

Descripción
del Programa

Resultados

01

Cobertura

02

Análisis del Sector

03

Es un esquema de aseguramiento público en salud a través de su afiliación voluntaria (por tres años, con opción de renovación continua), dirigido a la población que no cuenta con seguridad social por relación laboral, que permite 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 sus necesidades de salud, y el otorgamiento de una serie de intervenciones de salud en unidades médicas de primero y segundo niveles de atención, establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el ofrecimiento de servicios médicos de alta especialidad para la atención de enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo la vida y el patrimonio familiar, mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual es operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

¿Cuáles son los resultados del programa y cómo los mide?

En 2008, cuenta con una evaluación de impacto, y mostró que la afiliación al Sistema evita que miles de familias pongan en riesgo su estabilidad financiera por atención de su salud; por impedimentos metodológicos no se ha vuelto a realizar el ejercicio. En 2016 tiene una Evaluación en Materia de Diseño, con motivo de la fusión del Programa E20 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud. Entre los principales hallazgos señala que es necesario elaborar una MIR que constituya una herramienta para la operación del programa, actualizar el diagnóstico y enfatizar el problema público a atender. Cuenta con varios ejercicios de evaluación desde 2007, en 2014 tiene una Evaluación Específica de Desempeño, en 2014, 2015 y 2016 Fichas de Monitoreo y Evaluación. A partir de 2015 modifica su indicador de Fin "Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares" a "Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud", los demás indicadores de propósito y componente no han tenido modificación, y como resultado de la fusión en 2016, presenta un indicador a nivel actividad relacionado con trabajos de dignificación, conservación y mantenimiento en infraestructura y equipos de las unidades médicas. La MIR desde 2015 no modifica sus indicadores de Fin, Propósito y Componente. El Indicador de Propósito, tiene en los últimos años una meta de 100%, alcanzando su cumplimiento, es un indicador de cobertura no de resultados. Con relación al indicador de Componente, el programa desde 2008 cuenta con una línea base de 1.46 consultas promedio por beneficiario, para 2016 la meta se estableció en 1.6, alcanzando 1.57. (AMM17, EDS16, IT16, MIR15, MIR16, MIR17)

Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud



Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular



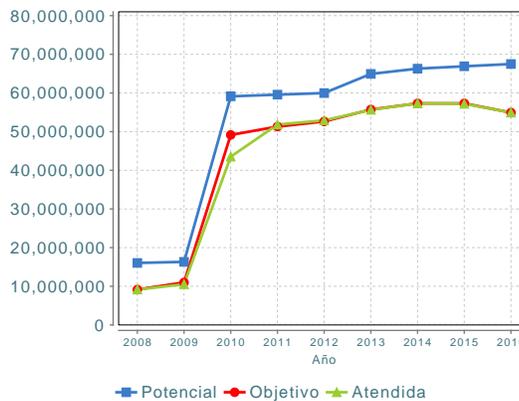
Definición de Población Objetivo:

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 de la Población Potencial, que se establece a partir de la población que no cuenta con seguridad social.

Cobertura

Entidades atendidas	32
Municipios atendidos	ND
Localidades	ND
Hombres atendidos	25,138,576
Mujeres atendidas	29,785,376
Cuantificación de Poblaciones	
Unidad de Medida PA	Persona
Valor 2016	
Población Potencial (PP)	67,487,872
Población Objetivo (PO)	54,923,952
Población Atendida (PA)	54,923,952

Evolución de la Cobertura



Análisis de la Cobertura

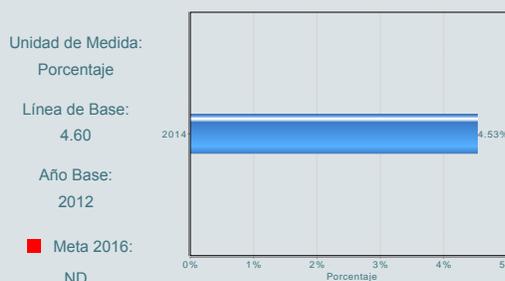
Desde su inicio de operación la población atendida ha mantenido una tendencia al alza, en 2010 se incrementó de manera significativa a partir de la liberalización de los procesos de afiliación, en 2015 (-0.20%) y 2016(-4.11%) se han presentado disminuciones en relación al año inmediato anterior, la población atendida es la afiliada al programa y se equipara a la objetivo para cada año, es importante señalar que la fuente de información para el cálculo de la población potencial es el Censo de Población y Vivienda, 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.

Análisis del Sector

Se encuentra alineado al objetivo 2: "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud" del Programa Sectorial de Salud. El indicador sectorial tiene una relación directa con el Programa, dado que se trata de un mecanismo para la protección financiera de la población sin seguridad social. Su presupuesto disminuye en 2015 en 1,692.04 m.d.p. (-2.64%) en relación a 2014 (64,110.49 mdp) y en 2016 continúa disminuyendo en 238.72 m.d.p. en relación a 2015 (-0.38%). La distribución del mismo es a las 32 entidades federativas a través de la ministración de subsidios. No se cuenta con información para 2016.

