

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

**EVALUACION DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA
GENERACIÓN 2008**

Componente I. Diseño

Resumen Ejecutivo

A partir del 1 de diciembre de 2006 el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, puso en marcha el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuyos propósitos son ***“promover la atención preventiva y garantizar la cobertura integral de servicios de salud a los niños mexicanos nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 que no estén afiliados a alguna institución de seguridad social”***.

Evaluación del Diseño

La evaluación del diseño se realizó mediante revisión de la documentación del SMNG, su marco normativo y legal y mediante entrevistas a los directivos.

Se incluyen los siguientes componentes: 1) Características del SMNG; 2) Contribución a los objetivos estratégicos; 3) Evaluación y análisis de la matriz de indicadores; 4) Población objetivo; 5) Vinculación con las reglas de operación y 6) Coincidencias, complementariedades y duplicidades; se analizaron las fortalezas, retos y recomendaciones y finalmente se establecen las conclusiones.

1) Características del SMNG.

El SMNG es un sistema de aseguramiento social en salud cuya fuente de financiamiento son impuestos. El SMNG busca fortalecer la capacidad institucional de las Entidades Federativas para otorgar atención a la salud y simultáneamente facilitar el acceso a los servicios de salud. La estrategia inicial fue la incorporación de los niños mexicanos menores de 5 años nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social y se espera cubrir la meta en el período 2007-2012 que consiste en afiliar al 100% de las familias que tengan un recién nacido a partir del 1 de diciembre de 2006 y que así lo soliciten.

2) Contribución a los objetivos estratégicos.

El SMNG está vinculado y contribuye al objetivo nacional 5 de política pública del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y del Plan Nacional de Salud 2007-2012.; al objetivo 7 del PND, a los objetivos estratégicos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

3) Evaluación y análisis de la matriz de indicadores.

La matriz de indicadores indica como fin la contribución al aseguramiento médico universal y como propósito el acceso a las acciones de protección social en salud. La matriz es robusta en su lógica horizontal y vertical, si bien es indispensable incluir los supuestos correspondientes a los rubros de propósito y de componentes; así como fortalecer la disponibilidad de información para los medios de verificación que permiten dar seguimiento a los indicadores.

4) Población objetivo

La población objetivo está claramente definida; sin embargo, se tomó la decisión de afiliar únicamente a los recién nacidos a partir de diciembre de 2006 en base a la disponibilidad presupuestal y al cumplimiento de las metas programáticas anuales de afiliación. La inclusión de todos los menores de cinco años en el SMNG podría ser una oportunidad de acelerar el descenso en las tasas de mortalidad en este grupo de edad.

5) Vinculación con las reglas de operación.

Para fines de esta evaluación es importante acotar que al inicio de operación del programa no se contaba con reglas de operación propias. Éstas fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2008.

Conclusiones

El SMNG es un programa de reciente creación que forma parte del Sistema de Protección Social en Salud y el análisis de los distintos componentes del diseño permiten asumir que el programa tiene la capacidad de cumplir sus objetivos de reducir la incidencia de enfermedades, daños a la salud y discapacidad en la población de recién nacidos, reducir la mortalidad y morbilidad neonatal e infantil; sin embargo, sería conveniente reconsiderar la inclusión de todos los niños menores de cinco años al programa, incluir el componente de salud reproductiva y reforzar la disponibilidad de información para el seguimiento de los indicadores, lo cual indudablemente fortalecerá la efectividad del programa.

Índice

Resumen Ejecutivo	2
Índice	4
Introducción	5
Capítulo 1. Evaluación del Diseño	5
1. Características del SMNG	5
2. Contribución del SMNG a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales.....	8
3. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores	14
4. Población potencial y objetivo	26
5. Vinculación de las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable con los objetivos del SMNG.....	32
6. Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales	34
Capitulo II. FORTALEZAS, RETOS Y RECOMENDACIONES	37
Capítulo III. Conclusiones	43
Capítulo VI. Bibliografía	44
Anexo 1. Cuestionario 1. Características Generales del Programa (Formato INV01-07)	47
Anexo 2. Perfil y equipo clave de la institución evaluadora	56
Anexo 3. Entrevistas Realizadas con directivos del SMNG	57

Introducción

El estado de salud de los menores de cinco años es un reflejo de las condiciones sociales de las familias y del desempeño de las instituciones de salud. En México, el avance en la disminución de la desnutrición y de las cifras de morbilidad y mortalidad en este grupo de edad es significativo; no obstante, se ha reconocido la necesidad de instrumentar políticas que garanticen la atención a la salud para este grupo de edad.

A partir del 1 de diciembre de 2006 el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, puso en marcha el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuyos propósitos son ***“promover la atención preventiva y garantizar la cobertura integral de servicios de salud a los niños mexicanos nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 que no estén afiliados a alguna institución de seguridad social”***.

En seguimiento a lo establecido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, la evaluación del diseño se dividirá en seis temas:

1) Características del SMNG; 2) Contribución a los objetivos estratégicos; 3) Evaluación y análisis de la matriz de indicadores; 4) Población objetivo; 5) Vinculación con las reglas de operación y 6) Coincidencias, complementariedades y duplicidades. El segundo capítulo elabora sobre las fortalezas, retos y recomendaciones y finalmente se establecen las conclusiones.

Metodología: se utilizaron dos instrumentos de recolección de información: Formato INV01-07 Características Generales del Programa (Cuestionario 1- anexo-) y Cuestionario del Diseño del SMNG (Cuestionario 2- anexo), cuyas respuestas se obtuvieron mediante entrevistas a funcionarios y revisión de fuentes de información institucionales y publicaciones en la literatura nacional e internacional.

Capítulo 1. Evaluación del Diseño

1. Características del SMNG

Se describen las características del SMNG con base en las respuestas del **Formato INV01-07 Características Generales del Programa** (Cuestionario 1).

El Seguro Médico para una Nueva Generación es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social. A través de este seguro, los niños tienen cobertura médica gratuita en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para enfermedades que se adicionan al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Utiliza como vehículo financiero al Seguro Popular y opera en un contexto de colaboración institucional.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud instrumenta los criterios normativos y mecanismos operativos del SMNG. El marco jurídico del SMNG comprende la Ley General de Salud, el Decreto por el cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Reglamento interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, el Reglamento interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, los Lineamientos para la medición de la aportación solidaria estatal del sistema de protección social, los lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social y el Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al sistema de protección social en salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y el Distrito Federal (21 de febrero de 2007).

Las instancias ejecutoras del programa son las Entidades Federativas, para lo cual se han celebrado convenios de coordinación en materia de transferencia de recursos entre el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud y las Entidades Federativas para compensar a los servicios estatales de salud en el incremento de la demanda de servicios a través de una cápita adicional por la atención de los recién nacidos afiliados al seguro popular mediante el SMNG. En 2007, el costo adicional estimado fue de 210 pesos por niño por año y este monto está destinado exclusivamente para la operación del servicio médico, de las intervenciones y los medicamentos contenidos en el Catálogo Universal de Servicios

Esenciales de Salud 2007. Los recursos son restringidos para la operación del programa, no pudiéndose traspasar a otros conceptos de gasto.

2. Contribución del SMNG a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales

¿El problema o necesidad prioritaria al que va dirigido el SMNG está correctamente identificado y claramente definido?

Si

La problemática en salud de los niños menores de cinco años es compleja. La exclusión social, la pobreza, la falta de servicios básicos y de acceso a servicios de salud son determinantes de la vulnerabilidad de este grupo de edad.

La magnitud de la mortalidad infantil permite aproximarse al grado en que se satisfacen las necesidades individuales y colectivas básicas, entre las que destacan las relacionadas con el acceso a servicios de salud. (INEGI 2000)

Una de cada 10 defunciones se presenta antes de los cinco años de edad. (Anónimo, 2002) En el período 1970-1974, la mortalidad infantil en México era de 64 muertes por cada mil nacidos vivos (NV) y en el año 2000 se redujo a 31 por mil NV (INEGI, 2000). Los principales padecimientos que ocurren en esta etapa, pero sobre todo en el primer mes, que es el período donde ocurren 40% de las defunciones en este grupo de edad son: condiciones perinatales, enfermedades infecciosas (diarreas e infecciones respiratorias), anomalías congénitas, enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, difteria, tétanos) y desnutrición (OMS 2003).

Una debilidad intrínseca del programa es que no incluye a la salud materno-infantil. La inclusión de este componente comprende el control de la fertilidad, con el propósito de disminuir los embarazos no deseados, o bien espaciar los embarazos, mediante educación sexual y disponibilidad de métodos anticonceptivos. La atención oportuna y de calidad del embarazo y del parto, contribuiría a la consecución de la disminución de la mortalidad perinatal. Se estima que el 50% de las muertes perinatales se pueden prevenir.

