

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA**Nombre del Programa:** Seguro Popular**Modalidad:** U005**1. Unidad Administrativa:****Titular****Nombre:** Gabriel Jaime O Shea Cuevas**Teléfono:** 5090360057205**Correo Electrónico:** goshea@seguro-popular.gob.mx**Responsable(s) Operativo(s) del Programa****Nombre:** Gabriel Jaime O Shea Cuevas**Teléfono:** 500360057205**Correo Electrónico:** goshea@seguro-popular.gob.mx**Descripción del programa**

"El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tiene como objetivo brindar a la población sin seguridad social, el acceso a un esquema de protección financiera que evite el deterioro del patrimonio de las familias por gastos en salud, con especial atención en aquella población que se encuentra en condiciones de desventaja y marginación sociales". Tiene cobertura de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en unidades médicas de los tres niveles de atención; con una vigencia renovable cada tres años.

Resumen Narrativo de la MIR

Fin: Contribuir a asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos de salud mediante el aseguramiento financiero de la población que carece de seguridad social con el fin de evitar gastos por motivos de salud

Propósito: La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad

Componentes:

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

Actividades:

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

RESULTADOS Y HALLAZGOS

Resultados (Cumplimiento de sus Objetivos) Efectos atribuibles al programa**Tipos de Resultados Documentados**

Fuente: Evaluación de efectos del Sistema de Protección Social en Salud 2008

Instancia Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública y Harvard

Nombre del (a) Coordinador (a): Dirección General de Evaluación del Desempeño

Año de Evaluación: 2008

Elementos de Análisis: Fin

Resultados Finales Documentos

Valoración: Destacada

Observaciones: Se identifican como resultados del Programa a nivel de Fin que "La afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) reduce en seis puntos porcentuales la prevalencia del gasto en salud. Y en tres puntos porcentuales la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud". A nivel de Propósito se identifica que "los hogares SPSS tuvieron una utilización de servicios más frecuentes que los hogares no asegurados pero ligeramente menor a la de hogares con otro esquema de financiamiento". La incorporación de la población al Programa ha evitado que miles de familias eroguen cantidades que pongan en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud.

Califique la Evaluación de Acuerdo con su Rigor Técnico y Metodológico

Calificación: Destacada

Observaciones: La evaluación de efectos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 2008, dictaminada por CONEVAL, se sustenta en la literatura especializada del tema. El diseño de esta evaluación con carácter controlado, se constituyó por pares de conglomerados de poblaciones: a) aquellos que recibieron promoción para afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud y además contaban con unidades de salud para su atención, y b) los que no recibieron promoción, no era posible su incorporación al SPSS y no contaban con unidades de salud fortalecidas para brindar los servicios del SPSS. La evaluación se desarrolló en dos momentos, años 2006, 2008 y un comparativo respecto del año 2005; lo que permitió el análisis de los efectos e impacto del SPSS en los aspectos financiero, acceso a servicios y percepción de los usuarios.

Otros Efectos**Hallazgos de Fin 1**

1. Año de la Fuente: 2012

2. Hallazgo de Fin y de Propósito: "La reducción del gasto de bolsillo de 2010 a 44%, significó para el 20% de los hogares más pobres el 35% de su capacidad de pago; y para el 20% de los hogares de mayores ingresos representó solo el 19%. La demanda de servicios hospitalarios en la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud por parte de los beneficiarios del Seguro Popular de 2005 a 2011 se triplicó dentro del grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; pasó de 14.8% a 69.2%". Estos resultados muestran el impacto real en la población con mayor vulnerabilidad financiera.

3. Fuente: Evaluación Complementaria (ECO)

4. Elemento de Análisis: Fin**5. Valoración del Hallazgo:** Destacada

6. Comentarios y Observaciones: El incremento de la cobertura del Seguro Popular permite a la población sin seguridad social tener mayores posibilidades de acceso a servicios de salud hospitalarios, lo que a su vez ha significado la reducción del gasto de bolsillo en salud, sobre todo en hogares con situación de mayor vulnerabilidad financiera. Impacto que debe continuar monitoreándose.

Otros Hallazgos**Hallazgo Relevante 1****1. Año de la Fuente:** 2013

2. Hallazgo Relevante: "Incremento de los recursos destinados al FPGC de 77.9% durante el periodo 2007-2012; esto es, de 2,992 a 5,323 millones de pesos. Se benefició a 377,193 personas. Durante el mismo periodo, el financiamiento del cáncer de mama, pasó de 18.4% a 26.9% del total de recursos destinados al FPGC; a diferencia del financiamiento de VIH/SIDA, que descendió de 38.1 a 30.4%. El cáncer de mama como causa de muerte en México pasó de ocupar el lugar 16 en 1990 a ser la 9ª causa en 2010". Durante 2014, los porcentajes de recursos destinados a estos padecimientos son similares, probablemente resultado de una mayor prevalencia de las mismas; es necesario complementar el análisis con las acciones o mecanismos de prevención y detección oportuna que se estén realizando para reducir dicha prevalencia.