Indicador Sectorial

Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud



Presupuesto Ejercido *

Año	Presupuesto del Programa (MDP) (1)	Presupuesto del Ramo (MDP) (2)	% = (1)/(2)
2011	58,529.15	103,051.00	56.80 %
2012	64,703.80	109,769.12	58.95 %
2013	65,802.53	114,534.29	57.45 %
2014	64,110.49	111,900.42	57.29 %
2015	62,340.75	109,788.23	56.78 %
2016	62,102.03	109,027.62	56.96 %

Año de inicio del programa: 2004

* Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) MDP: Millones de Pesos. Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Fortalezas y/o Oportunidades

1.(O) Mantener la cobertura universal en la afiliación y reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud de personas sin derechohabencia a instituciones de seguridad social. 2.(O) El programa tiene programado en 2018, modificar el diseño del mismo a través de la Matriz de Indicadores para Resultados, lo que permite definir el problema que se atiende dentro de las acciones del programa, las metas e indicadores con lo que se cuenta. 3.(F) La permanencia del Programa esta asociada a la prestación de protección social en salud de la población, establecida en la Ley General de Salud.

Debilidades y/o Amenazas

1.(D) Se han dado de baja algunos Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de ejercicios de evaluación, y se dan de alta con nuevos plazos. 2.(D) Al concretar la cobertura universal, no asegura el acceso efectivo a los servicios de salud de la población asegurada, tomando en consideración la comprobación de la calidad de los prestadores. 3.(D) Incompatibilidad entre la información de registros administrativos, y la información de referencia para los cálculos proveniente de fuentes nacionales con respecto a la población potencial, objetivo y atendida a través de los mecanismos de elegibilidad. 4.(A) No contempla esquemas de incentivos relacionados con el financiamiento basado en resultados, que asocien las transferencias a las entidades con indicadores de resultados de salud en la población.

01 Recomendaciones

1.Se recomienda cumplir con las actividades y acciones del programa de trabajo que el programa comprometió en sus Aspectos Susceptibles de Mejora 2017, derivadas de los hallazgos de la Evaluación en Materia de Diseño 2016, lo cual permitirá delimitar y orientar el programa en su diseño (definición del problema, poblaciones, formulación de indicadores de gestión o resultados, determinación de metas y la MIR 2018 bajo el esquema de la Metodología del Marco Lógico). 2.Revisar los mecanismos que permitan asegurar el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud de la población asegurada. 3.Establecer una fuente de información que permita realizar el cálculo de las diferentes poblaciones. 4.Revisar la relación con los prestadores de atención a los que se compra servicios para la población asegurada, que incluyan indicadores de resultados (mejoras en las condiciones de salud y de protección financiera).

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

Avances en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

1.Realizar modificaciones a la MIR de acuerdo con recomendaciones de la evaluación. 2.Diseñar un indicador que se refiera a la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de salud otorgados con ayuda del Seguro Popular. 3.Revisión de los tres componentes de evaluación con el fin de cumplir con lo mandatado para el programa, para así estar en condiciones de construir un sistema de evaluación que permita la buena toma de decisiones y un correcto seguimiento a lo establecido por el programa. 4.Cambio en las poblaciones establecidas en el Anexo II 2017.

Aspectos comprometidos en 2017

1.Gestionar cursos de capacitación en línea para el personal de Gestión de Servicios de Salud en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud a través del Aula Virtual de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con relación al tema de tutela de derechos así como de afiliación y operación. 2.Gestionar Modelo de Seguimiento de los Servicios de Salud (MOSESS) así como el Plan Estratégico de Supervisión (PES). 3.Realizar modificaciones a la MIR de acuerdo con recomendaciones de la evaluación en materia de diseño, como implementar indicadores de gestión y resultados para hacerla una herramienta útil y eficaz en la toma de decisiones.

03 Avances del programa en el ejercicio fiscal actual (2017)

1.Los indicadores de fin, propósito y componente no muestran avances por tener una periodicidad bienal, anual, y semestral respectivamente, es en los de actividad en los que podemos observar cambios, ya que se tratan de indicadores de gestión (transferencia de recursos, incorporación de personas al Sistema y comprobación de entrega de recursos).

2.Se emitieron los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, que tienen por objeto establecer los criterios a que se sujetará la afiliación, reafiliación, incidencias e integración del Padrón Nacional de Beneficiarios, así como la aplicación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

Datos de Contacto



Datos de Unidad Administrativa
(Responsable del programa o acción)
Nombre: Dr.Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Teléfono: 50903600 Ext. 57205
Email: gabriel.oshea@salud.gob.mx



Datos de Unidad de Evaluación
(Responsable de la elaboración de la Ficha)
Nombre: Adolfo Martínez Valle
Teléfono: 55145760
Email: adolfo.martinez@salud.gob.mx



Datos de Contacto CONEVAL
(Coordinación de las Fichas de Monitoreo y Evaluación)
Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.org.mx 54817245
Liv Lafontaine Navarro llafontaine@coneval.org.mx 54817239
Jesús Pacheco Vera jpacheco@coneval.org.mx 54817311