

**DATOS GENERALES DEL PROGRAMA****Nombre del Programa:** Seguro Popular**Modalidad:** U005**Dependencia:** Secretaría de Salud**1. Unidad Administrativa:** Comisión Nacional de Protección Social en Salud**Datos del (a) Titular****Nombre:** David García Junco Machado**Teléfono:** 50903600 ext 57392**Correo Electrónico:** dgarciajunco@seguro-popular.gob.mx**Datos del (a) Responsable Operativo (a) del Programa****Nombre:** Juan Eduardo Lozano Ortega**Teléfono:** 50903600 ext 57437**Correo Electrónico:** eduardo.lozano.cnps@gmail.com**Descripción del programa**

El Programa Seguro Popular es el componente operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual es un mecanismo financiero que tiene como propósito principal garantizar el acceso a servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social y evitar que realice gastos catastróficos por atender problemas de salud. La afiliación al Programa tiene como objetivo principal el acceso, sin gasto de bolsillo, a un conjunto de intervenciones de salud garantizadas en los tres niveles de atención. Las intervenciones que cubre el Programa se incluyen en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Las entidades federativas son las responsables a nivel local de la afiliación de beneficiarios, administración de los recursos, supervisión de los prestadores de servicios y pago de los mismos.

**Resumen Narrativo de la MIR****Fin:** Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social**Propósito:** La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa**Componentes:**

1. Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud

**Actividades:**

1. Transferencia de recursos a las entidades federativas
2. Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal
3. Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
4. Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular

## RESULTADOS Y HALLAZGOS

### Resultados provenientes de Evaluaciones de impacto

#### Tipos de Resultados Documentados

**Fuente:** Comisión de Protección Social en Salud, México (Toda la información de esta evaluación de impacto se obtuvo de la Evaluación de Consistencia y Resultados 2012 y de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, ya que no se contó con la fuente primaria).

**Instancia Evaluadora:** Universidad de Harvard

**Nombre del (a) Coordinador (a):** Gary King

**Año de Evaluación:** 2007

**Elementos de Análisis:** Fin

#### Resultados Finales Documentos

**Valoración:** Adecuada

**Observaciones:** 1. Efecto en reducción de gastos catastróficos y efecto menor en el gasto de bolsillo por medicamentos en la atención ambulatoria, si bien hubo mayor ahorro en medicamentos para atención hospitalaria. 2. Mayor probabilidad de utilización de servicios de salud de la población afiliada al Programa. 3. No hubo efectos en las condiciones de salud.

#### Califique la Evaluación de Acuerdo con su Rigor Técnico y Metodológico

**Calificación:** Destacada

**Observaciones:** El estudio fue elaborado bajo un diseño experimental por conglomerados Unidades de Salud (con unidad final de análisis poblacional) con grupo control, aleatorizado en dos mediciones (2005 y 2006), con lo que se cumplen condiciones de rigor metodológico que hacen confiables los resultados, aunque su representatividad se limita a la población rural.

### Otros Efectos

#### Hallazgos de Fin 1

1. Año de la Fuente: 2012

**2. Hallazgo de Fin y de Propósito:** El incremento de la cobertura del Seguro Popular (SP) disminuye la probabilidad de que los hogares elegibles al programa realicen un gasto de bolsillo en salud favorable en -0.088 puntos porcentuales. Hay evidencia de que el SP reduce también la probabilidad de hacer un gasto en atención primaria y en hospitalización (Evaluación Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular, 2012).

El SP disminuye el gasto de bolsillo entre los hogares afiliados con niños menores a 12 años (-0.48 unidades logarítmicas) y con adultos mayores a 60 años. En hogares con niños pequeños se encuentra también evidencia de un menor gasto en medicinas. El costo público de cada peso ahorrado por los hogares afiliados ha venido en aumento conforme la cobertura del SP se aproxima a la cobertura universal.

**3. Fuente:** Evaluación Externa (EXT)

**4. Elemento de Análisis:** Fin

**5. Comentarios y Observaciones:** El estudio es relevante por ser el primero que se realiza con el abordaje de costo-efectividad. Es importante la conclusión del efecto heterogéneo del Programa sobre el gasto de bolsillo

