Evaluación Integral del Desempeño

SEGURO POPULAR
SEGURO MÉDICO SIGLO XXI

Marzo, 2017

Programa Anual de Evaluación 2017

Régimen Estatal Protección Social en Salud
El Colegio de Tlaxcala
Gobierno del Estado de Tlaxcala

Coordinación General:
Dirección Técnica de Evaluación del Desempeño
Secretaría de Planeación y Finanzas

Consulte el catálogo de publicaciones en:
http://www.finanzastlax.gob.mx/spf/
Año de publicación: 2017

La elaboración de esta publicación estuvo a cargo de El Colegio de Tlaxcala, A.C. en coordinación con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la Dirección Técnica de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

REPSS Tlaxcala (2016). Evaluación Integral del Desempeño. Seguro Popular. Gobierno del Estado de Tlaxcala.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN....6

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN....7

OBJETIVO GENERAL....7

OBJETIVOS ESPECÍFICOS....7

I. TEMAS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA....8

COORDINACIÓN DE LA EVALUACIÓN....9

II. CRITERIOS GENERALES PARA INTEGRAR EL DOCUMENTO DE EVALUACIÓN....9

III.1 FORMATO DE RESPUESTA....10

III. 2. CONSIDERACIONES PARA DAR RESPUESTA....10

III. EVALUACIÓN....12

TEMA 1. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA....12

TEMA 2. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA..27

TEMA 3. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS NACIONALES Y LOS SECTORIALES....37

TEMA 4. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO, Y MECANISMOS DE ELECCIÓN....44

TEMA 5. ANÁLISIS DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN....59

TEMA 6. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS....68

TEMA 7. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES....80

TEMA 8. PRESUPUESTO, RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA....83

IV. VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA....94

V. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENZAS....96

VI. CONCLUSIONES....97

VII. FORMATOS DE ANEXOS 99

ANEXO 1. DESTINO DE LAS APORTACIONES EN LA ENTIDAD FEDERATIVA 99

ANEXO 2. CONCURRENCIA DE RECURSOS EN LA ENTIDAD 103

ANEXO 3. PROCESOS EN LA GESTIÓN DEL FONDO EN LA ENTIDAD 104

ANEXO 4. METODOLOGÍA PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LAS POBLACIONES POTENCIAL Y OBJETIVO 106

ANEXO 5. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE BENEFICIARIOS 108

ANEXO 6. RESULTADOS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS Y DE GESTIÓN DEL FONDO ..110

ANEXO 7. PROPUESTA DE MEJORA DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS 113

ANEXO 8. COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIA ENTRE PROGRAMAS FEDERALES 115

ANEXO 9. GASTO DESGLOSADO DEL PROGRAMA (RESUMEN ECONÓMICO POR DESTINO DEL GASTO) 116

ANEXO 10. FORTALEZAS, RETOS Y RECOMENDACIONES DEL FONDO 120

"Queremos un sistema de salud que alcance a todos sin excepción. Queremos un sistema de salud que sepa atender a las personas con absoluto respeto de sus derechos humanos. Queremos un sistema de salud que proteja financieramente al usuario y evite el empobrecimiento de las familias cuando ataca la enfermedad".
(Programa Nacional de Salud 2001-2006)

"Para conseguir una cobertura sanitaria universal, los países necesitan sistemas de financiación que permitan a la gente usar todo tipo de servicios sanitarios (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) sin incurrir en dificultades financieras".
(Informe de Salud en el Mundo, OMS, 2010)

PRESENTACIÓN

Con fundamento en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 85, 110, 111 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; artículo 49 de la Ley de Coordinación Fiscal; artículo 79 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental; artículos 72 al 80 de la Ley General de Desarrollo Social; artículos 8 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala, artículo 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Planeación y Finanzas, y artículo 122 del Decreto de Presupuesto de Egresos del Estado de Tlaxcala vigente en materia de evaluación del desempeño, la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala publicó el Programa Anual de Evaluación (PAE) 2017, para evaluar fondos y programas para el ejercicio fiscal 2016.[1]

El PAE 2017 establece la realización de una Evaluación Integral del Desempeño del Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio presupuestal 2016, del cual es responsable de su ejecución el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en el Estado de Tlaxcala.

En general el Sistema de Protección Social en Salud en Tlaxcala tiene resultados en términos de cobertura de afiliación, metas de reafiliación y estrategia de transversalidad. Los últimos resultados de los indicadores de pobreza del CONEVAL publicados en 2017, vislumbran avances importantes en la disminución de la carencia por acceso a los servicios médicos, derivado del trabajo coordinado entre el gobierno federal y estatal para hacer que más familias tlaxcaltecas tengan acceso a los servicios de salud.

[1] Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala, 2016. Programa Anual de Evaluación 2017. Periódico Oficial No. 52 Segunda Sección, Diciembre 28 del 2016. Revisado en el siguiente sitio web: http://evaluacion.tlaxcala.gob.mx/images/stories/documentos/evalua/evaluaciones/ef16/pae_2017.pdf

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Objetivo General

Evaluar de forma integral el desempeño del Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio presupuestal 2016, en el Estado de Tlaxcala, a partir de un análisis y valoración general del diseño, cobertura, operación, procesos, eficiencia y resultados del programa con información entregada por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS).

La finalidad es tener un documento que ofrezca evidencia sobre los aspectos que permiten obtener resultados, así como los aspectos que pueden ser fortalecidos con la experiencia de otros programas y ayudar a la toma de decisiones. Dicha evaluación tiene forma libre, con énfasis y características de un reporte.

Objetivos Específicos

1. Analizar la justificación de la creación y diseño de los Programas Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI.
2. Identificar y analizar la alineación del Programas Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI con la lógica de la planeación sectorial y nacional.
3. Identificar y analizar las poblaciones potencial y objetivo de los programas, así como sus mecanismos de atención.
4. Analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos.
5. Analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable.
6. Analizar el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados conforme a la Metodología de Marco Lógico.
7. Analizar otro tipo de indicadores complementarios que sirvan para el monitoreo de resultados del programa.
8. Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales, internacionales, sectoriales o esquemas de apoyo para los que haya evidencia.
9. Valorar el desempeño presupuestal en cuanto al uso eficiente de recursos. Identificando para ello el registro de operaciones y los mecanismos de reporte de avance y rendición de cuentas.