3. Fuente: Evaluación Externa (EXT)

4. Elemento de Análisis: Aspectos Susceptibles de Mejora

5. Valoración del Hallazgo: Moderada

6. Comentarios y Observaciones: En 2014, el total de casos del FPGC autorizados correspondientes a los años 2013 y 2014, sumaron un total de 12,014.67 millones de pesos; de los cuales el cáncer de mama representó el 28% y VIH/SIDA 32% del total de recursos. De acuerdo con datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones, en 2014 el cáncer de mama fue la 26ª causa de muerte en México. Si bien las mejoras son significativas, es importante considerar un análisis de la identificación oportuna y seguimiento de padecimientos financiados por el FPGC que permitan tener mejoras tanto en el costo-eficiencia de estos recursos, como en la implementación de los sistemas de referencia y contrarreferencia de las unidades médicas del Sistema de Protección Social en Salud.

Hallazgo Relevante 2**1. Año de la Fuente:** 2014

2. Hallazgo Relevante: "El número de unidades de salud acreditadas para otorgar los servicios ofertados por el CAUSES en el periodo enero-diciembre 2014 fue de 11,583 de un universo de 19,769 establecimientos médicos inscritos en el SPSS que son susceptibles de acreditación. Para las 59 intervenciones del FPGC se tienen acreditados 917 servicios; y 327 unidades prestadoras de servicios en las 32 entidades federativas". Para dimensionar el alcance de estas mejoras de cobertura, debe realizarse un análisis de la inversión en infraestructura que el Programa ha efectuado. Esto permitirá medir la contribución en la mejora de la calidad de la red de prestadores de servicios.

3. Fuente: Otros (OTR) Informe de Resultados del SPSS

4. Elemento de Análisis: Cobertura**5. Valoración del Hallazgo:** Oportunidad de Mejora

6. Comentarios y Observaciones: Para 2014, se consideraba que 74.0% de las unidades de salud estuvieran acreditadas. La acreditación de las unidades médicas permite estandarizar y mejorar la calidad de los servicios de salud que tienen efectos directos en la población atendida por el Seguro Popular. El porcentaje de establecimientos de salud acreditados debe considerarse como prioridad para contar con una mayor cobertura en la prestación de servicios, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud (artículo 77 bis 9).

Hallazgo Relevante 3**1. Año de la Fuente:** 2014

2. Hallazgo Relevante: "De acuerdo a la encuesta de Satisfacción del Usuario del SPSS 2014, manifestaron sentirse "muy satisfechos" o "satisfechos", el 86.1% con el Seguro Popular después de recibir la consulta médica; 93.3% en la atención del personal médico general y especialista. El 62% en relación al abasto de medicamentos entregados; y el 83% recibió todos y casi todos los medicamentos recetados mediante el Programa. El tiempo promedio de espera para ser atendido fue de 86.4 minutos". Para dimensionar estos resultados se requiere contar con estándares de calidad que permitan identificar la magnitud del desempeño del Programa en términos de promover el acceso al aseguramiento para el uso de servicios médicos.

3. Fuente: Otros (OTR) Informe de Resultados del SPSS

4. Elemento de Análisis: Cobertura

5. Valoración del Hallazgo: Moderada

6. Comentarios y Observaciones: Se observa una mejor percepción de los usuarios en el acceso efectivo a los servicios de salud con trato digno o adecuado por parte del personal médico. Sin embargo, se identifica un área de oportunidad en los tiempos de espera para consultas y de abasto de medicamentos. De acuerdo a estándares de INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud), el tiempo de espera de consulta externa debe ser de 30 minutos en medio urbano y de 50 minutos en medio rural; y el surtimiento de medicamentos del 95%. En el Programa 2013-2018 se tiene como meta para 2018 que el surtimiento de recetas sea del 90% y que el tiempo de espera sea de 50 minutos; de lograrse se estaría mejorando la calidad de los servicios.

Hallazgo Relevante 4**1. Año de la Fuente:** 2008

2. Hallazgo Relevante: "Dos terceras partes de la población afiliada al Sistema consideran que los servicios han mejorado como consecuencia del desarrollo de este. Un porcentaje menor (3.1%) de afiliados afirma que los servicios no sólo no han mejorado sino que han empeorado". Un mayor análisis de la percepción de los beneficiarios respecto de los servicios otorgados permitiría mejorarlos, y a su vez, conservar su permanencia dentro del Programa.

3. Fuente: Evaluación de Resultados (ER)

4. Elemento de Análisis: Aspectos Susceptibles de Mejora

5. Valoración del Hallazgo: Oportunidad de Mejora

6. Comentarios y Observaciones: Si bien la percepción de los beneficiarios del Programa respecto de la calidad de los servicios de salud con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud en general es buena, existe un porcentaje menor que manifiesta lo contrario. Este indicador, de forma indirecta, puede estar reflejando la intención de los beneficiarios a reafiliarse.