¿Existe un diagnóstico actualizado y adecuado, elaborado por el SMNG, la dependencia o entidad, sobre la problemática detectada que sustente la razón de ser del programa?

Si

El SMNG busca reducir la incidencia de enfermedades, daños a la salud y discapacidad en la población de recién nacidos, reducir la mortalidad y morbilidad neonatal, infantil y de edad preescolar, impulsar el crecimiento y desarrollo saludables de la población beneficiaria, asegurar el acceso de la población objetivo a servicios de salud y evitar el empobrecimiento de las familias derivado de gastos por la atención a la salud en menores de cinco años

La decisión de poner en marcha el SMNG se sustentó en la necesidad de ampliar los beneficios e intervenciones cubiertas por el Seguro Popular, enfocándose principalmente a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006.

El SMNG al igual que el Seguro Popular opera bajo un esquema de financiamiento público, conformado por una cuota social proveniente de aportaciones federal y estatal y una cuota familiar, determinada a partir de la evaluación socioeconómica de las familias que se afilian al Seguro Popular. A partir del año 2006, el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cubre 255 intervenciones médicas y 285 claves de medicamentos. En este sentido, el SMNG cubre enfermedades cuya gravedad, costo y complejidad pueden tener serias repercusiones en los niños menores de cinco años, tales como ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (por ejemplo, tuberculosis), tumores, enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades de los ojos, del oído, de los sistemas circulatorio, respiratorio, digestivo, osteomuscular, enfermedades de la piel, afecciones del período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas, traumatismo, envenenamientos, quemaduras y complicaciones de atención médica y quirúrgica. La lista de intervenciones cubiertas se ha ido ampliando como consecuencia del incremento en la disponibilidad de recursos. (Seguro Popular, 2008).

¿El Fin y el Propósito del SMNG están claramente definidos?

Si

El **fin** se define como la contribución que el programa espera tener sobre algún aspecto concreto del objetivo estratégico de la dependencia o entidad. (DOF 2007).

Fin. El objetivo general del SMNG es reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal.

El SMNG contribuye a que México cumpla los compromisos que ha contraído en materia de salud en el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, entre los cuales se encuentra la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años. La expectativa es que para el año 2015 no ocurran más de 15 defunciones por cada 1000 NV; como se mencionó previamente; en el año 2000, INEGI reportó que ocurren 34 muertes por cada 1000 NV, lo cual significa que se deberá reducir en 50% la mortalidad infantil en los próximos 7 años. El SMNG busca proteger de los principales padecimientos que ocurren en los primeros cinco años de vida, pero principalmente en el primer mes (mortalidad perinatal).

Propósito. El propósito describe la consecuencia directa del programa federal sobre una situación, necesidad o problema específico.

El propósito del SMNG es promover, atender y conservar un mejor estado de salud de los niños mexicanos menores de 5 años nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social y estén afiliados al sistema, a través del otorgamiento gratuito de atención a la salud, de alta calidad, en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La meta en el período 2007-2012 es afiliar al 100% de las familias que tengan un recién nacido a partir del 1 de diciembre de 2006 y que así lo soliciten.

¿El Fin y el Propósito corresponden a la solución del problema?

Si

El fin y el propósito contribuyen a la solución del problema el cual se puede analizar en tres vertientes:

Acceso a servicios de salud: La atención a la salud de los niños afiliados al SMNG será otorgada por los servicios de salud de las Entidades Federativas, y en las localidades en donde no haya instalaciones de los servicios de salud, se establecerán convenios con instituciones de seguridad social o servicios médicos privados, lo cual hipotéticamente facilitará el acceso.

Definición de los beneficios en los menores de cinco años: El SMNG como parte del Seguro Popular es un seguro público y voluntario que ofrece un paquete explícito de servicios de salud. Sus beneficios esperados son los siguientes: Fortalecer el sistema público de salud, contribuir a angostar la brecha entre la población con y sin seguridad social mediante la cobertura de 108 intervenciones o servicios médicos, garantizando el surtimiento de medicamentos, sustituyendo el pago de cuotas de recuperación por aportación anticipada, reduciendo el riesgo de enfrentar gastos catastróficos, ofreciendo acceso igualitario a la atención médica, trato digno y atención de calidad.

Financiamiento de los servicios de salud: El SMNG es un esquema de aseguramiento social en el cual, el receptor del beneficio es motivado a asegurarse mediante la intervención de un tercero. (OECD 2001). Se considera que es en forma parcial la solución al problema porque la principal fuente de financiamiento del SMNG son los impuestos, cuya recaudación puede llegar a ser insuficiente para financiar la atención a la salud con un nivel de calidad que satisfaga las expectativas de la población. La recaudación de impuestos se eleva o disminuye en línea con la economía y esto hace vulnerable la disponibilidad presupuestal del SMNG. Adicionalmente, la reducción en las tasas de empleo formal impacta negativamente en la afiliación a instituciones de seguridad social, lo que en turno también generará una potencial mayor demanda del sistema de protección social en salud.

¿El SMNG cuenta con evidencia de estudios o investigaciones nacionales y/o internacionales que muestren que el tipo de servicios o productos que brinda el SMNG es adecuado para la consecución del Propósito y Fin que persigue?

Si

El Seguro Popular cuenta con evidencia de estudios realizados por la propia Secretaría de Salud y con evaluaciones externas cuyos resultados han demostrado la pertinencia de instrumentar el SMNG para la consecución del Propósito y Fin que persigue.

En 2001, el gobierno realizó un programa piloto “Salud para Todos” en cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco; en el año 2002, 14 entidades más habían aceptado ofrecer servicios de salud bajo este programa, teniendo una afiliación de 295,513 familias.

La comunidad internacional está prestando mayor atención al cuidado de los niños(as). Se ha destacado la responsabilidad de lograr reducir la mortalidad de niños(as), tanto a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como a través de la Sesión Especial sobre los Niños que la Asamblea General de las Naciones Unidas llevó a cabo en mayo de 2002. (UNICEF 2002). Los objetivos del ODM representan un compromiso para abordar la pobreza y la mala salud en el mundo. El cuarto objetivo compromete a la comunidad internacional a reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de 5 años, entre 1990 y 2015.

La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (OMS 1997) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se ha implementado en 17 países de América Latina y el Caribe. Los objetivos de la estrategia AIEPI son reducir la mortalidad en la infancia; reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas menores de cinco años y mejorar su crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

Con base en los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad que coordina el SMNG, ¿a qué objetivo u objetivos estratégicos está vinculado o contribuye el SMNG?

El SMNG está vinculado y contribuye a los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y del Plan Nacional de Salud 2007-2012.

El Plan Nacional de Desarrollo establece 82 objetivos. Para cumplir con las expectativas en materia de salud enmarcadas en el Eje 3 "Igualdad de Oportunidades" se establecieron cinco objetivos dentro de los cuales se pueden identificar las metas relacionadas con el SMNG: 1) Mejorar las condiciones de salud de la población; 2) Brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente; 3) Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones localizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. 5) Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

El SMNG está vinculado con la estrategia de atención integrada durante la infancia y la adolescencia establecida por la Secretaría de Salud en el Plan Nacional de Salud, (Secretaría de Salud, 2007) la cual busca garantizar a toda la población infantil el acceso a servicios básicos de salud y reforzar el Programa de Atención a la Salud del Niño, cuya misión es asegurar la salud de las niñas y los niños menores de 10 años. El objetivo de este programa es elevar la calidad de vida de este grupo poblacional mediante el combate a los rezagos, el fortalecimiento de la equidad, y el incremento de la efectividad y la excelencia de la atención a la salud, principalmente en las unidades en las que se atienden los grupos poblacionales más pobres del país. Asimismo está vinculado con la ESTRATEGIA 7: Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a todas las personas.

3. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores

De la lógica vertical de la matriz de indicadores

¿Las actividades del SMNG son suficientes y necesarias para producir cada uno de los Componentes?

Si

La lógica vertical establece una cadena de causalidad en el diseño de las actividades y la relación de medios y fines. Para establecer la racionalidad de la matriz de indicadores, el análisis se realizó en sentido descendente a partir del fin, el cual debe justificar el propósito, éste a su vez el componente y finalmente las actividades.