El documento final se presenta de forma escrita con un desarrollo de entre 35 a 55 páginas, más anexos, notas y bibliografía.

Nota:

La evaluación ofrece un análisis de los principales resultados alcanzados por el Programa Seguro Popular y Seguro Siglo XXI en el Estado de Tlaxcala. Destacando el impacto que tiene en la población, según sus objetivos, facultades, recursos y capacidades.

Durante los tres meses de levantamiento de la información para la integración de la presente evaluación se tuvo oportunidad de compartir puntos de vista con personal del REPSS. La valoración final del programa se incluirá como parte de las conclusiones y tendrá un carácter estratégico, prescriptivo y de mejora, más allá de una simple calificación el objetivo se centra en ofrecer elementos para mejorar el desempeño del programa.

I. TEMAS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA

La evaluación integral se divide en once temas:

Temas	Características
1. Características del programa	• Descripción y fundamentos existentes
2. Diagnóstico y descripción del problema	• Investigación secundaria, evidencia, contexto
3. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa	• Temática, prioridades, procesos y fundamentos
4. Análisis de la contribución del programa a los objetivos y metas nacionales y sectoriales	• Análisis comparativo
5. Análisis de la población potencial y objetivo, y mecanismos de elección	• Comparativos en base de datos y encuestas nacionales
6. Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	• Cálculo, publicación, estadística descriptiva
7. Análisis de Indicadores para Resultados	• Baterías de indicadores MIR, PbR/ SED, internacionales y de expertos

8. Análisis de complementariedades y coincidencias con otros programas y evidencia de política pública	• Evidencia de políticas relevantes
9. Presupuesto, rendición de cuentas y transparencia	• Análisis, registro e interpretación de mecanismos vigentes e ideales
10. Los resultados del programa	• Evaluación estratégica de la eficiencia y efectividad en los componentes, metas y objetivos alcanzados. (retornos capital, social y efecto multiplicador)
11. Conclusiones y valoración final	• Mostrar evidencia y análisis específico para hablar de éxitos, oportunidades, ASM y metodologías relevantes.

La evaluación se realiza mediante un análisis de gabinete[2], con información proporcionada por el REPSS Tlaxcala e información de fuentes abiertas de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Coordinación de la Evaluación

La Evaluación Integral del Desempeño del Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio presupuestal 2016, estuvo coordinada por la Dirección Técnica de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala, siendo la instancia evaluadora El Colegio de Tlaxcala, A.C.

II. CRITERIOS GENERALES PARA INTEGRAR EL DOCUMENTO DE EVALUACIÓN

Los 10 temas de la evaluación integral no contienen preguntas específicas. La evidencia documental y empírica proveen información para el análisis y van haciendo explícitos los principales argumentos para construir una narrativa del programa, su alcance, potencial y resultados.

[2] En este contexto, se entiende por análisis de gabinete al conjunto de actividades que involucra al acopio, la organización y la valoración de información concentrada en registros administrativos, bases de datos, evaluaciones internas y/o externas documentación pública.

III.1 FORMATO DE RESPUESTA

Cada una de las secciones son referencia para evaluados y evaluadores, a fin de identificar elementos de valoración general del programa. Además de la respuesta a cada una de las preguntas cerradas de ofrecer elementos adicionales, referencias y datos para incluir en el análisis que justifique la respuesta.

III. 2. CONSIDERACIONES PARA DAR RESPUESTA

Para el total de las preguntas, los Términos de Referencia incluyen los siguientes aspectos:

- Justificación de las respuestas mediante argumentos consistentes con base en información cuantitativa y cualitativa. Con fuentes de información de primera mano proporcionada por el REPSS Tlaxcala.
- También incluye análisis de la Organización Mundial de la Salud, Cámara de Diputados, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional Estadística y Geografía y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, por mencionar algunas fuentes.
- En esta evaluación se consideró como información inexistente, cuando no se contó con documentos oficiales ni evidencias.

Esta evaluación incluye diez anexos que soportan el análisis de la evaluación:

Anexo 1. Destino de las aportaciones en la entidad federativa.

Anexo 2. Concurrencia de recursos en la entidad.

Anexo 3. Procesos en la gestión del fondo en la entidad.

Anexo 4. Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo

Anexo 5. Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios

Anexo 6. Resultados de los indicadores estratégicos y de gestión del fondo.

Anexo 7. Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados

Anexo 8. Complementariedad y coincidencia entre programas federales

Anexo 9. Gasto desglosado del programa *(Resumen Económico por Destino del Gasto)*

Anexo 10. Fortalezas, retos y recomendaciones del fondo

III. EVALUACIÓN

TEMA 1. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI son Programas presupuestarios (Pp) del Ramo 12 Salud, del cual es responsable de su ejecución la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SS) con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga de la provisión de servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Trabaja conjuntamente con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.[3]

El propósito de la CNPSS es brindar a la población que no cuenta con seguridad social, el acceso a un esquema de protección financiera que proteja la salud y el patrimonio de las familias. Para alcanzar dicho propósito se establecieron programas de atención a la población, entre los que destaca el Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI, PROSPERA en su componente de salud, Cirugía Extramuros y Embarazo Saludable.

Por un lado, el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, tiene sus orígenes en 2004 cuando se reforma la Ley General de Salud y se establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. El Seguro Popular se instaura como el mecanismo por el cual el Estado dota de acceso efectivo a los servicios de salud a la población no derechohabiente de alguna institución de seguridad social.

El Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) forma parte del Seguro Popular, su población objetivo son las personas sin derechohabiencia de alguna institución de seguridad social. En tanto, el SMSXXI es un programa dirigido a la población menor de cinco años que no tiene derechohabiencia, el objetivo de asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación este más capacitadas, preparada y activa.[4]

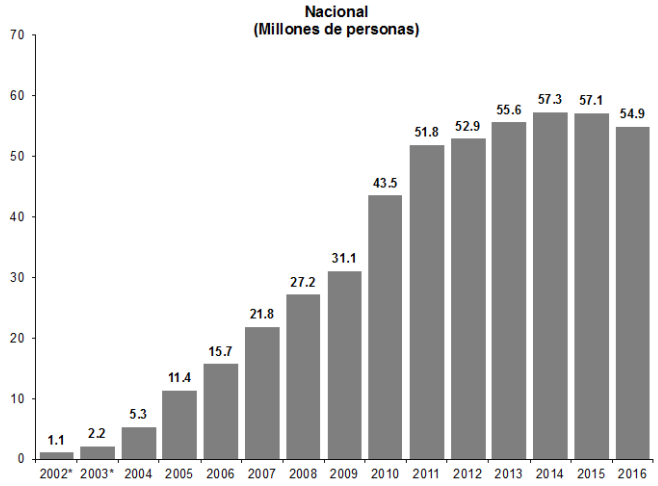
En términos de presupuesto, el Seguro Popular es el Programa presupuestario más importante del Ramo 12 Salud, representa el 57.1% del

[3] Revisado en la CNPSS.
[4] Revisado en la CNPSS. Véase el siguiente sitio web: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/seguro-medico-siglo-xxi/que-es-el-seguro-medico-siglo-xxi-smsxxi

total del gasto programable. Según el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2016, el Seguro popular tuvo un gasto total autorizado de 75 mil 437 millones de pesos, lo que representó un crecimiento de 0.9% respecto al presupuesto autorizado del año anterior. Por su parte, el SMSXXI tuvo un presupuesto asignado de 2 mil 686 millones de pesos en 2016, con un crecimiento de 3.1%, significa el 2% del total del gasto programable.

De acuerdo con el Informe de Resultados 2016 de la CNPSS, el Seguro Popular pasó de tener un padrón total nacional de 5.3 millones de personas en 2004 a uno de 54.9 millones de afiliados en 2016 (gráfica 1). En lo que se refiere al número de familias el padrón pasó de 1.6 millones en 2004 a 23.7 millones en el último año (gráfica 2).

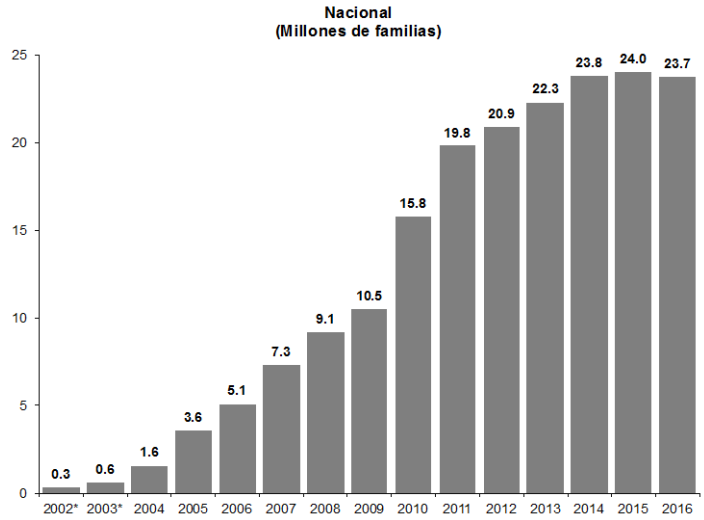
Gráfica 1. Número de personas afiliadas al Seguro Popular a nivel nacional



*Periodo de pilotaje.

Fuente: Elaboración Propia con información del REPSS Tlaxcala e Informe de Resultados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

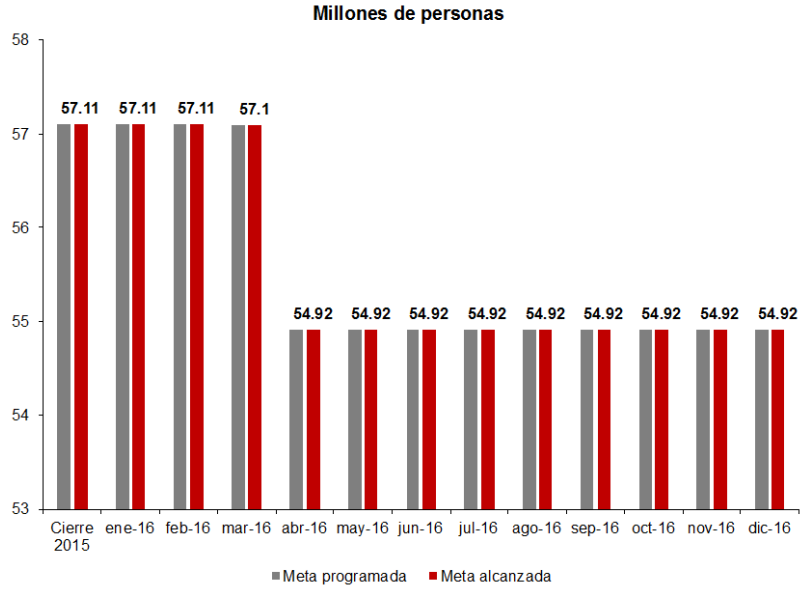
Gráfica 2. Número de familias afiliadas al Seguro Popular a nivel nacional



*Periodo de pilotaje.
Fuente: Elaboración Propia con información del REPSS Tlaxcala e Informe de Resultados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

De acuerdo con la CNPSS, al cierre de 2015 se tenía una cobertura de salud con Seguro Popular de 57.1 millones de personas. No obstante, con el cruce de información con los institutos de seguridad social y la coordinación con los REPSS de las 32 entidades federativas, se identificó que 2.2 millones de personas tenían doble derechohabiencia. Por lo tanto, con la depuración del padrón al cierre de 2016 se tuvo una meta alcanzada de 54.92 millones de personas afiliadas a nivel nacional.