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

1. Para 2013-2014, se comprometieron como ASM con fechas de término de abril 2015; el diseño de indicadores de gestión para el Programa, que se reflejarán en la MIR 2015, con avance de 90%. 2. El estudio "Evaluación del Padrón de Beneficiarios" registra un avance de 70%; permitirá la modificación de la definición de población objetivo de forma coherente y se reflejará en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación. 3. Se continúa con la capacitación de gestores sobre tutela de derechos, para informar a los beneficiarios del Programa sobre sus derechos y obligaciones como afiliados, con avance del 70%. 4. En relación con los ASM comprometidos en 2012-2013, con fechas de término establecidas de febrero 2014, se continúa con el estudio de las metas de cobertura con la inclusión de un escenario presupuestal, con avance de 80%. 5. De igual forma el diseño de indicadores de calidad registra un avance de 90%. 6. La continuidad en el diseño de metas de cobertura y de calidad, permitirán dar seguimiento a la gestión, acceso y derechos de la población beneficiaria.

Porcentaje de avance promedio de las acciones de mejora establecidas en el documento de trabajo: 80.00 %

Aspectos comprometidos en 2015

Aspecto 1

Aspecto: "Diseñar un indicador que se refiera a la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de salud otorgados con ayuda del Seguro Popular". Este tipo de indicadores permite consolidar la medición y oportunidad en la calidad de los servicios otorgados.

Tipo de Aspecto: Aspecto Específico

Aspecto 2

Aspecto: "Gestionar Modelo de Seguimiento de los Servicios de Salud (MOSESS)". De manera complementaria a la medición de satisfacción de los beneficiarios, se contará con herramientas para fortalecer y mejorar los servicios de salud proporcionados por el Programa.

Tipo de Aspecto: Aspecto Específico

Avance de Indicadores y Análisis de Metas

El indicador Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares supera en 0.02 puntos porcentuales la meta establecida de 44% para 2014 (43.98%). Este indicador se redujo -6.82% de 2012 a 2014 y -12.04% de 2006 a 2014; la meta se considera factible de alcanzar. El Avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular en 2014 fue de 97.87%, cumplimiento de 99.87% respecto de la meta establecida (98%) para ese año; las metas de 2011 a 2013 han sido superadas y rebasado el 100%. La meta y avance en 2014 se consideran adecuados, dado que contempla la dinámica y movilidad de la población, así como la reafiliación. La meta del indicador Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en 2014 fue de "1.58" consultas promedio por beneficiario, cumplimiento de 107.48% para ese año respecto de la meta establecida (1.46%); observándose que a partir de 2012 la meta de la línea base se ha superado. No se puede valorar si esta meta es adecuada, laxa o demasiada ambiciosa, dado que el número de consultas que una persona debe recibir varía en función al padecimiento que se trate; sin embargo, las metas a partir del año 2012 fueron logradas, por tanto, se considera factible de alcanzar.

Avances del Programa en el Ejercicio Fiscal 2015

1. En diciembre de 2014 se reforma el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (Reglamento), que permite la separación de funciones entre los Regímenes Estatales (REPSS) y los Servicios Estatales de Salud, y otorga atribuciones a los REPSS para la administración y ejercicio de los recursos transferidos a las entidades federativas; con la finalidad de garantizar a partir de 2015 la transferencia de recursos a las unidades ejecutores del gasto (REPSS) en tiempo y forma, así como el acceso oportuno y de calidad de servicios de salud. 2. La reforma permite, a partir de 2015, la compensación económica entre estados por pago de servicios de salud otorgados fuera de área de circunscripción. 3. La MIR 2015 incorpora dos indicadores: de Fin y de Actividad, para medir el gasto de bolsillo en salud de los hogares más vulnerables y el mantenimiento de la afiliación, respectivamente.

POBLACIÓN Y COBERTURA**Población Potencial**

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. Unidad de Medida: Personas

c. Cuantificación: 66,294,528

d. **Definición:** "La población susceptible de ser incorporada al Sistema de Protección Social en Salud, 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".

e. **Valoración:** Se considera adecuada, sin embargo, podría mejorarse su definición con la siguiente propuesta: "La población potencial está conformada por personas sin adscripción a algún régimen de seguridad social público".

Población Objetivo

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. Unidad de Medida: Personas

c. Cuantificación: 57,300,000

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 Egreso 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:** Se considera que la definición de la población objetivo es adecuada para fines financieros; sin embargo, no cumple con los criterios de la normatividad correspondiente. Se sugiere analizar una redacción que contenga los siguientes elementos: La población objetivo está conformada por personas sin adscripción a algún régimen de seguridad social público, sujeta a la disponibilidad presupuestal del periodo que corresponda.