## Otros Hallazgos

### Hallazgo Relevante 1

**1. Año de la Fuente:** 2012

**2. Hallazgo Relevante:** Se encuentran afiliados al sistema 51.8 millones de personas, con lo cual se declara cobertura universal voluntaria, que reconoce que existe un grupo de la población que busca administrar sus riesgos financieros por motivos de salud por otros medios. En cuanto a la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se han acreditado 75% de las unidades aunque no se conoce el porcentaje de personas atendidas en dichas unidades. Un aspecto fundamental que debe revisarse es el financiamiento de los servicios de salud a la población afiliada. Se propone crear un solo canal de financiamiento, el cual debe seguir a la demanda; esto implica, reformar la Ley de Coordinación Fiscal para que el financiamiento del FASSA-P se consolide con el del SPSS y se asigne a los diferentes estados por afiliado. Por otra parte, se reconoce que el SPSS documenta sus resultados a nivel de Fin y Propósito con indicadores de la MIR, informes de resultados, estudios internacionales, evaluaciones externas que no son de impacto y una evaluación de impacto. Con base en la información disponible se concluye que el programa ha tenido resultados positivos a nivel de Fin y Propósito.

**3. Fuente:** Evaluación de Consistencia y Resultados (ECR)

**4. Elemento de Análisis:** Otros Resultados

**5. Valoración del Hallazgo:** Adecuada

**6. Comentarios y Observaciones:** Hay que tomar en cuenta que los 51.8 millones de afiliados pueden corresponder al año 2011, sobre el que se realizó la Evaluación. Por otra parte, destaca la propuesta de crear un solo mecanismo de financiamiento ya que la existencia de diversas fuentes ha mostrado generar complicaciones administrativas, de gasto, de supervisión y rendición de cuentas. De acuerdo al Programa, la cobertura universal se encuentra todavía en proceso debido a que fue recalculada con los nuevos datos de proyecciones derivados de CONAPO con fundamento en el Censo de Población y Vivienda 2010.

### Hallazgo Relevante 2

**1. Año de la Fuente:** 2012

**2. Hallazgo Relevante:** La cantidad de recursos existentes no son el factor determinante en la calidad de los servicios sino la forma como se utilizan y operan. Se aprecia una distribución inadecuada del personal médico ya sea por zona geográfica, cargas de trabajo y horarios de atención. El mecanismo de acreditación de las unidades médicas es insuficiente para asegurar la calidad de la atención. La satisfacción de los usuarios fue elevada con promedio nacional de 97% si bien se reportaron tiempos prolongados de espera para recibir la atención ambulatoria. Menos de la mitad de los beneficiarios recibieron información sobre sus derechos al momento de su inscripción. Un área de oportunidad es el resurtimiento de medicamentos en la cantidad que requiere el afiliado (Estudio sobre la calidad de la operación del Seguro Popular y Propuestas para su Mejora, 2012).

**3. Fuente:** Evaluación Externa (EXT)

**4. Elemento de Análisis:** Otros Calidad de la operación del SP y propuestas para su mejora

**5. Valoración del Hallazgo:** Oportunidad de Mejora

**6. Comentarios y Observaciones:** El "Estudio sobre la calidad de la operación del Seguro Popular y propuestas para su mejora" tuvo como objetivo analizar los procesos operativos, organizacionales y jurídicos que permitan mejorar la calidad de los servicios de salud que ofrece el SPSS.

Entre otros aspectos considera la calidad de los servicios sobre los que hace recomendaciones muy importantes. Sin embargo, no se pudo encontrar información sobre su grado de implementación. Los tiempos de espera para la consulta y el abasto de medicamentos son aspectos relevantes de los resultados, obtenidos mediante encuesta en unidades de los tres niveles de atención.

## AVANCES Y ASPECTOS DE MEJORA

### Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

#### Avance en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

Se cuenta con información de respuesta al Seguimiento a los ASM para el año 2012 en el que los responsables del Programa indican que los identificados en la EED 2010-2011 han sido resueltos. El Documento de Posición Institucional correspondiente a esta EED indica, respecto a la mejora de los indicadores de la MIR, que "dado que la función del Seguro Popular es financiar los servicios de salud para la población afiliada, no es atribución del mismo definir indicadores de impacto en el acceso a los servicios o a los niveles de salud" y afirma que el diseño de la matriz ha sido aprobado por las instancias evaluadoras. Se tienen disponibles a la fecha los resultados de la Evaluación de Costo-Efectividad recomendada en el Documento de Trabajo (DT). Para los años previos, se ha respondido con avances en aspectos específicos de la operación del Programa.

% de acciones de mejora establecidas en el documento de trabajo que se han realizado de acuerdo con las fechas de término: 100 %

#### Aspectos comprometidos en 2013

##### Aspecto 1

**Aspecto:** Establecer y definir las metas de cobertura del Seguro Popular con base en los datos y proyecciones del Censo de Población y Vivienda 2010.

