Sistema de Protección Social de Salud
(Seguro Popular)
Promoción y Afiliación
Ejercicio fiscal a evaluar: 2016

Nombre de la evaluación:
Evaluación de consistencia y Resultados al Sistema de Protección Social de salud (Seguro Popular) del Gobierno del Estado de Colima al programa Promoción y Afiliación para el ejercicio fiscal 2016

Fecha de inicio de la evaluación:
4 de Diciembre de 2017

Fecha de término de la evaluación:
31 de Mayode 2018

Responsables de la evaluación:
Mtro. Eduardo Rosales Ochoa

Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:
Secretaría de Planeación y Finanzas, Dirección General de Planeación y Control

Principales colaboradores:
M.C. Guadalupe Ariadna Flores Santana
L.E. María Liliana Aguilar Méndez
L.C.I. Benito Montes Carbajal
Lic. Gerardo Bautista Larios
Ing. Gabriel Aguilar Servin

Instancia Evaluadora:
Tecnología Social para el Desarrollo SA de CV

Coordinador de la evaluación:
Víctor Manuel Fajardo Correa

Principales colaboradores:
Lorena Gutiérrez Ugalde
Fiódor Rodríguez Mancebo
Kevin Castillo García
Patricia Yazmin Zamora Montiel

Contenido

Introducción 7
Metodología y Técnicas Utilizadas 13
1. Análisis del Seguro Popular para el Ejercicio Fiscal 2016 14
2. Características del programa 27
3. Análisis del Diseño 29
3.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa 29
3.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales 35
3.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad 39
3.4. Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados 42
3.4.1. De la Lógica Vertical de la MIR 42
3.4.2. De la Lógica Horizontal de la MIR 44
3.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales 49
4. Planeación y orientación a resultados 54
4.1 Instrumentos de planeación 54
4.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación 56
4.3. De la generación de información 59
5. Cobertura y Focalización 61
5.1 Análisis de la Cobertura 61
6. Operación 65
6.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable 65
6.2. Mejora y simplificación regulatoria 70
6.3. Eficiencia y economía operativa del programa 72
6.4. Sistematización de la información 74
6.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos 76
6.6. Rendición de cuentas y transparencia 77
7. Percepción de la población atendida 79

7.1. Análisis de los instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida 79
8. Medición de resultados 82
9. Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas (FODA) y recomendaciones 85
10. Conclusiones 88
Fuentes de Consulta 90

Índice de cuadros

Cuadro 1.1. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2016 21
Cuadro 1.2. Distribución del Fondo de Gastos Catastróficos, por padecimiento, Colima 2016 23
Cuadro 2.1. Valoración CONEVAL 28
Cuadro 3.1. Objetivos del Seguro popular y objetivos de la MIR Estatal del SPSS 30
Cuadro 3.2. Contraste de la información pública con la proporcionada por el REPSS de la Población Potencial, Objetivo y Atendida 41
Cuadro 3.3. Análisis de la Sintaxis del Fin y Propósito del programa "Promoción y Afiliación" 44
Cuadro 3.4. Vinculación del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular 49
Cuadro 3.5. Análisis de la posible complementariedad del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular 50
Cuadro 3.6. Comparación del Objetivo del Seguro Popular con los objetivos de otras instituciones encargadas de otorgar Servicios de Salud 51
Cuadro 4.1. Cuota individual trimestral de acuerdo al decil de ingreso (pesos) 59
Cuadro 4.2. Cuota familiar trimestral de acuerdo al decil de ingreso 60
Cuadro 5.1. Meta de Reafiliación por Municipio para el año 2016 del Estado de Colima (Integrantes) 62
Cuadro 5.2. Población con carencia por acceso a los servicios de salud, según diversas fuentes, Colima 63
Cuadro 6.1. Clasificación del Gasto de Promoción y Afiliación, Colima 2016 73

Índice de gráficas

Gráfica 1.1. Distribución de los recursos del Fondo de Gastos Catastróficos por unidad ejecutora del gasto (Porcentaje) 22
Gráfica 7.1. Satisfacción de los usuarios con la clínica, según nivel de atención 80
Gráfica 7.2. Satisfacción con atención médica por nivel 80
Gráfica 8.1. Áreas de oportunidad sobre gestoría y atención administrativa 83

Índice de figuras

Figura 1.1. Origen, Destino y Aplicación de los Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (anual por persona) 20
Figura 3.1. Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con los objetivos de política pública 35
Figura 3.2. Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible 37
Figura 3.3. Población Potencial, Objetivo y Atendida por servicio otorgado por el REPSS 40
Figura 3.4. Relación causal del propósito con el fin del Sistema de Protección Social en Salud 43
Figura 3.5. Análisis de la lógica horizontal del Fin de la MIR Estatal del SPSS 45
Figura 3.6. Análisis de la lógica horizontal del Propósito de la MIR Estatal del SPSS 46
Figura 3.7. Análisis de la lógica horizontal del Fin del programa Promoción y Afiliación (REPSS) 47
Figura 6.1. Diagrama de flujo del proceso de Orientación para la Afiliación y Reafiliación al SPSS 66
Figura 6.1.1. Diagrama de flujo del proceso de Afiliación al SPSS 67
Figura 6.1.2. Diagrama de flujo del proceso de Reafiliación al SPSS 68

Evaluación de consistencia y Resultados al Sistema de Protección Social de salud (Seguro Popular) del Gobierno del Estado de Colima al programa Promoción y Afiliación para el ejercicio fiscal 2016

Introducción

El sistema actual de Evaluación de Desempeño en México tiene como antecedente un marco legal que se ha ido transformando a lo largo varios años de acuerdo con diferentes esquemas presupuestarios; para operacionalizar este enfoque, existe un marco normativo que se desprende de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la cual, en su artículo 134, expone que "Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con **eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez**; para cumplir con los objetivos a los que están predestinados" (DOF 29-01-2016).

Asimismo, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en su Artículo 27 menciona:

> La estructura programática facilitará la vinculación de la programación de los ejecutores con el Pan Nacional de Desarrollo y los programas, y deberá **incluir indicadores del desempeño** con sus correspondientes metas anuales", **que permitan la evaluación de programas** y proyectos; "estos indicadores **serán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño**, (DOF 30-12-2015).

También, la LFPRH en el Artículo 110 señala: "La **evaluación del desempeño** se realizará a través de la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas, **con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos** públicos federales" y en su artículo 111 especifica que: "[…] verificará periódicamente […] los resultados de recaudación y de ejecución de los programas y presupuestos de las dependencias y entidades con base en el sistema de evaluación del desempeño para identificar la eficiencia, economía, eficacia, y calidad de la Administración Pública federal y el impacto social del ejercicio del gasto público. […]**El sistema de evaluación**

del desempeño [...] será obligatorio para los ejecutores de gasto. Dicho sistema incorporará indicadores para evaluar los resultados los resultados" (DOF 30-12-2015).

El artículo 85 de la LFPRH refiere que los recursos transferidos por la federación que ejerzan las entidades federativas, los Municipios, o cualquier ente público de carácter local, "**serán evaluados** conforme a las bases establecidas en el **artículo 110 de esta ley**, **con base en indicadores estratégicos y de gestión** por instancias técnicas independientes de las instituciones que ejerzan dichos recursos observando los requisitos de información correspondientes" (DOF 30-12-2015).

A este conjunto de normas se anexa la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) donde se señala la obligatoriedad de cumplir con la ley para todos los niveles de gobierno, lo que da origen a la armonización contable y al ente que la regula Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). En esta ley se menciona la integración de la cuenta pública en las entidades federativas en su artículo 53: La cuenta pública de las entidades federativas contendrá como mínimo: "III. Información programática, de acuerdo con la clasificación establecida en la fracción III del artículo 46 de esta ley" el cual señala que la información programática deberá tener la desagregación siguiente: "a) Gasto por categoría programática; b) Programas y proyectos de inversión; **c) Indicadores de resultados**"**;** y "IV. Análisis cualitativo de los indicadores de la postura fiscal, estableciendo su vínculo con los objetivos y prioridades definidas en la materia, en el programa económico anual" (DOF 18-07-2016).

Por su parte, en el ámbito estatal, en el artículo 17, la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Colima, señala las atribuciones del Órgano Superior, donde en el inciso a, fracción IV. Hace referencia a la **evaluación** semestral y anual **del cumplimiento de los objetivos y metas de los programas estatales** y municipales, **conforme a los indicadores estratégicos y de gestión** establecidos en los presupuestos de egresos [...]. Lo anterior con independencia de las atribuciones similares que tengan otras instancias, tanto internas, como externas.

Por su parte, en el inciso d) en materia de evaluación, se señala la atribución en el numeral I. de efectuar la evaluación de los recursos económicos federales, estatales y municipales a que se refiere el artículo 134

constitucional y que esta evaluación podrá ser realizada por el propio Órgano o a través de personas físicas o morales especializadas y con experiencia probada en la materia que corresponda evaluar, que sean contratadas al efecto y cumplan con los requisitos de independencia, imparcialidad y transparencia.

Así, desde 2013, Tecnología Social para el Desarrollo, colaboró con el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado, para el Desarrollo del Sistema de Evaluación al Desempeño de Recursos Federalizados.

En 2014, se realizó un análisis de Consistencia de Fondo Federal; "Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)" y para el "Fondo de Aportaciones para la Educación Básica (FAEB)" además de 12 servicios municipales. Así, para 2015, el Estado se encontraba con un índice General de Avance en PbR y SED de 81.3, encima de media nacional. Mientras que para 2016 debido al cambio de ponderación cae a 59, siendo los las categorías de Planeación (35.8) y evaluación (45.8) con menor avance, siendo las principales áreas de oportunidad identificadas.

Por otra parte, el CONAC en cumplimiento a la LGCG emite la NORMA para establecer el formato para la difusión de los resultados de las evaluaciones de los recursos federales ministrados a las entidades federativas, en el numeral 11, refiere que para garantizar la evaluación orientada a resultados y retroalimentar el SED, **los entes públicos podrán aplicar los tipos de evaluación determinados en el numeral Décimo Sexto de los Lineamientos de Evaluación** de la APF, los cuales son los siguientes:

- **Evaluación de Consistencia y Resultados**
- Evaluación de Indicadores
- Evaluación de Procesos
- Evaluación de Impacto
- Evaluación Específica

Bajo este contexto legal, el Estado de Colima a través de la Secretaría de Planeación y Finanzas, estableció en el Programa Anual de Evaluación 2017 evaluación de Consistencia y Resultados, al Sistema de Protección Social de salud a través del programa presupuestario: "Promoción y Afiliación", para el ejercicio fiscal 2016.

El tipo de evaluación seleccionada para este programa fue la de **Consistencia y Resultados** señalada en el inciso "A" numeral I del artículo décimo sexto de los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública[1] cuyos Términos de Referencia (TdR´s) son previstos en el artículo décimo octavo de dichos lineamientos[2] que consideran 6 rubros a evaluar:

- Diseño,
- Planeación y orientación a resultados,
- Cobertura y focalización,
- Operación,
- Percepción de la población Atendida y,
- Medición de Resultados.

Está evaluación constará de dos apartados específicos; el análisis del Sistema de Protección Social de salud, el cual tiene por objetivo evaluar la pertinencia del uso de los recursos para el ejercicio fiscal 2016, y la evaluación de Consistencia y Resultados del programa "Promoción y Afiliación", la cual contempla los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del Programa "Promoción y Afiliación" con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

Objetivos Específicos:

- Analizar la evolución de Sistema de Protección Social en Salud, desde su creación hasta la implementación de éste en el estado de Colima.
- Analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles

[1] Evaluación de Consistencia y Resultados: analiza sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores.
[2] La evaluación de consistencia y resultados deberá ser realizada mediante trabajo de gabinete, y el informe correspondiente deberá incluir un análisis conforme a los siguientes criterios: En materia de diseño, planeación estratégica, cobertura y focalización, operación, percepción de la población objetivo, y de resultados.

complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales;
- Identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados;
- Examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado;
- Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas;
- Identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados, y
- Examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

La presente evaluación se divide en 10 capítulos: En el primer capítulo se realiza el **Análisis del Seguro Popular** para el ejercicio fiscal 2016. Seguido del capítulo donde se describen las **Características del Sistema de Protección Social en Salud**, donde se incluye una valoración basada en los términos de referencia emitidos por CONEVAL.

Dentro del capítulo **"Diseño"**, se analiza la creación y justificación, así como la contribución del Seguro Popular con metas y estrategias nacionales e internacionales; la población potencial, objetivo y atendida que se identifica para discernir a los beneficiarios del seguro; la matriz de indicadores para resultados, con el fin de identificar la consistencia o inconsistencia de la lógica vertical y horizontal. Asimismo, el capítulo incluye el análisis de las posibles complementariedades y coincidencias con otros Sistema de servicios de salud.

Para el capítulo **"Planeación y orientación a resultados"** se abordan los instrumentos que se utilizaron en la elaboración del Sistema, y si éstos están dirigidos a cumplir con los requerimientos establecidos.

En cuanto al capítulo de **"Cobertura y focalización"**, este apartado está enfocado a analizar cómo se encuentra distribuida la población beneficiada por el programa Promoción y Afiliación.

El análisis del capítulo **"Operación"**, está enfocado en los procesos establecidos desde la normativa que regulan las acciones de Promoción y Afiliación para monitorear los servicios de salud, y para optimizar dichos procesos describir la mejora y simplificación regulatoria, la eficiencia y economía operativa del Fondo, la sistematización de la información, el cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos así como el análisis de la rendición de cuentas y transparencia.

El capítulo de **"Percepción de la población atendida"** se analiza la aplicación de instrumentos que buscan medir la satisfacción del usuario en cuanto al servicio recibido y que estos puedan incidir en la mejora de la calidad el Sistema.

La **"Medición de resultados"**, es el capítulo que muestra los principales resultados del programa Promoción y Afiliación por medio de evaluaciones externas con hallazgos significativos para ser tomados en cuenta por Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima.

En el siguiente capítulo se realiza el **"*Análisis FODA y Recomendaciones*"**, estableciendo las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la ejecución del programa y las principales *Recomendaciones* derivadas del resultado de la evaluación y por último se establecen las "***Conclusiones***".

Metodología y Técnicas Utilizadas

Para alcanzar los objetivos planteados, TECSO utilizó el Modelo de Términos de Referencia (TdR) de la Evaluación de Consistencia y Resultados diseñado por CONEVAL en un cuestionario (y anexos) para recolectar la información de los seis rubros ya mencionados.

Asimismo, para el **análisis**, el modelo utilizado fue el del Marco Lógico (ML) conforme a los criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), elaborados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

La perspectiva de análisis del Programa TECSO ubica el ámbito de la **consistencia** en la ejecución del programa con los rubros de Diseño y Planeación. Esto se explica en función de que el ejercicio de los recursos públicos de un programa tendría que buscar una alineación coherente con objetivos de política pública, en los diferentes niveles de gobierno (desde el Municipal hasta el Federal), lo cual se evalúa en términos de cumplimiento de la normatividad vigente –Leyes, Lineamientos, reglamentos, etc.- así como en la coherencia técnica con la que se plantee la resolución de los instrumentos de planeación y seguimiento.

El ámbito temático que se concentra en la parte de los **resultados** incluye los asuntos operativos donde la planeación debería funcionar: cobertura y focalización de la población definida, los procesos operativos y de rendición de cuentas, así como la percepción de los beneficiarios del programa.

Así es como la evaluación de consistencia y resultados se convierte en un ejercicio integral mediante el cual intentamos potenciar la mejora del programa en términos de eficacia y eficiencia social.[3] Es importante reconocer que hay un balance preciso en los TdR's del CONEVAL en los dos ámbitos que se evalúan.

[3] Usamos el término para enfatizar que no se trata de una resolución de orden económico simple –costo-beneficio monetario-, sino que se trata de integrar en las planeaciones y análisis un enfoque desde la perspectiva del bienestar público, lo cual implica integrar aspectos como la equidad, el desarrollo sustentable, etc.

1. Análisis del Seguro Popular para el Ejercicio Fiscal 2016

Actualmente existen diversos sistemas de salud que pueden clasificarse en dos grandes tipos: **seguridad social** y **protección social**. Por un lado, la seguridad social es un sistema que funciona en relación a la condición laboral de la población, otorgando acceso a servicios de salud a aquellos que tienen un trabajo asalariado y provee acceso a salud, pensiones, créditos y demás beneficios. Su financiamiento proviene de un trabajo conjunto del gobierno con los empleadores y los empleados.

Por su parte, en el sistema de protección social, el Estado debe garantizar la provisión y protección de los derechos sociales a todos los ciudadanos a través de fondos públicos.

Así, con la modificación al artículo 4to Constitucional en 1983 se estableció la salud como un derecho Constitucional.

Por consiguiente, en 1984 se crea la Ley General de Salud, donde se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona dentro del territorio mexicano.

Con la creación del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006, donde en la estrategia 5 del PRONASA se establecía lo siguiente:

> **Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento** con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud (2005).

La característica innovadora de este Seguro es la incorporación voluntaria de cualquier persona, pues de acuerdo al CONEVAL, se tiene que:

> Otorga cobertura de servicios de salud a través de un aseguramiento público y voluntario a las personas que no cuentan con empleo o trabajan por cuenta propia y, por tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social, como el IMSS o el ISSSTE. (CONEVAL, 2014)

Por ello, cualquier persona que no pertenezca a un servicio se salud otorgado por estas instituciones puede hacer uso de este Seguro sin importar su condición laboral, sexo, edad y entidad federativa.

Ante ello la Secretaría de Salud impulsó en 2001 el establecimiento de un programa piloto que permitiera implementar medidas encaminadas a establecer un mecanismo de protección financiera en salud para población sin seguridad social. Dicho programa se denominó oficialmente "Programa de Salud para Todos", aunque fue conocido comúnmente como "Seguro Popular de Salud (SPS)" (2005).

Entre los Estados que participaron en la prueba piloto del "Programa de Salud para Todos" o "Seguro Popular de Salud", se encuentran Aguascalientes, Campeche, **Colima**, Jalisco y Tabasco (Secretaría de Salud, 2015).

Los objetivos del Seguro popular eran:

- Disminuir el gasto de bolsillo.
- Reducir el riesgo de empobrecimiento a familias.
- Preservar la salud de las familias afiliadas.
- Fomentar la atención oportuna de la salud.

Durante su fase inicial, del programa piloto, enfatizó la afiliación de las familias no derechohabientes pertenecientes a los primeros seis deciles de la distribución de ingreso (Secretaría de Salud, 2005).

Para afiliarse al programa piloto los derechohabientes tenía que considerar lo siguiente:

- Las familias debían acudir a algún centro de afiliación para que se les practicara un estudio socioeconómico;
- Firmaran una hoja en donde se comprometían a pagar la cuota de afiliación que les correspondía según su nivel de ingresos.
- Debían declarar de buena fe si contaban con aseguramiento a través de alguna institución de seguridad social.

A un año de la ejecución del programa, desde lo normativo se propone una reforma a la Ley General de Salud en 2002, donde se buscó adicionar el Título Tercero Bis con los artículos 77 bis 1 al 77 bis 41.