La matriz de indicadores señala los resultados (fin y propósito), los servicios (componentes) y la gestión (actividades e insumos). Sin embargo, en cuanto a su lógica vertical éstos son parcialmente congruentes. El fin (contribuir al aseguramiento universal) y el propósito (acceso las acciones de salud para los niños no afiliados a la seguridad social) están claramente definidos; sin embargo, consideramos que existe un problema de semántica porque la sección de servicios (componente) no corresponde a la definición de CONEVAL, la cual establece que son *“los productos (obras, bienes servicios, capacitación, etc.) que se requiere que se produzcan y/o entreguen a los beneficiarios a través del programa y que son necesarios para alcanzar el propósito del mismo”* (CONEVAL 2008) mientras que la matriz de indicadores del SMNG establece como componente a la *“población de niños atendidos a través del seguro médico para una nueva generación”*; sería más claro establecer que el componente son *“las atenciones en salud cubiertas por el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) que reciben los niños afiliados al SMNG”*. Finalmente, las actividades descritas son tres. La primera se refiere a la actualización de intervenciones, la segunda a la cobertura de incorporación de los niños al SMNG y la tercera a la gestión de servicios. Parece apropiado considerar que la secuencia lógica sería inicialmente presentar la cobertura, seguidamente la gestión de servicios y al final, las intervenciones.

¿Los Componentes son necesarios y suficientes para el logro del Propósito?

Si

En este aspecto, es apropiado insistir en la necesidad de reformular el componente de forma que se establezcan que éste se refiere a la provisión de los servicios de salud a los niños afiliados al SMNG cubiertas por el SIGGC, más que a la población de niños atendidos a través del SMNG. En cuanto a los tres atributos: cantidad, calidad y tiempo (CONEVAL), únicamente se consideran cantidad (porcentajes) y tiempo (periodicidad anual).

El atributo de calidad no se menciona por lo que resulta importante su desarrollo dado que establece cuáles son los estándares bajo los cuales es posible lograr los beneficios esperados.

El análisis de las condiciones necesarias y suficientes de la lógica vertical permite establecer que el logro del componente de la población atendida a través del SMNG es necesario y puede ser suficiente para lograr el fin (contribuir a la cobertura). Esto significa que los niños han sido atendidos, lo cual es reflejo del acceso a los servicios el cual se puede definir operativamente como la facilidad con que las personas pueden obtener la atención.

¿Es claro y lógico que el logro del Propósito contribuye al logro del Fin?

Si

El propósito es afiliar al SMNG a niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 y que no son derechohabientes de instituciones de seguridad social y el fin es contribuir al aseguramiento médico universal.

La visión del SMNG es que los niños recién nacidos tengan acceso a servicios de salud, por lo que resulta claro y lógico considerar afiliar aquellos que son más vulnerables y que no tienen acceso a las instituciones de seguridad social. También se analizaron en forma vertical los supuestos que apoyan el propósito y el fin.

En cuanto al propósito es indispensable mencionar que la cuarta columna carece de supuestos. Dado que el propósito establece que los niños afiliados tendrán acceso a la protección en salud, parece apropiado plantear que el hecho de que los niños estén inscritos al programa no es suficiente para considerar que tienen acceso. En la práctica, el acceso está influido por distintos factores tales como: distancia a la fuente de atención, disponibilidad y costos de la transportación, factores organizacionales: sitio y horario de atención, factores económicos: ingreso, conocimiento de que se cuenta con el SMNG; factores sociales y culturales: preferencias étnicas, religiosas o culturales. Todas estas circunstancias pueden afectar el logro del propósito. Este último aspecto de los factores que influyen en el acceso pudiera formar parte de la sección de supuestos del componente. Incluir este supuesto en el propósito establecería que se conocen las condiciones externas que pueden afectar el logro del propósito y muy probablemente se deberían considerar como parte de la medición efectivamente se aumentaría las probabilidades de cumplir con las metas de afiliación.

Considerando el análisis y la evaluación realizados en este punto, ¿la lógica vertical de la matriz de indicadores del programa es clara y se valida en su totalidad? Es decir, ¿la lógica interna del SMNG es clara?

Si

El análisis de la relación causal entre los distintos componentes de la matriz también se realizó en forma ascendente. Se asume que las actividades descritas: actualización de intervenciones, cobertura de incorporación y gestión de servicios, si permitirán el logro del componente y el cual, a su vez permite que se alcance el propósito, y éste contribuye al logro del fin. Si bien la lógica vertical de la matriz de indicadores es clara, es pertinente acotar que la cuarta columna (supuestos) está incompleta (como ya se mencionó previamente). Se asume que los supuestos son condiciones externas que necesitan ser satisfechas para apoyar el cumplimiento de la lógica vertical. Es apropiado complementar este componente para que tenga mayor claridad en su lógica

Este análisis también se puede considerar con una perspectiva de riesgos (en sentido negativo), entre los cuales, en lo que respecta a la presente evaluación se pueden mencionar los referentes a las condiciones que pueden motivar o desalentar la afiliación al SMNG, la consistencia y agilidad del sistema de información que permita conocer en forma oportuna la velocidad en la tasa de afiliación, la disponibilidad del financiamiento y de gestión de gastos catastróficos; la disponibilidad de infraestructura (supuesto de actividades) y la existencia de mecanismos e insumos para la supervisión del seguimiento de las unidades médicas (supuesto de actividades). El análisis de los posibles riesgos permitiría establecer algunas posibles estrategias para afrontarlos, lo cual puede incluir, por ejemplo, la modificación de alguna actividad.

De la lógica horizontal de la matriz de indicadores

En términos de diseño, ¿existen indicadores para medir el desempeño del SMNG a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades e insumos?

Si

La matriz contiene los indicadores para medir y verificar el desempeño del SMNG en lo referente al fin (eficacia); propósito (eficacia y economía); componente (eficacia y economía) y actividades (actualización, cobertura y gestión)

Dado el tiempo de implementación del programa, el cual inició en diciembre de 2006, es apropiado considerar que los indicadores identifican aspectos sustantivos para monitorear el progreso de las actividades del SMNG lo cual permitirá conocer el logro de lo que fue planeado. En forma esquemática se identifica que los indicadores propuestos miden cobertura (niños afiliados al SMNG sobre el total de niños nacidos sin seguridad social); avance de las metas programáticas de afiliación; presupuesto ejercido versus presupuesto asignado; avance en la utilización de servicios (niños atendidos en el año/ niños atendidos en el año anterior), presupuesto ejercido; intervenciones, avance de la afiliación en términos únicamente del avance en cuanto al número de niños afiliados con respecto al año anterior; porcentaje de niños atendidos por el FPGC y porcentaje de niños con seguimiento.

¿Todos los indicadores son claros, relevantes, económicos, adecuados y monitoreables?

Si

Existen distintos abordajes para evaluar la calidad de los indicadores, por ejemplo, se pueden analizar si son: específicos, medibles, logrables, relevantes y oportunos. Las fichas técnicas del SMNG que fueron entregadas junto con la matriz de indicadores establecen el análisis de la claridad, relevancia, economía, monitoreabilidad y adecuación. En lo general, el análisis refleja que cumplen con los atributos mencionados. No obstante, el atributo de oportunidad debiera ser considerado como parte del análisis. En este sentido, oportunidad se refiere a que la información del indicador debe ser recolectada y reportada en el tiempo apropiado para influir en las decisiones directivas. Dado que se considera el tiempo como una variable importante en los indicadores, por ejemplo, para medir el avance de las coberturas con respecto a lo planeado o con respecto al año anterior, o bien el avance en el ejercicio del presupuesto, etc. La medición de la oportunidad de la información resulta de mucha utilidad.

¿Los indicadores incluidos en la matriz de indicadores tienen identificada su línea de base y temporalidad en la medición?

Si

La falta de identificación de la línea de base de algunos de los indicadores refleja que se trata de un programa de nueva creación para lo cual no se cuenta con información definitiva. Dicha información proviene de distintas fuentes, tanto del ámbito central (nacional) como del ámbito estatal. Es probable que la información del ejercicio 2007 permita establecer la línea de base para todos los indicadores.

A continuación se enlistan los indicadores y la identificación de los que tienen línea de base.

Indicador	Línea de base	Temporalidad de medición
Porcentaje de niños con acceso al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	Si	Si
Porcentaje de cumplimiento respecto de la meta de afiliación al SMNG	No	Si
Porcentaje de ejercicio del presupuesto del programa	Si	Si
Porcentaje de variación de los niños atendidos a través del SMNG en el año, con respecto al año anterior	No	Si
Porcentaje del ejercicio del presupuesto del programa	Si	Si
Porcentaje de variación de los servicios e intervenciones del SMNG en el año con respecto al año anterior	Si	Si
Porcentaje de niños afiliados al SMNG contra el año anterior	Si	Si
Atención de niños como porcentaje de los incorporados al SMNG	No	Si
Porcentaje de seguimiento de casos de niños atendidos	No	Si

¿El SMNG ha identificado los medios de verificación para obtener cada uno de los indicadores?