**Tipo de Aspecto:** Aspecto Específico

**Aspecto 2**

**Aspecto:** Realizar modificaciones a la MIR de acuerdo con recomendaciones de la evaluación.

**Tipo de Aspecto:** Aspecto Específico

**Aspecto 3**

**Aspecto:** Solicitar apoyo para Evaluación Costo Efectividad de padecimientos de alto costo atendidos con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

**Tipo de Aspecto:** Aspecto Específico

**Avance de Indicadores y Análisis de Metas**

El valor del indicador de Fin (Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares), corresponde a 2010, ya que la fuente del mismo es la Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares levantada en ese año, de tal forma que no se cuenta con información que permita analizar su avance. La meta parece adecuada ya que fue calculada de acuerdo a la tendencia de la encuesta previa realizada en 2006.

El indicador de Propósito (Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación al SP) ha tenido un avance satisfactorio superando la meta desde 2011. El indicador de gestión (Cumplimiento del tiempo empleado para la radicación de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos) ha incrementado su valor en aproximadamente 10 puntos porcentuales respecto al 2011, que fue su año base; es prematuro valorar un avance consistente y se esperaría que en los siguientes períodos la meta fuera menos laxa con el fin de considerar mayor eficiencia en esta actividad.

**Avances del Programa en el Ejercicio Fiscal 2013**

No se contó con información para la medición de los avances del Programa en el año 2013 a excepción de la publicación 2013 del Catálogo Universal de Servicios de Salud.

**POBLACIÓN Y COBERTURA****Población Potencial**

**a. ¿Se encuentra definida?:** Si

**b. Unidad de Medida:** Personas

**c. Cuantificación:** 59,124,464

**d. Definición:** La población potencial es la susceptible de ser incorporada al Sistema de Protección Social en Salud, que es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismo de prevención social en salud.

**e. Valoración:** La definición de la población potencial es clara y establece la necesidad de dicha población para recibir los beneficios del SP.

### **Población Objetivo**

**a. ¿Se encuentra definida?:** Si

**b. Unidad de Medida:** Personas

**c. Cuantificación:** 52,630,454

**d. Definición:** La población objetivo se establece como meta a alcanzar en el año que se trate, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas, dicha meta se suscribe mediante el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, suscrito entre la Federación y las entidades federativas.

**e. Valoración:** La definición de la población objetivo es poco clara y poco pertinente, ya que tendría que considerar la afiliación como criterio y no una meta a alcanzar que dependa de un presupuesto determinado. Al estimarla a partir de estos supuestos no se cubre la necesidad que se precisa en la definición de población potencial y se carece de coherencia conceptual entre ambas definiciones poblacionales.

