantes de la CECASOEH, incluyendo el reporte de seguridad social, así como la condición de beneficiaria o beneficiario.

14. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:
- Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
 - Están sistematizados.
 - Están difundidos públicamente.
 - Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	° Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen tres de las características establecidas.

Justificación:

El apoyo a los beneficiarios consiste en la provisión de servicios de salud incluidos en el CAUSES, el cual es común para las 32 entidades federativas. En tanto que el CAUSES es de uso para todos los servicios de salud que atienden a la población afiliada, al ser operados estos a través de los Servicios Estatales de Salud de cada entidad, la provisión resulta heterogénea y no estandarizada. No obstante, la normatividad establece que para recibir financiamiento del SP los establecimientos deben estar acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, lo que establece condiciones estructurales mínimas de los mismos. Esto es, hay un piso para estas condiciones de provisión que favorece la estandarización en la provisión.

El CAUSES es un listado sistemático de intervenciones de salud que se ofrece a la población atendida, y se difunde a los individuos en el momento de la afiliación. De igual forma, las intervenciones consideradas en el FPGC se encuentran descritas y son reembolsadas a los establecimientos de acuerdo a un tabulador, pero no es posible asegurar que se provean de forma estandarizada, ya que cada establecimiento puede realizarlas con variaciones, si bien, como se señala previamente, la acreditación de las unidades médicas favorece la estandarización de los servicios prestados en las mismas.

El mecanismo de afiliación sí se encuentra estandarizado en lo que se refiere a la herramienta y al padrón de afiliados, con requisitos y procedimientos específicos, mismos que se difunden entre los actores participantes. Asimismo, se distribuye entre la población atendida la carta de derechos y obligaciones como afiliadas o afiliados. Por otra parte, los procesos de afiliación o reafiliación pueden tener variaciones con respecto a la clasificación socioeconómica de las personas, así como los criterios de elegibilidad; estas diferencias podrían ser identificadas entre entidades o municipios, lo que sugiere que, si bien se cuenta con criterios definidos por la CNPSS que son de aplicación para todas las entidades, puede existir heterogeneidad en la aplicación de los mismos.

Sería deseable un análisis de las razones de las diferencias en la clasificación socioeconómica, así como la finalización del proceso de integración de padrón único de salud para estandarizar la validación de la elegibilidad de las personas.

15. 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.

Justificación:

Los LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS establecen el uso de la CECASOEH, que se define como Instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría que es aplicado por los REPSS para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al SPSS y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

La afiliación es válida por un periodo de 2 años, y debe renovarse con una nueva CECASOEH que revisará la información socioeconómica. La cédula se obtiene de la población que solicita afiliación para su registro y para generar la clasificación socioeconómica. En ese sentido, no se obtiene información para población no afiliada.

La CECASOEH indaga sobre características de la vivienda, composición del hogar, así como características educativas, laborales, y demográficas de cada integrante; no se pregunta sobre el ingreso del hogar. La información de la vivienda, que incluye un conjunto muy limitado de bienes en el hogar y de la composición del mismo, es lo que se utiliza para la llevar a cabo la clasificación socioeconómica del individuo.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

16. Para cada uno de los Componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de Actividades que:
- Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
 - Están ordenadas de manera cronológica.
 - Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.
 - Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	° Del 0% al 49% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

Para contestar esta pregunta se tomó como base el documento anexo que corresponde a la MIR, así como el Diagnóstico ampliado U005 E020. La MIR identifica un único componente para el programa, el cual se define como: "Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud otorgado a los beneficiarios del Seguro Popular".

Las actividades que se especifican (A1 Transferencia de recursos a las entidades federativas, A2 Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, A3 Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal, y A4 Incorporación de personas al Seguro Popular), no resultan suficientes para el logro del componente.

La redacción de las mismas puede resultar ambigua en tanto que se requiere especificar a qué se refiere eficiencia en la actividad 2, y a qué tipo de revisión se refiere la actividad 3. Si la actividad se refiere a los tiempos de transferencia o si se refiere a que la misma se lleve a cabo a través de indicadores de resultado, son aspectos que requieren mayor claridad.

Con respecto al orden cronológico de las mismas, no es evidente que exista algún orden en las mismas.

Los supuestos a ese nivel de objetivos no corresponden a aquellos factores externos que, según la metodología de Marco Lógico, sumados a las actividades generaría el componente al cual pertenecen.

Los supuestos descritos en la MIR son los siguientes:

- A través de la incorporación de personas sin seguridad social por estatus laboral, a los servicios del Seguro Popular se contribuye a evitar gastos por motivos de salud
- El cumplimiento de las transferencias de los recursos calendarizados sirven para asegurar que la población sin seguridad social obtenga la atención médica sin incurrir en gastos por motivos de salud.
- El cumplimiento del tiempo empleado en la radicación de Recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos permite que la población económicamente desfavorecida al utilizar los servicios del Seguro Popular no aumenten su empobrecimiento por motivos de salud
- La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar su empobrecimiento por motivos de salud.

17. Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:

- Son los bienes o servicios que produce el programa.
- Están redactados como resultados logrados, por ejemplo becas entregadas.
- Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.
- Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	° Del 0% al 49% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

En la MIR se incluye únicamente un componente, “Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud otorgado a los beneficiarios del Seguro Popular”; este componente no define un servicio específico que produzca el programa. En parte ello se debe a que la estructura del programa es un mecanismo de financiamiento de servicios que proveen los establecimientos estatales de salud. Como está redactado, el componente es una forma re-fraseada del propósito, por lo que es evidente la conexión entre ambas narrativas. No obstante, esto es resultado de plantear un único componente, que se mimetiza entonces con el propósito.

Su realización junto con el supuesto en ese nivel que considera que “La población sin seguridad social por estatus laboral, utiliza los servicios del Seguro Popular a través de las consultas en las diferentes unidades de salud de manera efectiva y con calidad, contribuyendo con ello a evitar gastos por motivos de salud” es capaz de generar en cierta medida el propósito.

18. El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

- Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.
- Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.
- Incluye la población objetivo.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° El Propósito cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

“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” es el propósito descrito en la MIR. No puede valorarse si éste es la consecuencia directa de la obtención de los componentes debido a que, como se señala en la pregunta 17, propósito y componente están mimetizados al proponerse un único componente. De igual forma, el supuesto planteado es otra forma de re-frasear la misma idea que el propósito: “La población sin seguridad social, accede a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidades en unidades de salud mediante la afiliación al sistema, contribuyendo a evitar los gastos por motivos de salud”.

La redacción del propósito puede considerar diferentes objetivos, lo anterior siguiendo la lógica que los servicios de prevención, atención ambulatoria, y atención hospitalaria son diferentes ya que se ofrecen por personal distinto y en establecimientos diferentes; finalmente, el propósito está redactado como una situación alcanzada que incluye a la población objetivo.

19. El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- c) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- d) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- e) Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° El Fin cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

El fin especificado es "Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social". Al no existir una definición del Sistema Nacional de Salud Universal puede resultar ambiguo lo que se busca con el mismo, y por otra parte se desconecta de la lógica centrada en el individuo, dando paso a una lógica relacionada con el sistema de salud. Su logro no está controlado por los responsables del programa. Asimismo, sí se considera que está vinculado con objetivos estratégicos de la Secretaría de Salud, así como del PROSESA.

20. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	° Algunas de las Actividades de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.

Justificación:

Sí se incluye MIR en el Diagnóstico ampliado U005 y E020. Se identifica como área de oportunidad la alineación y uniformidad en la presentación de la información de fin, propósito, componentes, actividades y sus indicadores los documentos normativos vigentes.

Por el tipo de programa del que se trata el U005 no cuenta con reglas de operación en las cuales se puede presentar la MIR, y el documento normativo principal, el RLGSPSS no la incluye, ya que éste detalla y describe al SPSS, sin mencionar en lo particular al SP, si bien es claro que este es un elemento nodal del propio SPSS.

Si no es posible contar con reglas de operación para el SP, sería deseable que se elaborara un documento de lineamientos operativos anuales que se refieran en lo específico al SP y que los mismos retomaran la MIR del programa, detallado entonces el funcionamiento del mismo.

Es posible que la falta de especificidad que se observa en general en la MIR del programa sea resultado de que la misma no tiene una clara conexión con la operación, al no contarse con un documento normativo tipo reglas de operación que sea necesario actualizar y conocer para los operadores del programa.

21. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

- Claros.
- Relevantes.
- Económicos.
- Monitoreables
- Adecuados.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	° Del 85% al 100% de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

Tomando en cuenta únicamente los indicadores incluidos en la MIR del programa, dejando fuera aquéllos referidos en el PAE o en otros anexos, en general sí cumplen con estas características, excepto el indicador “Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas” cuyo método de cálculo es el resultado de la división del número de Estados a los que se les revisa la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal dentro del promedio de revisión entre el total de Entidades Federativas por 100.

22. 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 ó nominal).

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° Del 50% al 69% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

El 50% de los indicadores cuentan con las características solicitadas, los que no describen la información solicitada en su totalidad son los siguientes:

- Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud.
- Recursos financieros transferidos y disponibles para llevar a cabo trabajos de dignificación, conservación y mantenimiento en infraestructura y equipos de las unidades médicas.
- Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastrófico.
- Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas.

23. 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.

Nivel	Criterios
2	° Del 50% al 69% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

Uno de los indicadores (12.5%) no tiene meta. Asimismo se considera que las metas de algunos de los indicadores de actividades son laxas.

24. Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación con las siguientes características:

- Oficiales o institucionales.
- Con un nombre que permita identificarlos.
- Permiten reproducir el cálculo del indicador.
- Públicos, accesibles a cualquier persona.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° Del 50% al 69% de los medios de verificación cumplen con las características establecidas en la pregunta.