Gráfica 3. Cumplimiento en la afiliación conforme a la meta programada acumulada en 2015 y 2016



Fuente: Informe de Resultados 2016, CNPSS.

Según el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016, la suma de la población que recibe prestaciones y/o tiene aseguramiento público en salud pareciera ser mayor a la población total del país; lo anterior es debido a varios factores: por ejemplo, una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas, o bien dentro de una misma institución hay duplicidades como pensionados con aseguramiento vigente (es decir, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado).[5]

Al cierre de 2015, se identificó que 74 millones de personas estaban afiliadas al IMSS (60.9% de la población), 12.9 millones de personas son derechohabientes del ISSSTE (10.8%), 57.1 millones de personas estaban afiliadas al Seguro Popular (47.4%), 1.8 millones de personas son derechohabientes de PEMEX, SEDENA y SEMAR (1.6%), 2.1 millones de personas estaban afiliadas en instituciones privadas (1.8%) y 1.8 millones de personas en otras instituciones (1.5%).

Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo con institución de protección en salud, diciembre de 2015

Institución	Número de derechohabientes/ afiliados	Porcentaje de la población
IMSS	74,032,437	60.9
ISSSTE	12,973,731	10.8
Seguro Popular	57,105,622	47.4
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,893,946	1.6
Instituciones privadas	2,189,514	1.8
Otras instituciones públicas	1,824,595	1.5

Fuente: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016.

De acuerdo con el artículo 78 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Con objeto de determinar el

[5] IMSS. 2016. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016. Revisado en el siguiente sitio web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/21-InformeCompleto.pdf

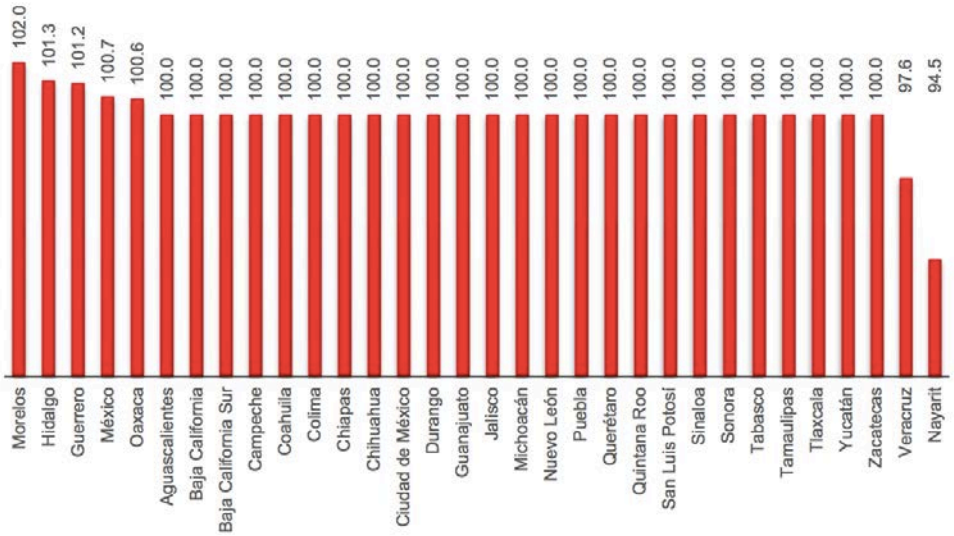
monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de personas beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de personas al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.[6]

En esta lógica, la cobertura de afiliación y la meta de reafiliación al Seguro Popular, se establece en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Como se aprecia en la gráfica 4, a nivel nacional se alcanzó al 100%. Según el Informe de Resultados 2016 de la CNPSS, 25 de las 32 entidades federativas cumplieron al 100% con su meta establecidas en el Anexo II. Las entidades que estuvieron ligeramente por debajo de su meta programada fueron Veracruz y Nayarit. En contraste, los estados de Morelos, Hidalgo, Guerrero y Estado de México superaron la meta determinada.

La precisión del cumplimiento de la cobertura de afiliación mensual y metas de reafiliación está vinculado al presupuesto asignado en cada entidad federativa para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, a través de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el SPSS.

[6] Artículo 78. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Gráfica 4. Porcentaje de avance en la afiliación respecto a la proyección de cobertura anual por entidad federativa



Fuente: Informe de Resultados 2016, CNPSS.

De acuerdo con los artículos 77 bis 11, 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud, el Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la federación, las entidades federativas y los beneficiarios. Por una parte, 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 observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Por otro lado, para sustentar el Sistema de Protección Social, el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas efectuarán aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

- ✓ La aportación mínima de las entidades federativas por persona es equivalente a la mitad de la cuota social.
- ✓ 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 debe representar al menos una y media veces el monto de la cuota social.

En función de lo anterior, el número de afiliados representa una variable independiente en la metodología establecida por la Secretaría de Salud para calcular el presupuesto autorizado a los REPSS estatales, a fin de

atender las necesidades de financiamiento y cumplir con cobertura de afiliación y meta de reafiliación.

Seguro Popular en Tlaxcala

En Tlaxcala el Seguro Popular inició operación en el año 2003, con una población afiliada de 2 mil 280 familias, poco más de 10 mil personas, representando el 0.5% del total de personas afiliadas en toda la república. La dinámica anual del Seguro Popular incrementó aceleradamente, alcanzando la cobertura universal con 930 mil 877 personas afiliadas (385 mil 311 familias tlaxcaltecas) en 2014, permaneciendo en 2015.