Población Atendida

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. Unidad de Medida: Personas

c. Cuantificación: 57,300,000

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

Entidades Atendidas: 32

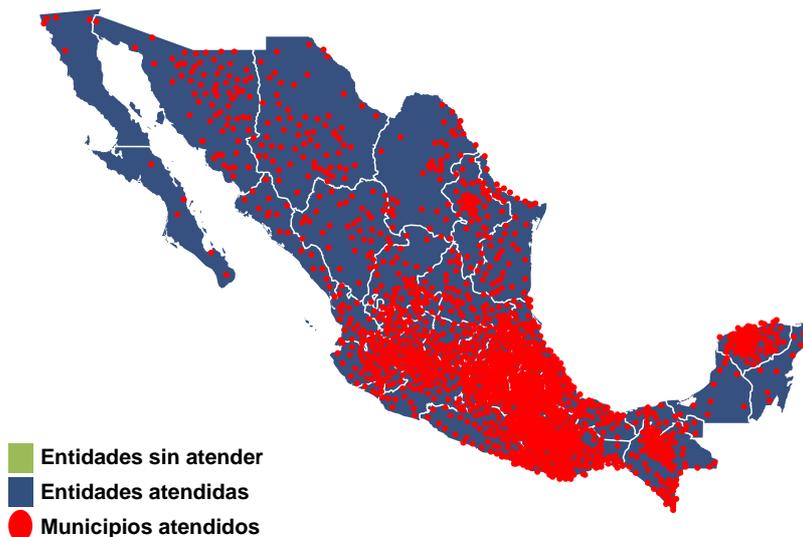
Municipios Atendidos: 2457

Localidades Atendidas: 113447

Hombres Atendidos: ND

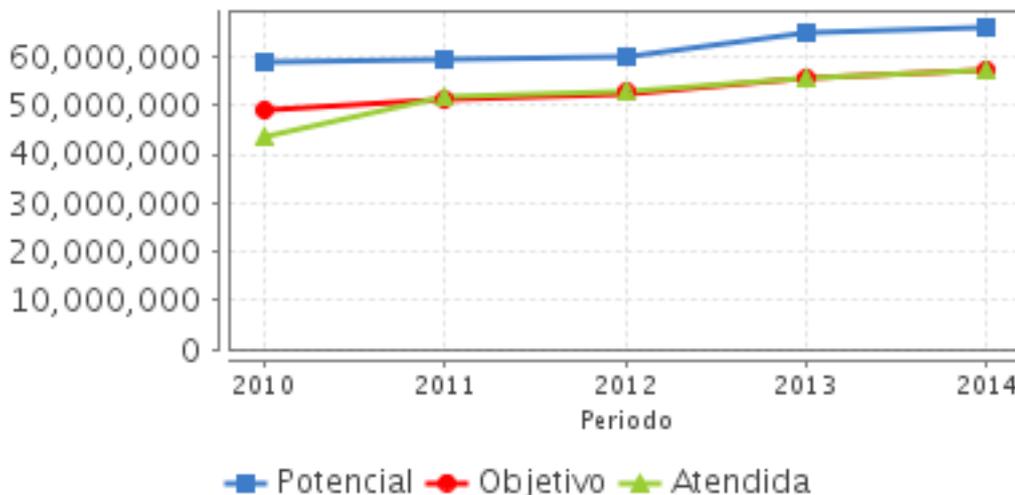
Mujeres Atendidas: ND

Localización de la Población Atendida



Evolución de la Cobertura

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
2010	59,124,464	49,148,823	43,518,719
2011	59,567,138	51,303,424	51,823,314
2012	59,975,558	52,630,454	52,908,011
2013	64,929,066	55,716,387	55,637,999
2014	66,294,528	57,300,000	57,300,000



Análisis de la Cobertura

En el periodo 2010-2014, se observa un incremento de 31.7% en la PA. En el análisis anual de la afiliación, se observa un incremento de 19.1% entre 2010 y 2011; sin embargo, este ritmo de crecimiento disminuyó durante el periodo 2011-2014: 2.1% de 2011-2012, 5.2% de 2012-2013 y 3.0% de 2013-2014, lo que es coherente considerando que la población susceptible de incorporarse al Seguro Popular es marginal.

En 2014, el padrón de beneficiarios del Seguro Popular tenía incorporados a 57.3 millones de personas, con cobertura en 113,447 localidades de las 32 entidades federativas. Lo que implicó también una cobertura de 86.4% de la PP (no derechohabiente de instituciones de seguridad social) para ese mismo año.

En 2014, siete entidades federativas concentraron casi el 50% de la población afiliada -Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Guanajuato, Jalisco y Distrito Federal-, y 56% del total de recursos transferidos por este concepto.