Justificación:

El indicador de fin y uno de los indicadores de actividades no cuentan con medios de verificación en la MIR disponible en el Diagnóstico ampliado U005 E020 (25%). Mientras tanto, los medios de verificación de los demás indicadores son bases de datos o sistemas de información institucionales, mencionados con un nombre que permite identificarlos y, de ser necesario reproducir el cálculo del indicador. Si bien las bases de datos no son accesibles a cualquier persona, sí son públicas.

25. Considerando el conjunto Objetivo-Indicadores-Medios de verificación, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:

- a) Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
- b) Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
- c) Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° Dos de los conjuntos Objetivo-Indicadores-Medios de verificación del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

No se mencionan medios de verificación para el indicador de fin de la MIR, tampoco se mencionan medios de verificación para un indicador de actividades.

Por lo anterior, de los conjuntos "Fin-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores" y "Actividades-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores" no es posible identificar la totalidad de los elementos.

Con respecto de los conjuntos "Propósito-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores" y "Componentes-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores", si bien los medios de verificación son necesarios y suficientes para calcular los indicadores, éstos permiten medir solo indirectamente el objetivo a ese nivel.

26. Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.

Justificación:

Es necesario desarrollar una versión revisada de la MIR, para lo cual se requieren decisiones hacia el programa que permitan entonces establecer si se presentará únicamente como una bolsa que transfiere acriticamente recursos a las entidades o en un programa que establece mecanismos para que los REPSS incidan en el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, a través de la compra estratégica de servicios como mecanismo para enviar señales a la oferta. Asimismo, contemplar esquemas de incentivos relacionados con el financiamiento, mecanismos de financiamiento basado en resultados, que asocien las transferencias a las entidades con indicadores de resultados en salud en la población.

Se sugieren los siguientes ajustes para clarificar el diseño del programa.

Fin: Contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud en México

Propósito: La población que no cuenta con seguridad social tiene garantizado el acceso a un paquete de intervenciones ambulatorias en salud (CAUSES) y acceso a un conjunto pre-definido de intervenciones de alta complejidad (FPGC).

Componentes:

C1. Aseguramiento en salud. La población sin seguridad social se encuentra afiliada al SP, respondiendo de forma oportuna a la dinámica de esta población.

C2. Fortalecimiento de la infraestructura para la provisión de servicio de salud. Los servicios estatales de salud reciben recursos para contar con una infraestructura suficiente para la provisión de servicios a la población afiliada.

C3. Mejoramiento de la calidad técnica en la provisión de servicios de salud. Mediante procesos de acreditación y de incentivos a la oferta, se promueve la estandarización de la oferta hacia las mejores prácticas.

C4. Financiamiento a la oferta. Los recursos se transfieren de forma oportuna a las entidades y establecimientos siguiendo criterios asociados a resultados.

(Ver anexo correspondiente)

Presupuesto y rendición de cuentas

27. 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:

- Gastos en operación:** Se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000).
- 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 2000,3000 y/o 4000.
- 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).
- Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida ($\text{Gastos totales} = \text{Gastos en operación} + \text{gastos en mantenimiento}$). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa dos de los conceptos establecidos.

Justificación:

La información detallada de presupuesto a la que se tuvo acceso únicamente hace referencia al presupuesto del capítulo 4000, en particular a lo que se refiere a los subsidios transferidos a las entidades (partida 43401) y para los fideicomisos de gastos catastróficos, variación en la demanda, e infraestructura. En una nota entregada por la Dependencia a cargo del programa se explica que “El programa presupuestario U005 “Seguro Popular” en su conformación presupuestal no cuenta con recursos para cubrir gastos de operación, ya que está integrado únicamente con recursos destinados a las acciones sustantivas, a fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).” De acuerdo a la misma nota, los recursos de operación del U005 se asignan y ejercen a partir del programa presupuestario M001 “Apoyo Administrativo”. De este último programa presupuestario se reporta un gasto de \$82,787,029.67 en los capítulos 2000, 3000 y 5000. De este monto, no se reporta gasto en capítulo 1000, que debe ser necesario para la operación de la CNPSS.

Del monto total reportado, que asciende a \$75,437,199,414 pesos, 78.97% (o \$59,575,063,368 pesos) se refieren a los subsidios transferidos a las entidades, de los cuales, a partir de la información disponible no es posible discernir qué porcentaje (o si el total) de este monto se destina efectivamente a servicios a la población, ya que el detalle del uso de los recursos en las entidades no se incluye en la información de presupuesto. El remanente 21.03% (15,862,136,046.00) es recurso que se transfiere a los fideicomisos, y de este monto 77.79% (o \$12,339,280,555 pesos) se destina al Fideicomiso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el cual en principio es recurso destinado a servicios a la población, si bien a partir de la información no es posible identificar el monto que efectivamente se utiliza para esto. No se reporta el gasto unitario, aunque el monto total de las transferencias a las entidades se integra considerando la cápita establecida en el programa.

En tanto que se entiende que el Seguro Popular es un programa para el financiamiento de servicios de salud, la operación del mismo requiere de una estructura, a la vez que el diseño en la Ley del Sistema de Protección Social en Salud establece los criterios que deben regir este mecanismo de aseguramiento, por lo que la información sobre el uso de los recursos podría estructurarse de forma tal que permita verificar esto.

28. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:

- Las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.
- Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.
- 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.
- 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.

Nivel	Criterios
3	° Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen tres de las características establecidas.

Justificación:

En el portal <http://seguro-popular.gob.mx/> es posible acceder con menos de 3 clics a la normatividad aplicable al Seguro Popular (liga en la página principal bajo el menú Seguro Popular <http://seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/leyes>), a los estudios (liga en la página principal bajo el menú Transparencia a Estudios Financiados por la CNPSS <http://seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia/vi-indicadores-de-gestion-de-desempeno-y-del-ejercicio-del-gasto-publico-de-los-programas-presupuestarios-de-la-administracion-publica-federal>), y en la página principal se presenta el número del Centro de Atención Telefónica (01 800 POPULAR) por lo que estos elementos se encuentran disponibles.

No se cuenta con información sobre los recursos de acceso a la información para conocer si este elemento existe. La información disponible documenta que el Comité de Información de la CNPSS sesiona de forma oportuna para dar respuesta a las solicitudes de acceso a la información, y reporta el estatus de los expedientes y recursos recibidos. La información reporta la presentación de alegatos para recursos de revisión pero no detalla si para alguno de estos hay modificación de respuesta.

Por otra parte, es importante destacar los elementos siguientes:

- Por lo que se refiere a la información sobre la normatividad, no es evidente que la ley y reglamento sean los elementos específicos para el Seguro Popular, ya que se refieren en lo general al SPSS. En ese sentido, es importante que esta especificación se comunique a la población para que tenga claridad sobre la normatividad aplicable.
- Los estudios que se reportan se refieren a los financiados por la CNPSS que pueden incluir a los afiliados a otros esquemas y no únicamente Seguro Popular. Sería deseable que se especifique los estudios que incluyen a la población SP.

29. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:

- Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- Están sistematizados.
- Están difundidos públicamente.
- Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	° Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen tres de las características establecidas.

Justificación:

Los mecanismos operativos del programa se establecen en el RLGSPSS, y asimismo, existen lineamientos específicos para los procesos que llevan a cabo las entidades federativas con relación a los recursos del SP. Estos lineamientos se encuentran difundidos públicamente y son consistentes con el Reglamento mencionado.

No obstante, la ejecución de las acciones ocurre en los Servicios de Salud de las entidades y los Hospitales Federales, cuyos protocolos de atención no son homogéneos. En tanto que existen documentos orientados a la estandarización, como es el propio CAUSES, el cual establece las intervenciones que cubre el SP con los insumos que se requieren para cada una, el mismo no es un manual de procedimiento sino un listado de intervenciones, si bien el mismo menciona las Normas Oficiales y/o Guías de Práctica Clínica relacionadas con la intervención, a partir de las cuales se esperaría la estandarización de la atención.

También se considera que para recibir recursos del SP los establecimientos de salud deben estar acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, lo que establece un mínimo de condiciones para la provisión de servicios, lo que favorece la estandarización de los mismos.

Complementariedades y coincidencias con otros programas federales

30. ¿Con cuáles programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Justificación:

El SP por diseño es complementario con los esquemas de seguridad social, en el sentido que busca proporcionar protección financiera en salud para la población que no cuenta con la misma a través de la seguridad social. En esta lógica, es complementario con el IMSS; ISSSTE, y las otras instituciones de seguridad social que integran el Sistema de Salud en México.

Por otra parte, el SP se ha priorizado como el esquema de atención a la salud de la población en Prospera Programa de Inclusión Social, el cual incluye corresponsabilidades en el ámbito del cuidado a la salud. En tanto que Prospera cuenta con un mecanismo de focalización explícito en condición socioeconómica, no es el caso para el SP, si bien la incidencia mayor del programa es en población similar que con mayor probabilidad no cuenta con seguridad social, y entra al SP como no contribuyente.

Asimismo, se han identificado coincidencias y/o complementariedades con los Programas IMSS-Prospera, Seguro Médico Siglo XXI, Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud (antes Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud), Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (que resulta de la fusión de los Programas Unidades Médicas Móviles –antes Caravanas de la Salud- y Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud), Programa Calidad en la Atención Médica (antes Sistema Integral de Calidad en Salud). Este grupo de programas en conjunto ha logrado fortalecer la operación y ejecución del SPSS en las entidades federativas y la Ciudad de México.

Se pueden considerar como coincidencias también los programas de acción en salud que atienden las condiciones que son financiadas mediante el SP. En este caso, no es del todo claro que exista coordinación entre los programas para definir la atención a la población.