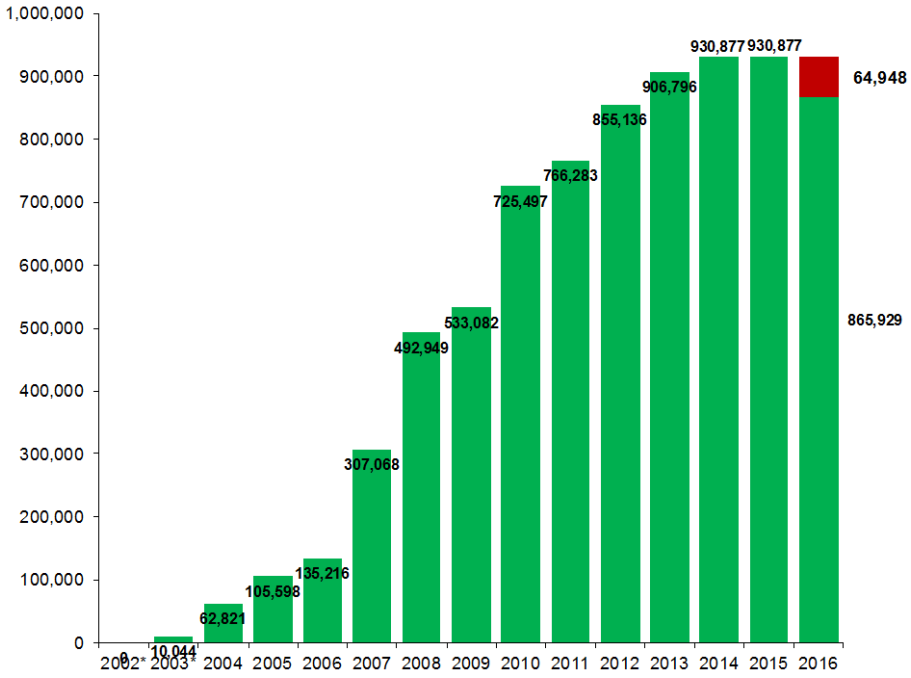
Posteriormente, en 2016 se tuvo una cobertura de afiliación de 865 mil 929 personas validadas (368 mil 436 familias), cumpliendo con la cobertura de afiliación de 100%, según cifras de la CNPSS y REPSS Tlaxcala. (Véase las gráficas 5 y 6).

En Tlaxcala del total de personas afiliadas al Seguro Popular en 2016, 46.3% son hombres y 53.7% son mujeres. La CNPSS revela que, del total de familias afiliadas al Seguro Popular, 74.1% son familias encabezadas por mujeres, en tanto a nivel nacional representan el 71.9%.

Según la CNPSS, el 18.4% de la población afiliada al Seguro Popular en Tlaxcala vive en una zona rural (159 mil 720 personas) en 2016. En tanto el 81.6% vive en zonas urbanas (706,209).[7]

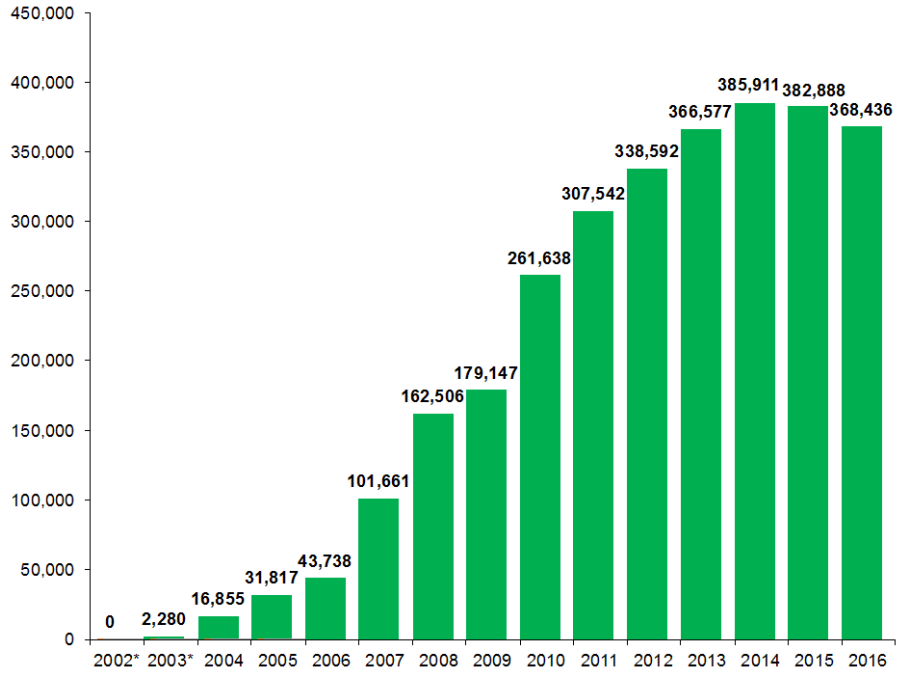
[7] Cifras revisadas en el Informe de Resultados 2016 de la CNPSS.

Gráfica 5. Número de personas afiliadas al Seguro Popular en Tlaxcala



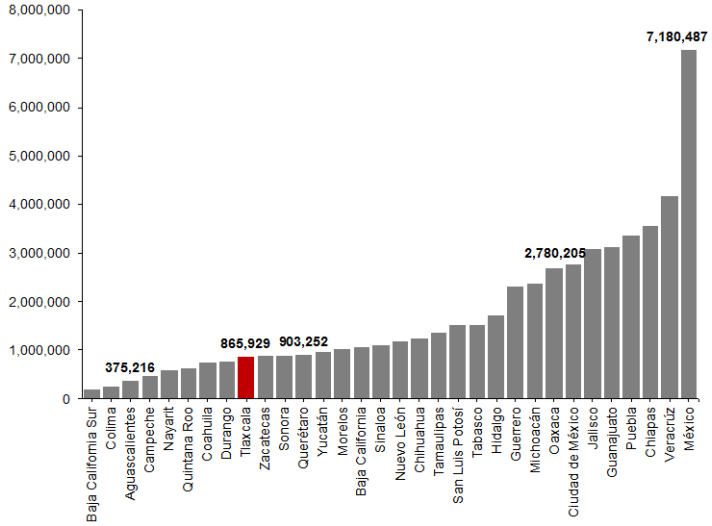
Fuente: Elaboración Propia con información del REPSS Tlaxcala.