Si

Los medios de verificación provienen de distintas fuentes, dependiendo el indicador correspondiente. Los medios son: la base de datos del padrón nacional del CNPSS; el sistema de información en salud de la Secretaría de Salud; la cuenta de la Hacienda Pública Federal; Presupuesto de Egreso de la Federación; Información proveniente de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud y del Sistema de Información de Gastos Catastróficos (SIGC).

Los medios de verificación de la información financiera y del padrón, se validan a través de auditoría, evaluaciones y supervisiones de órganos de fiscalización, auditores y evaluadores externos, así como de la propia Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En los sistemas de información y registros institucionales, la información es validada con los mecanismos propios, referentes a los procesos de captura y de análisis de consistencia.

Es de llamar la atención que en las fichas técnicas, la mayor parte de la información estará disponible en distintos períodos de 2009. Esto por una parte es reflejo de lo reciente del programa, sin embargo, también manifiesta cierta debilidad dado que se tendrá información de 2007 con un rezago superior a los 12 meses. Es deseable considerar las restricciones en la capacidad para recolectar la información en forma oportuna e instrumentar mecanismos factibles que agilicen su disponibilidad.

Para aquellos medios de verificación que corresponda (por ejemplo encuestas), ¿el SMNG ha identificado el tamaño de muestra óptimo necesario para la medición del indicador, especificando sus características estadísticas como el nivel de significancia y el error máximo de estimación?

No aplica

No se han considerado encuestas como medios de verificación para los indicadores propuestos. Toda la información proviene de los sistemas institucionales de información

¿De qué manera el SMNG valida la veracidad de la información obtenida a través de los medios de verificación?

No

En la documentación de los indicadores y en las fichas técnicas no se menciona la forma en que se validará la veracidad de la información, lo cual probablemente sea una debilidad de los formatos, más que una carencia de un método de validación.

La información obtenida a través de los medios de verificación proviene de distintas fuentes institucionales de información del ámbito nacional y del ámbito estatal, dichas fuentes a su vez tienen instrumentados distintos mecanismos de validación. Por ejemplo, los lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud en su capítulo VI, del Padrón de Beneficiarios del Sistema, establecen que la validación del padrón corresponde a los Regímenes Estatales.

¿Se consideran válidos los supuestos del SMNG tal como figuran en la matriz de indicadores?

No

Como se mencionó en el análisis de la lógica vertical de la matriz, existen supuestos para el fin y para las actividades y no existen supuestos para el propósito y para el componente. Se sugirió también la elaboración de algunos supuestos. En general se asume que los supuestos abordan algunas condiciones externas que necesitan ser cubiertas para cumplir con la descripción de actividades de la lógica vertical y también se utilizan para resaltar las relaciones entre los distintos componentes (fines, propósito, componente y actividad); la omisión en la elaboración de los supuestos en cuanto al propósito y a los componentes puede poner en riesgo lo robusto de la matriz de indicadores.

Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto, ¿la lógica horizontal de la matriz de indicadores se valida en su totalidad?

Si

Se parte de la existencia de los indicadores para cada uno de los componentes de la matriz, de que se define con claridad la dimensión a medir, el método de cálculo, y las características de claridad, relevancia, economía, monitoreabilidad y adecuación.

Es importante considerar que se trata de un programa de reciente creación y algunos datos de la línea base todavía no están claramente definidos; asimismo, se hace hincapié en la necesidad de identificar el atributo de oportunidad para contar con la información y de contar también con información accesible que permita identificar la validez de la información de los medios de verificación. Esta circunstancia de que se trata de un programa de reciente creación permite validar la lógica de la matriz en términos de planeación, no obstante es indispensable que se realice un seguimiento del cumplimiento de los indicadores para cada uno de los elementos de la matriz.

4. Población potencial y objetivo

¿La población que presenta el problema y/o necesidad (población potencial), así como la población objetivo está claramente definida?

No

La población potencial corresponde a todos los niños mexicanos nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y que son elegibles para su atención; la población objetivo corresponde a los niños que se estimó que se afiliarían al Sistema de Protección Social en Salud.

Dado que el SMNG inició en diciembre del año 2006, la población objetivo son todos aquellos niños que fueron afiliados al SMNG durante 2007. La afiliación se realizó sin restricciones en cuanto a número de niños afiliados en cada entidad federativa. En la información del cierre definitivo de 2007, se reportó que se afiliaron 819,410 niños al SMNG.

La decisión de afiliar únicamente a los recién nacidos a partir de diciembre de 2006, excluyó a todos los niños menores de cinco años que ya hubieran nacido antes de esa fecha, en razón de la disponibilidad presupuestal, de las metas programáticas anuales de afiliación y a que la mayor parte de la morbilidad y mortalidad se presentan en la etapa perinatal. Sin embargo, la inclusión de todos los menores de cinco años en el SMNG podría acelerar el descenso en las tasas de mortalidad en este grupo de edad. Está demostrado, por ejemplo, que los niños de poblaciones pobres tienen una desaceleración importante del crecimiento y desarrollo debido a desnutrición y anemia; asimismo, los niños entre dos y cinco años todavía presentan tasas importantes de mortalidad por enfermedades infecciosas. México es uno de los países que ha registrado una reducción sostenida de mortalidad en menores de cinco años y se espera que logre cumplir las Metas del Milenio, reduciendo de 44.9 muertes por cada 1,000 niños nacidos vivos en 1990 a 15.0 muertes por cada 1,000 niños nacidos vivos en 2015 (Sepúlveda, 2006).

¿El SMNG ha cuantificado y caracterizado ambas poblaciones, según los atributos que considere pertinentes?

Si,

Se cuantificó el número de nacimientos en población no afiliada a seguridad social y esta cifra sirvió de base para estimar el número de niños a afiliar. El único atributo fue que el recién nacido no estuviera afiliado a ninguna institución de seguridad social.

El análisis del SMNG identificó que en el país, la situación del estado de salud de los niños ha mejorado en los últimos 20 años, no obstante, este grupo de edad sigue siendo altamente vulnerable. Las tasas de mortalidad infantil, materna y perinatal son superiores al promedio internacional, lo cual es un reflejo del bajo índice de desarrollo humano y las altas tasas de pobreza.

Aunque hay evidencia del descenso de la mortalidad infantil, de 36.2 a 18.1 por 1000 NV, (CONAPO) aun existen grandes retos en grupos de población que por circunstancias socioeconómicas y culturales no están integrados al desarrollo nacional. Se identificó que la población infantil perteneciente a familias de escasos recursos, son un grupo muy vulnerable, para el cual, existen barreras que impiden el acceso a la atención médica. Las principales causas de muerte en menores de 0 a 4 años son enfermedades infecciosas (diarrea e infecciones respiratorias) para las cuales existen medidas preventivas y tratamientos efectivos, con lo cual se puede disminuir el número de muertes. El análisis de la mortalidad en los estados reflejó que aquellos con mayor nivel de pobreza y menor desarrollo social y de infraestructura, como Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Hidalgo, Tabasco, Puebla son los que ocupan los primeros lugares en tasa de mortalidad infantil. Otro aspecto adicional es el estado de nutrición. En 1999, el 17.8% de la población de 0 a 5 años presentaba talla baja para la edad; el 7.6% tenía bajo peso para la edad y el 2.1% tenía bajo peso para la talla. Las consecuencias de la desnutrición son múltiples y se reflejan en el crecimiento y desarrollo de los niños. El conocimiento de las precarias condiciones de salud de los niños no afiliados a la seguridad social motivó que se definiera a éstos como población objetivo.

¿Cuál es la justificación que sustenta que los beneficios que otorga el SMNG se dirijan específicamente a dicha población potencial y objetivo?

La justificación que sustenta que los beneficios del SMNG se dirijan a esta población radica inicialmente en las precarias condiciones de salud de los niños menores de cinco años. Esta situación es un reflejo de los problemas de equidad y de acceso que existen en el país. Si bien, el estado de salud es una función derivada de múltiples factores, tales como las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales, etc., se ha reconocido la relevancia de los servicios de salud en prevenir, recuperar y/o mantener la salud, por lo cual se justifica el desarrollo de estrategias que disminuyan la inequidad y faciliten el acceso a servicios de salud.

Existen profundas brechas entre las tasas de morbilidad y mortalidad entre los niños con y sin seguridad social o bien entre las distintas entidades federativas.