La PP está definida e identificada de manera correcta; no así la PO que se define como la meta anual a alcanzar con base en un presupuesto disponible y convenida con las entidades federativas, sin incluir los criterios de incorporación al Programa. Esta última consideración debe ser atendida. Las PO y PA (afiliada) son prácticamente idénticas y en algunos años (2011 y 2012) la población atendida es superior a la objetivo, en virtud que esta última es una proyección (Gráfica).

ALINEACIÓN AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018 Y PRESUPUESTO

Alineación con Planeación Nacional 2013-2018

Meta: México Incluyente

Objetivo: Asegurar el acceso a los servicios de salud

Estrategia: Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal

Alineación con Programa Sectorial/ Institucional 2013-2018

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

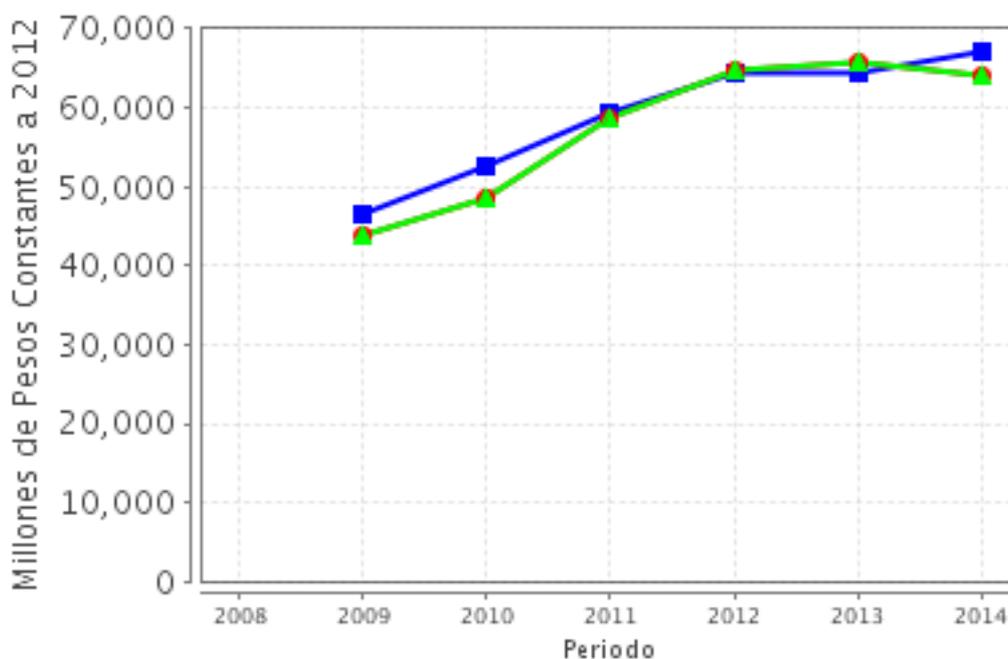
Año de Inicio del Programa 2004

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
2008	ND	ND	ND
2009	46,387.80	43,973.18	43,973.18
2010	52,582.94	48,688.50	48,688.50
2011	59,288.06	58,529.15	58,529.15
2012	64,402.46	64,703.80	64,703.80
2013	64,342.80	65,802.53	65,802.53
2014	66,985.92	64,110.49	64,110.49

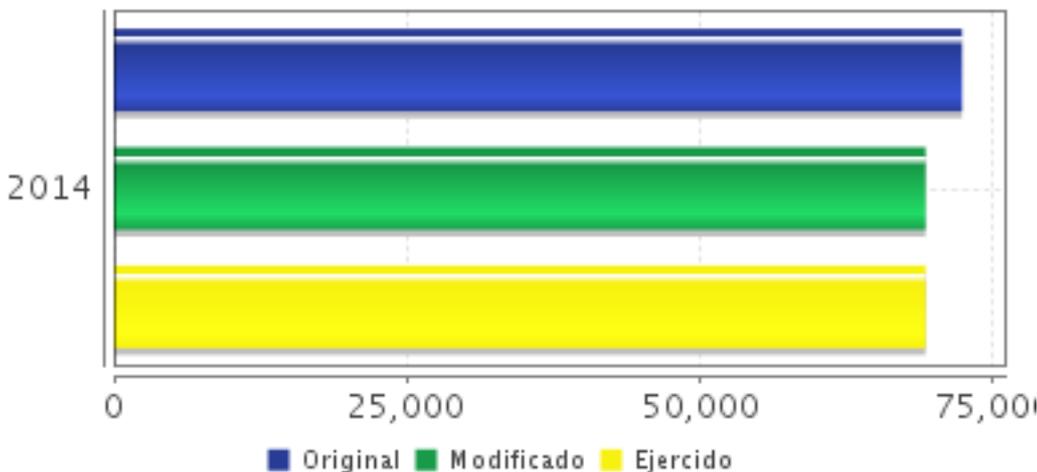
Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)



■ Presupuesto Original
 ● Presupuesto Modificado
▲ Presupuesto Ejercido

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Presupuesto 2014 (Millones de Pesos)