### **Población Atendida**

**a. ¿Se encuentra definida?:** Si

**b. Unidad de Medida:** Personas

**c. Cuantificación:** 52,908,011

**d. ¿Se cuenta con información desagregada de la Población Atendida por entidad, municipio y/o localidad?:** Si

**Entidades Atendidas:** 32

**Municipios Atendidos:** 2457

**Localidades Atendidas:** 0

**Hombres Atendidos:** 24,397,346

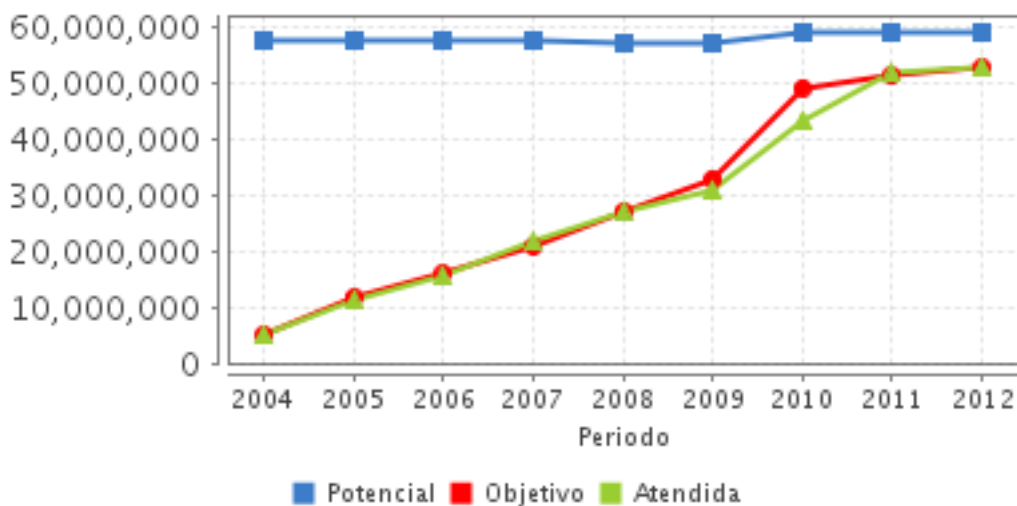
**Mujeres Atendidas:** 28,510,665

### **Localización de la Población Atendida**



### Evolución de la Cobertura

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
2004	57,577,295	5,125,565	5,318,289
2005	57,577,295	11,827,752	11,404,861
2006	57,577,295	16,037,680	15,672,374
2007	57,577,295	21,025,082	21,834,619
2008	57,219,803	27,154,422	27,176,914
2009	57,219,803	32,983,614	31,132,949
2010	59,124,464	49,148,820	43,518,719
2011	59,124,464	51,300,215	51,823,314
2012	59,124,464	52,630,454	52,908,011



### Análisis de la Cobertura

La población potencial está correctamente identificada. Sin embargo, no es posible estimar apropiadamente la cobertura debido a la inadecuada definición de la población objetivo. Debido a que esta definición se establece "ad hoc" para el Programa de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, no cumple con representar a la población que cumple con los criterios de afiliación. Este problema conceptual se refleja en las cifras de las poblaciones objetivo y atendida, que son prácticamente idénticas, lo que tiene como consecuencia una "cobertura" de 100% o mayor, que resulta artificial.

Es necesario redefinir las poblaciones de acuerdo al objetivo del Programa. Si el objetivo final es afiliación, este es el criterio de población atendida. Justamente la población atendida (la que se logra afiliar), permitirá estimar la cobertura y reflejará las capacidades de recursos y los límites de atención de los estados, como menciona el Programa. Aún con este ajuste, será necesario revisar con detalle estas definiciones, que carecen de coherencia con el alcance que el Programa tiene de acuerdo a sus objetivos, los que consideran el "acceso efectivo" a los servicios, que rebasa el nivel reflejado en las definiciones.