En el 2004 la tasa nacional de mortalidad perinatal fue de 19.7 por cada 1 000 nacidos vivos (Salud, 2006) mientras que un análisis realizado de 2002 a 2006 en un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, reportó una tasa de 11 por cada 1000 (Gutiérrez et al, 2008). La UNICEF analiza la desigualdad en los derechos de los niños en tres aspectos: El derecho a vivir, el derecho a crecer saludable y bien nutrido y el derecho a la educación. El índice se establece en una escala de 0 a 10 en donde el 0 es el menor puntaje y 10 es el puntaje máximo. El estado de Guerrero tiene el puntaje más bajo (2.90) y Nuevo León el más alto (8.10). Este resultado refleja que un niño nacido en Guerrero tiene menos oportunidades de vivir, crecer saludablemente y educarse que un niño nacido en Nuevo León. (UNICEF, 2005) Las cifras reflejan la dimensión de las inequidades existentes.

La implementación de programas de salud encaminados a mejorar el acceso a servicios de salud, como el SMNG contribuirá substancialmente a disminuir la brecha de inequidad existente y a mejorar el estado de salud de los menores de cinco años.

¿La justificación es la adecuada?

Si

La justificación se centra en los siguientes aspectos: La persistencia de la desigualdad en cuanto al estado de salud y de acceso y cobertura a servicios de salud, lo cual se refleja en el estado de salud de los niños menores de cinco años; la necesidad de mejorar las condiciones de salud de los niños de este grupo de edad dadas las consecuencias negativas de un estado precario de salud en el crecimiento y desarrollo, lo cual se refleja en el rendimiento escolar y laboral en edades posteriores y en el imperativo de establecer mecanismos sustentables que faciliten el acceso a los servicios de salud de calidad.

¿Los criterios y mecanismos que utiliza el SMNG para determinar las unidades de atención (regiones, municipios, localidades, hogares y/o individuos, en su caso) son los adecuados? (Señalar principales mecanismos).

Si

Las unidades de atención son los niños nacidos a partir del 1 de diciembre y los criterios y mecanismos para determinar su atención son los siguientes:

Afiliación a través de la creación del padrón de beneficiarios. Se ubico la población en dos grupos: niños que nazcan partir del 1 de diciembre de 2006 y cuyas familias estén afiliadas al seguro popular y niños nacidos en esa misma fecha y cuyas familias no tengan afiliación al seguro popular o a otro esquema de seguridad social.

Mecanismo de financiamiento: Convenios de colaboración entre la Secretaría de Salud y las Entidades Federativas para la compensación de los servicios estatales de salud en lo referente al incremento en la demanda de servicios a través de una cápita adicional por la atención de los recién nacidos. El costo adicional estimado fue de 210 pesos por niño por año, exclusivamente para la operación de la prestación de los servicios médicos.

Cobertura: Se asegura la atención de los 194 padecimientos que actualmente cubre el CAUSES 2007; 16 padecimientos o intervenciones incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y ampliación progresiva de la cobertura iniciando con 17 entidades relativas a trastornos congénitos y adquiridos.

Prestación de Servicios: La prestación del servicio se otorgará en unidades acreditadas del sector salud y en las instituciones públicas de salud con las que se establezcan acuerdos de colaboración y con los servicios privados.

¿Existe información sistematizada y actualizada que permita conocer quiénes reciben los apoyos del SMNG (padrón de beneficiarios), cuáles son las características socio-económicas de la población incluida en el padrón de beneficiarios y con qué frecuencia se levanta la información?

Si

Existe un padrón de beneficiarios el cual se integra con la colaboración de los Regímenes Estatales y de la Comisión. Los Regímenes Estatales integran y administran el padrón, verifican que los beneficiarios cumplan los requisitos legales y reglamentarios para la inserción al SMNG, integran la información en la plataforma informática del Sistema de Administración del Padrón. La Comisión integra el padrón nacional a partir de la información proveniente de los regímenes estatales, provee el sistema a los regímenes y reorienta la transferencia de los recursos federales a las entidades federativas. Los Regímenes Estatales realizan el proceso de validación.

El mecanismo de envío y recepción de la base de datos permite que los Regímenes Estatales remitan su base de datos, mediante conexión en línea con la Comisión o bien mediante envío semanal a través de la Dirección General de Afiliación y Planeación. La información definitiva del padrón del mes en turno corresponde a la del cierre autorizado por la Comisión y dentro de los 10 días hábiles del mes subsecuente, la Comisión procede a iniciar el trámite para la transferencia de las aportaciones federales para las familias afiliadas al sistema.

Las características socioeconómicas de la población incluida en el padrón son las siguientes: Ser residentes en el territorio nacional; no ser derechohabientes de la seguridad social, contar con clave única de registro de población y cubrir las cuotas familiares correspondientes, las cuales se determinan en función del decil de ingreso de las familias. El monto de las cuotas familiares se decide utilizando la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH). Se determina la cuota familiar aplicando un 6% sobre el ingreso neto disponible del decil de ingreso correspondiente.

5. Vinculación de las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable con los objetivos del SMNG

¿El diseño del SMNG se encuentra correctamente expresado en sus ROP o normatividad correspondiente?

Si

Es importante acotar que al inicio de operación del programa no se contaba con reglas de operación propias. Éstas fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2008.

En lo referente al diseño del programa, las reglas de operación del programa establecen que el diseño será motivo de evaluación y también parte del seguimiento operativo.

La evaluación del programa comprende: 1) el diseño del Programa; 2) la provisión de servicios; 3) la eficiencia del Programa; 4) el impacto de las acciones en la mejora de las condiciones de salud del beneficiario y de la economía de la familia; y, 5) los factores que influyen en el desempeño e impacto del Programa, y su principal propósito es determinar el desempeño e impacto del SMNG. Los resultados de las evaluaciones aportarán elementos para el mejoramiento continuo del Programa y ofrecerán recomendaciones de adecuaciones para elevar la calidad de la atención y los resultados en salud.

En cuanto al seguimiento de la operación del Programa, éste será permanente y la información producto de los procesos operativos permitirá mejorar el diseño y ejecución de las actividades, incluyendo la inserción de procesos de mejora continua.

¿Existe congruencia entre las ROP o normatividad aplicable del SMNG y su lógica interna?

Si

Como se mencionó previamente, al inicio de operación del programa no se contaba con reglas de operación propias. Éstas fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2008.

Las Reglas de Operación son congruentes con la lógica interna del SMNG, su contenido establece los objetivos del SMNG, los criterios orientadores, los lineamientos generales acerca de la cobertura (beneficiarios, obligaciones, etc.); mecánica de operación (incluyendo el establecimiento de los convenios con los Estados de la Federación y con instituciones de salud públicas y privadas); mecanismos de financiamiento y pago, determinación del padrón de beneficiarios, tipo de servicios a otorgar, incluyendo suministro de medicamentos e insumos; informes programáticos presupuestales, criterios para la suspensión y cancelación de apoyos; seguimiento operativo, control y auditoría; evaluación, transparencia, quejas y denuncias. La observancia de las reglas de operación facilitará la evaluación e identificación de los avances y limitaciones del SMNG.

6. Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales

Como resultado de la evaluación de diseño del SMNG, ¿el diseño del SMNG es el adecuado para alcanzar el Propósito antes definido y para atender a la población objetivo?

Si

El SMNG es una línea derivada del Sistema de Protección Social en Salud y su marco jurídico y legal así como su estructura central, procesos, procedimientos de afiliación, asignación presupuestal y servicios ofrecidos contribuirán a lograr mejores resultados de los programas de Salud Pública, de vacunación universal, y del propio Sistema de Protección Social en Salud.

El análisis de las características del SMNG, de la contribución a los objetivos estratégicos de la evaluación y análisis de la matriz de indicadores de la definición de la población objetivo y de la vinculación del Programa con las reglas de operación y la sinergia con otros programas permiten asumir que el diseño del Programa es apropiado para alcanzar el propósito de mejorar la salud de los niños menores de cinco años.

La reciente creación del programa (iniciado en diciembre del 2006) contribuirá al logro de las expectativas del Sistema de Protección Social en Salud en lo referente a la atención en salud de los niños menores de cinco años.

¿Con cuáles programas federales podría existir complementariedad y/o sinergia?

Los beneficios del SMNG son adicionales a los que hoy en día proveen los programas de salud pública y de vacunación universal, el Sistema de Protección Social en Salud, así como a las acciones en materia de salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades.

¿Con cuáles programas federales podría existir duplicidad?

No se ha identificado que exista duplicidad con algún programa federal; es posible que el Seguro Popular atienda niños menores de cinco años, dado que no tiene restricciones para la edad.

¿El programa cuenta con información en la que se hayan detectado dichas complementariedades y/o posibles duplicidades?

No se cuenta con esta información.