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Consideraciones sobre la Evolución del Presupuesto

En 2014 se autorizó un presupuesto original para el Programa de 66,985.92 millones de pesos (mdp) que registró una reducción de -4.3% respecto del modificado y ejercido de 64,110.49 mdp para ese año. Dicho presupuesto disminuyó respecto de 2013 en -2.6%. Durante el periodo 2009-2014 los recursos ejercidos del Seguro Popular se incrementaron 45.8%. La variación del presupuesto ejercido a partir de 2012 ha sido decreciente. En general, los recursos ejercidos por afiliación son congruentes con el incremento de la cobertura poblacional; en 2010 se observa un incremento del presupuesto por afiliación de 15.7% contra un 39.8% de la población afiliada, que podría ser atribuible a la reforma de la Ley General de Salud (de diciembre 2009), al transitar de una cápita por familia a una cápita por persona -esto es, de \$1,010.51 en 2009 (cápita promedio por persona) a \$836.18 por persona en 2010-. Además de observarse de 2010 a 2014 un equilibrio entre los recursos transferidos a los estados y la cobertura de la población asegurada. El presupuesto asignado al Seguro Popular en 2009 representó casi el 49% del total de los recursos del Ramo 12; para 2014 fue alrededor del 57%: es el programa presupuestario con mayores recursos financieros del Ramo.

CONCLUSIONES

Conclusiones del Evaluador Externo

El Seguro Popular tras 11 años de su implementación ha dado cumplimiento a su objetivo principal: garantizar el acceso a servicios de salud a través de una cobertura universal voluntaria, reflejado en la reducción del gasto de bolsillo en salud en más de 12.04% de hogares desde 2006. Con una cobertura en salud en 2014 de 47% de la población total en México, y un presupuesto de 57% del total de recursos del Ramo 12 (Salud) en 2014. Esta cobertura universal en salud con una población de 57.3 millones de personas, implica que el Programa tendrá que generar incentivos para mantener su afiliación, garantizar el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud a través de una red de prestadores del SPSS debidamente acreditados; y con un padrón de beneficiarios cotejado con otros padrones de instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica. Con especial énfasis en la tutela de derechos de los beneficiarios que les permita conocer el paquete de servicios e intervenciones a los que puede tener acceso, así como el seguimiento del diseño de nuevos indicadores de gestión y servicios que permita medir la satisfacción de los usuarios y la calidad de los servicios otorgados. Se identificó que la definición de la PO no considera criterios de incorporación al Programa, por lo que debe ser revisada.

Se destaca que el Programa ha sido analizado a través de distintas y periódicas evaluaciones que, en general, le han permitido evolucionar favorablemente y modificar procesos administrativos para un mejor desempeño y logro de los objetivos planteados por el Sistema.

Fortalezas

1. Cumplimiento del Fin del objetivo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), al reducirse el gasto de bolsillo en salud de los hogares. 2. Lograr y mantener la cobertura universal en la afiliación al SPSS de personas sin derechohabencia a instituciones de seguridad social. 3. Reformas a la normatividad del Programa que dan claridad a los mecanismos de prestación de servicios de salud. 4. El Programa cuenta con diferentes evaluaciones realizadas de forma periódica.

Retos y Recomendaciones

1. Mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia de la red de prestadores de servicios del SPSS, que dé atención y seguimiento a los beneficiarios del Programa. 2. Implementar procedimientos para conciliar el padrón de beneficiarios del Programa con el de otras instituciones de seguridad social, que evite duplicidades en el otorgamiento de recursos financieros. 3. Diseñar nuevos indicadores de gestión y resultados, enfocados a medir el acceso y calidad de los servicios de salud otorgados. 4. Fortalecer la red de prestadores de servicios de salud del Programa en los tres niveles de atención debidamente acreditados. 5. Revisar las definiciones de PO y PA, para esta última se sugiere: "Está conformada por personas sin adscripción a algún régimen de seguridad social público, que acepten de forma voluntaria su afiliación al Sistema, sujeta a la disponibilidad presupuestal del periodo que corresponda". 6. Construir un sistema de evaluación que incluya el análisis de tres componentes: financiero, gerencial y de impacto; de acuerdo con la normatividad y con una periodicidad establecida.

OBSERVACIONES

Observaciones del CONEVAL

"El Programa en 2014 y 2015 no ha identificado claramente el problema que busca atender". El objetivo principal del programa aún no se considera que contenga un enfoque de resultados puesto que no refleja claramente el cambio que se pretende generar en la población objetivo; se hace referencia a que se tiene acceso a intervenciones de prevención de enfermedades y otros servicios pero no al cambio que genera el programa en la población objetivo.