> "Artículo 77 BIS 1. **Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud** de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social." (DOF, 2003)

La iniciativa de reforma se aprobó en 2003 y se ejecutó por primera vez el 1° enero de 2004. Con esta reforma aprobada, entró en vigor el esquema de seguridad universal denominado *Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)*. Para la operación del dicho sistema, se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la cual tenía por objetivo "En su carácter de órgano desconcentrado, la ejecución de las tareas establecidas en la LGS para el SPSS" (2005).

Mientras que el Manual de organización específico de la Comisión (2012) dicta las atribuciones que le corresponden a este organismo, referente a la ejecución de los programas y coordinación con el régimen, donde resaltan las siguientes:

> I. Instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema;
>
> II. Promover y coordinar las acciones de los Regímenes;

Así, para la operación de los Estados, se crean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), estos regímenes comprenden:

> Las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud, lo cual puede llevarse a cabo mediante una unidad administrativa específica.
>
> Dichas acciones se pueden dividir en dos grandes categorías: la gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica.

Para el año 2015 en el Estado de Colima se establece el decreto por cual se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima, donde en su artículo 3 se establece que:

> **El Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, tendrá como objeto garantizar las acciones de protección social en salud**, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona, de conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud, Ley de Salud y el Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima" (2015)

Dicho decreto establece las atribuciones de este régimen en el Artículo 4 donde resaltan:

> II. Realizar acciones en materia de promoción para la incorporación y afiliación de beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud;
>
> XIX. Cumplir con las metas de afiliación establecidas al inicio del ejercicio fiscal por la Comisión Nacional de Protección Social en salud;

Mientras que en el Manual de Operaciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima, se establecen las atribuciones de este órgano descentralizado, que toma en cuenta el acuerdo publicado en el Periódico Oficial del Estado de Colima y complementa sus atribuciones, en donde se observa algunas relacionadas con la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Sistema de Protección Social en Salud:

> Revisar la información estadística de los indicadores relacionados con el servicio a fin de redefinir, en su caso, estrategias para mejorar la atención y presentar a la Junta de gobierno.
>
> Cumplir con las metas de afiliación establecidas al inicio del ejercicio por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En el reglamento interior de los servicios de salud del estado de Colima asigna atribuciones a la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Gobierno del Estado de Colima en el artículo 3:

> VI. Realizar todas aquellas acciones que sean necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
>
> VII. Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios, apoyando los programas que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (Periódico Oficial del Estado de Colima, 2011)

Así, el vínculo entre la Secretaría de Salud y Bienestar Social con el REPSS consiste en la prestación de servicios de atención médica a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) mediante un catálogo de intervenciones explícitas regido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016).

Donde existen 3 carteras de servicios: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el programa denominado Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI). El primero contiene 287 intervenciones en salud que dan cobertura a 1,663 enfermedades; el segundo comprende 61 intervenciones para atender enfermedades de alto costo, por último, el SMSXXI atiende niños menores de 5 años con una cobertura adicional a los 2 primeros de 149 intervenciones (PAT, 2016).

Referente al financiamiento del Seguro Popular, en la Ley General de Salud, Capítulo Tercero Bis de la Protección Social en Salud, De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, en el Artículo 77 BIS 12, se establece que:

> **El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud**, la cual será **equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo** general **vigente** diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual en el índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación es efectiva a los Estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo 77 BIS 13:

> Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios:
>
> > I. La aportación mínima de los Estados y del Distrito Federal por persona será equivalente a la mitad de la cuota social a que se determine con base en el artículo anterior, y
> >
> > II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

Es importante **enfatizar la importancia de la Afiliación y Reafiliación al Seguro Popular** pues el **Gobierno Federal transfiere a los gobiernos de las entidades federativas**, los recursos por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, **con base en las personas afiliadas**, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, **validados por la Secretaría de Salud**. Por lo tanto, **si la meta de afiliados se incumple, la federación disminuirá la radicación de recursos que recibe el Estado de Colima por ese concepto.**

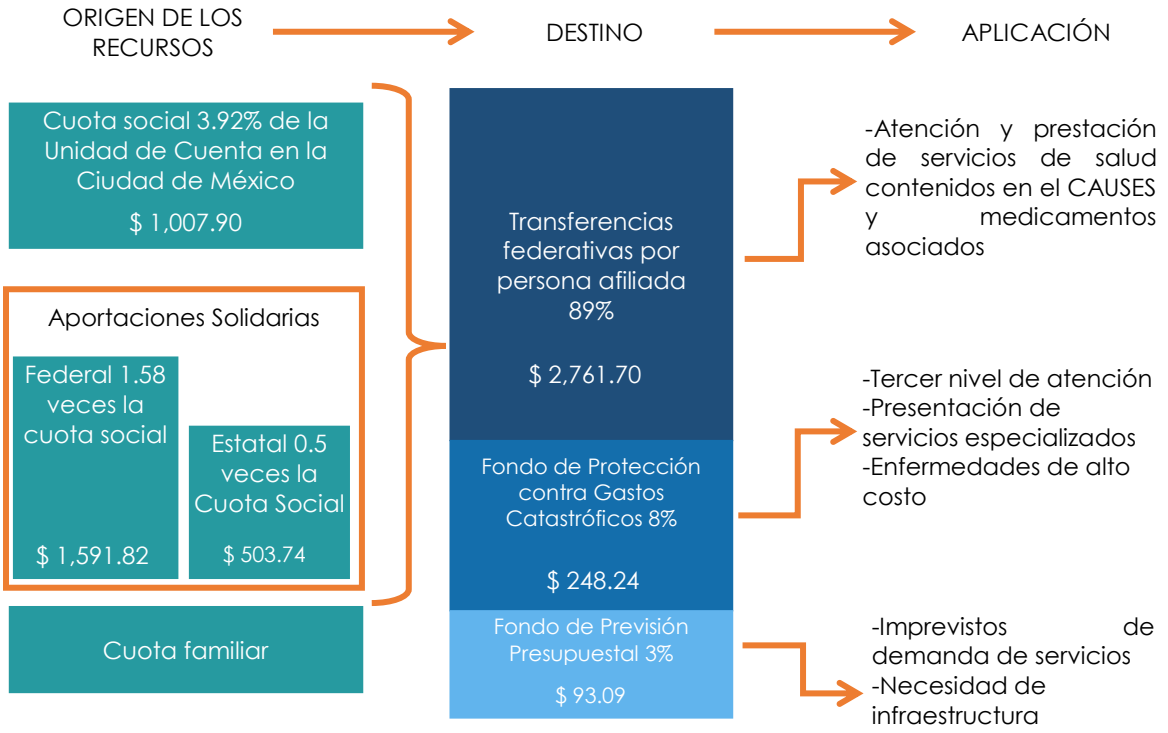
Mientras que en el Artículo 77 bis 17 se establece que la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y en el 77 bis 18, se menciona que de la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal, aplicando, a través de un fondo sin límite de anualidad.

Así, se tiene que el Seguro Popular debe ser integrado por los siguientes elementos:

- La Cuota Social (CS)
- La Aportación Solidaria Federal (ASE)
- La Aportación Solidaria Estatal (ASF)

Esto se muestra con mayor claridad en la figura siguiente:

Figura 1.1. Origen, Destino y Aplicación de los Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (anual por persona)



Fuente: Seguro Popular, Perspectivas, foro de consulta hacia un Programa de Desarrollo Social. CNPSS y ANEXO III-2016 del Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Colima, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Además del monto total de la Aportación Solidaria Federal, se descuenta para el Fondo de Protección Contra Gasto Catastróficos (FPGC) ($248.24) y para el Fondo de Prevención Presupuestal (FPP) ($93.09), teniendo un total por descontar de $341.33.

Así el monto a radicar por persona afiliada queda de la siguiente manera:

$$\$666.15\ (Monto\ a\ Radiar\ por\ Persona)$$

$$= \$1,007.90\ (\text{Cuota Social}) - \$341.33\ (FPGC\ y\ FPP)$$

De acuerdo a la información financiera del Seguro Popular de Colima se destinó la cantidad de $171,283,171.28 por concepto de Cuota Social, dicho monto radica en función a los afiliados al Seguro Popular, que para el año 2016 fue de 257,232 integrantes.

Cabe mencionar que con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan **gastos catastróficos**, **se constituirá y administrará por la Federación un fondo**

de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud (SPSS, 2016).

Para determinar cuándo se puede incurrir a un gasto catastrófico la Secretaría de Salud menciona que:

> Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos (2002).

Desde los inicios de la ejecución del FPGC, se ha ido aumentado considerablemente el número de intervenciones comenzado con 6 para el año 2004, llegando así a 61 intervenciones para el año 2016, divididas en nueve categorías como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.1. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2016

Grupo	Número de intervenciones
Cuidados intensivos neonatales	3
Malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas	18
Enfermedades metabólicas	2
Cáncer en menores de 18 años	22
Cáncer en mayores de 18 años	8
Tratamiento médico (Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA)	1
Menores de 60 años (Infarto agudo al miocardio)	1
20 a 50 años (Hepatitis crónica tipo C)	1
Paciente pediátrico y adulto	5
Total	**61**

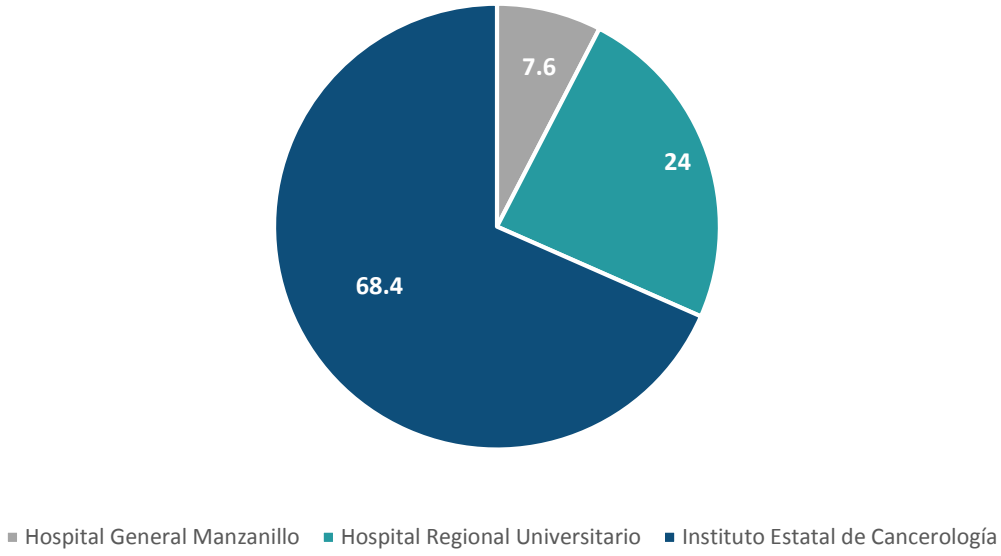
Fuente: Elaborado por TECSO con base Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. Anexo 1.

El Consejo se Salubridad General, es quien determina y actualiza las intervenciones y patologías que puede cubrir el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos tomando en consideración prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera. De igual manera este Consejo **considera solicitudes** de "Definición o Exclusión de Enfermedad como Gasto

Catastrófico" emititidas por alguna **institución pública prestadora de servicios** de atención médica para incorporar patologías y/o actualizaciones.

Así, para Gastos Catastróficos en el ejercicio fiscal 2016 se tuvo un total de 1,121 casos atendidos que representaron un monto radiado por la cantidad de $69,791,622.03, estos fueron distribuidos a tres unidades médicas para su ejecución, esto se muestra en la gráfica siguiente:

Gráfica 1.1. Distribución de los recursos del Fondo de Gastos Catastróficos por unidad ejecutora del gasto (Porcentaje)



Fuente: elaborado por TECSO con base en la información Financiera del Seguro popular de Colima

Como se puede observar el Instituto Estatal de Cancerología es al que mayor cantidad de recursos se destina con el 68.4%, seguido del Hospital Regional Universitario con 24% y el Hospital General Manzanillo con el restante 7.6%.

De acuerdo al porcentaje de recursos destinados se ve reflejado en el número de procedimientos atendidos, pues para el año 2016 el Instituto Estatal de Cancerología atendió 861 casos, seguido del Hospital Regional Universitario con 147 y el Hospital General Manzanillo atendió 113 casos.

Para el caso de Gastos Catastróficos para el ejercicio fiscal 2016 se tuvo un total de 1,121 casos atendidos que representaron un monto radiado por la

cantidad de $69, 791,622.03, los cuales fueron distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 1.2. Distribución del Fondo de Gastos Catastróficos, por padecimiento, Colima 2016				
Unidad Ejecutora Del Gasto	**Nombre Del Padecimiento**	**Casos**	**Monto Radicado**	**Porcentaje**
Hospital General Manzanillo	**Cuidados Intensivos Neonatales**	**113**	**$5,273,242.00**	**7.6**
Hospital Regional Universitario	Cuidados Intensivos Neonatales	123	$5,746,758.00	8
Hospital Regional Universitario	Enfermedades Lisosomales	24	$11,187,791.03	16
Total Hospital Regional Universitario		**147**	**$16,934,549.03**	**24**
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer Infantil	22	$1,521,481.00	2.2
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento de Cáncer Infantil	38	$384,180.00	0.6
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer de Recto	15	$1,554,598.00	2.2
Instituto Estatal de Cancerología	Continuidad de Cáncer de Recto	3	$135,639.00	0.2
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer Cérvico Uterino	10	$625,770.00	0.9
Instituto Estatal de Cancerología	Tumor Maligno de Testículo	8	$171,790.00	0.2
Instituto Estatal de Cancerología	Tumor Maligno de Próstata	30	$1,021,361.00	1.5
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento a Cáncer Cérvico Uterino	128	$1,248,693.00	1.8
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer de Mama con Anticuerpos Monoclonales	19	$1,149,155.00	1.6
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento a Cáncer de Mama con Anticuerpos Monoclonales	53	$7,213,206.00	10.3
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento a Cáncer de Mama	261	$10,312,261.00	14.8
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer de Mama	146	$14,280,464.00	20.5
Instituto Estatal de Cancerología	Leucemia Linfoblástica Aguda	3	$51,438.00	0.1
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento Leucemia Linfoblástica Aguda	18	$1,095,217.00	1.6

Unidad Ejecutora Del Gasto	Nombre Del Padecimiento	Casos	Monto Radicado	Porcentaje
Instituto Estatal de Cancerología	Tumor Germinal Ovárico	5	$49,710.00	0.1
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento Tumor Germinal Ovárico	5	$489,309.00	0.7
Instituto Estatal de Cancerología	Tumor Epitelial Ovárico	6	$40,536.00	0.1
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento Tumor Epitelial Ovárico	6	$189,338.00	0.3
Instituto Estatal de Cancerología	Linfoma No Hodgkin	7	$852,002.00	1.2
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer de Colon	11	$406,845.00	0.6
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento Cáncer de Colon	3	$1,033,249.00	1.5
Instituto Estatal de Cancerología	Cáncer de Colon y Recto con Anticuerpos Monoclonales	5	$691,496.00	1
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento Cáncer de Colon y Recto con Anticuerpos Monoclonales	2	$302,431.00	0.4
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento de Tumor Maligno de Próstata	40	$1,646,114.00	2.4
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento de Linfoma de No Hodgkin	8	$688,882.00	1
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento de Tumor Maligno de Testículo	9	$427,657.00	0.6
Total Hospital Regional Universitario		**861**	**$47,582,822.00**	**68.4**
Total General		**1,121**	**$69,790,613.03**	**100**

Fuente: elaborado por TECSO con base en la información Financiera del Seguro popular de Colima

De manera general se observa que el 45.1% del Fondo se destinó al tratamiento y al seguimiento del Cáncer de Mama.

De acuerdo a la distribución de los recursos por unidad de gasto se observa que este se destina en mayor proporción al seguimiento y tratamiento de los distintos tipos de cáncer, mediante el Instituto Estatal de Cancerología, siendo el cáncer de mama es al que mayores recursos se destina con el 47.2%.

Además, con el fin de incrementar, con transparencia en las unidades médicas, la capacidad resolutiva y de orientación a las Solicitudes de Atención de los usuarios y beneficiarios por medio de la implementación del

Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario (SUG) en el Sistema Nacional de Salud.

El SUG tiene por objetivo:

> Incrementar con transparencia la capacidad resolutiva de los establecimientos de atención médica en lo referente a las solicitudes de atención de los usuarios mediante el Sistema Unificado de Gestión para la tutela de derechos y consolidar la mejora en el establecimiento y la población que atiende (CNPSS, 2015).

Este sistema cuenta con **Módulos de Atención y Operación**, estos estarán destinados para atender, orientar y solucionar de manera inmediata y satisfactoria a las necesidades de los usuarios y/o beneficiarios de las unidades médicas.

Además, cuenta con **Buzones** los cuales fungen como en medio de comunicación entre el personal del Seguro Popular y los usuarios y/o beneficiarios de los servicios de salud, teniendo como propósito el fortalecimiento de la gestión de mejora continua.

Para efectos de estudio las Solicitudes de Atención se dividen en las siguientes categorías; Queja, Sugerencia Felicitación y Solicitud de Gestión, a su vez estás tienen estas se clasifican en:

- Atención al Usuario
- Capacidad Instalada
- Medicamentos
- Gastos de Bolsillo

Así, el SUG trae consigo beneficios a los usuarios tales como:

- Proporcionar Atención y Orientación oportuna a los Usuarios, con calidez y trato digno.
- Fortalecer canales de comunicaciones eficientes y eficaces entre los prestadores de Servicios de Salud y la ciudadanía, con transparencia, credibilidad y confianza para contribuir al acceso efectivo de los Servicios de Salud.
- Garantizar la Gestión de Solicitudes de Atención, Resolución y Notificación a los Usuarios, al interior de los Establecimientos de Salud y Autoridades Competentes.

Así el "Seguro Popular" acerca los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a la población que carecen de empleo, trabajan por cuenta propia y no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social para satisfacer de manera integral sus necesidades de salud. Es importante resaltar que este acercamiento a los servicios médicos no puede darse sin el proceso de Promoción de los servicios ofertados por el Seguro Popular, para posteriormente llevar a cabo el proceso de Promoción y Afiliación.

2. Características del programa

El Programa "***Promoción y Afiliación***" es operado por el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección en Salud (REPSS) a través de la subdirección de Afiliación y Operación del Estado de Colima, para el ejercicio fiscal 2016 tenía por objetivo:

> Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias.

El REEPS señala que la necesidad que se busca cubrir es el "abatir la carencia de acceso a los servicios de salud".

Aunado a ello se encontró que uno de los propósitos del seguro popular es:

> **Brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario**, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.

Además, esta cuenta con seis componentes:

- Servicios de apoyo administrativo a los hospitales
- Asistencia social comunitaria y beneficencia pública justa y equitativa
- Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados
- Formación y capacitación de recursos humanos acordes a las necesidades y demandas de atención a la salud
- Infraestructura suficiente, equipamiento optimo e insumos seguros para la salud
- Investigación en salud pertinente y de excelencia académica

El Sistema de Protección Social en Salud, se vincula con la Meta VI.2. México Incluyente y Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. De igual forma se encuentra vinculación con el Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad del Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Para el programa de "Promoción y Afiliación" se cuenta con dos poblaciones derivadas de los servicios ofrecidos por el programa, en el caso

de Afiliación la población potencial es aquella que presenta carencia por acceso s los servicios de salud, la población objetivo es la establecida en la meta de afiliación y la población objetivo es aquella que fue afiliada en el ejercicio fiscal 2016.