## ALINEACIÓN AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012 Y PRESUPUESTO

### Alineación con Planeación Nacional 2007-2012

**Objetivo:** Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución.

**Eje:** Igualdad de Oportunidades

**Tema:** Desarrollo Integral



**Alineación con Programa Sectorial/ Institucional 2007-2012**

**Objetivo:** Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

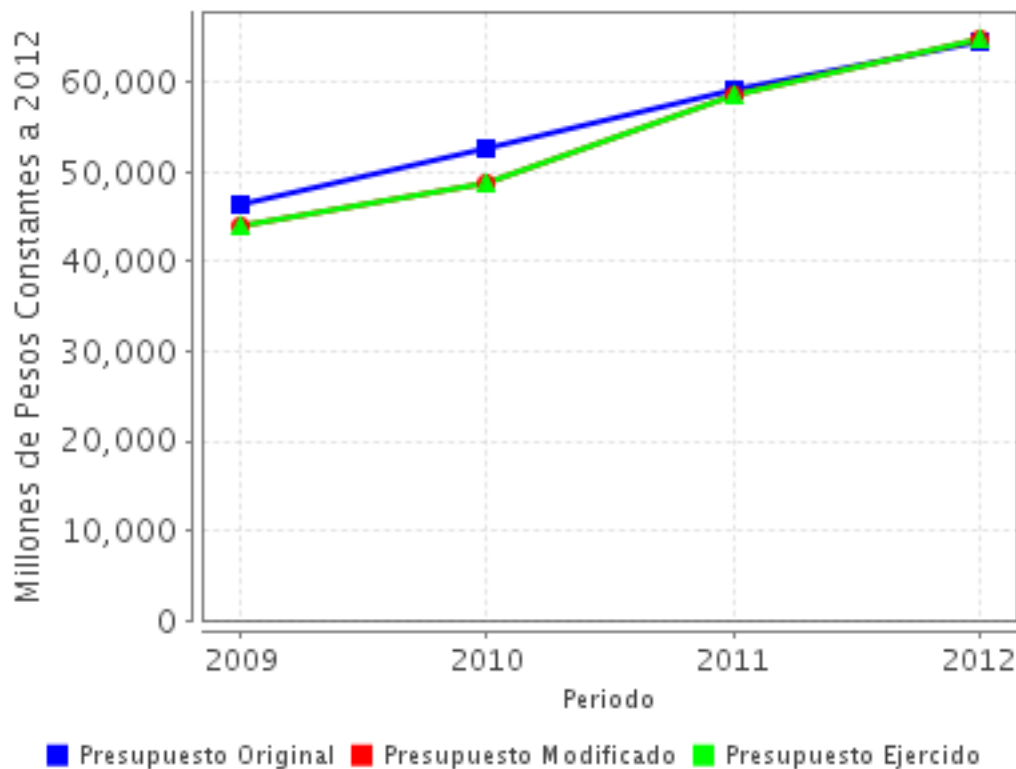
**Año de Inicio del Programa** 2004

**Evolución del Presupuesto (Millones de Pesos Constantes a 2012)**

Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

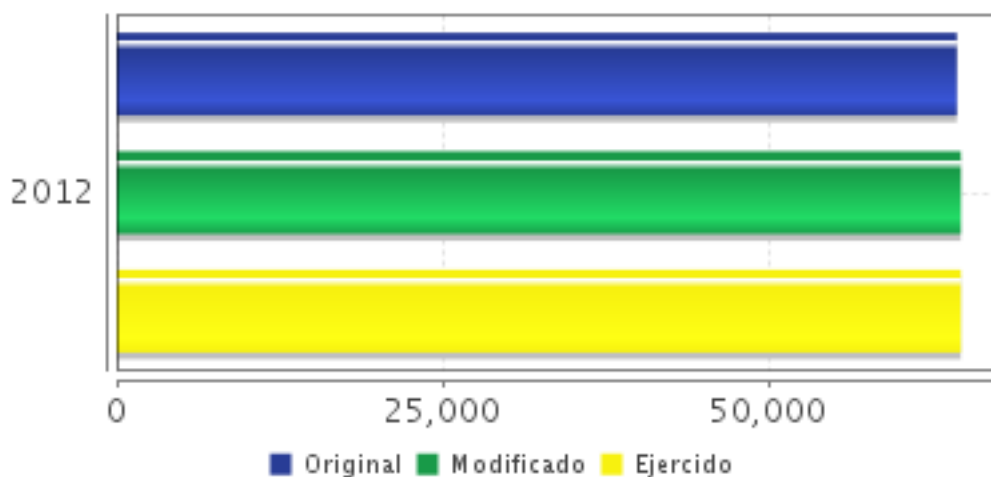
Año	Presupuesto Original	Presupuesto Modificado	Presupuesto Ejercido
2007	ND	ND	ND
2008	ND	ND	ND
2009	46,387.8	43,973.18	43,973.18
2010	52,582.94	48,688.5	48,688.5
2011	59,288.05	58,529.15	58,529.15
2012	64,402.46	64,703.8	64,703.8

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Presupuesto 2012 (Millones de Pesos)



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

### Consideraciones sobre la Evolución del Presupuesto

El incremento progresivo en los montos de los presupuestos del año 2008 al 2012 es notable, con casi 30%, lo que resulta coherente con el aumento de la población afiliada al Seguro Popular y la elevación de la cantidad de servicios proporcionados. El crecimiento sostenido del presupuesto va ligado a la cantidad de nuevas personas afiliadas, ya que el Sistema de Protección Social en Salud implica una aportación federal por persona afiliada. Aunque se ha ejercido prácticamente el total de los recursos asignados en el Presupuesto Modificado, no es posible estimar el impacto en salud, si bien se ha documentado la reducción de gasto de bolsillo en algunos segmentos poblacionales.

## CONCLUSIONES

### Conclusiones del Evaluador Externo

El Programa ha mostrado avances que son sustentados por numerosas evaluaciones recientes que han analizado diferentes dimensiones del mismo. Es relevante el efecto documentado en la disminución de la probabilidad de gasto de bolsillo, aunque éste es heterogéneo, con mayor protección sobre los hogares con niños y adultos mayores. Se concluye que el Programa ha tenido resultados positivos a nivel de Fin y Propósito, aunque no es posible documentar a través de los indicadores actuales el efecto que tienen sus acciones, implementadas con los recursos financieros de que disponen, sobre las condiciones de salud de sus afiliados. La definición de la Población Objetivo es deficiente y genera dificultad para estimar apropiadamente la cobertura. Los aspectos de mejora deben ser revisados a la luz de nuevas definiciones de población. La cobertura pronto llegará a ser universal, lo cual implicará cambiar indicadores y métodos de cálculo, donde debe estar presente la reafiliación.

### Fortalezas

1. El Programa responde a la necesidad de protección financiera en salud para población vulnerable por carecer de seguridad social.
2. La afiliación de población sin derechohabiencia ha sido considerable y hay tendencia hacia la cobertura universal.
3. El Programa ha sido evaluado de manera periódica por instancias externas, lo que ha identificado áreas de oportunidad para su mejora.
4. Los indicadores de Fin y Propósito están bien planteados tanto en su denominación y en su método de cálculo.
5. Sus resultados son demostrables por el cumplimiento de su objetivo de Fin.