Valoración Final del Programa (Anexo 10)

Tema	Nivel	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	1.667	Con respecto a la justificación de la creación y diseño del programa, de las 3 preguntas consideradas se obtiene un promedio de 1.667, lo que es 41.7% del máximo posible. Este aspecto es el que representa el mayor reto para el programa, en particular por la ausencia de documentación actualizada sobre el problema público que atiende y la justificación teórica o empírica de la intervención propuesta, adicional a la necesidad de mayor claridad en la definición del mismo.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	4.0	En torno a la contribución a las metas y estrategias nacionales, se obtiene un puntaje de 4, esto es, de 100%, lo que puede interpretarse como la pertinencia del programa, y su relevancia para el logro del acceso efectivo a la salud, meta nacional y del programa sectorial.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	3.8	Con respecto a la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad, el promedio obtenido es de 3.8, esto es 95% del puntaje máximo posible; lo que señala que existe una adecuada identificación en las poblaciones, si bien con retos establecidos en lo general por la incompatibilidad que se ha identificado entre la información de registros administrativos, y la información de referencia para los cálculos proveniente de fuentes nacionales.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	3.5	En lo que se refiere al padrón de beneficiarios y mecanismos de atención, con respecto a las dos preguntas con valoración cuantitativa consideradas se obtiene un promedio de 3.5, esto es, 87.5% del total posible. Lo anterior debido a que se logró verificar la existencia del padrón de beneficiarios con las variables más importantes disponibles para su consulta, así como mecanismos para la depuración del mismo.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	1.9	Para la MIR del programa, los retos identificados en el diseño y en la construcción de la MIR, que se potencialmente son resultado de que la misma no parece ser una herramienta para la operación del programa, se reflejan en un promedio de 1.9, esto es, 47.5% del máximo posible.
Presupuesto y rendición de cuentas	2.667	Para las 3 preguntas sobre presupuesto y rendición de cuentas, el promedio es de 2.667, lo que representa 66.7% del máximo posible. La información de presupuesto únicamente hace referencia al presupuesto del capítulo 4000, en particular lo que se refiere a los subsidios transferidos a las entidades (partida 43401) y para los fideicomisos de gastos catastróficos, variación en la demanda, e infraestructura.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	N/A	Sobre las complementariedades y coincidencias con otros programas federales, el SP por diseño es complementario con los esquemas de seguridad social, en el sentido que busca proporcionar protección financiera en salud para la población que no cuenta con la misma a través de la seguridad social.
Valoración final	2.922	

Nivel = Nivel promedio por tema

Justificación = Breve descripción de las causas que motivaron el nivel por tema o el nivel total (Máximo 100 caracteres por Módulo)

Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones (Anexo 11)

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y/u Oportunidad			
Justificación de la creación y del diseño del programa	El programa original tenía identificado el problema o necesidad que buscaba resolver al momento de su creación.	1	Se recomienda actualizar el documento y enfatizar que el problema público a atender es que "La población sin seguridad social tiene barreras para ejercer su derecho a la protección de la salud".
Justificación de la creación y del diseño del programa	El programa cuenta de forma general con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema a que pretende atender.	2	Se recomienda profundizar en la caracterización de la población que enfrenta el problema, no limitándose a describir a la población afiliada.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	En el apartado sobre contribución a las metas, se obtiene un puntaje de 4, esto es, de 100%, lo que permite establecer la pertinencia del programa, y su relevancia para el logro del acceso efectivo a la salud, meta nacional y del programa sectorial.	Todas	Seguir justificando la pertinencia del programa y su trascendencia para lograr el acceso efectivo a la salud.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El documento del Programa de Acción Específico del SPSS, del cual el programa U005 forma parte, contribuye a las metas nacionales establecidas en el PND 2012-2018 de "México Incluyente" y "México Próspero".	4	Seguir justificando la pertinencia del programa y su trascendencia para lograr el acceso efectivo a la salud, contribuyendo a las metas nacionales establecidas en el PND.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	Con relación a "México Próspero", el programa contribuye al objetivo sectorial "Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud".	5	Seguir justificando la pertinencia del programa y su trascendencia para lograr el acceso efectivo a la salud con el fin de asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	Con relación a "México Incluyente", en particular contribuye a los objetivos 2.1 "Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población", y 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud".	5	Seguir justificando la pertinencia del programa y su trascendencia para lograr el acceso efectivo a la salud, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y asegurar el acceso a los servicios de salud.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El programa U005 se vincula de forma directa con el ODS 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y de forma indirecta con el ODS 10 "Reducir la desigualdad en y entre los países".	6	Seguir justificando la pertinencia del programa y su trascendencia para lograr el acceso efectivo a la salud con el fin de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y reducir la desigualdad.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	Para el apartado sobre la definición de las poblaciones, el promedio obtenido es de 3.8, esto es 95% del puntaje máximo posible, lo que señala que existe una adecuada identificación en las poblaciones.	Todas	Atender los retos identificados, en lo general, por la inconsistencia que se ha encontrado entre la información de registros administrativos, y la información de referencia para los cálculos.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	En el Diagnóstico ampliado U005-E020 sí se define, caracteriza y cuantifica la población objetivo y potencial. Se cuenta con estimaciones de ambos grupos (potencial y objetivo) para cada entidad, y la distribución por sexo y edad de las mismas de acuerdo a los datos de las mismas fuentes.	7	Atender los retos identificados, en lo general, por la inconsistencia que se ha encontrado entre la información de registros administrativos, y la información de referencia para los cálculos.

Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes.	8	Es recomendable que el padrón considere la caracterización de la población objetivo.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	El programa cuenta con una definición de población objetivo, como se ha mencionado previamente; especifica metas de afiliación, las cuales son trimestrales y están incluidas en el Anexo II de los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del SPSS en las entidades federativas.	10	Es recomendable considerar que la población objetivo es dinámica, ya que depende tanto del crecimiento poblacional como del comportamiento del empleo con prestaciones, aspectos ambos que no están bajo control del SP.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo; éstos tienen formatos definidos y estandarizados, los cuales están identificados en los documentos normativos del programa.	12	Es recomendable que los procedimientos se adapten a las necesidades de la población objetivo.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	El programa U005 Seguro Popular cuenta con un padrón de población afiliada con registros por individuo; el padrón contiene la información de identificación y ubicación geográfica de la población afiliada, así como la caracterización socioeconómica de la misma de acuerdo al sistema desarrollado internamente.	13	Es recomendable que el padrón cuente con todas las variables de la CECASOEH. Por otra parte, resulta relevante contar con un mecanismo más robusto de clasificación socioeconómica.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	En lo que se refiere al padrón de beneficiarios y mecanismos de atención, con respecto a las dos preguntas con valoración cuantitativa consideradas se obtiene un promedio de 3.5, esto es, 87.5% del total posible. Lo anterior debido a que se logró verificar la existencia del padrón de beneficiarios con las variables más importantes disponibles para su consulta, así como mecanismos para la depuración del mismo.	Todas	Es recomendable que el padrón cuente con todas las variables, así como que la estimación del decil de ingreso permita clasificar correctamente a los individuos.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Sí se incluye MIR en el Diagnóstico ampliado U005 y E020.	Todas	Se identifica como área de oportunidad la alineación y uniformidad en la presentación de la información de fin, propósito, componentes, actividades y sus indicadores los documentos normativos vigentes.
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.	28	Es importante que se comunique a la población para que la ley y reglamento son los elementos normativos específicos para el SP tenga claridad sobre la normatividad aplicable.
Presupuesto y rendición de cuentas	Los mecanismos operativos del programa se establecen en el RLGSPSS, asimismo existen lineamientos específicos para los procesos que llevan a cabo las entidades federativas con relación a los recursos del SP. Estos lineamientos se encuentran difundidos públicamente y son consistentes con el Reglamento mencionado.	29	Buscar diferentes mecanismos para lograr la estandarización de la atención.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	El SP por diseño es complementario con los esquemas de seguridad social, en el sentido que busca proporcionar protección financiera en salud para la población que no cuenta con la misma a través de la seguridad social.	30	Se recomienda evitar las duplicidades, mediante el aseguramiento de individuos que sean elegibles, es decir que no cuenten con seguridad social.

Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	El SP se ha priorizado como el esquema de atención a la salud de la población en Prospera Programa de Inclusión Social, el cual incluye corresponsabilidades en el ámbito del cuidado a la salud.	30	Documentar las sinergias entre ambos programas.
Debilidad o Amenaza			
Justificación de la creación y del diseño del programa	El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema a que pretende atender, aunque los mismos están desactualizados, y corresponden al momento de creación del programa. Adicionalmente, la ausencia de la narrativa de los árboles de problemas no permite identificar con certeza la perspectiva que desde el programa se plantea con relación al reto a atender y los mecanismos para hacerlo.	2	Se considera que debería explicitarse en el problema lo que se refiere a la necesidad de atención a la salud, o planteado en términos de derechos, el incumplimiento del derecho a la protección de la salud como el problema público a atender, y que entre sus causas principales incluye la ausencia de protección financiera y el tema estructural al que se refiere la infraestructura.
Justificación de la creación y del diseño del programa	Si bien el documento presenta una cuantificación de la población sin seguridad social, no se desarrolla una caracterización de la misma, ya que se enfoca en caracterizar a las y los afiliados.	1	El documento podría caracterizar la población a partir de información disponible de fuentes secundarias que además documenten aspectos relacionados con el acceso a servicios y sobre barreras, en particular las financieras.
Justificación de la creación y del diseño del programa	En la documentación entregada no se identifica el sustento de la intervención, ni de forma independiente de cada programa previo a la fusión, ni del programa resultante de la fusión, que sea consistente con el diagnóstico del problema.	3	La justificación podría obtenerse a partir de la evidencia generada tanto para México como para otros contextos. La evidencia puede proponerse con relación a la relevancia de los servicios de salud para la protección a la salud de los individuos así como en lo que se relaciona con la protección financiera como mecanismo para eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios de salud.
Justificación de la creación y del diseño del programa	Se observa una inconsistencia en el documento de diagnóstico entregado que señala como problema a atender la simplificación presupuestaria, que corresponde al objetivo de la fusión de los programas U005 y E020, y no al problema público que el programa que resulta de esta fusión, el actual U005, busca atender.	1	Se propone una alternativa de definición del problema público "La población sin seguridad social tiene barreras para ejercer su derecho a la protección de la salud".
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	No se presentan estimaciones específicas para población indígena.	7	Generar estimaciones específicas para población indígena.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	La inconsistencia entre el reporte directo de los hogares (captado en el Censo o en encuestas) y los datos administrativos (el padrón de afiliados) indica que hay un sesgo en la estimación de la población objetivo, en tanto que se asume una cobertura mayor a la que se estima por reporte de los hogares.	9	Atender los retos identificados, en lo general, por la inconsistencia que se ha encontrado entre la información de registros administrativos, y la información de referencia para los cálculos.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	Ante la ausencia de un padrón único de salud, no se cuenta con un mecanismo estandarizado para la verificación del criterio de elegibilidad en cada caso, y estos mecanismos de validación son establecidos en cada entidad.	11	Establecer mecanismos que permitan verificar la elegibilidad (que el individuo no cuente con seguridad social).

Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	En lo que se refiere a la afiliación como tal, la misma puede tener variaciones en cuanto a la clasificación socioeconómica de las personas y la elegibilidad entre entidades, lo que sugiere heterogeneidad en la aplicación de las mismas, si bien se cuenta con criterios definidos por la CNPSS que son de aplicación para todas las entidades.	14	Sería deseable un análisis de las razones de las diferencias en la clasificación socioeconómica, y finalizar el proceso de padrón único de salud para estandarizar la validación de la elegibilidad de las personas.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Para la MIR del programa, los retos identificados en el diseño y en la construcción de la MIR se reflejan en un promedio de 1.9, esto es, 47.5% del máximo posible.	Todas	Es necesario elaborar una MIR que constituya una herramienta para la operación del programa.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Por el tipo de programa del que se trata el U005 no cuenta con reglas de operación en las cuales se puede presentar la MIR, y el documento normativo principal, el RLGSPSS no lo incluye, ya que ese detalla al SPSS, y no menciona en lo particular al SP, si bien es claro que este es un elemento nodal del propio SPSS.	Todas	Sería deseable que se elabore un documento de lineamientos operativos anuales que se refieran en lo específico al SP y que el mismo retome la MIR del programa, detallado entonces el funcionamiento del mismo.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	El componente no define un servicio específico que produzca el programa. En parte ello se debe a que la estructura del programa es un mecanismo de financiamiento de servicios que proveen los establecimientos estatales de salud. La redacción del propósito puede considerar diferentes objetivos, si se plantea que los servicios de prevención, atención ambulatoria, y atención hospitalaria son diferentes.	Todas	Es necesario desarrollar una versión revisada de la MIR, para lo cual se requieren decisiones hacia el programa que permitan entonces establecer si se presentará únicamente como una bolsa que transfiera acríticamente recursos a las entidades o en un programa que establece mecanismos para que los REPSS incidan en el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, a través de la compra estratégica de servicios como mecanismo para enviar señales a la oferta.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	La MIR no parece ser una herramienta para la operación del programa.	26	Contemplar esquemas de incentivos relacionados con el financiamiento, mecanismos de financiamiento basado en resultados, que asocien las transferencias a las entidades con indicadores de resultados en salud en la población.
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Las actividades que se especifican no resultan suficientes para el logro del componente; la redacción de las mismas puede resultar ambigua; no es evidente que exista algún orden en las mismas y los supuestos a este nivel no corresponden a aquellos factores externos que, sumados a las actividades generaría el componente al cual pertenecen.	16	Es necesario desarrollar una versión revisada de la MIR.
Presupuesto y rendición de cuentas	No se reporta el gasto unitario, aunque el monto total de las transferencias a las entidades se integra considerando la cápita establecida en el programa.	27	Identificar los gastos unitarios en que el U005 incurre para generar sus componentes.
Presupuesto y rendición de cuentas	La información de presupuesto a la que se tuvo acceso únicamente hace referencia al presupuesto del capítulo 4000, en particular lo que se refiere a los subsidios transferidos a las entidades (partida 43401) y para los fideicomisos de gastos catastróficos, variación en la demanda, e infraestructura. No se reporta el gasto unitario, aunque el monto total se integra considerando la cápita establecida en el programa.	27	En tanto que se entiende que el Seguro Popular es un programa para el financiamiento de servicios de salud, la operación del mismo requiere de una estructura, a la vez que el diseño en la Ley del Sistema de Protección Social en Salud establece los criterios que deben regir este mecanismo de aseguramiento, por lo que la información sobre el uso de los recursos podría estructurarse de forma tal que permita verificar esto.