Mientras que para el servicio de Reafiliación se tiene que la población potencial son todos aquellos usuarios cuya vigencia termina en 2016, mientras que la población objetivo es la establecida en la meta de reafiliación y la población objetivo es aquella que fue reafiliada en el ejercicio fiscal 2016.

De acuerdo al informe de cuenta pública del ejercicio fiscal 2016 el Seguro Popular tuvo un presupuesto modificado de $172,024,786.47, de los cuales el 0.35% ($609,896.25) se destinó a la Subdirección de Afiliación y Operación, (Sistema de Protección Social en Salud, 2017), sin embargo, se desconoce la cantidad de recurso destinada al proceso de Promoción, Afiliación y Reafiliación.

La cédula integrada por el REPSS para el análisis del Programa fue revisada de acuerdo con la metodología del CONEVAL en la materia da cumplimiento a las disposiciones establecidas. Como resultado, se observa **un cumplimiento de 56.6%**, al obtenerse **77 puntos** de calificación de los 136 posibles, como se detalla en el cuadro siguiente:

Cuadro 2.1. Valoración CONEVAL

Apartado	Valoración máxima	Valoración obtenida	%
Diseño	36	18	50
Planeación y orientación a resultados	24	15	62.5
Cobertura y Focalización	4	4	100
Operación	48	32	66.6
Percepción de la población atendida	4	4	100
Medición de resultados	20	4	20
TOTAL	136	77	56.6

A continuación, se detalla cada uno de los apartados.

3. Análisis del Diseño

3.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa

El Programa "Promoción y Afiliación" es operado por la Subdirección de Afiliación y Operación del Estado de Colima perteneciente al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016. Y tiene como objetivo general:

> Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias.

Este objetivo es el que identifica el Régimen, el cual se desprende de las ROP e indicadores de gestión y evaluación del Sistema de Protección Social en Salud emitidas por la Secretaría de Salud; sin embargo, el SPSS cuenta con una MIR a nivel Estatal, que si bien no es específica del programa de promoción y afiliación, este objetivo responde a las necesidades específicas de los Colimenses, que es "Contribuir al mejoramiento integral de la condición de vida de los colimenses a través de un Sistema de Salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional".

Como se puede observar, el primer objetivo está planteado desde el punto de vista de cobertura, mientras que el de la MIR estatal, se enfoca hacia la calidad. Esta diferencia se puede apreciar en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.1. Objetivos del Seguro popular y objetivos de la MIR Estatal del SPSS		
Nivel	**Objetivos del Seguro Popular**	**MIR Estatal**
Objetivo General /Fin	Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del **aseguramiento público**, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias.	Contribuir al mejoramiento integral de la condición de vida de los colimenses a través de un Sistema de Salud de cobertura universal equitativo y de **excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional**
Objetivos Específicos /Propósito	* Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico. * Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos. * Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud. * Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.	Los habitantes del Estado de Colima reciben servicios de salud con **estándares de atención por encima de la media nacional**
Fuente: Elaborado por TECSO con base en los objetivos de Seguro Popular y la MIR Estatal del SPSS		

Es importante mencionar que el REPSS identifica solamente los objetivos utilizados desde la federación, lo que implica que los esfuerzos se direccionan a incrementar la cobertura, que si bien, no es errado, la política pública planteada en Colima, al igual responde a cobertura, pero con la variante de que se busca sea de excelencia. Esto puede deberse a que el Estado está por encima de la media nacional en tema de cobertura según datos del informe de resultados del REPSS.

Por su parte, en el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 del Gobierno de Colima, como parte del diagnóstico se establece, como un área de oportunidad la **reafiliació**n al seguro popular:

> La reafiliación al Seguro Popular en Colima ha tenido fluctuaciones, de 234,625 personas afiliadas en 2009 a 261,892 en 2015. La meta de reafiliación establecida para 2015 fue de 69,202 personas y únicamente se reafilió a 52,930 personas, lo que significó 76.5% de alcance de la meta. En el primer bimestre de 2016, se ha llegado a 36%. Si la meta se incumple, la federación disminuirá la radicación de recursos que recibe el Estado por ese concepto (Gobierno del Estado de Colima, 2016).

Sin embargo, el Régimen identificó como diagnóstico lo siguiente:

> Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 en el sectorial de salud, se incluye un diagnóstico inicial del gobierno federal, en el cual plasma las causas, efectos y características del problema, además de la cuantificación, características y ubicación territorial de la población que carece del acceso a los servicios de salud. Cabe señalar que la vigencia de este documento expira en el año 2018.

Si bien, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud cuentan con un diagnóstico, cabe mencionar que estos no son específicos para el caso de Colima, sin embargo, se puede tomar como parámetro de referencia para resaltar la importancia que ha tenido el Seguro Popular para cubrir las necesidades de la población en cuestión de salud, así como para detectar posibles áreas de oportunidad.

Cabe mencionar que de acuerdo al informe del REPSS de 2016, el Estado de Colima tuvo un avance del 100% en la afiliación respecto a la proyección de cobertura para ese mismo año.

Todo lo anterior dando cumplimiento a diversas disposiciones jurídicas partiendo del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos, donde se señala que; "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

Además, en la Ley General de Salud, Artículo 77 BIS 1, se menciona que:

> "Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud"

Se debe tomar en cuenta que en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Colima (LOAPEC) en su Artículo 32 se establece que

a la Secretaría de Salud y bienestar Social le corresponde el estudio, planeación, resolución y despacho de los siguientes asuntos, dentro de los que destacan:

> I.- **Garantizar en el ámbito de su competencia local el derecho a la protección de la salud de la población del Estado de Colima y dirigir la política estatal en materia de salubridad general** en el marco de concurrencia de la Federación y las entidades federativas conforme a lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.
>
> II.- **Planear, coordinar y evaluar el Sistema Estatal de Salud** y proveer la adecuada participación de los sectores público, social y privado a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud (LOAPEC, 2015).

A su vez, en la Ley de Salud del Estado de Colima en su Artículo 5° se establece que:

> Corresponderá a la Secretaría[4] actuar en las materias que se le descentralicen como autoridad sanitaria federal:
>
> I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de:
> a) Atención médica en sus formas preventiva, curativa y de **rehabilitación**, **preferentemente en beneficio de grupos vulnerables**;

Para efectos específicos de las atribuciones del estado de Colima, en cuanto al Sistema de Protección Social en Salud, en 2015 se establece el "Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima" por el cual se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, como un Organismo Público **Descentralizado** de la Administración Pública Estatal, sectorizado a **los Servicios de Salud del Estado de Colima**, con **personalidad jurídica y patrimonio propios, autonomía administrativa, presupuestal, técnica, de gestión, de operación y de ejecución**, mismo que atenderá los asuntos que este Decreto, su reglamento interior y demás normatividad aplicable le señalen (Secretaría de Salud y Bienestar Social, 2015), en el Artículo 3 de este decreto se menciona que:

[4] Se entenderá por Secretaría a la Secretaría de Salud y bienestar Social

> **El Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, tendrá como objeto garantizar las acciones de protección social en salud**, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona.

Aunado a ello, el Régimen identifica en el objetivo 2.3 del eje 2 México Incluyente del "Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 del Gobierno Federal" como la justificación teórica en tema de salud.

Además, se cuenta con el Manual de Afiliación y Operación el cual tiene por objetivo:

> Normar los procesos referentes a la afiliación, reafiliación y operación que lleva a cabo el personal de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en cuanto al desarrollo de las acciones de su competencia, estableciendo para ello procedimientos homogéneos que fortalezcan y consoliden la operación del Sistema (Secretaría de Salud, 2016).

Cabe mencionar que dicho manual es aplicable al personal de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud que intervine en la operación del Sistema de Protección Social en Salud, específicamente en materia de afiliación y reafiliación e integración del padrón Estatal de beneficiarios de Colima.

Aunado a ello se cuenta con el "Manual de Organización" del REPSS, en el cual se establecen las **atribuciones de la Subdirección de Afiliación y Operación**, dentro de las que destacan:

> I. Participar en la **planeación y programación financiera del Sistema**;
>
> II. Efectuar las acciones encaminadas a la **programación e integración presupuestal del Sistema**;
>
> III. Diseñar y proponer en **coordinación con las unidades administrativas** competentes **de la Secretaría**, los esquemas y **mecanismos financieros** que sean necesarios para el **funcionamiento del Sistema** incluyendo el desarrollo de programas dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable;
>
> IV. **Verificar que los recursos provenientes de la aportación solidaria estatal y cuota familiar, sean congruentes con el padrón de afiliados**;

V. **Diseñar y aplicar los instrumentos financieros** y los procesos administrativos necesarios para la **provisión de la protección social en salud** para los grupos **poblacionales** que la **requieran** (Régimen Estatal de Protección Social en Salud, 2011)

Además, se cuenta con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual es un documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención en salud, en el que se describen las intervenciones a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular.

Por lo anterior, se concluye que el programa "Promoción y Reafiliación al Seguro Popular" cuenta con los elementos necesarios para justificar la creación del mismo, además de contar con un amplio sustento jurídico, a partir de las necesidades de la población del Estado de Colima en materia de Seguridad Social.

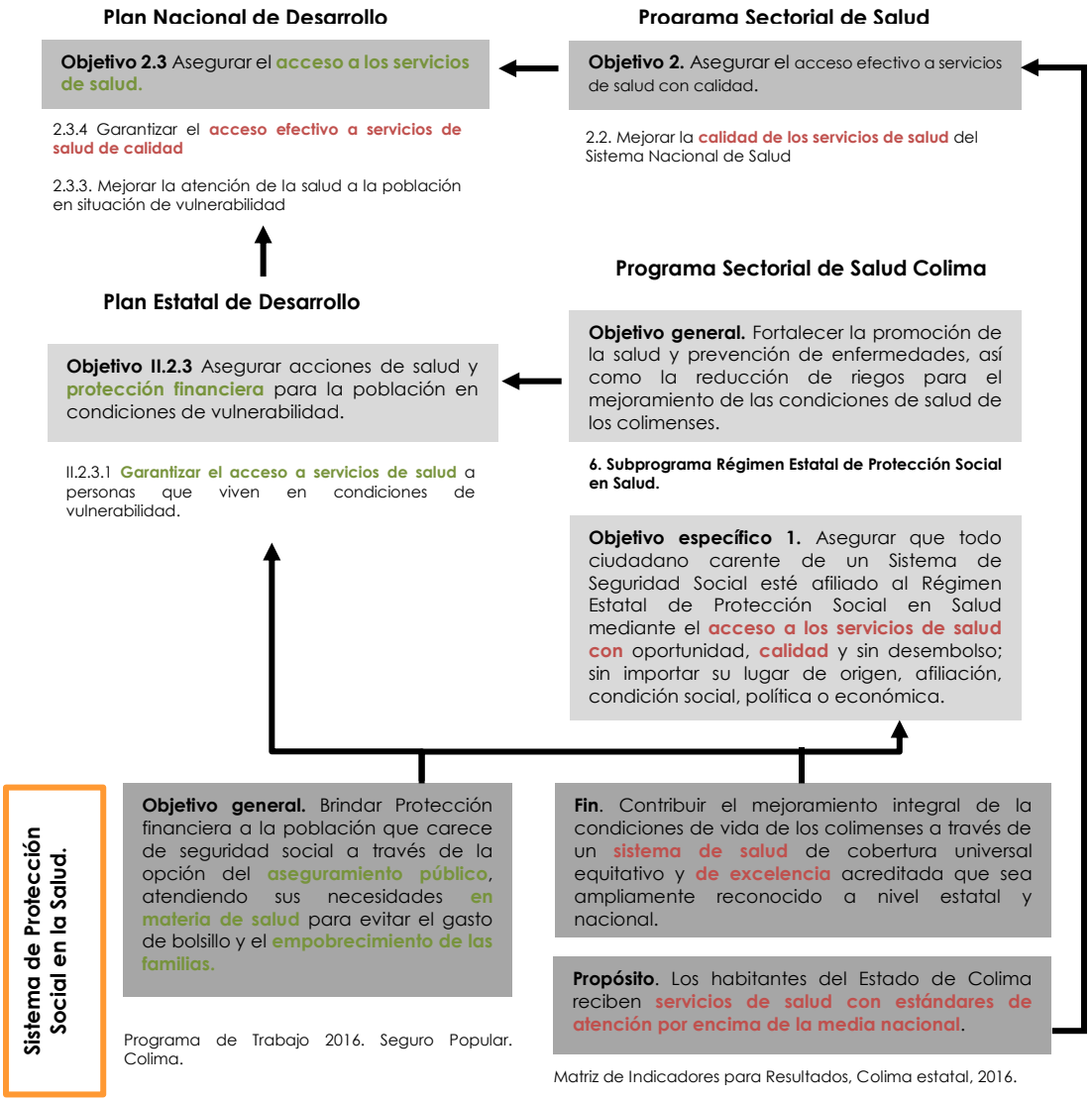
Es importante resaltar que si bien, el REPSS identifica los objetivos planteados en el Programa de Trabajo, se cuenta con la MIR Estatal del SPSS, teniendo dos enfoques de política pública, por un lado, la cobertura y por otro lado la calidad en los servicios de salud. Por lo que se recomienda priorizar si los esfuerzos estarán enfocados hacia la cobertura o hacia la calidad.

3.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales

En este apartado de busca identificar el nivel de contribución que tiene el Sistema de Protección Social en Salud con las metas y estrategias de los planes estatales y nacionales, así como con los programas sectoriales y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en materia de salud.

Así, la política pública ha planteado objetivos desde varias entidades públicas en el tema de salud, como se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.1. Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con los objetivos de política pública



Fuente: Elaborado por TECSO con base en objetivo general del Programa de Trabajo 2016 del Seguro popular del Estado de Colima; Programa Sectorial de Salud Colima 216-2021; Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021; Programa Sectorial de Salud 2013-2018; y Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Se identificó la vinculación del objetivo con el **Sistema de Protección Social en Salud** con las **estrategias 2.3.3**. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad y la **estrategia 2.3.4.** Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad; las cuales se desprenden **objetivo 2.3.** Asegurar el acceso a los servicios de salud; meta 2. México Incluyente del **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**. Al observar lo que exponen ambos objetivos, se puede determinar una vinculación del Régimen con la Política Federal. Ya que ambos tienen como interés el **acceso a la salud de la población en situación vulnerable o empobrecimiento.**

Asimismo, otra de las políticas a nivel federal con énfasis en la atención de la carencia por acceso a la salud es **Programa Sectorial de Salud 2013-2018** en el **objetivo 2**, se puede observar que este se vincula con el nivel de Propósito de la MIR del SPSS al enfocarse en la calidad de los servicios de salud otorgados. Con lo que establece que el Régimen, se puede tiene una vinculación parcial.

A nivel estatal se encuentra el **Programa Sectorial de Salud Colima 2016-2021**, que en el subprograma 6, al estar enfocado al acceso a la salud a las personas carentes de estos. Al comparar el objetivo específico de este programa sectorial con el planteado por el Régimen estatal, se puede encontrar similitudes de acción. Sin embargo, la vinculación es parcial, ya que el plan sectorial del estado se enfoca en otorgar por un servicio de salud con calidad.

Además, se encontró vinculación con el objetivo de Fin de la MIR Estatal del SPSS con el Programa Sectorial de Salud del Estado de Colima al enfocarse a la cobertura de personas con carencia por acceso a los servicios de salud.

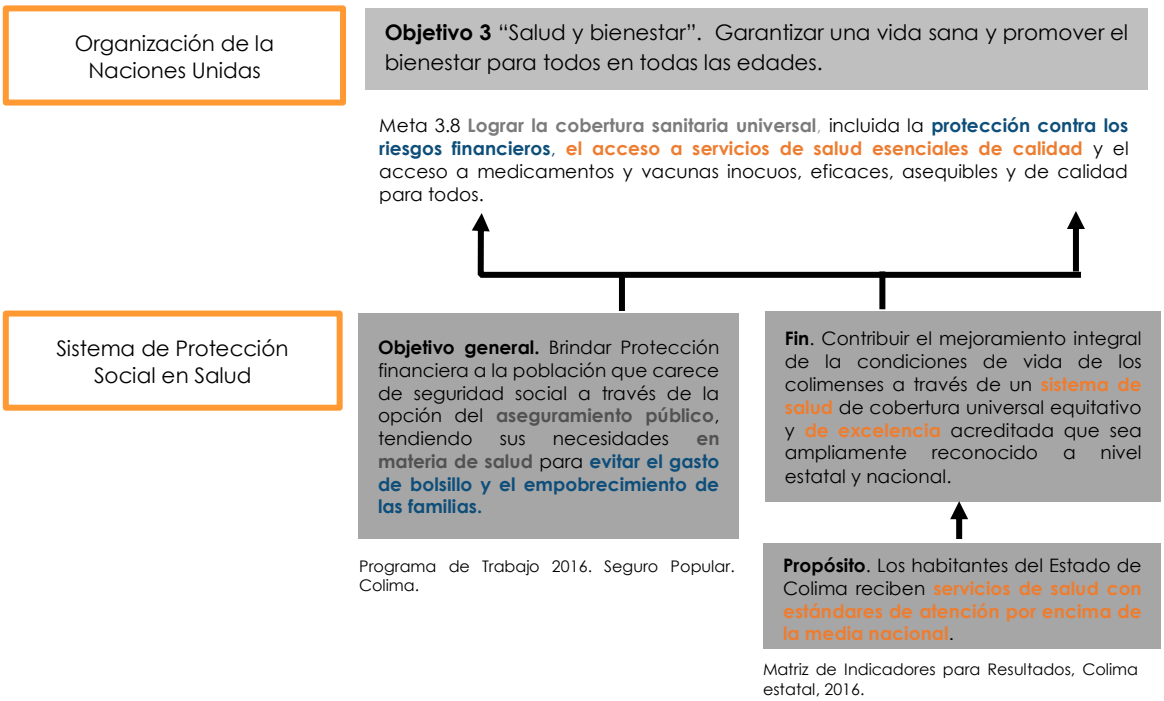
Mientras que en la acción **II.2.3.1 "Garantizar el acceso a servicios de salud a personas que viven en condiciones de vulnerabilidad",** del **Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021**, se puede determinar una vinculación directa con la política pública a nivel estado, ya que ambas están encaminadas a la protección financiera y evitar los gastos de bolsillo.

La vinculación con la política pública en todo los niveles de gobierno y otras entidades públicas, trae consigo el cumplimento eficaz en las acciones que el Régimen pretende llevar a cabo. Por tal, la vinculación que presenta el Régimen con el Plan Nacional de Desarrollo es acorde y se complementa

con los planes sectoriales tanto a nivel nacional como estatal, así como con el Plan de Desarrollo a nivel estado.