### Retos y Recomendaciones

1. Efectuar una nueva evaluación externa de impacto que permita contrastar con la realizada en 2005, con el fin de establecer los efectos del Programa a través del tiempo.
2. Generar nuevos indicadores que midan mejor la gestión del Programa y no solo el cumplimiento de acciones administrativas.
3. Revisar la definición de Población Objetivo para hacerla conceptualmente coherente.
4. Incorporar la dimensión de tutela de derecho para asumir la responsabilidad del Programa en el acceso efectivo a los servicios y la calidad de la atención, más allá de la función financiadora.

### OBSERVACIONES

#### Observaciones del CONEVAL

El Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular fue la acción pública más emblemática y mejor financiada del último sexenio. El programa está respondiendo positivamente a una serie de observaciones y evaluaciones. Sin embargo, 1) es positivo que se hayan incorporado a esta evaluación algunos estudios recientes; no obstante, es necesario que las evaluaciones y los estudios relevantes se hagan públicos. 2) Hay una brecha entre lo afirmado por las publicaciones oficiales del SP y la percepción del público, particularmente en lo tocante al acceso efectivo y la calidad de la atención. 3) En 2012, se usó la noción de "universalidad voluntaria" que da a entender que toda la población sin seguridad social que lo desea puede afiliarse al SP. Sin embargo, hay una población que se afiliaría o se mantendría afiliada al SP si este proceso fuera más sencillo y si los servicios cumplieran con la norma. La población no afiliada total no carece de acceso sólo por preferir los servicios privados, sino por deficiencias en el acceso y la atención. 4) Para cumplir cabalmente con su fin, y para convertirse en un pilar de la protección social universal, es necesario que el programa por sí mismo o a través de la cabeza de sector (Secretaría de Salud del Gobierno Federal) aplique mecanismos eficaces de seguimiento del gasto que aseguren que los fondos transferidos a los estados, y el financiamiento estatal comprometido, se apliquen realmente a la infraestructura, el personal y los consumibles médicos pertinentes. La Secretaría de Salud del Gobierno Federal, por ley, debe regular (incluso acreditar), supervisar y evaluar los servicios estatales.

#### Opinión de la Dependencia (Resumen)

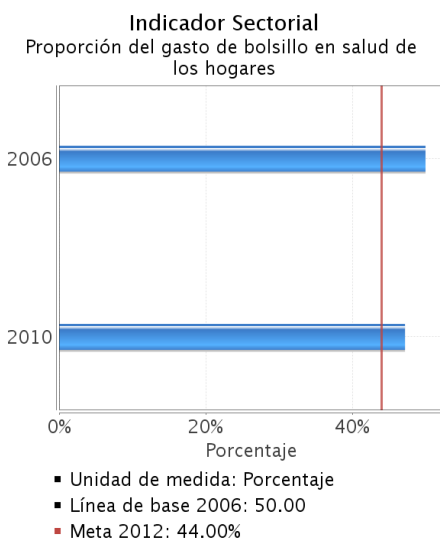
La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2012 indica una disminución del gasto en salud en el periodo 2010 a 2012, en el gasto trimestral de los hogares, de 1.4%, mientras que la disminución para el periodo del 2008 a 2012 fue de 8.9%. Esto produce una probable reducción del gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud de los hogares. En cuanto a la cobertura, la población objetivo para ser parte del Sistema de Protección Social en Salud mediante la afiliación, le es financiada la atención mediante una cápita por persona, con lo cual los afiliados tienen la posibilidad, en el momento que lo requiera, de utilizar los servicios de salud, es decir como población atendida. Se elaboraron trabajos de investigación por instituciones nacionales e internacionales, los cuales han demostrado el impacto del Seguro Popular en el gasto de bolsillo y catastrófico, el uso de los servicios de salud y el acceso a diferentes intervenciones del mismo.

## INDICADORES

### Principales Indicadores Sectoriales 2007-2012

#### -Indicador 1

- 1. Nombre del Indicador:** Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares
- 2. Definición:** Mide el porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares respecto del gasto total en salud
- 3. Método de Cálculo:**  $(\text{Gasto de bolsillo en salud de los hogares} / \text{Gasto total en salud}) \times 100$
- 4. Unidad de Medida:** Porcentaje
- 5. Frecuencia de Medición del Indicador:** BIANUAL
- 6. Año Base:** 2006
- 7. Meta del Indicador 2012:** 44.00
- 8. Línea Base (Valor):** 50.00
- 9. Último Avance (Valor):** 47.20
- 10. Último Avance (Año):** 2010
- 11. Avances Anteriores:**