En la reestructuración programática para 2016, planteada en el documento "Estructura programática a emplear en el proyecto de presupuesto de egresos 2016", se propone la fusión del programa evaluado. En este sentido, el nuevo programa debe contar con un diagnóstico completo que defina claramente la problemática que busca atender y el tipo de intervención que se va a instrumentar. El nuevo diseño debe contemplar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en el sector.

Opinión de la Dependencia (Resumen)

A 11 años de su creación y con un padrón cercano a los 57.3 millones de afiliados, el Sistema de Protección Social en Salud enfrenta, como reto fundamental, el asegurar la accesibilidad a servicios oportunos y de calidad en todo el país, bajo una óptica incluyente, que permita impulsar el progreso y desarrollo social; motivo por el cual el fortalecimiento de acciones enfocadas a la atención de las demandas de la población en situación de pobreza, adquiere un papel preponderante.

El SPSS ha permitido ampliar las opciones en servicios de salud para la población que carece de seguridad social, ofreciendo actualmente, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), cobertura en la totalidad de las intervenciones del primer nivel de atención

médica y los principales padecimientos reportados como egresos hospitalarios; así como en 59 intervenciones consideradas como catastróficas por su complejidad y alto costo, financiadas por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC). Sin embargo, y como se menciona en el presente documento, existen varias acciones necesarias para poder evaluar la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios financiados por el SPSS, como lo son el contar con estándares de calidad que permitan identificar la magnitud del desempeño del Programa y establecer un mayor análisis de la percepción de los beneficiarios respecto de los servicios otorgados para así mejorarlos, y a su vez, conservar su permanencia dentro del Programa.

INDICADORES

Principales Indicadores Sectoriales 2013-2018

-Indicador 1

1. Nombre del Indicador: Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud

2. Definición: El indicador mide indirectamente la eficiencia en aseguramiento público en salud para evitar gastos de bolsillo catastróficos en los hogares más pobres.

3. Método de Cálculo: (Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud)/(Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud) x 100

4. Unidad de Medida: porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: BIANUAL

6. Año Base: 2012

7. Meta del Indicador 2014: 4.20

8. Línea Base (Valor): 4.60

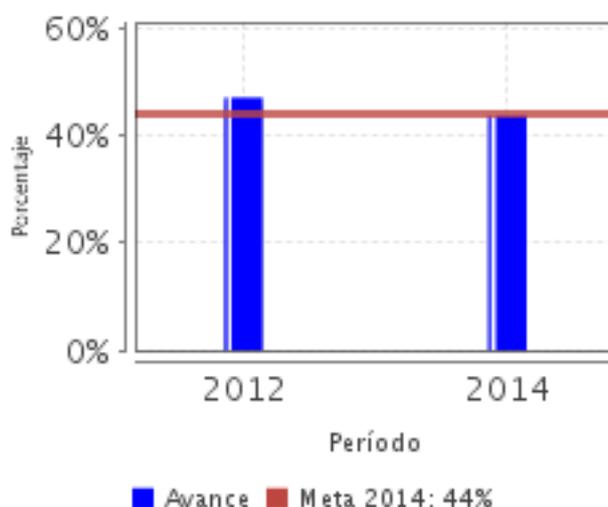
9. Último Avance (Valor): ND

10. Último Avance (Año): ND



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:** $(\text{Gasto de bolsillo en salud de los hogares}) / (\text{Gasto total en salud}) \times 100$
4. **Unidad de Medida:** Porcentaje
5. **Frecuencia de Medición del Indicador:** Bianaual
6. **Año Base:** 2006
7. **Meta del Indicador 2014:** 44.00
8. **Valor del Indicador 2014:** 43.98
9. **Año del Valor Inmediato Anterior:** 2012
10. **Valor Inmediato Anterior:** 47.20
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: (Total de personas incorporadas en el año)/(Total de personas a incorporar en 2012) x 100

4. Unidad de Medida: Porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Anual

6. Año Base: 2007

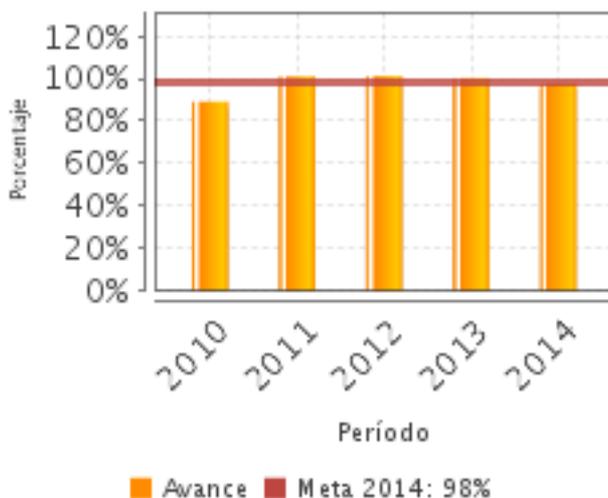
7. Meta del Indicador 2014: 98.00

8. Valor del Indicador 2014: 97.87

9. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

10. Valor Inmediato Anterior: 100.17

11. Avances Anteriores:



12. Ejecutivo: SI

Principales Indicadores de Servicios y Gestión

-Indicador 1

1. Nombre del Indicador: Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud

2. Definición: Proporciona el número de consultas promedio por año de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud

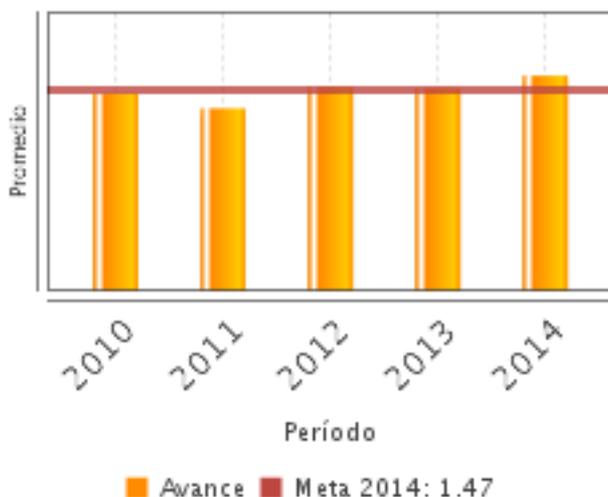
3. Método de Cálculo: (Número de consultas en el período) / (Total de personas afiliadas en el período)

4. Unidad de Medida: Promedio

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Semestral

6. Año Base: 2008

- 7. Meta del Indicador 2014: 1.47
- 8. Valor del Indicador 2014: 1.58
- 9. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013
- 10. Valor Inmediato Anterior: 1.49
- 11. Avances Anteriores:



12. Ejecutivo: SI

Observaciones Generales sobre los Indicadores Seleccionados

En general, los indicadores de la MIR 2014 se consideran pertinentes, relevantes, confiables y relacionados con los objetivos del resumen narrativo; no se cuenta con referentes para determinar si las metas establecidas son adecuadas o no. La ficha técnica del indicador a nivel de Fin Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares, no cuenta con parámetros de semaforización que permitan valorar sus avances. El método de cálculo del indicador Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular debe expresarse de forma general: el denominador "total de personas a incorporar al Seguro Popular en 2012", debe redactarse como "total de personas a incorporar en el periodo t". Esta misma referencia al año "t" debe hacerse en el numerador. El indicador anterior, cuenta con parámetros de semaforización; sin embargo, se consideran demasiado acotados. El indicador Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, tiene parámetros de semaforización que han sido superados desde 2010; es necesaria su revisión para establecer metas que promuevan un mayor desempeño.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación

En general, la información se considera suficiente. Sin embargo, no fue posible realizar un análisis del periodo completo del presupuesto 2008-2014, al no contar con datos del año 2008. La afiliación para los años 2008 y 2009 fue reportada en unidad de familias afiliadas al Seguro Popular, por lo que no se pudo realizar un comparativo y análisis completo del periodo solicitado. Referente a la normatividad, la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de Protección Social en Salud proporcionadas, no corresponden a la última publicación realizada

en el DOF. El Programa cuenta con distintas evaluaciones, de las cuales la "Evaluación de efectos del Sistema de Protección Social en Salud 2008" muestra los resultados de la evaluación de impacto dictaminada por el CONEVAL (2008).

Fuentes de Información

Ley General de Salud (LGS), Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud y su Reforma (DOF 17-12-2014), DT de seguimiento de ASM, Avances al DT de Seguimiento de ASM 2015, Fichas de Monitoreo 2013 y 2012-2013, Informes de la EED de 2008, 2009-2010, 2010-2011 y 2012-2013; Informes sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública de 2014, Informe Mensual de Metas de Indicadores de Desempeño 2014; Informe de Resultados del SPSS 2014; Transferencia de recursos a las entidades federativas 2009-2014; PPA 2014, MIR 2008-2015, EXT FPGC 2013; EXT SPSS 2011 y 2012, ER Efectos del SPSS 2008. FT de indicadores, Documento con indicadores sectoriales para el ciclo 2015.

INFORMACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y CONTRATACIÓN

Datos generales del evaluador

1. **Instancia Evaluadora:** INSAD
2. **Nombre del (a) Coordinador (a) de la Evaluación:** Manuel Urbina Fuentes
3. **Correo Electrónico:** murbina@insad.com.mx
4. **Teléfono:** 56158252

Contratación

Forma de contratación del evaluador externo: Invitación a cuando menos tres personas

Costo de la Evaluación: \$ 138,475.00

Fuente de Financiamiento: Recursos fiscales

Datos de Contacto CONEVAL

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx 54817245
Liv Lafontaine Navarro llafontaine@coneval.gob.mx 54817239
Erika Ávila Mérida eavila@coneval.gob.mx 54817289

GLOSARIO

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
ROP	Reglas de Operación