Capítulo II. FORTALEZAS, RETOS Y RECOMENDACIONES

TR2: MODELO DE TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA EVALUACIÓN EN MATERIA DE DISEÑO

Formato FORR-07 Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones

Nombre de la dependencia y/o entidad que coordina el programa: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Nombre del programa: Seguro Médico para una Nueva Generación.

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Referencia	Recomendación Referencia de la recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
DISEÑO	<p>El SMNG tiene como fortaleza que forma parte de la estructura del Sistema de Protección Social en Salud y cuyo diseño contempla los mecanismos financieros, legales y organizacionales para facilitar el acceso a servicios de salud a una población altamente vulnerable.</p> <p>El SMNG es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social.</p> <p>A través de este seguro, los niños tienen cobertura médica gratuita en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento</p>	Página 5	No aplica

	y rehabilitación para enfermedades que se adicionan al Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).		
Diseño	Es robusta la lógica horizontal de la matriz de indicadores En forma esquemática se identifica que los indicadores propuestos miden cobertura (niños afiliados al SMNG sobre el total de niños nacidos sin seguridad social); avance de las metas programáticas de afiliación; presupuesto ejercido versus presupuesto asignado; avance en la utilización de servicios (niños atendidos en el año/ niños atendidos en el año anterior), presupuesto ejercido; intervenciones, avance de la afiliación en términos únicamente del avance en cuanto al número de niños afiliados con respecto al año anterior; porcentaje de niños atendidos por el FPGC y porcentaje de niños con seguimiento.	Página 17	No aplica
Diseño	El SMNG cuenta con un diagnóstico sobre la problemática que aqueja a los niños menores de cinco años, lo cual sustenta la razón de ser del programa, lo cual incluye el financiamiento de enfermedades cuya gravedad, costo y complejidad tienen serias repercusiones en la salud de los	Página 8	No aplica

	niños menores de cinco años.		
Debilidad o Amenaza			
	La decisión de afiliar únicamente a los recién nacidos a partir de diciembre de 2006, excluyó a todos los niños menores de cinco años que ya hubieran nacido antes de esa fecha, en razón de la disponibilidad presupuestal, de las metas programáticas anuales de afiliación y a que la mayor parte de la morbilidad y mortalidad se presentan en la etapa perinatal. Sin embargo, la inclusión de todos los menores de cinco años en el SMNG podría acelerar el descenso en las tasas de mortalidad en este grupo de edad. Está demostrado, por ejemplo, que los niños de poblaciones pobres tienen una desaceleración importante del crecimiento y desarrollo debido a desnutrición y anemia; asimismo, los niños entre dos y cinco años todavía presentan tasas importantes de mortalidad por enfermedades infecciosas.	Página 25	
	Una debilidad intrínseca del programa es que no incluye a la salud materno-infantil. La inclusión de este componente comprende el control de la fertilidad, con el propósito de disminuir los embarazos no deseados, o bien espaciar los embarazos, mediante educación sexual y disponibilidad de	Página 7, último párrafo	Es indispensable considerar la importancia de la atención materno-infantil en forma integral. La mejora de los servicios de salud reproductiva se puede reflejar en una menor tasa de embarazos no deseados, en

	métodos anticonceptivos. La atención oportuna y de calidad del embarazo y del parto, contribuiría a la consecución de la disminución de la mortalidad perinatal.		disminución de las tasas de mortalidad materna y de mortalidad perinatal.
	Financiamiento de los servicios de salud: El SMNG es un esquema de aseguramiento social en el cual, el receptor del beneficio es motivado a asegurarse mediante la intervención de un tercero. La principal fuente de financiamiento del SMNG son los impuestos, cuya recaudación puede llegar a ser insuficiente para financiar la atención a la salud con un nivel de calidad que satisfaga las expectativas de la población. La recaudación de impuestos se eleva o disminuye en línea con la economía y esto hace vulnerable la disponibilidad presupuestal del SMNG. Adicionalmente, la reducción en las tasas de empleo formal impacta negativamente en la afiliación a instituciones de seguridad social, lo que en turno también generará una potencial mayor demanda del sistema de protección social en salud.	Página 10	La implementación de intervenciones costo-efectivas puede contribuir a disminuir el gasto en salud. En función del crecimiento del número de afiliados y de la demanda de servicios de alto costo posiblemente será necesario establecer prioridades y establecer mecanismos de monitoreo.
	La lógica vertical de la matriz de indicadores es parcialmente clara. Su análisis podría incluir una perspectiva de riesgos (en sentido negativo), entre los cuales, en lo que respecta a la presente evaluación se pueden mencionar los referentes a las condiciones que	Página 16	El análisis con una perspectiva de los posibles riesgos permitiría establecer algunas posibles estrategias para afrontarlos, lo cual puede incluir, por ejemplo, la modificación de alguna actividad, norma o bien asignación

	<p>pueden motivar o desalentar la afiliación al SMNG, la consistencia y agilidad del sistema de información que permita conocer en forma oportuna la velocidad en la tasa de afiliación, la disponibilidad del financiamiento y de gestión de gastos catastróficos; la disponibilidad de infraestructura (supuesto de actividades) y la existencia de mecanismos e insumos para la supervisión del seguimiento de las unidades médicas (supuesto de actividades).</p>		<p>presupuestal.</p>
	<p>Existe debilidad en la oportunidad de la información para evaluar el avance de los indicadores.</p> <p>En las fichas técnicas, la mayor parte de la información estará disponible en distintos períodos de 2009. Esto por una parte es reflejo de lo reciente del programa, sin embargo, también manifiesta cierta debilidad dado que se tendrá información de 2007 con un rezago superior a los 12 meses. Es deseable considerar las restricciones en la capacidad para recolectar la información en forma oportuna e instrumentar mecanismos factibles que agilicen la disponibilidad de información.</p>	<p>Página 20</p>	<p>Es indispensable diseñar mecanismos que agilicen la disponibilidad de la información, lo cual permitirá establecer el avance en los indicadores y brindará la evidencia necesaria para una toma de decisiones oportuna.</p>

Capítulo III. Conclusiones

El SMNG es un programa de reciente creación y tiene como principal fortaleza que forma parte de la estructura del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo diseño contempla los mecanismos financieros, legales y organizacionales para facilitar el acceso a servicios de salud a una población altamente vulnerable.

El análisis de los distintos componentes del diseño permiten asumir que el programa tiene la capacidad de cumplir sus objetivos de reducir la incidencia de enfermedades, daños a la salud y discapacidad en la población de recién nacidos, reducir la mortalidad y morbilidad neonatal e infantil; sin embargo, es indispensable reconsiderar la inclusión de todos los niños menores de cinco años al programa y también de incluir el componente de salud reproductiva, lo cual indudablemente fortalecería su efectividad. Operativamente, el diseño de las actividades que se presentan en la matriz se deberá re-evaluar, refinar y actualizar de forma continua, lo cual permitirá mejorar la matriz para proporcionar un plan de acción claro y lógico.

Capítulo VI. Bibliografía

Anónimo: Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud pública Méx; 2002; 44 (3): 266-282.

Black R.E, Allen L.H, Bhutta Z, Caulfi eld L, Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. For the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet.com 2008 DOI: 10.1015/S0140-6736(07)61690-0

CONEVAL Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal TR2: Modelo de términos de referencia para la evaluación en materia de diseño. CONEVAL, México, 2008. www.coneval.gob.mx acceso: 04 dic. 2008

Gutiérrez M.E, Hernández R, Luna S, Flores R, Alcalá L, Martínez V. Mortalidad perinatal en el Hospital de Ginecoobstetricia núm. 23 de Monterrey, Nuevo León (2002 a 2006) Ginecol Obstet Mex 2008; 76(5):243-8

INEGI: La mortalidad infantil en México 2000 .Estimaciones por entidad federativa y municipio. INEGI 2000

Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. Capítulo I. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Diario Oficial de la Federación. Capítulo II. De la matriz de indicadores. Viernes 30 de marzo de 2007, página 11.

Organización de las Naciones Unidas, "Millennium development goals", consultado en línea en www.un.org/millenniumgoals; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "United Nations: special session on children", consultado en línea en www.unicef.org/specialsession/about/world-summit.htm.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 (Forjemos el futuro) Capítulo 1. Salud Mundial: retos actuales. Sobrevivir a los primeros cinco años de vida. <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index2.html>. Acceso: 6 diciembre, 2008.

Organización Mundial de la Salud. División de Salud y Desarrollo del Niño. AIEPI información. Atención a las enfermedades prevalentes de la infancia: justificación de una estrategia integrada. Ginebra: OMS; 1997.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud México.

Seguro Popular. Intervenciones cubiertas por el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, 2008. <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/smng.html> Acceso: 6 de diciembre de 2008.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Epidemiología (sistema único de información) 2006; 45 (23): 1-4.