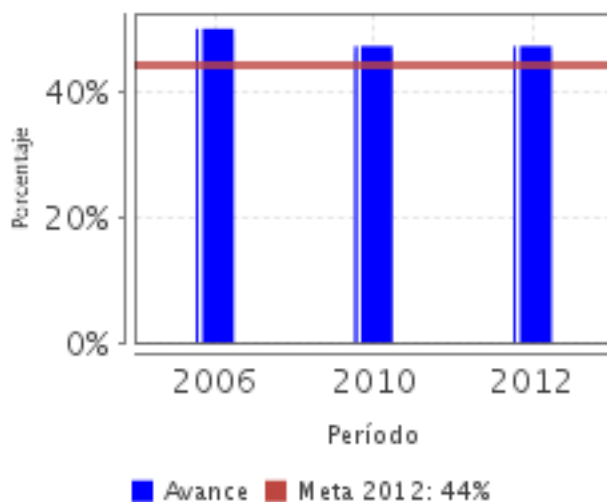


12. Ejecutivo: NO

### Principales Indicadores de Resultados

#### -Indicador 1

1. **Nombre del Indicador:** Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares
2. **Definición:** Mide el porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares respecto del gasto total en salud
3. **Método de Cálculo:** Gasto de bolsillo en salud de los hogares/Gasto total en salud x 100
4. **Unidad de Medida:** Porcentaje
5. **Frecuencia de Medición del Indicador:** BIANUAL
6. **Año Base:** 2006
7. **Meta del Indicador 2012:** 44.00
8. **Valor del Indicador 2012:** 47.20
9. **Año del Valor Inmediato Anterior:** 2010
10. **Valor Inmediato Anterior:** ND
11. **Avances Anteriores:**



**12. Ejecutivo: SI**

**-Indicador 2**

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular

**2. Definición:** Mide la cobertura en relación al total de personas susceptibles de afiliación al seguro popular en el 2012

**3. Método de Cálculo:**  $(\text{Total de personas incorporadas en el año}) / (\text{Total de personas a incorporar en 2012}) \times 100$

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Anual

**6. Año Base:** 2007

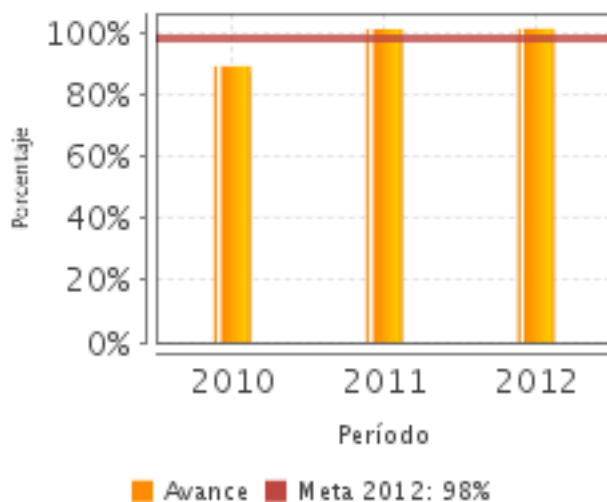
**7. Meta del Indicador 2012:** 98.00

**8. Valor del Indicador 2012:** 101.10

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2011

**10. Valor Inmediato Anterior:** 101.00

**11. Avances Anteriores:**



12. Ejecutivo: SI

### Principales Indicadores de Servicios y Gestión

#### -Indicador 1

**1. Nombre del Indicador:** Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

**2. Definición:** Mide el cumplimiento del tiempo empleado en la radicación de Recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

**3. Método de Cálculo:**  $(\text{Número de casos pagados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del tiempo promedio de pago}) / (\text{Número total de casos pagados}) \times 100$