Presupuesto y rendición de cuentas	Los recursos de operación del U005 se asignan y ejercen a partir del programa presupuestario M001 "Apoyo Administrativo". De este último programa presupuestario se reporta un gasto de \$82,787,029.67 en los capítulos 2000, 3000 y 5000. De este monto, no se reporta gasto en capítulo 1000, que debe ser necesario para la operación de la CNPSS.	27	Identificar los gastos en operación en que el U005 incurre para generar sus componentes.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	Se pueden considerar como coincidencias asimismo los programas de acción específicos que atienden las condiciones que son financiadas mediante el SP. En este caso, no es del todo claro que exista coordinación entre los programas para definir la atención a la población.	30	Buscar la coordinación entre los programas de acción específicos que atienden las condiciones que son financiadas mediante el SP.

Conclusiones (Anexo 12)

El *U005 Seguro Popular* es sin duda alguna un programa de enorme relevancia para asegurar el derecho constitucional a la protección de la salud, y este elemento está claramente considerado desde el diseño mismo del SPSS a partir de la reforma a la LGS de 2003, y que se traslada hacia el mecanismo operativo del Sistema, que es justamente el SP.

Un reto de alta relevancia para el SP es la definición misma de lo que es; es decir, en una visión simplificada, puede verse al SP como un esquema de financiamiento para los servicios estatales de salud, y en esa lógica es únicamente una bolsa de recursos que, una vez definida la población cubierta, se usa para hacer llegar a las entidades las contribuciones que la Federación tiene obligadas para la provisión de servicios de salud.

En una lectura más en el contexto de las políticas públicas, el SP se trata de un seguro público de salud, que debe entonces reflejar la preocupación social en promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, estableciendo los mecanismos necesarios para que la afiliación se traduzca entonces en acceso efectivo a servicios de salud resolutivos, esto es, que una persona al presentar una condición que identifique como que requiere atención, pueda obtenerla sin costo y sin demora, y que la misma sea resolutive.

Para ello, el SP puede plantearse como un mecanismo de compra estratégica, en el cual se lleva a cabo un proceso de financiamiento basado en resultados a través del cual se incentiva a las entidades tanto a asegurar la cobertura de toda la población sin seguridad social que acuda (considerando la dinámica de esta población) como que los servicios ofrecidos se encuentren estandarizados y se reflejen en indicadores de mejor estado de salud en la población atendida.

El diseño del SP debe explicitar esta lógica, e integrar los indicadores que le permitan establecer esta ruta, reflejando en su narrativa la necesidad de incidir en la salud de la población a través del acceso efectivo, el cual incluye desde luego la protección financiera, el eje de las acciones del SP. Potenciar el SP desde el punto de vista del diseño permitirá alinear las acciones del mismo de una manera más articulada en la arquitectura del Sistema de Protección Social en Salud.

Ficha Técnica de la Instancia Evaluadora (Anexo 13)

Nombre de la instancia evaluadora:

Instituto Nacional de Salud Pública

Nombre del coordinador de la evaluación:

Juan Pablo Gutiérrez

Nombres de los principales colaboradores:

Perla Ríos

Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:

Dr. Adolfo Martínez Valle

Forma de contratación de la instancia evaluadora:

Licitación pública

Costo total de la evaluación:

\$313,200.00 (Trescientos trece mil doscientos pesos 00/100 M.N.), Impuesto al Valor Agregado incluido.

Fuente de financiamiento:

Recursos federales. Partida específica de gasto 33501 "Estudios e investigaciones", del Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal

Bibliografía

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016). Diagnóstico de Programas Nuevos. Diagnósticos. No disponible
- Sistema de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud (2013). Sistema de Protección Social en Salud Programa de Acción Específico 2013-2018. Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales. No disponible
- Secretaría de Salud (2005). LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.. ROP o documento normativo. Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005. Última reforma publicada DOF 19/12/11
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2016). Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Primer Trimestre 2016
- Sistema de Protección Social en Salud (2016). Fichas técnicas de indicadores. Fichas técnicas. No disponible
- Sistema de Protección Social en Salud (2016). <http://seguro-popular.gob.mx/> . Página de Internet. No disponible
- Organización de las Naciones Unidas (2016). <http://www.un.org/es/development/desa/development-beyond-2015.html>. Página de Internet. No disponible
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016). Estado del Ejercicio del Presupuesto 2016. Documentos de Trabajo e Institucionales. No disponible
- Gobierno de la República (2004). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. ROP o documento normativo. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de diciembre de 2014
- Secretaría de Salud (2014). LINEAMIENTOS para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud. ROP o documento normativo. Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 12 de septiembre de 2014
- Secretaría de Salud (2007). LINEAMIENTOS para la integración de la aportación solidaria estatal del Sistema de Protección Social en Salud.. ROP o documento normativo. Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2007. Última reforma publicada DOF 25/07/08
- Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (2014). Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. ROP o documento normativo. Agosto 2014
- Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Plan Nacional de Desarrollo (PND). DOF, 20 de mayo de 2013
- Secretaría de Salud (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales. DOF, 12 de diciembre de 2013
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016). Términos de Referencia para la Evaluación en materia de Diseño del Programa "Seguro Popular" U005. Otros. No disponible
- Gobierno de la República (1984). Ley General de Salud . ROP o documento normativo. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada en el DOF el 01-06-2016