Rudan I, Lawn J, Cousens S, K Row A, Boschi-Pinto C, Tomas kovic' L, Mendoza W, Lanata C.F, Roca-Feltrer A., Carneiro I., Schellenberg J.A., Polas ek O., Weber M., Bryce J., Morris S.S., Black R.E, Campbell H. Gaps in policy relevant information on burden of disease in children: a systematic review. Lancet.com 2005;365:2031-2040

UNICEF. Vigía de los derechos de la niñez mexicana. Los primeros pasos. No 1, abril 2005. http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_vigia_1.pdf. Acceso: 6 de diciembre de 2008

Victoria C.G, Adair L., Fall C, Hallal P.C, Martorell R, Richter L, Singh Sachdev H. For the maternal and Child Under nutrition Study Group* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet.com 2008;DOI:10.1016/S0140-6736(07)61692-4

VII. Anexos

- Anexo I: Características Generales del Programa (Ver formato adjunto)
- Anexo II: Objetivos Estratégicos de la Dependencia y/o Entidad
- Anexo III: Nombre de las personas entrevistadas así como las fechas en las cuáles se llevaron a cabo.
- Anexo IV: Instrumentos de recolección de información.
- Anexo V: Bases de datos de gabinete utilizadas para el análisis en formato electrónico.

Anexo 1. Cuestionario 1. Características Generales del Programa (Formato INV01-07)

El presente formato deberá ser entregado Diciembre 2008 y en Junio 2009 como anexo al informe de evaluación correspondiente. Cada entrega incorporará la información actualizada del programa, de tal manera que al comparar ambos formatos se evidencien las modificaciones del programa ocurridas en el periodo comprendido entre las dos fechas. La información vertida en estos formatos deberá basarse en la normatividad más reciente -de

IDENTIFICADOR PROGRAMA					
(DEJAR VACÍO)					

I. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LLENADO (EL EVALUADOR)							
1.1 Nombre: Onofre Muñoz Hernández							
1.2 Cargo: Director de Investigación							
1.3 Institución a la que pertenece: Hospital Infantil de México							
1.4 Último grado de estudios: Pediatra, Infectólogo							
1.5 Correo electrónico: omunoz@himfg.edu.mx							
1.6 Teléfono (con lada): 01 55 57617002							
1.7 Fecha de llenado (dd.mm.aaaa):							
1	1	1	2	2	0	0	8

II. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA							
2.1 Nombre del programa: Seguro Médico para una Nueva Generación							
2.2 Siglas: SMNG							
2.3 Dependencia coordinadora del programa: Secretaría de Salud							
2.3.1 En su caso, entidad coordinadora del programa: No aplica							
2.4 Dependencia(s) y/o entidad(es) participante(s) de manera directa: Comisión Nacional de Protección Social en Salud							
2.5 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: Comisión Nacional de Protección Social en Salud,							
2.6 Dirección de la página de internet del programa: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/smng.html							
2.7 Nombre del titular del programa en la dependencia: DR. GABRIEL CORTES GALLO							
2.8 ¿En qué año comenzó a operar el programa? (aaaa)							
2	0	0	7				

III. NORMATIVIDAD

3.1 ¿Con qué tipo de normatividad vigente se regula el programa y cuál es su fecha de publicación más reciente? (puede escoger varios)

	fecha							
	d d		m m		a a a a			
<input checked="" type="checkbox"/> Reglas de operación	3	1	0	3	2	0	0	8
<input type="checkbox"/> Ley	1	9	0	6	2	0	0	7
<input type="checkbox"/> Reglamento/norma	0	7	0	7	2	0	0	4
<input type="checkbox"/> Decreto								
<input type="checkbox"/> Lineamientos	1	5	0	4	2	0	0	5
<input type="checkbox"/> Manual de operación	3	1	0	3	2	0	0	8
<input type="checkbox"/> Memorias o Informes	2	1	0	2	2	0	0	7
<input type="checkbox"/> Descripciones en la página de internet	2	7	0	6	2	0	0	8
<input type="checkbox"/> Otra: (especifique) Adiciones a los lineamientos de afiliación operación e integración del padrón nacional de afiliados	2	4	1	0	2	0	0	5
<input type="checkbox"/> Ninguna								

IV. FIN Y PROPÓSITO

4.1 Describa el Fin del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

Reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal.

4.2 Describa el Propósito del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

Promover, atender y conservar un mejor estado de salud de los niños mexicanos menores de 5 años

nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social y estén

afiliados al sistema a través del otorgamiento gratuito de atención a la salud de alta calidad, en

Materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La meta en el periodo 2007-2012

es afiliar al 100% de las familias que tengan un recién nacido a partir del 1 de diciembre del 2006 y que

así lo soliciten.

V. ÁREA DE ATENCIÓN

5.1 ¿Cuál es la principal área de atención del programa? (puede escoger varios)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agricultura, ganadería y pesca | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Comunicaciones y transportes |
| <input type="checkbox"/> Ciencia y tecnología | <input type="checkbox"/> Equipamiento urbano: drenaje, alcantarillado, alumbrado, pavimentación, etc. |
| <input type="checkbox"/> Cultura y recreación | <input type="checkbox"/> Medio ambiente y recursos naturales |
| <input type="checkbox"/> Deporte | <input type="checkbox"/> Migración |
| <input type="checkbox"/> Derechos y justicia | <input type="checkbox"/> Provisión / equipamiento de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo empresarial, industrial y comercial | → Salud |
| <input type="checkbox"/> Sociedad civil organizada | <input type="checkbox"/> Seguridad social |
| <input type="checkbox"/> Desastres naturales | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Educación | (especifique): _____ |

VI. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

6.1 ¿En qué entidades federativas el programa ofrece sus apoyos? (sólo marque una opción)

- En las 31 entidades federativas y en el D.F; → Pase a la pregunta 6.2
- En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; →
- Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:
- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguascalientes | <input type="checkbox"/> Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Morelos | <input type="checkbox"/> Sinaloa |
| <input type="checkbox"/> Baja California | <input type="checkbox"/> Durango | <input type="checkbox"/> Nayarit | <input type="checkbox"/> Sonora |
| <input type="checkbox"/> Baja California Sur | <input type="checkbox"/> Guanajuato | <input type="checkbox"/> Nuevo León | <input type="checkbox"/> Tabasco |
| <input type="checkbox"/> Campeche | <input type="checkbox"/> Guerrero | <input type="checkbox"/> Oaxaca | <input type="checkbox"/> Tamaulipas |
| <input type="checkbox"/> Chiapas | <input type="checkbox"/> Hidalgo | <input type="checkbox"/> Puebla | <input type="checkbox"/> Tlaxcala |
| <input type="checkbox"/> Chihuahua | <input type="checkbox"/> Jalisco | <input type="checkbox"/> Querétaro | <input type="checkbox"/> Veracruz |
| <input type="checkbox"/> Coahuila | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Quintana Roo | <input type="checkbox"/> Yucatán |
| <input type="checkbox"/> Colima | <input type="checkbox"/> Michoacán | <input type="checkbox"/> San Luis Potosí | <input type="checkbox"/> Zacatecas |

No especifica

6.2 ¿En qué entidades federativas el programa entregó sus apoyos en el ejercicio fiscal anterior? (sólo marque una opción)

En las 31 entidades federativas y en el D.F;

En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F;

Pase a la pregunta 6.3

→ Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| ✓ Aguascalientes | ✓ Distrito Federal | ✓ Morelos | ✗ Sinaloa |
| ✓ Baja California | ✓ Durango | ✓ Nayarit | ✓ Sonora |
| ✗ Baja California Sur | ✓ Guanajuato | ✓ Nuevo León | ✓ Tabasco |
| ✓ Campeche | ✓ Guerrero | ✓ Oaxaca | ✓ Tamaulipas |
| ✓ Chiapas | ✓ Hidalgo | ✓ Puebla | ✓ Tlaxcala |
| ✓ Chihuahua | ✓ Jalisco | ✓ Querétaro | ✓ Veracruz |
| ✓ Coahuila | ✓ México | ✓ Quintana Roo | ✓ Yucatán |
| ✓ Colima | ✗ Michoacán | ✓ San Luis Potosí | ✓ Zacatecas |

No especifica

No aplica porque el programa es nuevo

6.3 ¿El programa focaliza a nivel municipal?

Sí

✓ No / No especifica

6.4 ¿El programa focaliza a nivel localidad?

Sí

✓ No / No especifica

6.5 ¿El programa focaliza con algún otro criterio espacial?