Por otro lado, la Organización de la Naciones Unidas, expone su interés en el tema salud en la "Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible", en el objetivo 3, esto se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.2. Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible



Fuente: Elaborado por TECSO, con base en objetivo general del Programa de Trabajo 2016 del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Así, en la Meta 3.6 del objetivo 3 de la "Agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible" tiene vinculación parcial con el objetivo general del Seguro Popular ya que ambos buscan el acceso de la población carente en servicios de salud y proteger financieramente a la población más vulnerable. Aunado a ello se tiene vinculación directa con el Propósito de la MIR del SPSS ya que ambos se enfocan a la calidad en los servicios de salud.

De igual manera, tanto el Fin y Propósito de la MIR estatal, buscan incidir en la calidad de los servicios de salud tal y como lo plantea la Organización de las Naciones Unidas. Con estas similitudes, se puede determinar una vinculación directa con los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

Estas similitudes se ven reflejadas a raíz de la implementación del Programa Piloto de Referencia Nacional ejecutado por el Subcomité Especial para implementar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el Estado de Colima. (2017) Que tiene por objeto alinear las acciones del estado a los objetivos internacionales y así mejorar las condiciones de salud de los habitantes de Colima.

Por tal, la política del Régimen está diseñada para responder y dar cumplimiento a lo establecido por lo ONU, por lo que se observa una vinculación directa con los objetivos de esta organización internacional.

Es importante mencionar que el objetivo general del Seguro Popular se enfoca en la cobertura de los servicios de salud, mientras que la MIR estatal del SPSS se enfoca en la calidad de los servicios brindados.

Derivado de lo anterior, se concluye que existe una vinculación consistente del objetivo general del Seguro Popular y una vinculación parcial de la MIR Estatal del Sistema de Protección Social con los objetivos de política pública Estatal, Nacional e Internacional. Sin embargo, no se tienen una vinculación con el proceso de Promoción, Afiliación o Reafiliación.

3.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad

Este apartado tiene como objetivo identificar si el Estado tiene definidos los siguientes conceptos:

- Población potencial, objetivo y atendida, y mecanismos para identificarla.
- Información sobre la demanda total de apoyo y sus características.
- Estrategia de cobertura.
- Procedimientos para la selección de beneficiarios.

Estos conceptos ya tienen referentes obligatorios, por ello, de acuerdo con los términos de referencia de CONEVAL, se entenderá por:

- **Población potencial** a la población total que representa la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
- **Población objetivo** a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
- **Población atendida** a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

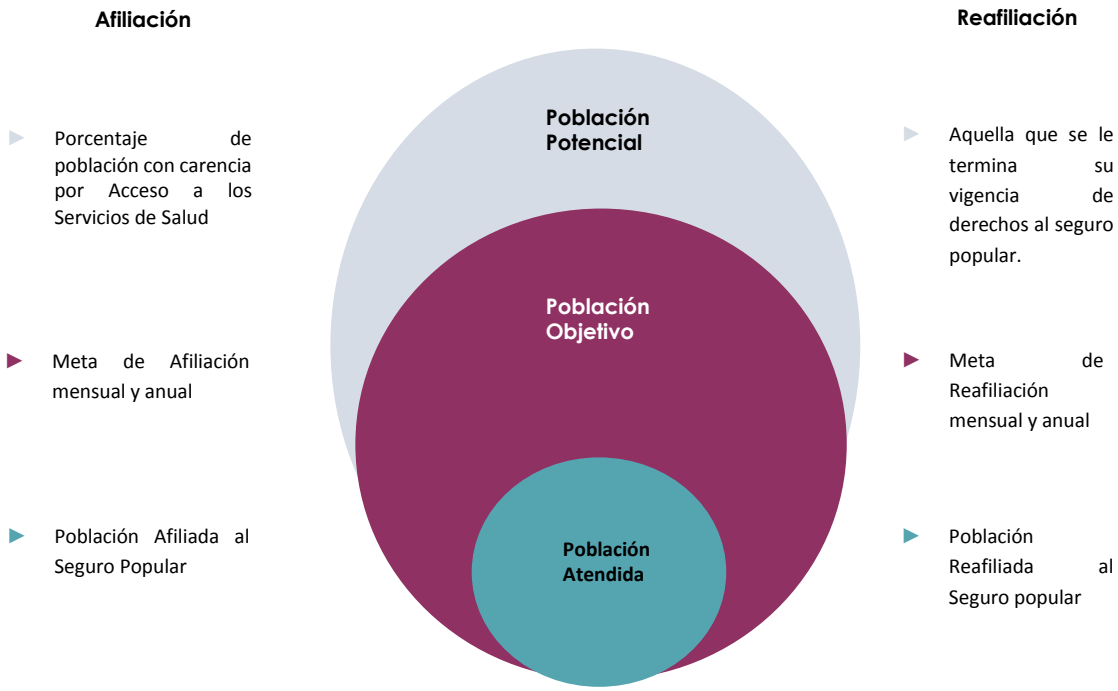
Al respecto el REPSS las identifica de la siguiente manera:

- La población **potencial** es toda la población que no cuenta con algún sistema de seguridad social. (87,900).
- La población **objetiv**o es toda aquella que se le termina su vigencia de derechos al seguro popular. (79,284).
- La población **atendida** es el 37% de la población del Estado (88,009).

De acuerdo a los términos utilizados por el REPSS se puede observar que la población potencial está definida a partir del servicio de afiliación y el objetivo hace referencia al servicio de reafiliación. Por ende, se recomienda diferenciar la población por tipo de servicio, para que esta responda a la necesidad de cada uno.

Tomando en cuenta los servicios ofertados por el programa se es importante diferenciar las poblaciones de acuerdo a los servicios ofertados, en el caso de la primera está encaminada al proceso de Afiliación, mientras que la Segunda se enfoca al proceso de Reafiliación, como se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.3. Población Potencial, Objetivo y Atendida por servicio otorgado por el REPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Manual de Afiliación y Operación del Seguro Popular 2016 y la información proporcionada por el REPSS

Sin embargo, al realizar el contraste entre la información pública con la reportada por el Régimen se tienen inconsistencias significativas, con las cuales se limita el conocimiento del verdadero de las metas de Afiliación y Reafiliación, estas inconsistencias se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.2. Contraste de la información pública con la proporcionada por el REPSS de la Población Potencial, Objetivo y Atendida			
	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
Información proporcionada por el REPSS	87,900	79,284	88,009
Información Pública (Afiliación)	90,327	257,232	280,408
Información Pública (Reafiliación)	79,284	79,284	

Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por el REPSS, Programa Anual de Trabajo del Seguro Popular 2016, Estadísticas del Padrón de Afiliados y el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

Como se observa las diferencias entre las poblaciones son notorias, por ejemplo, en el caso de Afiliación la población potencial son aquellas personas que tienen carencia por acceso a los servicios de salud, de acuerdo al informe anual sobre la situación de la pobreza y rezago social 2016 era de 90,327 habitantes con carencia, cifra que difiere de los presentado en el anuario estadístico de Colima en donde se reportó que el 45.49% de la población (329,100) presentaba está carencia.

Además, es importante resaltar que en las Estadísticas del Padrón de afiliados no se hace el desglose de si los 280,408 habitantes reportados, son sólo afiliados o si algunos son parte del proceso de Reafiliación. De igual forma en el Plan de Trabajo 2016 del Seguro Popular solo se menciona la meta de reafiliación mensual por municipio y por mes.

Por lo anterior se concluye que el Régimen no identifica plenamente la población objetivo y atendida pues como se mencionó anteriormente está solo es del servicio de reafiliación, es decir, no se identifica la población objetivo y atendida del servicio de afiliación. Ante ello se recomienda identificar todos los servicios ofertados por el programa (Promoción y Orientación, Afiliación y Reafiliación) y segmentar la información con la finalidad de mejorar los sistemas de recolección de información y dar cumplimiento pleno a la transparencia y rendición de cuentas.

3.4. Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados

Como parte del proceso de planeación de un programa presupuestario, y siguiendo la lógica establecida en la Guía para la elaboración de la Matriz de indicadores para Resultados de la SHCP, es necesario contemplar integralmente la elaboración de la **secuencia** *Árbol de Problemas-Árbol de Objetivos-Matriz de Indicadores* para lograr un mayor asertividad en cuanto al planteamiento de los objetivos que serán sometidos a medición de resultados.

Estos tres momentos son fundamentales en la creación y diseño de un programa, no sólo en su elaboración sino también en la coherencia y correspondencia que deben mantener como parte de la estructura analítica de un programa presupuestario.

Cabe recordar que la MIR "*es una herramienta que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultando de un proceso de planeación con base en la Metodología del Marco Lógico*" (SHCP, 2010: 44), por lo que se hace énfasis en su correspondencia, ya que forman parte de **un ejercicio de articulación estratégico.**

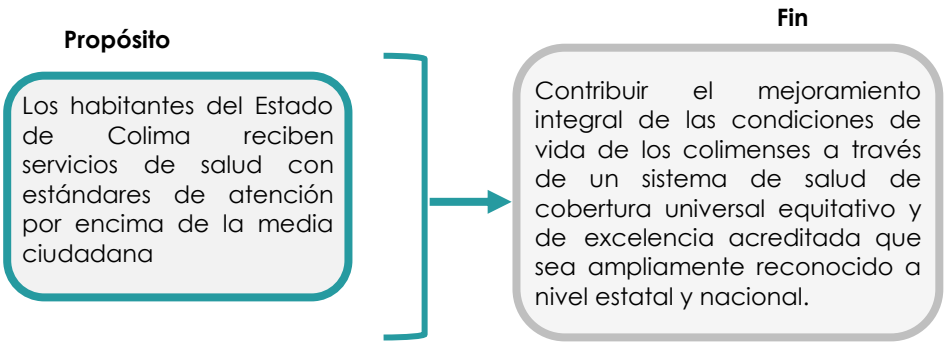
Es importante mencionar que al carecer de apertura programática el programa "Promoción y afiliación", no cuenta con árbol de problemas ni con árbol de objetivos. Además, en el Anexo 4 "Matriz de Indicadores para Resultados" el REPSS mencionó sólo contar con el indicador de Fin del cual se realizará el respectivo análisis. Mientras quede la MIR del SPSS se realizará el análisis de Lógica Vertical y Horizontal del Fin y del Propósito.

3.4.1. De la Lógica Vertical de la MIR

El análisis de la **lógica vertical** de la MIR permite verificar la relación causa-efecto directa que existe entre los diferentes niveles de la Matriz. (CONEVAL, SHCP, SFP).

En cuanto al análisis de la relación causal del **Propósito con el Fin** de la MIR del SPSS, en la figura siguiente se muestra esta relación:

Figura 3.4. Relación causal del propósito con el fin del Sistema de Protección Social en Salud



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

El indicador es consistente, bajo el supuesto de que los servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional cuentan con las cualidades descritas en el objetivo de fin; es decir, que es de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional.

Aunado a ello, cuenta con la sintaxis sugerida en la Guía para el Diseño de la MIR emitida por CONEVAL, SHCP y SFP, ya que el objetivo del programa indica el efecto directo que se espera en los habitantes de Colima y por su parte el fin, contribuye a un logro estratégico que es mejorar integralmente las condiciones de vida de los colimenses; como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.3. Análisis de la Sintaxis del Fin y propósito del programa "Promoción y Afiliación"			
Nivel del Objetivo	**El que**	**Mediante / a través de**	**El cómo**
Fin (MIR Estatal del SPSS)	Contribuir al mejoramiento integral de las condiciones de vida de los colimenses	a través de	un sistema de salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional
Fin (Identificado por el REPSS)	Personas que se reafilian al Sistema de Protección Social en Salud al mes, en el Estado de Colima		
Nivel del Objetivo	**Población o área de enfoque**	**Verbo**	**Complemento**
Propósito (MIR Estatal del SPSS)	Los habitantes del Estado de Colima	reciben	servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional
Fuente: Elaborado por TECSO, con base en el Anexo 4 "Matriz de Indicadores para Resultados" y la Guía para el Diseño de la MIR			

En cuanto al objetivo de fin identificado por el REPSS se tiene que, aunque responde parcialmente al programa evaluado, este solo habla de una acción lo que lo ubica a nivel de actividad.

Por todo lo anterior se recomienda que se cuente con una MIR que responda a las necesidades del REPSS, ya sea que se cuente con una sola para todo el régimen y que el tema de afiliación quede a nivel componente; o bien, se cuente con una MIR específica para el programa.

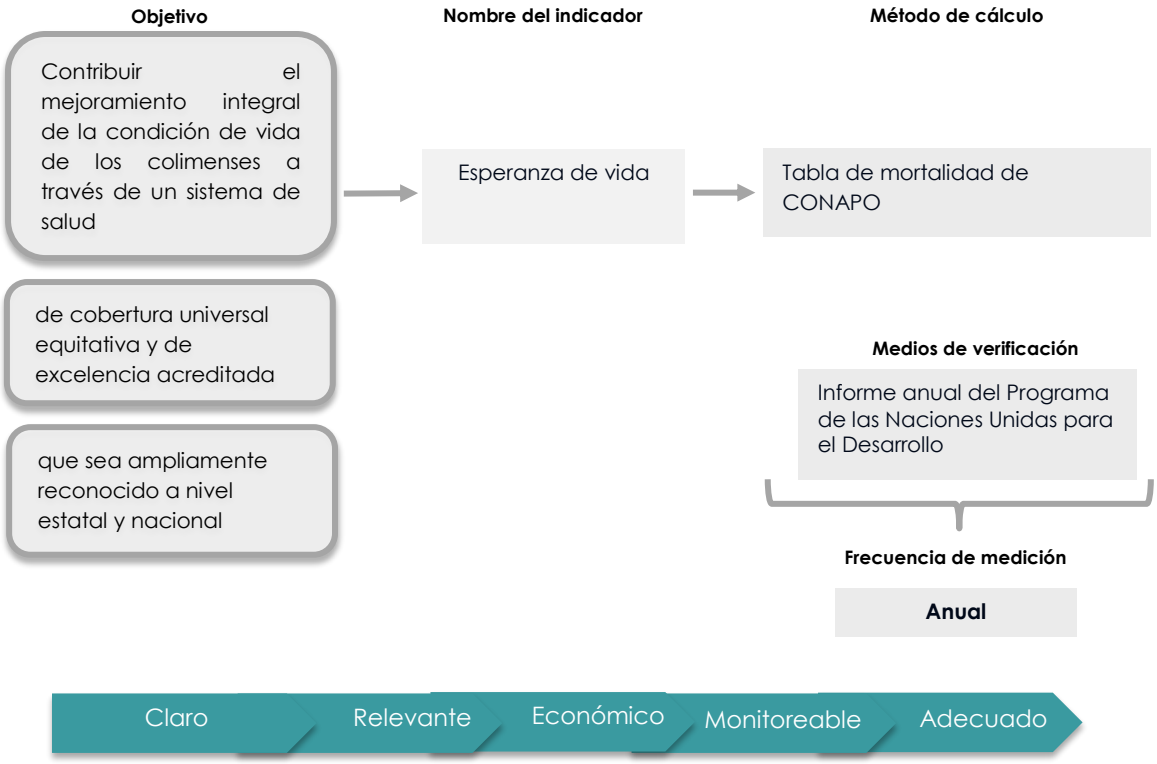
3.4.2. De la Lógica Horizontal de la MIR

El **análisis horizontal** de la MIR consiste en examinar las relaciones causa-efecto, siendo el análisis de derecha a izquierda (CONEVAL, SHCP, SFP).

Así la lectura del análisis de la MIR comprende una lectura lineal, abarcando los elementos, como lo son el objetivo (resumen narrativo), nombre del indicador, los indicadores (método de cálculo), los medios de verificación, la frecuencia de medición y los supuestos. Es importante señalar que dicho análisis se realizó de manera independiente a los resultados obtenidos en la lógica vertical.

El objetivo del **Fin de la MIR del SPSS, "**Contribuir el mejoramiento integral de las condiciones de vida de los colimenses a través de un sistema de salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional**"** se mide a través de la "Esperanza de vida", como se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.5. Análisis de la lógica horizontal del Fin de la MIR Estatal del SPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

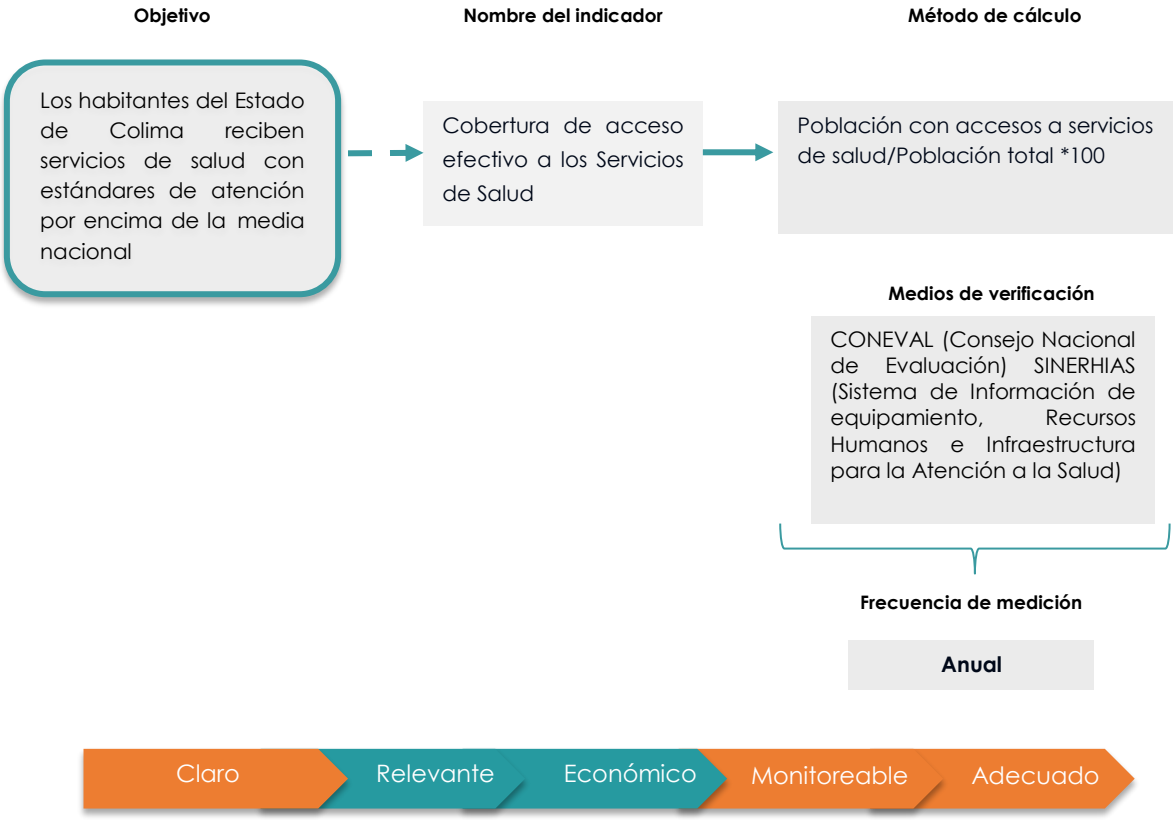
Este indicador, es consistente en todos sus elementos, ya que, aunque la esperanza de vida se caracteriza por múltiples factores, los esfuerzos que se logren en materia de salud son reflejados en este indicador. Ya que es uno de los seleccionados por las Naciones Unidas, para caracterizar un territorio y medir el desarrollo humano.