Gráfica 6. Número de familias afiliadas al Seguro Popular en Tlaxcala



Fuente: Elaboración Propia con información del REPSS Tlaxcala.

Gráfica 7. Cobertura de afiliación del Seguro Popular en 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

Como se observa, Tlaxcala tiene una cobertura de afiliación mayor a la que se registra en entidades federativas como: Baja California, Colima, Aguascalientes, Campeche, Nayarit, Quinta Roo, Coahuila y Durango.

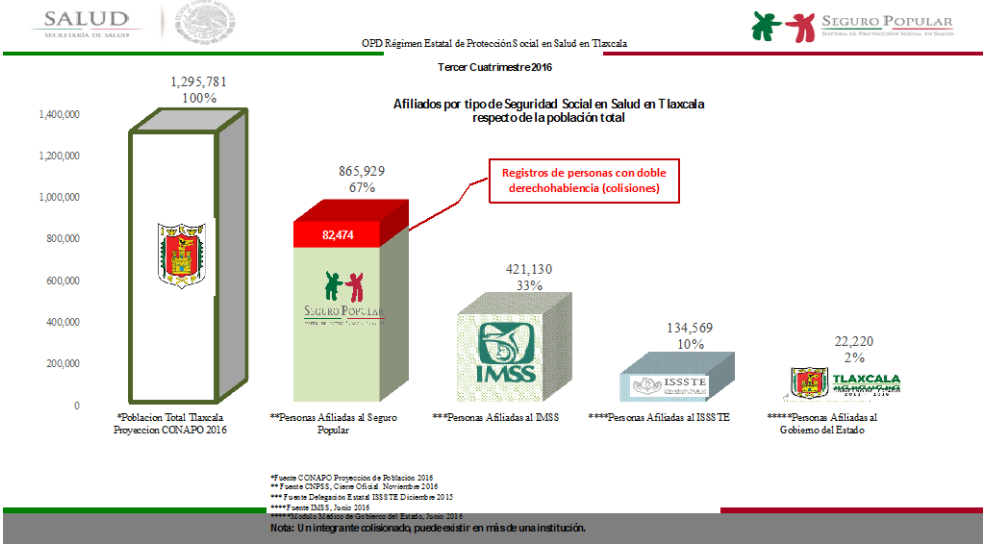
Por grupo de edad, se observa que el 57% de la población afiliadas al Seguro Popular son niños y jóvenes de hasta 30 años en Tlaxcala. Los grupos de personas adultas de entre 31 y 50 años representan el 27%. Los grupos de personas de 51 años a 65 constituyen el 10%. En lo que se refiere al grupo de adultos mayores de más de 66 años, este representa el 7% del total afiliados en el padrón. Según la proyección de la población de la Comisión Nacional de Población (CONAPO) Tlaxcala tiene 77 mil 424 adultos mayores de 66 años, lo que significa que 74% está afiliada al Seguro Popular.

Tabla 2. Población Afiliada al Seguro Popular por grupo de edad en Tlaxcala

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje respecto al total
0 - 10	96,589	93,356	189,945	22%
11 - 20	83,121	84,752	167,873	19%
21- 30	56,618	77,683	134,301	16%
31- 40	54,315	72,364	126,679	15%
41-50	45,512	57,165	102,677	12%
51- 60	28,814	36,482	66,296	8%
61- 65	9,517	11,532	21,049	2%
66 +	25,628	31,481	57,109	7%
Total	**401,114**	**464,815**	**865,929**	**100%**

Fuente: REPSS Tlaxcala.

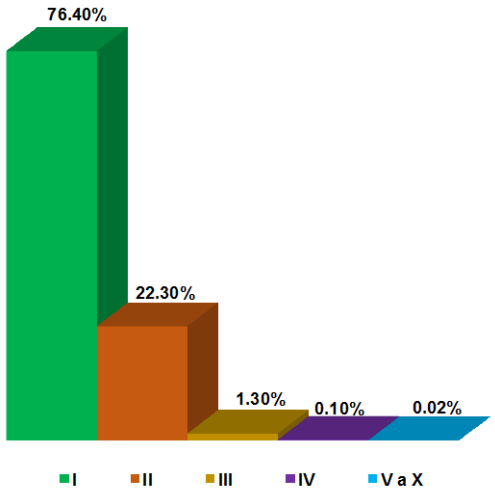
Gráfica 8. Afiliados por tipo de seguridad social en Salud en el Estado de Tlaxcala



Fuente: REPSS Tlaxcala.

Como se observa en la gráfica 8, la distribución de la población por institución de protección en salud también sugiere más del 100% de población en Tlaxcala está afiliada a una institución de salud, ya que 67% de la población está afiliada al Seguro Popular, 33% son derechohabientes del IMSS, 10% del ISSSTE y 2% son personas afiliadas al Gobierno del Estado. No obstante, en el último ejercicio presupuestario, el padrón nominal del Seguro Popular tuvo una depuración de 64 mil 948 personas, derivado del ajuste a la cobertura de afiliación del 78.7% con respecto a las colisiones (doble derechohabiencia) con otras seguridades sociales.

Gráfica 9. Afiliados al Seguro Popular por decil de ingreso en Tlaxcala en 2016

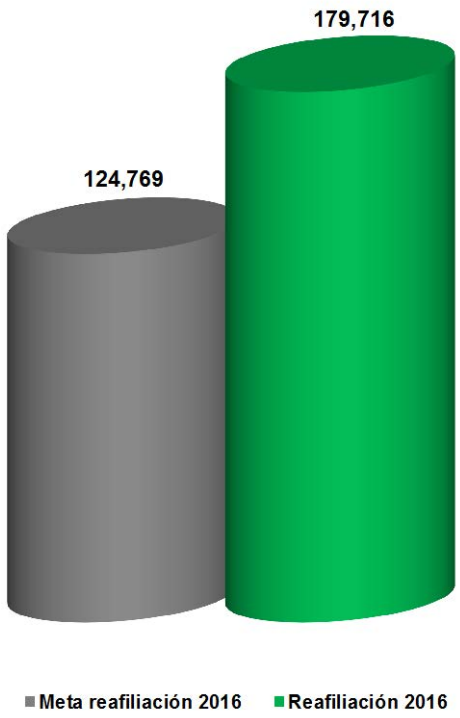


Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

Respecto a los afiliados al Seguro Popular por decil de ingreso en Tlaxcala en 2016, el 98.7% se ubica en los primeros dos deciles (854 mil 313 personas afiliadas), 1.3% en el tercero (11 mil 8 personas), 0.1% en el cuarto (436 personas), y 0.02% en los últimos cinco deciles (172 personas afiliadas). Incluso se debe resaltar que en Tlaxcala no se recibe cuota familiar. (Véase la gráfica 9)