Sí

especifique _____

✓ No

6.6 El programa tiene focalización: (marque sólo una opción)

Rural

- Urbana
- Ambas
- No especificada

6.7 El programa focaliza sus apoyos en zonas de marginación: (puede seleccionar varias)

- Muy alta
- Alta
- Media
- Baja
- Muy baja
- No especificada

6.8 ¿Existen otros criterios de focalización?

- No
- Sí

Pase a la sección VII

6.9 Especificar las características adicionales para focalizar (en un espacio máximo de 900 caracteres).

No tener acceso a la seguridad social

VII. POBLACIÓN OBJETIVO

7.1 Describe la población objetivo del programa (en un espacio máximo de 400 caracteres):

Niños nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 y sus familias, que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social.

VIII. PRESUPUESTO (PESOS CORRIENTES)

8.1 Indique el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal del año en curso (\$):¹

		2	6	4	1	0	0	0	0	0	0
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8.2 Indique el presupuesto modificado del año en curso (\$):²

		2	6	4	1	0	0	0	0	0	0
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IX. BENEFICIARIOS DIRECTOS

9.1 El programa beneficia exclusivamente a: (marque sólo una opción)

<input type="checkbox"/> Adultos y adultos mayores <input type="checkbox"/> Jóvenes <input checked="" type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Indígenas	<input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aplica
--	--

¹ El formato que deberá ser entregado en agosto de 2007 indicará el presupuesto de 2007. En cambio, el formato que deberá ser entregado en marzo 2008 señalará el presupuesto de 2008.

² Ibíd.

En el siguiente cuadro deberá responder las preguntas para cada uno de los tipos de beneficiarios identificados por el programa. En consecuencia, podrá tener hasta cinco tipos de beneficiarios identificados en la pregunta 9.2 y en el resto de las preguntas que ahondan sobre las características de cada uno de ellos (preguntas 9.3 a 9.10). Un mismo tipo de beneficiario no podrá ocupar más de un renglón. Para mayor claridad sobre el llenado de este cuadro puede consultar el ejemplo que se encuentra en la página de internet del Coneval.

9.2	9.3	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8	9.8.1	9.9	9.10	
¿A quiénes (o a qué) beneficia directamente el programa? (puede escoger varias)	Los beneficiarios directos ¿son indígenas?	Los beneficiarios directos ¿son personas con discapacidad?	Los beneficiarios directos ¿son madres solteras?	Los beneficiarios directos ¿son analfabetos?	Los beneficiarios directos ¿son migrantes?	Los beneficiarios directos ¿se encuentran en condiciones de pobreza?	¿En qué tipo de pobreza?	Los beneficiarios directos ¿tienen un nivel de ingreso similar?	Los beneficiarios directos ¿forman parte de algún otro grupo vulnerable?	
Individuo y/u hogar.....01 Empresa u organización.....02 Escuela....03 Unidad de salud.....04 Territorio...05	Sí.... 01 No.... 02	Sí.... 01 No.... 02	Sí... 01 No... 02	Sí ... 01 No ...02	Sí.... 01 No.... 02	Sí.... 01 No.... 02 ↓ Pase a la	Alimentaria..... 01 Capacidades.....02 Patrimonial.....03 No específica.....04	Sí.... 01 No...02	Sí.... 01 (especifique) No....02	
Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Especifique
01	02	02	02	02	02	01	01	01	01	Niños
							02			
							03			

En el siguiente cuadro deberá identificar el (los) tipo(s) de apoyo(s) que ofrece el programa para cada tipo de beneficiario señalado en la pregunta 9.2 de la sección anterior. Cabe señalar que un mismo tipo de beneficiario puede recibir más de un tipo de apoyo y, por tanto, ocupar tantos renglones como apoyos entreguen a cada tipo de beneficiario. Para mayor claridad sobre el llenado de este cuadro puede consultar el ejemplo que se encuentra en la página de internet del Coneval.

X. APOYOS							
Tipo de beneficiario (se deberán utilizar los códigos identificados en la pregunta 9.1)	10.1 ¿De qué manera se entrega(n) el(los) apoyo(s)?	10.2 ¿Qué apoyo(s) recibe(n) los beneficiarios directos?		10.3 ¿El beneficiario debe pagar monetariamente el (los) apoyo(s)?	10.4 ¿El beneficiario debe pagar en especie el (los) apoyo(s)?	10.5 ¿El beneficiario adquiere alguna corresponsabilidad al recibir el (los) apoyo(s)?	
	En: Especie.....01 Monetario.....02 Ambos.....03	Albergue..... 01 Alimentos..... 02 Asesoría jurídica..... 03 Beca..... 04 Campañas o promoción..... 05 Capacitación..... 06 Compensación garantizada al ingreso..... 07 Deducción de impuesto..... 08 Fianza..... 09 Financiamiento de 10 investigación Guarderías..... 11 Libros y material didáctico... 12 Microcrédito..... 13 Obra pública..... 14 Recursos materiales..... 15 Seguro de vida y/o gastos médicos. 16 Seguro de cobertura de patrimonio, bienes y servicios 17 Pensión..... 18 Terapia o consulta médica... 19 Tierra, lote, predio o parcela... 20 Vivienda..... 21 Otro:..... 22 Especifique	No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo.....02 Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo.....03	No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo.....02 Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo.....03	No.....01 Sí02 (especifique)		
Código pregunta 9.2	Código	Código	Especifique	Código	Código	Código	Especifique
	01	16		03	01	01	
		19		01			

Anexo 2. Perfil y equipo clave de la institución evaluadora

La evaluación del Diseño del Seguro Médico para una Nueva Generación la realizó el Hospital Infantil de México. El cuadro describe brevemente el perfil del equipo evaluador.

Nombre	Cargo en el Equipo Clave	Calificaciones Académicas	Experiencia General	Experiencia Específica
Onofre Muñoz Hernández	Director de investigación	Médico pediatra infectólogo	Experiencia directiva y como investigador en el área de infectología pediátrica	Cargos anteriores: – Director de Prestaciones Médicas del IMSS;; Coordinador de investigación en salud y Director del Hospital de Pediatría del CMN siglo XXI del IMSS; Investigador en salud
Ricardo Cuevas Pérez	Evaluador del componente de diseño	Doctor en Salud Pública (Sistemas de Salud)	Experiencia directiva y como Investigador en sistemas de salud y diseño e implementación de políticas y programas de salud	Cargos anteriores: Coordinador de Políticas de Salud, coordinador de programas e investigador en sistemas de salud
Juan Garduño Espinoza	Evaluador del componente de diseño e impacto	Médico internista, maestro en ciencias médicas, doctor en ciencias médicas	Experiencia directiva y en el diseño y conducción de proyectos clínicos y de economía de la salud	Cargos anteriores: Coordinador de Atención Médica del IMSS, investigador de tiempo completo

Anexo 3. Entrevistas Realizadas con directivos del SMNG

-Dr. Gabriel Cortes Gallo Director General Adjunto entrevistado el jueves 27 de noviembre 2008 y el jueves 04 de diciembre 2008 a las 10hrs. Respectivamente en instalaciones de la Comisión Nacional de Protección Social, México DF

- Lic. Alejandro Kelly López Director de Gestión y Control Presupuestal entrevistado el jueves 04 de diciembre 2008 a las 12hrs. en las instalaciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México DF

- Lic. Alfonso Ordiales Bassols Director General de Afiliación y Operación entrevistado el jueves 04 de diciembre 2008 a las 13hrs. En las instalaciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México DF

Anexo 4. Marco Jurídico

LEY

Ley General en Salud 19 06 2007

DECRETOS

Decreto por el cual se prueba el plan nacional de desarrollo 2007-2012 21 05 2007

Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del reglamento interior de la Secretaria de Salud. 29 11 2006

REGLAMENTO/NORMA

Reglas de operación del SMNG para el ejercicio fiscal 2008 31 03 2008

Reglamento interior de la comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos 12 09 2005

Reglamento Interno del consejo nacional de protección social en salud 07 07 2004

Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud 05 04 2004

LINEAMIENTO

Lineamientos para la medición de la aportación solidaria estatal del sistema de protección social 22 04 2005

Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social 15 04 2005

Adiciones a los lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud 24 10 2005

Adiciones a los lineamientos para la afiliación operación integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud 22 12 2005

Modificación de los lineamientos para la medición de la aportación solidaria estatal del sistema de protección social en salud 7 11 2006

MEMORIAS E INFORMES

Aviso por el que se dan a conocer las cuotas familiares del sistema de y protección social en salud. 02 08 2006

MANUAL DE OPERACIÓN

Mecanismos para la contabilización de los recursos a integrar en la aportación solidaria federal 12 12 2006

Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al sistema de protección social en salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuaran los gobiernos federal, estatal y el distrito federal 21 02 2007