De acuerdo a la oficina nacional de estadísticas, "Para su cálculo se parte de un instrumento de carácter estadístico-matemático que permite medir las probabilidades de muerte o de vida de una población en función de su edad, que conjuntamente con el sexo constituyen los dos atributos demográficos fundamentales de la misma. Este instrumento se denomina tabla de mortalidad o tabla de vida" (Oficina Nacional de Estadistica).

Por todo lo anterior, es que se considera consistente, ya que a ser un indicador de tal relevancia; puede mostrar los resultados que tiene el Estado de Colima.

Mientras que el objetivo de **Propósito de la MIR del SPSS,** "Los habitantes del Estado de Colima reciben servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional" se mide a través de "Cobertura de acceso efectivo a los Servicios de Salud".

Figura 3.6. Análisis de la lógica horizontal del Propósito de la MIR Estatal del SPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

La relación entre el indicador y el objetivo es parcialmente consistente, dado que en el objetivo se plantean "servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional", situación que no se ve reflejada en el nombre del indicador ni en las variables establecidas en el método de cálculo, a menos de que haga referencia al acceso efectivo; pero aun así la relación no queda clara.

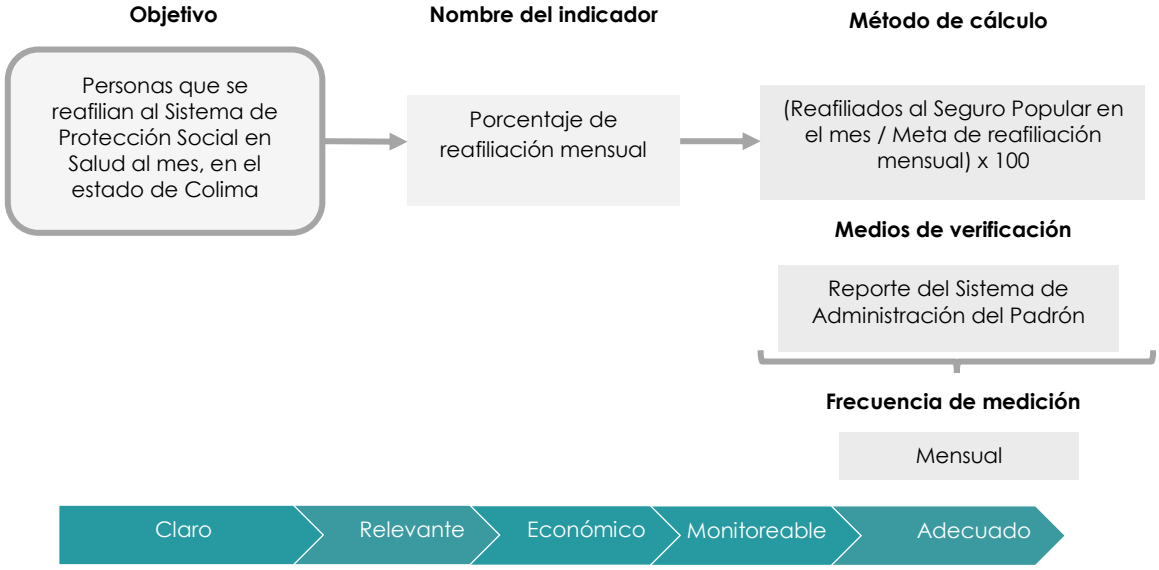
Mientras que el indicador y el método de cálculo tienen una relación parcialmente directa al estar enfocados al tema de cobertura de acceso a los servicios de salud, sin embargo, en el método de cálculo no se hace

referencia al "acceso efectivo" tal como se describe en el nombre del indicador.

Para el caso de los medios de verificación resultan ser ambiguos, ya que CONEVAL o SINERHIAS no son fuentes de información con la cual validar los resultados logrados.

En cuanto al objetivo de **Fin identificado por el REPSS** es "Personas que se reafilian al Sistema de Protección Social en Salud al mes, en el estado de Colima" se mide a través del "Porcentaje de reafiliación mensual", como se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.7. Análisis de la lógica horizontal del Fin del programa Promoción y Afiliación (REPSS)



Fuente: Elaborado por TECSO con base en información del Anexo 4 "Matriz de Indicadores para Resultados" del programa Promoción y Afiliación proporcionada por el REPSS.

Para este caso se tiene un indicador consistente, en todos sus elementos, ya que el nombre del indicador muestra correspondencia con el método de cálculo pues ambos se enfocan a la reafiliación al Seguro Popular.

No obstante, este indicador resultar ser inadecuado para el nivel de Fin, ya que este no hace referencia a la contribución del programa a objetivos de política pública superior, sólo se hace referencia a uno de los servicios ofertados por el programa (Reafiliación), dejando de lado la medición de la afiliación.

Por otro lado, se encontró que para el ejercicio fiscal 2015 se contaba con la "Matriz de Indicadores Seguro Popular (Afiliación)" en donde, además de

tener el indicador analizado anteriormente, se tenía el indicador "Porcentaje de Afiliación Mensual", por lo cual se sugiere retomar este indicador con la finalidad de medir el avance de ambos servicios.

Además, es importante mencionar que solo se cuenta con información del total de beneficiarios del SP, es decir, no se desagrega por servicio de Afiliación o Reafiliación, ante ello se sugiere ajustar los sistemas de recolección de información existentes.

De lo anterior se concluye que al carecer de apertura programática el programa "Promoción y Afiliación" de igual forma **carece de una Matriz de Indicadores para Resultados** teniendo en cuenta que esta es una **herramienta de planeación** que identifica en forma resumida los **objetivos de un programa**, incorpora los indicadores de resultados y gestión que miden dichos objetivos, especifica los medios obtener y verificar la información de los indicadores, e incluye los factores que pueden afectar el desempeño del programa.

De acuerdo con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, todos los programas presupuestarios están obligados a tener una MIR. A fin de contribuir a la transparencia y la rendición de cuentas (CONEVAL, 2016).

Así, tiene un área de oportunidad importante, pues al darle apertura programática se estructuraría un programa armónico de corto, mediano o largo plazo en forma coherente y jerarquizado en función de los objetivos y políticas definidas.

3.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales

El objetivo de este apartado es identificar otros programas que podrían funcionar en dos sentidos con el programa evaluado:

a) **Complementariedad**: el programa puede realizar una función que permita el uso de recursos provenientes de otros programas o fondos con los que se puede potenciar el impacto social.
b) **Coincidencias**: los operadores de un programa tendrían que realizar, de acuerdo a las normas establecidas, una planeación que contemple una revisión de los programas que aporten apoyos similares para, de ese modo, evitar al máximo posibles sesgos de inclusión o exclusión.

Al ser el tema de vinculación, el acceso a los Servicios de Salud se encontró una posible complementariedad con el/los programa financiados con el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el cual se otorga con el objetivo de aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud, la vinculación de dichos objetivos se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.4. Vinculación del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular

Objetivo Seguro Popular (REPSS)	Objetivo FASSA
Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias.	**Aportar recursos** a las entidades federativas **para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta** con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el **acceso a servicios de salud.**

Fuente: Elaborado por TECSO con base en el objetivo de FASSA descrito en la DGED y el Programa Anual de Trabajo 2016 del Seguro Popular

Como se observa, se tiene una complementariedad con el FASSA, ya que ambos objetivos tienen una población objetivo en común, además de ser una fuente de financiamiento a la población con carencia por Acceso a la Seguridad Social.

Además, se complementa a nivel Federal con el Programa de Inclusión Social PROSPERA, a continuación, se muestran los objetivos de cada uno.

Cuadro 3.5. Análisis de la posible complementariedad del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular

Objetivo Seguro Popular (REPSS)	Objetivo PROSPERA
Brindar Protección financiera **a la población que carece de seguridad social** a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias.	**Contribuir** a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las **personas en situación de pobreza**, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, **salud** y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar

Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Programa Anual de Trabajo 2016 del Seguro Popular y el Programa de Inclusión Social PROSPERA

Como se observa el objetivo de PROSPERA es amplio, es decir, se quiere fortalecer el cumplimiento de los derechos sociales a través de acciones, entre otros, en tema de Salud. Sin embargo, el Sistema Nacional de Protección Social en Salud acordó que, a partir del 2 de mayo del 2016, **todas las personas beneficiarias de PROSPERA contarán de forma inmediata con el acceso a los servicios de salud del Seguro Popular** (PROSPERA, 2016).

Otra complementariedad se da con el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), ya que este es parte del Seguro Popular, ofreciendo cobertura total a niñas y niños menores de 5 años de edad, afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Su principal objetivo es financiar, mediante un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC),

La atención de las niñas y los niños menores de cinco años, afiliados al Seguro Popular que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR (Comisión Nacional de Protección en Salud, 2017)

Aunado a ello se tiene que existen instituciones con las cuales se tiene coincidencia en los servicios ofertados por el Seguro Popular, como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.6. Comparación del Objetivo del Seguro Popular con los objetivos de otras instituciones encargadas de otorgar Servicios de Salud					
Objetivo Seguro Popular (REPSS)	**Objetivos IMSS (Programa Institucional 2014-2018**	**Objetivo ISSSTE (Programa de Trabajo y de Desarrollo Institucional 2015)**	**Objetivo Servicios de Salud PEMEX**	**Objetivo SEDENA**	**SEMAR**
Brindar Protección financiera **a la población que carece de seguridad social** a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para **evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias**.	1. Contribuir a la **universalización del acceso a la salud** 2.Fortalecer los ingresos 3. Incrementar la productividad 4. Mejorar el modelo de atención a la salud 5. **Mejorar la atención de las prestaciones económicas** y sociales	1. **Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social** para incrementar la protección y el bienestar de las personas. 2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez. 3. Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el **desarrollo integral de los derechohabientes** 4. Contribuir al **mejoramiento continuo en las prestaciones económicas** del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar. 5. Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes	**Mejorar** el índice de **bienestar y calidad de vida de los trabajadores, jubilados y derechohabientes** de Petróleos Mexicanos, asociados a la salud, para lograr el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.	1. Fortalecer los mecanismos para **optimizar** el otorgamiento de las **prestaciones socioeconómicas** que proporciona este Instituto a su población objetivo. 2. Orientar el **servicio médico integral a la prevención y promoción de la salud a nuestros usuarios.**	Administrar el Sistema de Salud Naval, a través de normas y políticas que garanticen un manejo eficiente de los recursos para la **promoción de la salud y la atención médica integral**, que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas del personal naval y sus derechohabientes.
Fuente : Elaborado por TECSO con base en el Programa Anual de Trabajo 2016 del Seguro Popular, Programa institucional 2014-2018 del IMSS, Programa de Trabajo y Desarrollo Institucional 2015 del ISSSTE, Programa Institucional 2013-2018 del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y el Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, SEMAR.					

Así, se observa que el Seguro Popular coincide con el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR al otorgar servicios de salud a la población, sin embargo, existe una diferencia fundamental, estas instituciones dan los servicios de salud a la población derechohabiente, es decir, a aquellos que tienen un trabajo asalariado y provee acceso a salud, pensiones, créditos y demás beneficios, su financiamiento es tripartita, es decir, es el trabajo conjunto del gobierno con los empleadores y los empleados.

Mientras que el seguro popular se enfoca a la población que no cubre estos requerimientos, es decir, no cuentan con un trabajo formal o no son asalariados y por ende no cuentan con esta prestación.

No obstante, en la fracción III del Artículo 77 bis 15 de la Ley General de Salud se establece:

> La Cuando una **persona** elegible **beneficiaria** del Sistema de Protección Social en Salud **sea atendida en cualquier establecimiento de salud del sector público de carácter federal**, **la Secretaría de Salud canalizará directamente a dicho establecimiento, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al respectivo Régimen Estatal de Protección Social en Salud**, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría.

Es decir, un beneficiario del Seguro Popular puede ser atendido por cuestión de emergencia o por algún tratamiento médico de alta especialidad en alguna de las instituciones antes mencionadas.

Para ello se cuenta con el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, teniendo por objetivo:

> Establecer los criterios operativo-administrativos que permitan el **intercambio de servicios de salud entre los distintos prestadores de la atención médica en el país**, con el propósito de avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal (CNPSS, 2016).

Por tal, el Manual se enfoca en describir los procesos a seguir cuando alguna de las instituciones participantes no pueda atender a sus pacientes; cuando el equipamiento o infraestructura médica no sea suficiente para la atención;

cuando el procedimiento médico no pueda ser cubierto por la institución receptora; etc.

De lo anterior se concluye que el Seguro Popular tiene complementariedad con instituciones encargadas de otorgar servicios de salud a nivel Federal, con ello se amplía sustancialmente el alcance de los objetivos del Seguro Popular, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos.

Además, el programa "Promoción y Afiliación" se enfoca en la Promoción, Afiliación y Reafiliación al seguro popular. Por tanto, tiene complementariedad con instituciones como; IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, pues estas instituciones de igual manera cuentan con un proceso de afiliación y reafiliación, sin embargo, tienen como principal diferencia que el seguro popular se enfoca a la población que no cuenta con un trabajo asalariado, es decir, no cuentan con un trabajo formal.

4. Planeación y orientación a resultados

4.1 Instrumentos de planeación

En este apartado tiene por objetivo analizar los instrumentos de planeación utilizados por el programa "Promoción y Afiliación", para conocer si este es creado para atender y dar solución a una problemática social, o bien para poder conocer su progreso y si cuenta con herramientas que permitan monitorearlo y evaluarlo.

Así, de acuerdo a lo establecido en la **Meta 1** "Mantener el 38% de personas afiliadas al Seguro Popular en relación a la población total" del **Objetivo Especifico 1** "Asegurar que todo ciudadano carente de un Sistema de Seguridad Social esté afiliado al Régimen Estatal de Protección Social en Salud mediante el acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y sin desembolso; sin importar su lugar de origen, afiliación, condición social, política o económica" del **Programa Sectorial de Salud del estado de Colima 2016-2021**, este se puede considerar parcialmente como un instrumento de planeación, ya que en él se determina la meta de cumplimiento del proceso de Afiliación, pero no se establece una meta para el proceso de reafiliación.

Por otra parte, el REPSS, cuenta con un Manual de organización el cual tiene como objetivo principal:

> Ser **un instrumento administrativo que permita proporcionar información relevante de los aspectos de organización interna**, niveles de responsabilidad y líneas de mando, para la difusión e inducción a servidores públicos adscritos y de nuevo ingreso, **evitar duplicidad de funciones y coadyuvar al logro de los objetivos** de la Dirección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Asimismo, **permitir al público en general identificar funciones y servicios prestados en la unidad administrativa**" (2011).

Este instrumento se enfoca en describir las funciones de cada uno de los integrantes del REPSS, esto para cumplir con los objetivos generales y específicos y evitar duplicidad de funciones.

Mientras que, el Sistema de Protección Social en Salud del estado de Colima, cuenta con el "Programa de trabajo 2016" realizado por el REPSS,

este documento establece procesos específicos descritos en cronogramas de actividades, los cuales están orientados en alcanzar metas a corto plazo.

Por lo que el REPSS, tiene identificados procedimientos establecidos, encaminados al cumplimiento de los resultados que pretenden alcanzar.

Aunado a ello se cuenta con el **Manual de afiliación y operación**, es un instrumento realizado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que tiene por objetivo:

> **Regular los procesos en la afiliación, reafiliación y operación del personal de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud**, en cuanto al desarrollo de las acciones de su competencia, estableciendo procedimientos homogéneos que **fortalezcan y consoliden la operación del Sistema** (2013).

Este documento describe las actividades tanto del solicitante como de los miembros del Régimen para afiliación y reafiliación al Sistema; esto con la finalidad que tener claridad de las funciones, y considerar especificaciones para cada caso. Por ende, el Manual está construido para incidir en la cobertura del Sistema y así cumplir con los objetivos planteados.

Por lo anterior, se concluye que el programa "promoción y Afiliación" cuenta con los instrumentos de planeación adecuados para conocer la organización y funciones de los encargados del proceso de Promoción, Afiliación y Reafiliación, así como la regulación de estos procesos. Es importante resaltar que si bien, en el Programa Sectorial de Salud del estado de Colima se establece la meta para Afiliación, no se establece la meta para la Reafiliación.

4.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación

Para este apartado se deben de tomar en cuenta los informes de evaluaciones externas del programa, ya sean nacionales o internacionales, documentos de trabajo, institucionales a partir de los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones externas.

Por tal en 2014, el INSAD Investigación En Salud Y Demografía, S.C. realizó una evaluación externa al Sistema de Protección Social en Salud a nivel nacional, del cual surgieron, entre otras, las siguientes recomendaciones:

> **Implementar procedimientos para conciliar el padrón de beneficiarios del Programa con el de otras instituciones de seguridad social, que evite duplicidades en el otorgamiento de recursos financieros.**
>
> Revisar las definiciones de PO y PA, para esta última se sugiere: "Está conformada por personas sin adscripción a algún régimen de seguridad social público, que acepten de forma voluntaria su afiliación al Sistema, sujeta a la disponibilidad presupuestal del periodo que corresponda" (INSAD, 2015)

Así, se puede determinar que las recomendaciones no han sido atendidas, pues se tiene que siguen existiendo inconsistencias en cuanto a padrón de beneficiarios y por ende en los recursos financieros.

Por otro lado la "Evaluación al Desempeño del Seguro Popular", realizada por el Órgano Superior de Auditoria y Fiscalización Gubernamental del Estado de Colima (OSAFIG), teniendo por objetivo:

> Verificar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de los programas, políticas públicas, así como el desempeño de las instituciones, basándose para ello en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados del ejercicio del gasto público.

Esta evaluación contempló el análisis de la información contenida en las fichas técnicas, con ello se determinó que "la información que presentó el Seguro Popular son datos procesables", además se muestra una tabla de Análisis General donde se reportan 4 indicadores, mismos que cuentan con

datos completos. Además, se llevó a cabo el análisis de estos 4 indicadores (un Propósito y tres Componentes).

Derivado de lo anterior se emitió el siguiente Dictamen:

> El OSAFIG considera que, **en términos generales**, **el programa del Seguro Popular fue evaluado** con base a la información captada y proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social en las fichas técnicas, para alimentar las Matrices de Indicadores de Resultados, y **se concluye que cumple con los objetivos del fondo. Por lo tanto, se emite un Dictamen Positivo.**

Además, la Universidad de Colima como evaluadora externa emitió la "Evaluación Técnica para determinar cumplimiento de objetivos, metas y resultados del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima (RPSS) 2016". En donde, entre otros se tuvieron como principales hallazgos:

> **Respecto al 2015, hubo** un avance real en el 2016 del cumplimiento de "consulta segura" y **una reducción en el porcentaje de cumplimiento de matas en promoción y afiliación.**
>
> Existió una reducción de casos de reembolso para Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI y Compensación Interestatal. (2016)

Con esta información la Universidad de Colima emite la recomendación de poner atención en la reducción de casos; es decir, determinar si existe una reducción real en la solicitud del servicio o si la reducción se debe a la integración de expedientes para rembolso por parte de las unidades médicas.