Respecto a la reafiliación al Seguro Popular, en el año 2016 se reafiliaron un total de 11.2 millones de personas a nivel nacional; de los cuales, 176 mil 716 fueron reafiliaciones del Estado de Tlaxcala. La meta estatal de reafiliación fue alcanzada e incluso superada en 44 puntos base. (Véase la gráfica 10)

Gráfica 10. Reafiliaciones alcanzadas en Tlaxcala en 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

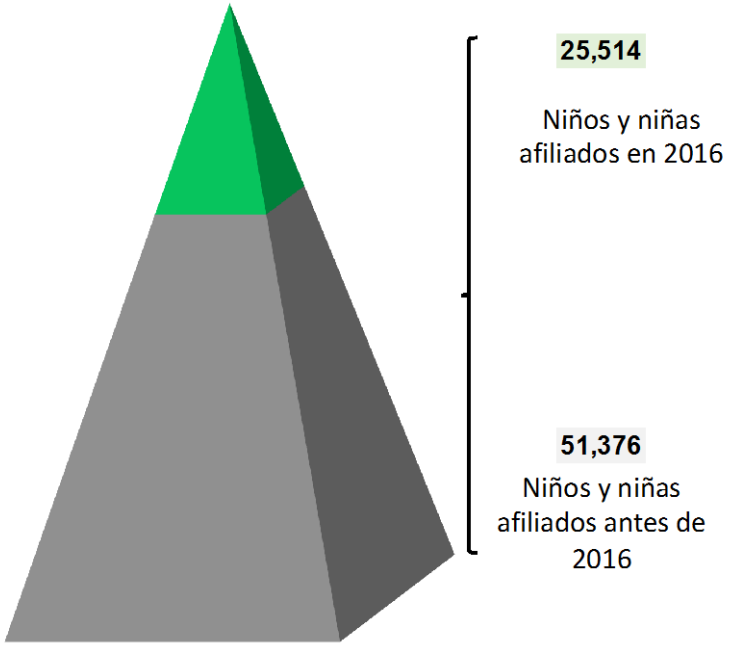
Programa Seguro Médico Siglo XXI

En lo que se refiere al Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), a nivel nacional se tienen un total de 5.2 niños menores de 5 años afiliados al año 2016, en este último año presupuestario fueron elegibles para afiliarse al programa un total de 1.8 millones de niños.

De acuerdo con la CNPSS, el SMSXXI es un programa público, de afiliación voluntaria y su costo se cubre mediante un subsidio federal proveniente de los recursos que las entidades federativas reciben de la federación vía Ramos 12 y 33, destinados a la prestación de servicios de salud.[8]

En Tlaxcala, se tuvo un total de 25 mil 514 niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI al cierre de 2016, los cuales se suman al total 51 mil 376 niños y niñas menores de cinco años de familias afiliadas antes de 2016, teniendo un total de 76 mil 890 niños y niñas en el padrón, (véase la gráfica 11).

Gráfica 11. Afiliación al Seguro Médico Siglo XXI en Tlaxcala



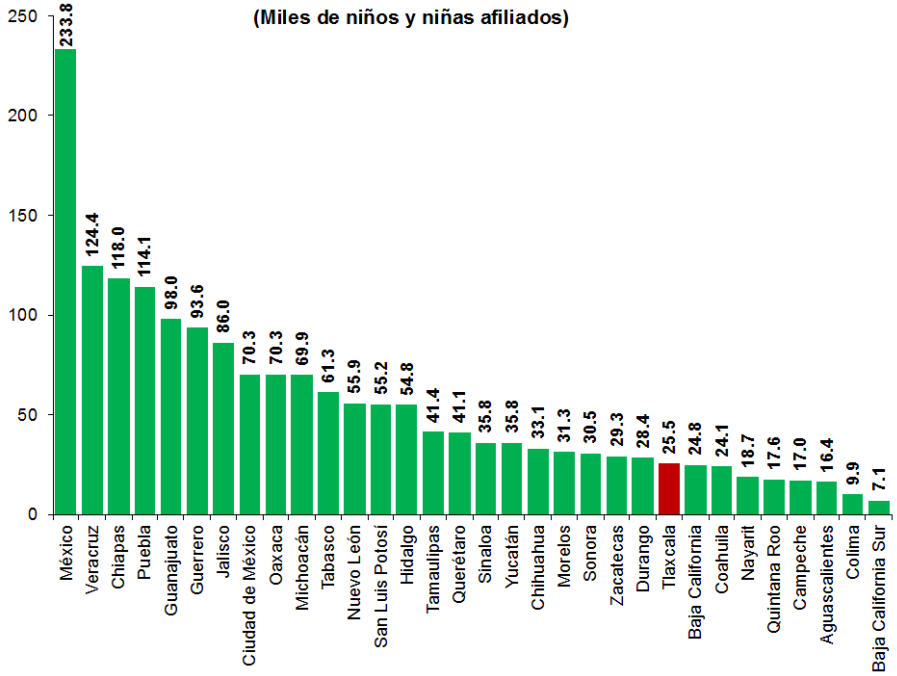
Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

Como se observa en la gráfica 12, Tlaxcala se encuentra entre las 10 entidades federativas con menos afiliados en el Programa SMSXXI en 2016, en comparación con la cantidad de niños que son afiliados en entidades federativas como el Estado de México, Veracruz y Chiapas. Los cuales en el último año afiliaron a un total de 233 mil infantes, 124 mil y 118 mil, respectivamente.