**4. Unidad de Medida:** porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Trimestral

**6. Año Base:** 2011

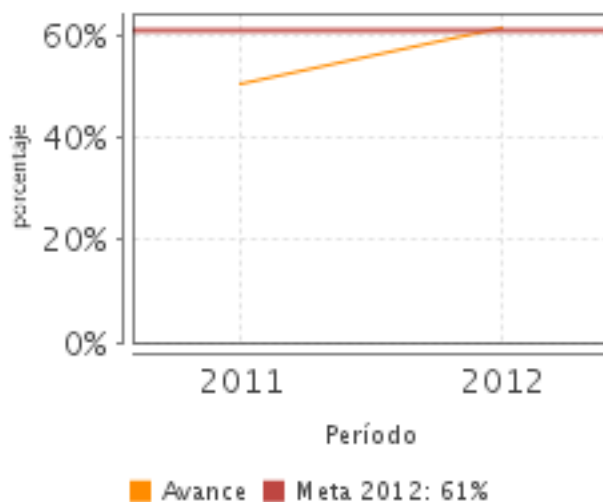
**7. Meta del Indicador 2012:** 61.00

**8. Valor del Indicador 2012:** 61.50

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2011

**10. Valor Inmediato Anterior:** 50.90

**11. Avances Anteriores:**

**12. Ejecutivo: NO****Observaciones Generales sobre los Indicadores Seleccionados**

Los indicadores de Fin y Propósito son relevantes y pertinentes, ya que el primero permite medir el impacto del Programa de acuerdo a su objetivo principal, la reducción del gasto de bolsillo; el segundo, establece el avance del Programa por lo que fue seleccionado; sin embargo, carece de confiabilidad, ya que el denominador es relativo al considerar programación y no permite medir la necesidad real de incorporación con base en quienes carecen de condición de aseguramiento (población susceptible a afiliarse). Las metas establecidas son coherentes, de acuerdo a los avances logrados en años anteriores. Como indicador de gestión, la relevancia del cumplimiento del tiempo para el pago de casos validados del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos está fundamentada y se selecciona con esa base; su meta resulta demasiado laxa ya que sólo considera el 60% de cumplimiento en el tiempo de pago, lo cual puede mejorarse, sobre todo porque a 2012 ya se ha llegado a este nivel.

**INFORMACIÓN ADICIONAL****Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación**

La información, en general, fue suficiente para elaborar la evaluación a excepción de la referente a la evaluación de impacto publicada en el año 2007, por lo que la información tuvo que ser obtenida de fuente secundaria (ECR 2011-2012 y EED 2010-2011). Existen otras evaluaciones externas que se han realizado sobre diversos aspectos del SP y que contienen información relevante, pero no fueron incluidas en el MEED. Tampoco se contó con datos sobre los avances del año 2013.

**Fuentes de Información**



MIR 2012, 2011 y 2010, IT 2012, Definición y justificación de la PP, PO y PA, justificación de variación de Metas 2012 y 2011, FT de los indicadores, Ficha de revisión de MIR Coneval, Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal 2012, Posición Institucional Aspectos Susceptibles de Mejora 2013, DT 2012-2013, Avance en los ASM 2013, Informe de resultados 2012, PPA 2012, Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012, Informes Ejecutivos de las EED 2008, 2009-2010 y 2010-2011, Evaluación de Costo-Efectividad del programa seguro popular CIDE, Indicadores sectoriales Seguro Popular, Documento de Presupuesto y Consideraciones sobre la evolución del presupuesto.

## INFORMACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y CONTRATACIÓN

### Datos generales del evaluador

1. **Instancia Evaluadora:** Instituto Nacional de Salud Pública
2. **Nombre del (a) Coordinador (a) de la Evaluación:** Hortensia Reyes Morales
3. **Correo Electrónico:** hortensia.reyes@insp.mx
4. **Teléfono:** 7771012954

### Contratación

**Forma de contratación del evaluador externo:** Convenio

**Costo de la Evaluación:** \$ 98,060.21

**Fuente de Financiamiento:** Recursos Fiscales

### Datos de Contacto CONEVAL

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx (55) 54817245  
Manuel Triano Enríquez mtriano@coneval.gob.mx (55) 54817239  
Camilo Vicente Ovalle cvicente@coneval.gob.mx (55) 54817294  
Alejandra Cervantes Zavala mcervantes@coneval.gob.mx (55) 54817284

## GLOSARIO

AAM	Avances en las Acciones de Mejora
AVP	Avances del Programa
DT	Documento de Trabajo
DIN	Documento Institucional
ECO	Evaluación Complementaria
ECR	Evaluación de Consistencia y Resultados
EDS	Evaluación de Diseño
EIM	Evaluación de Impacto
EIN	Evaluación de Indicadores
EPR	Evaluación de Procesos
EP	Evaluación de Programas

ER	Evaluación de Resultados
EED	Evaluación Específica de Desempeño
EST	Evaluación Estratégica
EXT	Evaluación Externa
FT	Fichas Técnicas
ICP	Informe de Cuenta Pública
IT	Informe Trimestral
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Matriz de Marco Lógico
AAM	Avances en las Acciones de Mejora
Mecanismo 08	Mecanismo de Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2008
Mecanismo 10	Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2010
Mecanismo 11	Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2011
MTE	Metaevaluación
NA	No Aplica
ND	No Disponible
OTR	Otros
PA	Población Atendida: población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.
PO	Población Objetivo: población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
PP	Población Potencial: población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
PPA	Plantilla de Población Atendida
OD	Opinión de la Dependencia