Aunado a ello, se cuenta con la evaluación específica de Desempeño 2014-2015 al Seguro Popular realizada por CONEVAL, de esta se desprendieron acciones para tener una mejorar, tales como:

- Diseñar un indicador que se refiera a la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de salud otorgados con ayuda del Seguro Popular.
- Gestionar Modelo de Seguimiento de los Servicios de Salud (MOSESS). (CONEVAL, 2016).

Además, se arrojaron los siguientes resultados:

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

Derivado de lo anterior se tiene que a nivel Estatal se cuenta con las Evaluaciones de Desempeño realizadas por OSAFIG, que si bien se encuentra dentro de las funciones del Órgano, esto no exime la obligatoriedad de evaluar conforme a lo establecido en el artículo 134 constitucional, sin embargo, en estás no emiten ASM que atender, adicional a estas se sugiere tomar en cuenta las evaluaciones realizadas por instituciones tales como el CONEVAL, CNPSS, etc., pues aunque estas son generales, es decir, no son específicas para el Estado de Colima pueden retomarse los ASM con la finalidad de mejorar los resultados del programa.

Además, se cuenta con la evaluación de percepción de la población, no obstante que el Régimen señala que está evaluación se lleva a cabo por el área médica (gestores), sin embargo, no se conocen los resultados de esta evaluación.

Mientras que para el caso de la evaluación realizada por la universidad de Colima se debe de tomar especial consideración en la observación acerca de la reducción en el cumplimiento de las metas de afiliación, dado que en base al número de afiliados es el monto que recibe el SPSS por concepto de Cuota Social.

4.3. De la generación de información

En este apartado se busca conocer si el método de recolección de información implementado para conocer los tipos de apoyos otorgados, las características socioeconómicas de los beneficiarios del programa es el óptimo y de ser así poder realizar una comparación entre beneficiarios y no beneficiarios.

Por ello se analizó la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), la cual es un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, este es aplicado por el REPSS a través de los Módulos de Afiliación y Operación (MAO).

Su principal objetivo es la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al Sistema, así como ubicar a las familias en que se encuentren en los primeros cuatro deciles de ingreso.

Es importante mencionar que la cuota a cubrir puede ser de manera individual o familiar, la aportación individual se puede observar en el cuadro siguiente:

Cuadro 4.1. Cuota individual trimestral de acuerdo al decil de ingreso (pesos)

Decil de Ingreso	I	II	III	Anual (Pesos)
I	0	0	0	0
II	0	0	0	0
III	0	0	0	0
IV	0	0	0	0
V	259.37	518.74	778.11	1,037.48
VI	354.19	708.38	1,062.57	1,416.76
VII	455.99	911.98	1,367.97	1,823.96
VII	706.29	1,412.58	2,118.87	2,825.16
IX	939.87	1,879.74	2,819.61	3,759.48
X	1,422.35	2,844.7	4,267.05	5,689.4

Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información del Seguro Popular de Colima

Así, los individuos ubicados dentro de los primeros cuatro deciles de ingreso no tienen monto a cubrir con ello se busca beneficiar a la población con condición socioeconómica más vulnerable, así la aportación que sea solicitada debe ser acorde a las posibilidades económicas tanto de las familias como de los individuos.

Mientras que la cuota familiar se distribuye de la siguiente manera

Cuadro 4.2. Cuota familiar trimestral de acuerdo al decil de ingreso				
Decil de Ingreso	**I**	**II**	**III**	**Anual (Pesos)**
I	0	0	0	0
II	0	0	0	0
III	0	0	0	0
IV	0	0	0	0
V	518.74	1,037.48	1,556.22	2,074.96
VI	708.39	1,416.78	2,125.17	2,833.56
VII	911.98	1,823.96	2,735.94	3,647.92
VII	1,412.59	2,825.18	4,237.77	5,650.36
IX	1,879.74	3,759.48	5,639.22	7,518.96
X	2,844.71	5,689.42	8,534.13	11,378.84
Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información del Seguro Popular de Colima				

Al igual que en la cuota individual, las familias ubicadas dentro de los primeros cuatro deciles de ingreso no tienen monto a cubrir para su ingreso.

Cabe mencionar que esta cédula se encuentra disponible en el Manual de Promoción y Afiliación en el Anexo B "CECASOEH impresa y su llenado" y el Anexo C "CECASOEH simplificada su llenado", donde se muestra de forma detallada el proceso de llenado de dicha Cédula.

Dadas las funciones y atribuciones de la CECASOEH, se puede saber que **el programa cuenta con mecanismos para la generación de información**, pues este **ayuda conocer la información socioeconómica de la población.** Así, la Cédula permite tener información oportuna, confiable y sistematizada, pues se cuenta con un padrón de afiliados al Seguro Popular. Sin embargo, al ser información confidencial no se tuvo acceso ni la evidencia de que esto se lleve a cabo.

5. Cobertura y Focalización

5.1 Análisis de la Cobertura

Para el análisis de este apartado es importante recalcar que se entenderá por **Población objetivo** a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

El REPSS menciona que "El mecanismo para determinar la población objetivo es mediante el sistema de administración del padrón, con base a los vencimientos de derechos mensuales".

En cuanto a los mecanismos para identificar la población cabe mencionar que el Seguro Popular es un mecanismo para garantizar el derecho a la protección de la salud de personas que, por su condición laboral, no gozan de los beneficios de la seguridad social, siendo está población en condición de vulnerabilidad la población objetivo.

Mientras que, en el Manual de Afiliación y Operación, se especifica que la incorporación al Seguro Popular es de manera voluntaria, por lo que únicamente el interesado puede externar ante un Módulo de Afiliación y Operación o brigada su voluntad de incorporarse.

Cabe mencionar que en el Programa de Trabajo 2016 del "Seguro Popular" se especifica la meta de reafiliación mensual y anual por Municipio y en el Estado, como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 5.1. Meta de Reafiliación por Municipio para el año 2016 del Estado de Colima (Integrantes)	
Municipal	**Integrates con Vencimiento (2016)**
Armería	4,919
Colima	17,412
Comala	3,172
Coquimatlán	3,038
Cuauhtémoc	3,509
Ixtlahuacán	1,060
Manzanillo	14,915
Minatitlan	1,009
Tecomán	18,804
Villa de Álvarez	11,446
Total	**79,284**
Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Plan de Trabajo 2016 del Seguro Popular de Colima	

Como se observa los Municipios con una mayor meta de reafiliación son Tecomán, Colima, Manzanillo y Villa de Álvarez, los cuales representan el 78.9% del total de integrantes con vencimiento de los beneficios del Seguro Popular en 2016.

Por su parte la información contenida en el Anexo 11 "Evolución de la Cobertura" se menciona que para el año 2016 se tenían:

- Población Potencial: 87,700 personas
- **Población Objetivo: 79,284 personas**
- Población Atendida: 88,009 personas

De acuerdo a los datos reportados en el Anexo 11, se tuvo una cobertura del 111%[5], por lo anterior se infiere que al sobrepasar la cobertura en 11%, se reafiliaron los 79,284 planteados en el Programa de Trabajo y adicionalmente se tuvieron **8,725 nuevos afiliados** al Seguro Popular.

Además, el REPSS señala que la cobertura del programa para el ejercicio fiscal 2016 fue del 38% de la población total del Estado.

Mientras que en las Estadísticas del Padrón de Afiliados se tiene información de familias e integrantes afiliados por año desde 2010. Mostrando que **en 2016 se tenía un total de 128,650 familias afiliadas con un total de 280,408 integrantes** (Sistema de Protección Social en Salud, 2016).

[5] Porcentaje calculado de la razón: ((Población Atendida *100) / Población Objetivo))

Además, en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016, correspondiente al Estado de Colima se tiene una meta de afiliación anual de **257,232 habitantes**. Cabe mencionar que esto difiere de la información acerca de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en diversas fuentes, como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 5.2. Población con carencia por acceso a los servicios de salud, según diversas fuentes, Colima

Fuente	Población Estado	población con carencia (Porcentaje)	población con carencia (Absolutos)*
Informe Anual sobre la Situación de la Pobreza y Rezago social 2015	650,555	14.6	94,981
Informe Anual sobre la Situación de la Pobreza y Rezago social 2016	711,235	12.7	90,327
Anuario Estadístico Colima 2016[6]	723,455[7]	45.49	329,100
Informe Anual sobre la Situación de la Pobreza y Rezago social 2017	711,235	11.51	81,863
Informe Anual sobre la Situación de la Pobreza y Rezago social 2018	739,454	11.9	87,995

Fuente: Elaborado por TECSO con base en los Informe Anuales sobre la Situación de la Pobreza y Rezago Social 2015, 2016, 2017 y 2018 y el Anuario Estadístico del Estado de Colima 2016.
*Población calculada por TECSO con base en la población total del Estado y el Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud reportada en las diversas fuentes.

Por tal, se recomienda ajustar los sistemas de información con la finalidad de conocer el porcentaje aproximado de población con esta carencia y así determinar un mecanismo de focalización asertivo con la finalidad de dar acceso a los servicios de salud.

Por lo anterior, se concluye que si bien se tienen inconsistencias en cuanto al porcentaje de la población con carencia **se cuenta con una estrategia de cobertura e identificada** pues en el Plan de Trabajo para el ejercicio fiscal 2016, se establecen los integrantes con vencimiento del Seguro Popular siendo estos la población objetivo del servicio de reafiliación y en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016, correspondiente al Estado de

[6] Para mayor referencia consultar: http://www.saludcolima.gob.mx/anuario2016/poblacion/PoblacionPorMunicipioCondicionDerechohabiencia2015.pdf
[7] Estimaciones a partir de la muestra del Censo de Población y vivienda 2010 y de las Proyecciones de Población de México 2010-2050.

Colima, se establece la meta de afiliación mensual, siendo estos la población objetivo de dicho servicio.

6. Operación

6.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable

En este apartado se llevará a cabo el análisis del Manual de Afiliación y Operación diseñado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Secretaría de Salud, esto con la finalidad de conocer si cuenta con procesos establecidos para los servicios que ofrece el programa.

En la Sección II "Procedimientos" del Manual de Afiliación y Operación cuenta con los siguientes procesos:

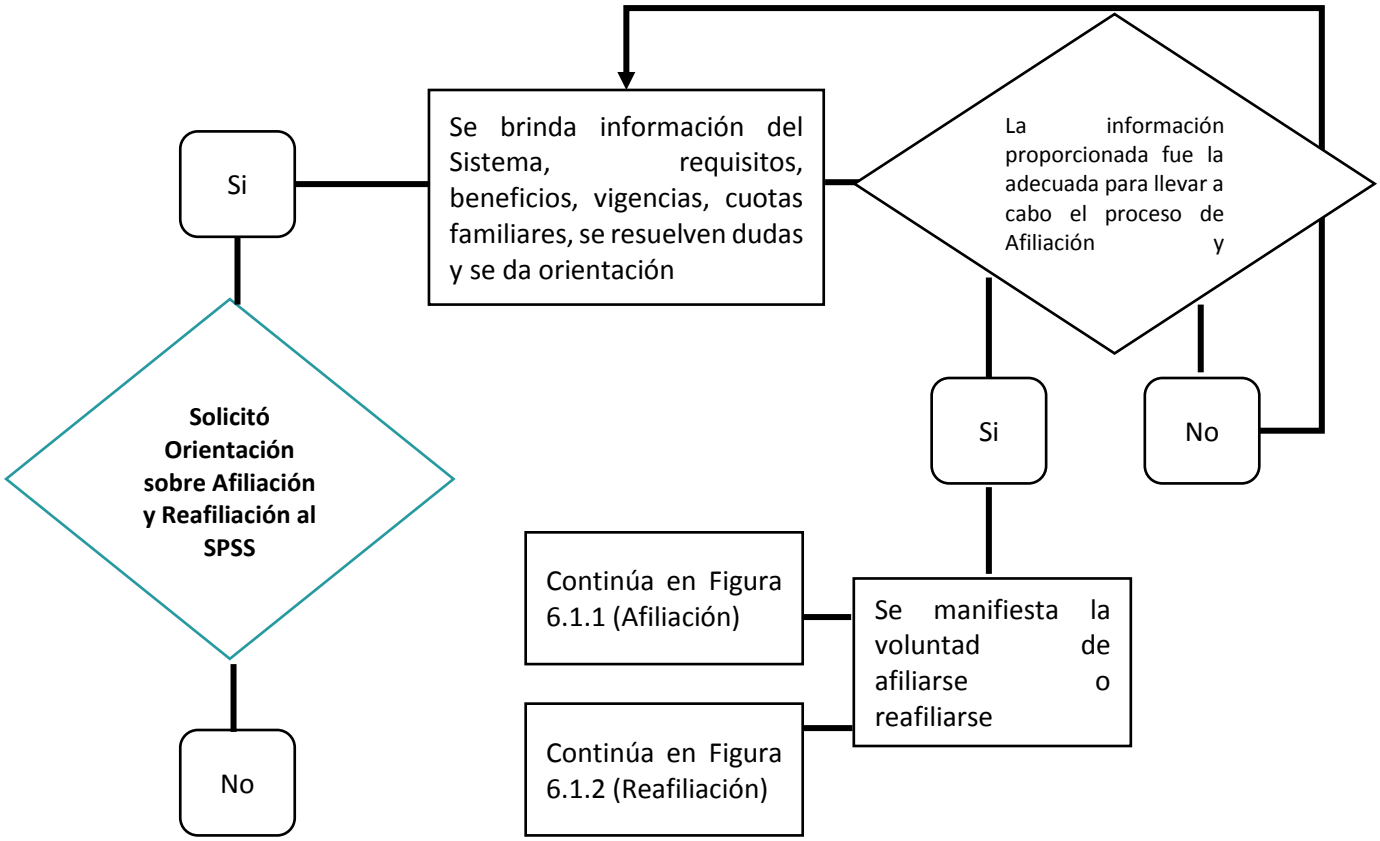
1. Orientación para la afiliación y reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud.
2. Afiliación de núcleos familiares al Sistema de Protección Social en Salud.
3. Afiliación colectiva de personas bajo tutela, guarda y/o custodia de alguna institución de asistencia social, pública o privada al Sistema de Protección Social en Salud.
4. Afiliación colectiva de agremiados a organizaciones al Sistema de Protección Social en Salud.
5. Reafiliación de núcleos familiares al Sistema de Protección Social en Salud.
6. Reafiliación colectiva de personas bajo tutela, guarda y/o custodia de alguna institución de asistencia social, pública o privada al Sistema de Protección Social en Salud.
7. Incidencias en el Sistema de Administración del Padrón.
8. Validación de los registros del Padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
9. Verificación de expedientes físicos de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
10. Recepción de quejas, sugerencias y reconocimientos.
11. Capacitación derivada de la detección de necesidades en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud por la Dirección General de Afiliación y Operación.
12. Capacitación a solicitud de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Dentro de los procedimientos con los que cuenta se destacan los primeros seis que están enfocados a la reducción de la carencia por acceso a los servicios de salud, es decir, por medio de la orientación, así como el proceso de afiliación y reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud. Mientras

que los seis restantes, tres de ellos se enfocan a las incidencias, validación de registros y la verificación de expedientes, uno se enfoca a la recepción de quejas y dos se concentran en los procesos de capacitación los cuales dependen de las necesidades del REPSS.

En cada uno de los procesos mencionados se describe el propósito, el alcance, las políticas de operación, normas y lineamientos, la descripción de los procesos, así como los diagramas de flujo de cada proceso para cumplir con los servicios. Esto se ilustra en los diagramas de flujo siguientes:

Figura 6.1. Diagrama de flujo del proceso de Orientación para la Afiliación y Reafiliación al SPSS

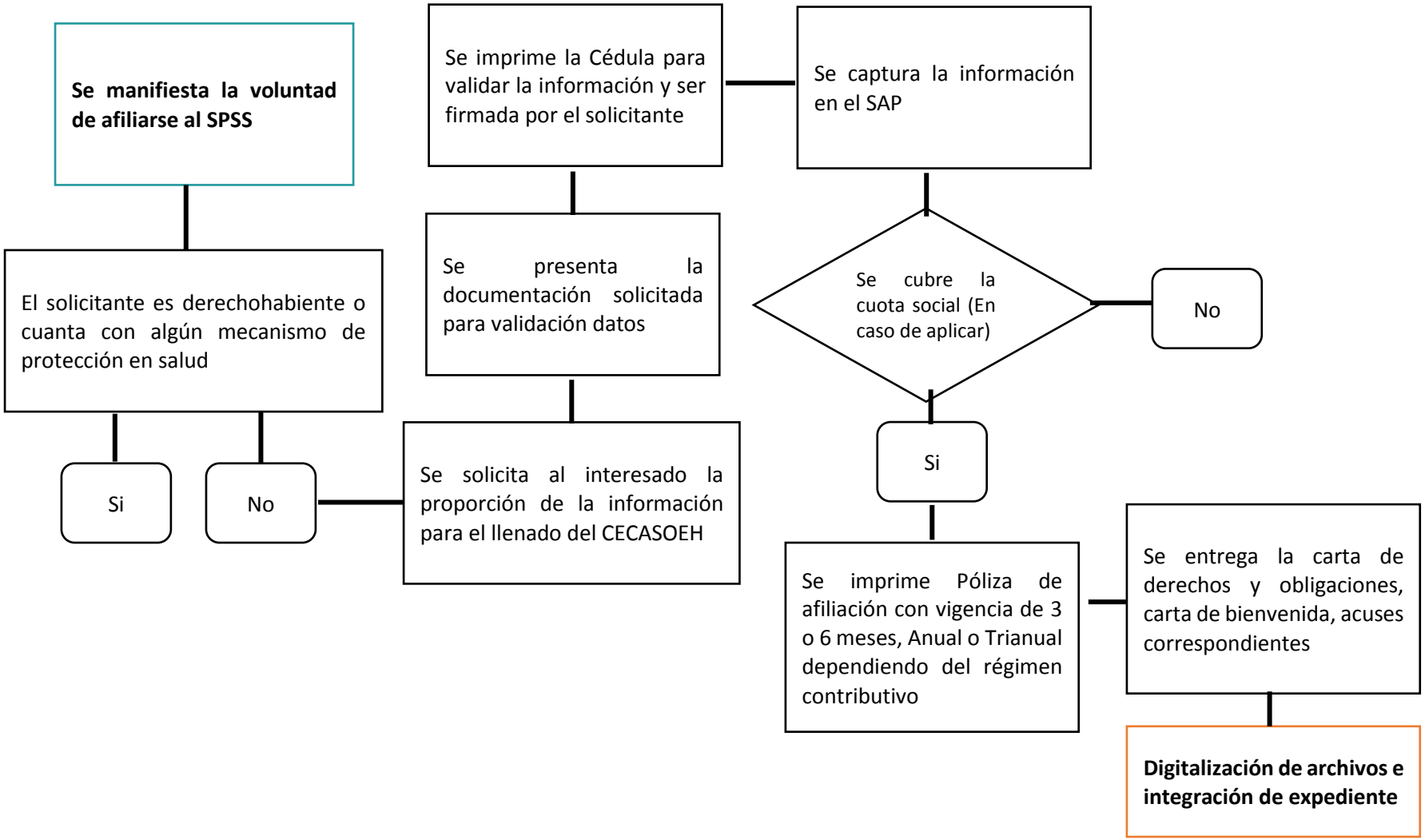


Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Manual de Afiliación y Operación del Seguro Popular

Así, en primera instancia se tiene la orientación a los procesos de Afiliación y Reafiliación, derivado de esto se tiene que el individuo valore si esta información fue adecuada, para llevar a cabo alguno de los dos procesos antes mencionados.

En el siguiente diagrama se muestra de manera simplificada el proceso de afiliación al Seguro Popular:

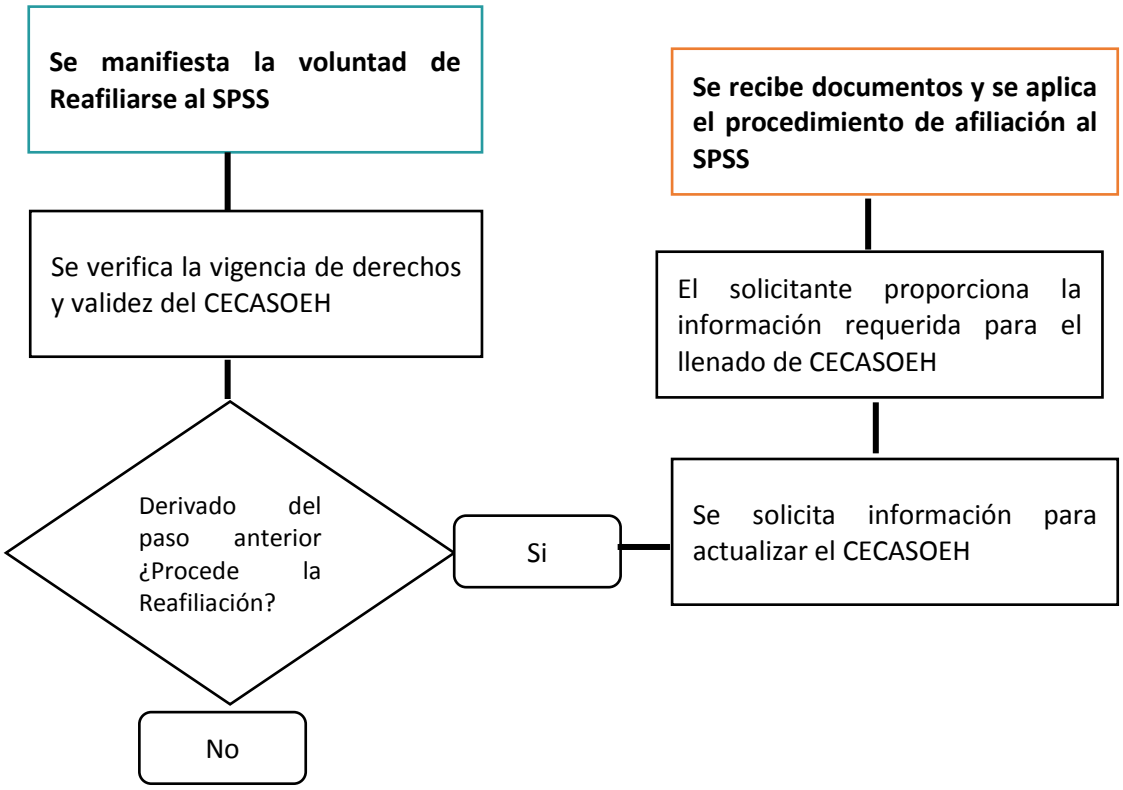
Figura 6.1.1. Diagrama de flujo del proceso de Afiliación al SPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Manual de Afiliación y Operación, del Seguro Popular

Partiendo de la manifestación de la voluntad de Afiliarse y si el individuo no cuenta con acceso a los servicios de salud, se lleva a cabo el proceso para afiliarlo mediante la aplicación del CACESOEH para determinar el decil de ingreso correspondiente, para posteriormente solicitar la documentación correspondiente, se captura la información, una vez realizados estos pasos se imprime la póliza y se entrega la carta de derechos y por último se digitalizan los archivos para armar el expediente.

Figura 6.1.2. Diagrama de flujo del proceso de Reafiliación al SPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Manual de Afiliación y Operación del Seguro Popular

Mientras que para el proceso de Reafiliación se da a partir del término de la vigencia de afiliación al Seguro Popular, derivado de esto solo se actualiza la información del CECASOEH, para posteriormente seguir el proceso como en la afiliación y se captura la información, se imprime la póliza y se entrega la carta de derechos y por último se digitalizan los archivos para armar el expediente.

Así, Como se mencionó anteriormente la inscripción al SPSS es voluntaria y es por medio del CECASOEH, con lo cual se tiene información sistematizada

y este permite conocer las características socioeconómicas de los solicitantes.

Además, se cuenta con procedimientos establecidos para verificar el registro de las solicitudes de apoyo, las cuales son consistentes con la población objetivo, son estandarizadas y están disponibles para todo público.

Así, con dicha información se pueden verificar los mecanismos para la selección de beneficiarios, en ellos se identifican los criterios de selección de elegibilidad y criterios normativos.

6.2. Mejora y simplificación regulatoria

En cuanto al análisis de este apartado, se describirán los documentos que llevaron a cabo la mejora de los procesos en cuanto al programa "Promoción y Afiliación".

En 2014 se aprobaron cambios a la Ley General de Salud con la finalidad de mejorar la operación del Sistema de Protección Social en Salud; esta reforma se ve reflejada dentro del informe anual de 2014 de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), justificando la iniciativa de decreto:

> La COFEMER consideró que tras la emisión del Decreto será posible advertir un mejoramiento en la calidad de los servicios de atención médica, en benéfico de la ciudadanía (2014).

Con cambios en la Ley General de Salud, se desprenden nuevos elementos, tales como los siguientes documentos normativos.

En 2014 se reforma el "**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud"**, con el objetivo de **regular la administración del Sistema de Protección Social en Salud**.

De igual manera en 2014, los **"Lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud"** se desprenden de la reforma a la Ley General de Salud **para regular la obligación de las entidades federativas en cuanto a trasferencia de montos.**

Basándose en la normativa Federal, localmente el estado de Colima decreta en 2015 la creación de un Organismo Público Descentralizado (OPD) de la administración pública estatal, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima, con **la intención de eficientar las acciones sectorizando los servicios de salud del estado**, dando así mayor autonomía administrativa presupuestal, técnica, de gestión, de operación y de ejecución para mejorar los servicios que otorga el Sistema de Protección Social en Salud.

Con estas modificaciones a la normativa se regulan los procesos establecidos en el Seguro Popular, para con esto incrementar la calidad de los servicios de salud en cuestión de atención al usuario.

Además, en el **Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016, correspondiente al Estado de Colima** el cual está compuesto por dos apartados, en el primero se hace mención a la cobertura de Afiliación y la meta de Reafiliación, donde, como bien se menciona se establece la meta de cobertura mensual para el Estado, cabe mencionar que en apartado se considera la cobertura mensual acumulada de la población PROSPERA que la entidad federativa debe cumplir.

Mientras que en el apartado dos de este Anexo se establecen los Indicadores de seguimiento del desempeño en materia de afiliación y operación, así como las fechas de evaluación y el peso relativo de cada indicador.

Por lo anterior se concluye que se cuenta con los elementos sustanciales para regular la operación y ejecución del programa, al desprenderse de la normativa federal como lo es el Reglamento de la LGS, además en los Lineamientos de transferencia de los recursos federales del SPSS y del Anexo II se especifican mecanismos con los cuales se realiza la trasferencia de recursos de acuerdo al número de afiliados, así como los planes de cobertura para el ejercicio fiscal evaluado. Mientras que al ser un OPD este tiene mayor autonomía técnica, de gestión, de operación y de ejecución para **mejorar los servicios que otorga el Sistema de Protección Social en Salud**.

6.3. Eficiencia y economía operativa del programa

En este apartado se identifica y cuantifican los gastos en los que se incurre para generar los servicios ofertados y los desglosa en los siguientes conceptos:

a. Gastos en operación: se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000);
b. Gastos en mantenimiento: requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000,3000 y/o 4000;
c. Gastos en capital: son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej. terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias); y
d. Gasto unitario: Gastos Totales/población atendida (Gastos totales = Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Para esto el Régimen refirió que para el programa "Promoción y Afiliación" se destinó la cantidad de $5,458,983.84, el cual fue distribuido de la siguiente manera:

Cuadro 6.1. Clasificación del Gasto de Promoción y Afiliación, Colima 2016	
Capítulo	**Monto**
1000. Servicios personales	$ 5,084,880.31
2000. Materiales y Suministros	$ 244,541.27
3000. Servicios generales	$ 80,758.30
4000. Trasferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras ayudas	
5000. Bienes Muebles e Inmuebles	$ 84,145.05
6000. Obras públicas	
Total	**$ 5,494,324.93**

Fuente: Elaborado por TECSO con base a lo declarado por el SPSS en el Anexo 14 "Gastos desglosados del programa".

Así, se observa que el programa destinó el 92.5% de los recursos al capítulo 1000 "Servicios personales", es decir, sueldos y salarios del personal de servicio de entes públicos.

Así, de acuerdo al Presupuesto de Egresos del Estado de Colima para el Ejercicio Fiscal 2016 se observa que se destinaron $175,254,000 al Seguro Popular, por ello el monto reportado en el Anexo 14 sólo representa el 3.1% del total de los recursos destinados al Seguro Popular.

Cabe mencionar que en el portal del Seguro Popular de Colima se cuenta con el apartado de Información Financiera, sin embargo, no contiene información desagregada por capítulo del programa "Promoción y Afiliación", por lo que limita realizar una comparativa entre los datos mencionados y datos de fuentes públicas. Ante ello se recomienda desagregar dicha información por capitulo con la finalidad de mejorar el proceso de transparencia y rendición de cuentas.

6.4. Sistematización de la información

En este apartado se busca identificar si el programa cuenta con sistemas de información confiables que permitan validar y verificar los datos obtenidos.

Así, desde la normativa federal se establecen obligaciones y por ende criterios en cuanto a la sistematización de la información en temas de salud. Tal es el caso de la NOM-035-SSA3-2012, esta norma mexicana establece contar con un sistema que integra y administra la información para conformar un sistema de salud universal.

El Régimen estatal, cumple con la obligatoriedad de la norma oficial mexicana al emplear el Sistema de Administración del Padrón (SAP), Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) y el Sistema Unificado de Gestión (SUG); esto con **la finalidad de alimentar y concentrar información reflejando así los avances del Sistema de Protección Social en Salud dentro del estado de Colima**.

El SAP es herramienta que administra la información de los beneficiados del Sistema de Protección Social en Salud, empezando por la captura de datos del solicitante, mostrando el listado de los usuarios registrados, actualizando de manera continua esta plataforma, la cual asigna folios a los nuevos usuarios, se captura información de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) con datos socioeconómicos de los individuos o de los integrantes de las familias afiliadas , se registran los pagos de los usuarios y se concentra la información, se procede a datos de integración estatal, con esto se incorporan los registros almacenados.

Para FPGC, el SIGGC permite capturar casos nuevos que correspondan a las categorías de gasto catastrófico, identificando nombre del paciente, edad, sexo, tipo de enfermedad, institución prestadora del servicio y finalmente se valida el caso para subirlo al sistema. Esta información se observa concentrada en la base de datos proporcionada por el Régimen detallando las características principales de los usuarios que utilizaron el Fondo para el año 2016.

El Coordinador de Sistema Unificado de Gestión (SUG) es el encargado de concentrar la información en una base de datos dentro de una plataforma digital, la cual es clasificada para un mejor manejo de la información y así

dividir cada solicitud en queja, sugerencia o felicitación y con esto obtener los resultados y mediar la satisfacción del usuario.

Al procesar la información captada por parte del Régimen, no sólo se obtiene el cumplimento a una norma federal; sino que con **este es posible tener información acerca del número de afiliados o de reafiliados**, el número de casos validados de Gastos Catastróficos o el número de Quejas, Sugerencias o Felicitaciones, sin embargo, como se mencionó anteriormente **se tienen inconsistencias entre la información reportada en el SAP y la información emitida por el Régimen y la información de diversas fuentes públicas**, por tal se recomienda revisar y en su caso ajustar los mecanismos de información, esto para tener información precisa a cerca del número de afiliados y reafiliados anual y mensual, así con base en estos poder determinar la meta de afiliación y reafiliación para ejercicios fiscales posteriores.

6.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos

En este apartado se busca conocer el avance de los indicadores de servicio, de gestión y resultado de la MIR del programa, por ello se analiza la información identificada por la dependencia.

Como se mencionó anteriormente, el REPSS sólo identifica un indicador de Fin, sin embargo, no se proporcionó información del avance del indicador reportado.

El indicador referido es el "Porcentaje de reafiliación mensual" que cuenta con dos variables, la primera es el total de reafiliados al Seguro Popular en el mes y la segunda es la meta de reafiliación, cabe mencionar que no se cuenta con la información del número de reafiliados, sin embargo, esta no se encuentra desglosada por mes, se encuentra por año, además no se cuenta con información de la meta de reafiliación al mes.

Por lo anterior no se puede determinar el avance del indicador reportado por el Régimen, por ello se sugiere se tomen en cuenta las observaciones realizadas en el apartado del análisis de la MIR y se cuente un sistema de control y monitoreo de los indicadores con los que se midan los resultados del programa.

6.6. Rendición de cuentas y transparencia

En este apartado se analizarán los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con los que cuenta el programa.

Al respecto en la página electrónica del seguro popular, http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/ se identifica el apartado de transparencia[8], en el cual es posible observar la información relativa al Instituto de Transparencia, Acceso a la información Pública y Protección de Datos del Estado de Colima (INFOCOL).

Además en el Articulo 29 Conforme lo dispone la Ley General, los sujetos obligados a que se refiera la presente Ley deberán poner a disposición del público, difundir y actualizar, en forma permanente y por Internet, entre otros, la siguiente información:

- I. El marco normativo aplicable al sujeto obligado, que deberá incluir leyes, códigos, reglamentos, decretos de creación, manuales administrativos, reglas de operación, criterios, políticas, entre otros;
- II. Su estructura orgánica completa, en un formato que permita vincular cada parte de la estructura, los órganos de consulta y apoyo, las atribuciones y responsabilidades que le corresponden a cada servidor público, prestador de servicios profesionales o miembro de los sujetos obligados, de conformidad con las disposiciones aplicables;
- III. Las facultades de cada Área;
- IV. Las metas y objetivos de las Áreas de conformidad con sus programas operativos;
- V. Los indicadores relacionados con temas de interés público o trascendencia social que conforme a sus funciones, deban establecer

Así mismo se identifica el Catalogo Universal de Servicios de Salud CAUSES para el año 2010, 2012, 2014 y 2016, así como la póliza de afiliación desde el año 2011 hasta el 2018. Además, se encuentra la carta de derechos y obligaciones de los afiliados, por lo cual se tiene la información actualizada y difundida públicamente.

Además, se cuenta con los informes realizados al Sistema de Protección Social en Salud, así como los indicadores reportados a la Secretaría de

[8] http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/transparencia.php

Hacienda y Crédito Público para el año 2015, así, como la Información sobre indicadores de gestión a partir del año 2011 hasta 2017. Cabe mencionar que en estos se identifican inconsistencias en cuanto al cumplimiento de los indicadores.

Por otra parte, en la página institucional en el apartado "Directorio[9]" es posible identificar los nombres de los funcionarios que operan el REPSS en Colima, así como el domicilio, cargo y correo electrónico institucional, las redes sociales del Seguro Popular de Colima donde se difunden noticias y comunicados acerca de los servicios ofertados, sin embargo, no se identifica la información acerca de casos donde la ciudadanía allá utilizado este medio para consultas, por tanto, no se determinó si este cuenta con la capacidad de respuesta.

Si bien, el REPSS tiene disponible las Reglas de operación de los diversos servicios ofertados, Manuales de operación, así como Planes de trabajo carece de algunos elementos necesarios en cuanto a transparencia y rendición de cuentas. Pues en el caso del presupuesto este no se encuentra desagregado por capítulo del gasto, por tanto, no es posible identificar los gastos en los que se incurre para generar los servicios ofertados por el programa. Mientras que el padrón de beneficiarios por servicios (Afiliación y Reafiliación) no se encuentra desagregado por sexo ni por la cantidad de afiliados o reafiliados, por tal no es posible conocer el avance de las metas planteadas para estos servicios.

[9] Para más información consultar:
http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/directorio.php

7. Percepción de la población atendida

7.1. Análisis de los instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida

Para este apartado se analizó la metodología e instrumentos utilizados para medir el grado de satisfacción de la población atendida por el Sistema de Protección Social en Salud, para ello se tomó en cuenta la información contenida en el "Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016" realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Dicho estudio tiene por objetivo:

> Documentar la percepción de **satisfacción de las (los) usuarias(os) del SPSS respecto a la atención médica y servicios de salud** que reciben en los distintos niveles de atención, así como con aspectos de infraestructura y administrativos en el contacto con los centros asistenciales, y la identificación de problemas de calidad en los servicios que reciben, a partir de información primaria **obtenida en una encuesta representativa de la población de interés**, **y realizar**, con base en los resultados, **recomendaciones** a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (**CNPSS) para incrementar la satisfacción de las (los) usuarias(os)** e incidir en el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de las (los) afiliadas(os) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Este se enfocó al análisis de las áreas de oportunidad para atención médica, servicios administrativos, surtimiento de medicamentos, atención de pacientes con diabetes y cobros por la atención o servicios.

Así, dicha evaluación arrojo que los indicadores generales de calidad y satisfacción presentan valores ligeramente elevados a la media, teniendo 8 de satisfacción con la clínica en la que recibieron atención, 8.9 con la consulta médica, la calificación media de 8.6 en cuanto a la calidad del servicio y de 8.9 del trato recibido. El índice de satisfacción es de 0.88, en una escala de 0 a 1.

Mientras que la valoración de indicadores según el nivel de atención se puede observar que existen diferencias significativas entre los diferentes

niveles de atención con respecto a la satisfacción con la clínica, con el valor más bajo en el primer nivel de atención de 7.9, 8.3 para el segundo y la más alta de 8.6 para el tercer nivel de atención.

Gráfica 7.1. Satisfacción de los usarios con la clinica, según nivel de atención

Fuente: Elaborado por TECSO con base en los datos del Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública

Como se observa a medida que incrementa el nivel de atención, incrementa el grado de satisfacción de los usuarios, esto puede deberse a que el tercer nivel cuenta con tecnología más avanzada y mejor infraestructura física.

Sin embargo, en cuanto a la satisfacción con la atención médica, se observa lo contrario, teniendo así el valor más alto en el primer nivel de atención y el más bajo en el tercero (9, 8.6 y 7.9, respectivamente).

Gráfica 7.2. Satisfacción con atención médica por nivel

Fuente: Elaborado por TECSO con base en los datos del Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública

En lo que concierne a la calidad del servicio, la calificación más alta obtenida fue en el primer nivel de atención, a diferencia de los otros dos niveles (8.8, 8 y 7.8, respectivamente).

Respecto a los estratos de interés; existen diferencias entre el ámbito rural y urbano, ya que el estudio arrojó que el medio rural cuenta con valores por encima del promedio estatal mientras que el medio urbano se encuentra por debajo, 8.5 y 7.8 respectivamente.

En cuanto al ámbito urbano y rural, hay diferencias, ubicando al medio rural por encima del promedio estatal y al ámbito urbano por debajo del mismo, resultados significativos (9.4 y 8.7, respectivamente). Los usuarios con condición indígena se encuentran mucho más satisfechos con la atención médica en comparación con los usuarios de la CNCH (9.2 y 8.2, respectivamente).

Además, existe diferencia en cuanto a la calificación en el medio rural y urbano, teniendo una calificación más alta el medio rural con una calificación de 9.22 mientras que en el ámbito urbano se ubicó por debajo del promedio, con una calificación de 8.4. La población con condición indígena asigno una alta calificación a este indicador, 9.01 a diferencia de los usuarios de la CNCH, quienes asignaron una calificación menor, la cual se ubica por debajo del promedio (8.48).

Derivado de lo anterior se concluye que el programa "Promoción y Afiliación" cuenta parcialmente con los instrumentos necesarios para medir el grado de satisfacción de la población atendida tomando en cuenta que en el estado de Colima se realizaron un total de 851 encuestas, de los cuales 837 estaban afiliados al Seguro Popular (98.4%) y de estos se lograron 832 encuestas efectivas, estas resultan ser un muestreo con representatividad nacional, sin embargo, a nivel estatal los resultados arrojados por este estudio no son representativos, pues según datos de las Estadísticas del Padrón de Afiliados para 2016 se tenía un total de 280,408, es decir, que las 832 encuestas solo representan al 0.3% del total de afiliados en el Estado. Además, estos resultados no muestran la satisfacción de los usuarios de los servicios de promoción y afiliación. Por tal se recomienda implementar una encuesta diagnostica con representatividad estatal que mida la satisfacción de los servicios antes mencionados.

8. Medición de resultados

En este apartado se busca identificar como documenta el programa "Promoción y Afiliación" sus resultados a nivel de Fin y Propósito, para ello se consideró la "Evaluación al Desempeño del Seguro Popular" realizada por el Órgano Superior de Auditoria y Fiscalización Gubernamental del Estado de Colima (OSAFIG) para el ejercicio fiscal 2016 en el cual se evaluaron cuatro indicadores, los cuales, de acuerdo al OSAFIG, contaban con información completa para llevar a cabo el análisis de los mismos.

Mientras que en el apartado de la Evaluación de los resultados en la Matriz de Indicadores del recurso del Seguro Popular que ejerce la Secretaría de Salud y Bienestar Social, contenía un indicador de Fin y tres de Propósito. El Fin está enfocado a la cobertura de la calidad de los servicios al afiliado, sin embargo, este indicador, al igual que los otros tres, no se ven reflejados en la MIR del Sistema de Protección Social en Salud.

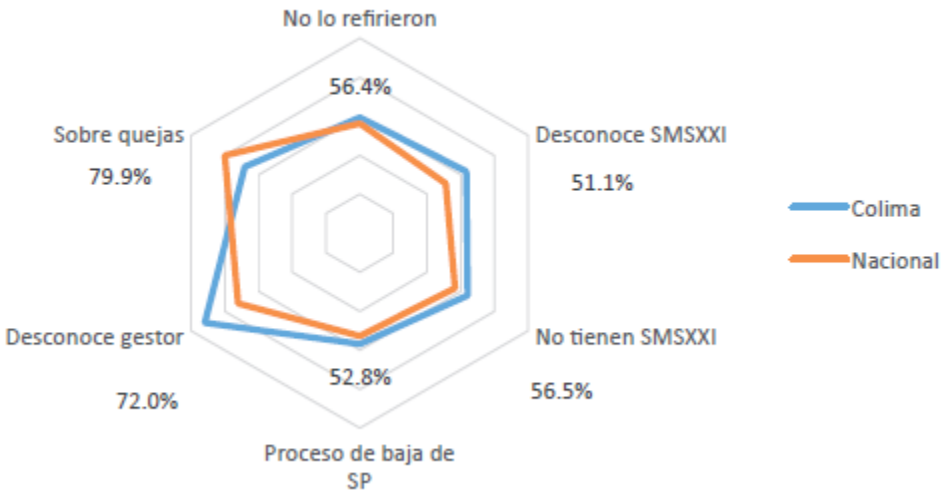
Al respecto el OSAFIG consideró que en términos generales el Seguro Popular cumple con los objetivos del fondo, y por tanto se emitió un **Dictamen Positivo** (OSAFIG, 2016).

Además, se tomó en cuenta el "Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016" realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

En dicho estudio se hace un análisis acerca del proceso de Afiliación al Seguro Popular, así como sus trámites y gestoría, destacando que dentro de los principales motivos por los cuales los usuarios se afilian al Seguro Popular, la principal causa es por enfermedad (30.3%); seguido de afiliarse por no tener que pagar (24.9%); el tercer motivo en orden de frecuencia, es por recomendación (17.9%).

Además, este estudio arrojó que se tienen **áreas de oportunidad específicamente en la gestoría y atención administrativa**, por lo menos la mitad de los afiliados que respondieron a la encuesta de satisfacción 2016 en Colima, desconocen la mayoría de los procesos administrativos y de gestoría del Seguro Popular.

Gráfica 8.1. Áreas de oportunidad sobre gestoría y atención administrativa



Fuente: Retomado del Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública

Así, se tiene que el 72% desconoce que existe un gestor, lo cual es mucho mayor a lo obtenido a nivel nacional, el 52.8% desconoce el proceso de baja y el 79.9 desconoce los pasos a seguir para una queja, por lo que resulta indicativo reforzar las funciones del gestor y personal administrativo.

Como se mencionó anteriormente, al ser una muestra de apenas 832 encuestas efectivas, pues según datos de las Estadísticas del Padrón de Afiliados para 2016 se tenía un total de 280,408, es decir, que las 832 encuestas solo representan al 0.3% del total de afiliados en el Estado.

Mientras que el Estado de Colima, a través de la Subdirección de Gestión de Servicios de Salud llevó a cabo la encuesta de Satisfacción en el año 2016, está fue aplicada en dos periodos, de Enero a Julio donde se aplicaron 2401 Cédulas y de Septiembre a Diciembre donde se aplicaron 2087 Cédulas.

Cabe mencionar que las preguntas de las Cédulas cambian de un periodo a otro, sin embargo, en cuanto a la satisfacción de la población atendida se tiene que está es de 99% para el primer periodo y de 98% para el segundo periodo.

Derivado de las evaluaciones mencionadas anteriormente se tiene que el programa "Promoción y Afiliación" cuenta con algunos elementos para

documentar los resultados pues, si bien los resultados arrojados por estas evaluaciones no son representativos a nivel estatal, se pueden tomar en consideración las áreas de oportunidad identificadas con relación al programa de "Promoción Y Afiliación". Por ello se sugiere implementar una encuesta diagnostica con representatividad estatal que mida la satisfacción de los servicios ofertados por el programa.

Además, el SPSS cuenta con los elementos para documentar los resultados, sin embargo, estos no son a nivel de Fin y Propósito. Además, los indicadores analizados por el OSAFIG, no se ven reflejados en la MIR estatal del SPSS.

9. Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas (FODA) y recomendaciones

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES
El programa cuenta con el sustento normativo que justifica su operación desde el mandato constitucional que señala que Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud.	Se recomienda mantener el apego normativo para beneficio de los colimenses.
El objetivo general del SPSS tiene vinculación con objetivos y estrategias de los Planes Estatal Nacional vigentes siendo el tema de salud el eje de dicha vinculación.	Se recomienda continuar con la visión de vinculación a una política pública superior.
Existe complementariedad con el componente PROSPERA.	Consolidar la estrategia de vinculación para ofertar el servicio a las personas que lo requieran de manera conjunta.
Se cuenta con un Manual de operación actualizados y difundidos públicamente con el cual se conocer el quehacer de cada unidad que forma parte del programa.	Continuar con la implementación del Manual de operación y dar cumplimiento a los procesos establecidos que respondan a las necesidades actuales de los colimenses.
Se tiene la posibilidad de contar con un presupuesto constante debido al proceso de afiliación.	Establecer una estrategia que permita el cumplimiento de la meta.
Se cuenta con una figura responsable de la promoción en la cual reside la responsabilidad de afiliación.	Continuar con una estrategia definida con funciones específicas.

OPORTUNIDADES	RECOMENDACIONES
Existen otras instituciones con las cuales se tiene similitud en los servicios otorgados por el Régimen.	Generar convenios con los recursos de otros fondos federales que tengan el mismo objeto, estableciendo una estrategia de cobertura de los servicios de salud.
Contar con una mejora regulatoria, ya que al ser OPD permitirá que las funciones sean operadas por un solo ente.	La transición puede llevarse de manera paulatina con la finalidad de que tanto la Secretaría de Salud como el OPD retroalimenten la operación del SPSS.

DEBILIDADES	RECOMENDACIONES
No se cuenta con una estructura programática específica para promoción y afiliación.	Se recomienda elaborar arboles de problemas y objetivos que responda a la metodología del marco lógico. No obstante existe una apertura programática llamada Promotouls, que si bien, asocia las afiliaciones con el impacto, no es suficiente bajo el esquema del Marco Lógico.
Solo de identifica un indicador para la medición de resultados del programa.	Se recomienda establecer indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer el avance de la promoción y afiliación.
La población potencial, objetivo y atendida no se tiene desglosada por servicio (Promoción, Afiliación y Reafiliación).	Definir y cuantificar las poblaciones por tipo de servicio (Promoción, Afiliación y Reafiliación) ofertado por el programa, es decir, la población potencial del servicio de Reafiliación son aquellos afiliados próximos a vencer el servicio, mientras que la población potencial para el servicio de Afiliación son aquellos que presentan carencia de acceso a los servicios de salud.
Se cuenta con un padrón de beneficiarios con inconsistencias en la información, además, este no se	Se recomienda ajustar los procesos de recolección de información con la finalidad de no tener sesgos en la

encuentra desglosado por sexo y por servicio ofertado (Promoción, Afiliación y Reafiliación).	información del padrón de beneficiarios para la Promoción, Afiliación y Reafiliación.
Se cuenta con una evaluación de percepción de la población, no obstante que el Régimen señala que está evaluación se lleva a cabo por el área médica (gestores), sin embargo, no se conocen los resultados de esta evaluación.	Se recomienda publicar los resultados de la evaluación de percepción.
Si bien, la página de transparencia cuenta con información financiera desagregada, esta no se desagrega por programa.	Reforzar la estrategia de trasparencia y rendición de cuentas
No se cuenta con evaluaciones exteriores que permitan tomar decisiones en materia de desempeño.	Se recomienda la realización de evaluaciones anualmente para cumplir con la normativa en esta materia para que sean instrumentos para la toma de decisiones.

AMENAZAS	RECOMENDACIONES
No cumplir con la meta de Afiliación y Reafiliación y con ello reducir el monto otorgado al SPSS por concepto de cuota social	Cumplir con la meta de Afiliación y Reafiliación establecida en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
No conseguir recursos complementarios de otros fondos federales.	Priorizar gastos, conforme a las necesidades del Régimen.
Inconsistencias en la información acerca de la cantidad de personas con carencia por acceso a los servicios de salud.	Se recomienda mejorar los sistemas de información con la finalidad de tener información certera de la población con carencia y así mejorar la cobertura del Seguro Popular.

10. Conclusiones

El Sistema de Protección Social en Salud es ejecutado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima un Organismo público y descentralizado con mayor autonomía de ejecución en cuanto a los procesos y administración de financiera.

Dentro de la justificación teórica para documentar la intervención del Sistema de Protección Social en Salud, se cuenta con un amplio sustento jurídico desprendiéndose desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.

La vinculación que presenta el Régimen con el Plan Nacional de Desarrollo es parcialmente consistente. Por otro lado, la consistencia entre el Régimen con los planes sectoriales tanto a nivel nacional como estatal, así como con el Plan de Desarrollo a nivel estado es acorde a una vinculación directa.

Es por ello que existe una apropiada vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con la política pública de distintas entidades públicas, tanto nacionales como internacionales. Esto lo hace por medio de la ejecución de sus servicios de Afiliación y Promoción, el Fondo de Protección para Gastos Catastróficas y con el Sistema Unificado de Gestión.

Para el caso de la población potencial, objetivo y atendida de acuerdo a la información contenida en los anexos sólo se hace referencia a la población del servicio de reafiliación, dejando de lado servicios como la orientación y el proceso de afiliación al Seguro Popular. Además, se tiene inconsistencia en la información pública tales como los Informes Anuales Sobre la Situación de la Pobreza y Rezago Social, pues existe una variación entre los informes respecto a la población con carencia por acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la MIR se tiene que esta solo cuenta con el Indicador de Fin, además este sólo se hace referencia a uno de los servicios ofertados por el programa (Reafiliación) por lo que este responde más al nivel de componente, además se dejan de lado los servicios de orientación de los MAO y el servicio de Afiliación.

En cuanto en similitudes y complementariedades, Seguro Popular tiene semejanza con otras instituciones encargadas de ofrecer servicios de salud,

tales como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Sin embargo, existen diferencias en el perfil del beneficiario.

Existe un amplio contenido de instrumentos de planeación que dirigen las actividades programadas para obtener como resultado metas, que igual forma están programas para el cumplimiento de los objetivos establecidos y justificadas desde lo normativo.

Para el caso de la generación de información, esta de igual manera está sustentada normativamente, la cual es de suma importancia para conocer las características principales de los usuarios pues dadas las funciones y atribuciones de la CECASOEH. Sin embargo, al ser información confidencial no se tuvo acceso ni la evidencia de que esto se lleve a cabo.

Los procesos que expone el Régimen para la operación del Sistema están sustentados normativamente y diseñados para que se ejecuten con procedimientos estandarizados de forma detalla con la intención que cada miembro del Régimen conozca las funciones que le corresponden. Además, se cuenta con procesos para la operación del programa, así como las solicitudes de apoyo, la selección de los beneficiarios, el tipo de apoyo otorgado (afiliación o reafiliación).

Si bien, el REPSS tiene disponible las Reglas de operación de los diversos servicios ofertados, Manuales de operación, así como Planes de trabajo carece de algunos elementos necesarios en cuanto a transparencia y rendición de cuentas. Pues en el caso del presupuesto este no se encuentra desagregado por capítulo del gasto, por tanto, no es posible identificar los gastos en los que se incurre para generar los servicios ofertados por el programa. Mientras que el padrón de beneficiarios por servicios (Afiliación y Reafiliación) no se encuentra desagregado por sexo ni por la cantidad de afiliados o reafiliados, por tal no es posible conocer el avance de las metas planteadas para estos servicios.

Fuentes de Consulta

CNPSS. (2015). *Lineamientos para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud.* Obtenido de Lineamientos para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud: http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/LineamientosSUG2015.pdf

CNPSS. (2016). *Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud.* Obtenido de Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/MANUAL_DE_LINEAMIENTOS.pdf

COFEMER. (2014). *Informe anual de Desempeño.* Obtenido de http://www.cofemer.gob.mx/imagenesUpload/INFORME%202014.pdf

Comisión Nacional de Protección en Salud . (2016). *Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES.* Obtenido de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/CAUSES2016.pdf

Comisión Nacional de Protección en Salud. (2017). *¿Qué es el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)?* Obtenido de ¿Qué es el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)?: https://www.gob.mx/salud/seguropopular/acciones-y-programas/que-es-el-seguro-medico-siglo-xxi-smsxxi

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). Manual de afiliación y operación.

CONEVAL. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servcio de salud de afiliadios al Seguro Popular* . Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf

CONEVAL. (2016). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 - 2015 del Seguro Popular.* Obtenido de Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 - 2015 del Seguro Popular: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U005_SPOPULAR/U005_SPOPULAR_IE.pdf

CONEVAL. (2016). *Matriz de Indicadores para Resultados.* Obtenido de Matriz de Indicadores para Resultados:

https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Paginas/monitoreo/mir/mir.aspx

Dirección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. (2011). Manual de Organización.

DOF. (2003). *Se Reforma y Adiciona la Ley General de Salud.* Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003

Gobierno de la Republica. (2016). *Programa Sectorial de Salud 2016-2021.* Obtenido de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

Gobierno del Estado de Colima. (Octubre de 2015). *Ley Órganica de la Administración Pública del Estado de Colima*. Obtenido de http://www.colima-estado.gob.mx/normateca/archivos/normateca_590042c05f759.pdf

Gobierno del Estado de Colima. (2016). *Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021.* Colima. Obtenido de http://www.colima-estado.gob.mx/docs/plan_estatal_2016_2021.pdf

INEGI. (2016). *Informe Anual Sobre la Situación de la Pobreza y Rezago Social.* Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/185249/Colima..pdf

INSAD. (2015). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 - 2015.*

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud.* Obtenido de Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud: http://www.ssm.gob.mx/portal/pdf/Informe%20Ejecutivo%20SPSS%202016.pdf

Oficina Nacional de Estadistica . (s.f.). *La Esperanza de Vida ¿Cómo se calcula? ¿Qué significa?* Obtenido de La Esperanza de Vida ¿Cómo se calcula? ¿Qué significa?

OSAFIG. (2016). *Evaluación al Desempeño del Seguro Popular.* Obtenido de Evaluación al Desempeño del Seguro Popular: http://www.osaf.gob.mx/Resultados_2016/Evaluacion/EVAL_SEGURO POPULAR_2016.pdf

Periódico Oficial del Estado de Colima. (2011). *Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima.* Obtenido de http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/Reglamento-Interior-Servicios-Salud-Estado-de-Colima.pdf

PROSPERA. (2016). *Programa de Inclusión Social PROSPERA.* Obtenido de Programa de Inclusión Social PROSPERA: https://www.gob.mx/prospera/documentos/componente-prospera-salud

Regimen Estatal de Protección en Salud. (2016). *Programa Anual de Trabajo 2016, Seguro Popular.* Obtenido de http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/progAnualTrab2016.pdf

Régimen Estatal de Protección Social en Salud. (2011). *Manual de Organización.* Obtenido de Manual de Organización: http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/manual-organizacion-2011.pdf

Secretaría de Salud. (2002). *Gastos catastróficos por motivos de salud.* Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf

Secretaría de Salud. (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.* Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf

Secretaría de Salud. (2012). *Manual de Organización Específico de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud* . Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274247/manualorgespecif2012.pdf

Secretaría de Salud. (2015). *Sistema de Protección Social en Salud.* Obtenido de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html

Secretaría de Salud. (2016). *Manual de Afiliación y Operación.* Obtenido de Manual de Afiliación y Operación: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgao/manuales/MANUALDEAFILIACIONYOPERACION2016.pdf

Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2015). *Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima.* Obtenido de

http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Colima/wo106203.pdf

Sistema de Protección Social en Salud. (2016). *Estadísitcas del Padrón de Afiliados*. Obtenido de Estadísitcas del Padrón de Afiliados: http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/afiliadosAnual.pdf

Sistema de Protección Social en Salud. (2017). *Información financiera Seguro Popular*. Obtenido de Información financiera Seguro Popular: http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/cuentaPublica/cuentaPub16.pdf

Universidad de Colima. (2016). Evaluación técnica para determinar cumplimiento de objetivos, maetas y resulados de REPSS.