Respecto al total de afiliados al SMSXXI, el Estado de México tiene al 13.9% de niños y niñas afiliados a nivel nacional, le sigue Puebla con 6.8%, Chiapas y Jalisco con 6.2% respecto al total acumulado en 2016. (Véase la gráfica 13)

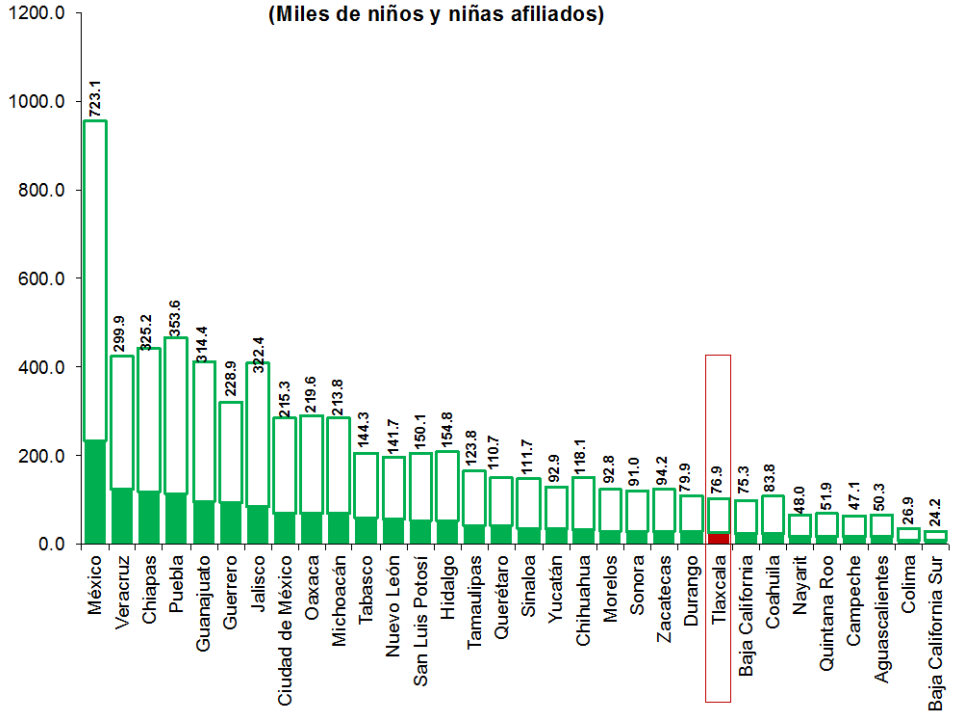
[8] CNPSS. 2016. Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados enero-diciembre 2016. P.74.

Gráfica 12. Nuevos afiliados bajo el Programa SMSXXI



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

Gráfica 13. Afiliación al Seguro Médico Siglo XXI



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

ESTRATEGIA DE TRANSVERSALIDAD SEGURO POPULAR, PROSPERA Y PROGRAMA DE PENSIÓN PARA ADULTOS MAYORES

Uno de los propósitos más importantes de la política pública en México se ha centrado en mejorar las condiciones de vida de las familias en términos de bienestar, el fin último es que la población sea capaz de ejercer sus derechos fundamentales como son el acceso a los servicios de salud, educación de calidad, alimentación sana, variada y suficiente, así como acceso a una vivienda digna y decorosa con servicios básicos, en apego a lo establecido en la Constitución. Para lograrlo, el Ejecutivo Federal estableció la Estrategia Nacional de Inclusión (ENI), a fin de que los tres órdenes de gobierno sumaran esfuerzos para que los programas sociales llegaran a las personas que más lo necesitan, en una lógica de focalización de recursos y coordinación interinstitucional e intergubernamental.

La coordinación entre el Seguro Popular y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) propició que los beneficiarios de los programas PROSPERA y Programa de Pensión para Adultos Mayores (PPAM) no derechohabiente de la seguridad social, por primera vez fueran afiliados al Seguro Popular, o bien fueran reafiliados, en el que el objetivo de incrementar el acceso a los servicios de educación, salud y alimentación de las familias beneficiarias y coadyuvar con el rompimiento de la trampa de la pobreza en el país.

De acuerdo con la CNPSS, la coordinación interinstitucional para lograr que más personas tuvieran acceso a los servicios de salud constituye un logro trascendental que involucró recursos humanos, financieros y logísticos a nivel federal y de las entidades federativas. Según los resultados de la Estrategia de Transversalidad Seguro Popular-PROSPERA-65 y más, la meta de afiliación del Programa PROSPERA fue de 4.8 millones de personas, alcanzando un avance de 99.6% a nivel nacional en 2016.

En lo relativo a la meta de afiliación de Adultos Mayores 65 y más, la meta fue de 3.4 millones de personas en 2016, de los cuales 1.8 millones de adultos mayores fueron afiliados al Seguro Popular, representando un avance de la meta de 52.7%.

Contrariamente, las metas en Tlaxcala en la Estrategia de Transversalidad fueron alcanzadas e incluso superadas, ya que 54 mil personas fueron afiliadas al Seguro Popular del Programa PROSPERA, respecto a una meta de 46 mil 277, lo que se tradujo en un cumplimiento de la meta de 117.6%. En la misma dinámica de cumplimiento fueron afiliados en el Seguro

Popular un total de 43 mil 975 adultos mayores de 65 y más, en relación a la meta estatal de 34 mil 172, lo que significa un cumplimiento de la meta de 128.7%. (Véase la tabla 2)

Tabla 3. Afiliación al Seguro Popular de beneficiarios los programas PROSPERA y Pensión de Adultos Mayores

Afiliación						
Programa	PROSPERA			Pensión de Adultos Mayores		
	Meta de afiliación	2016	% de avance	Meta de afiliación	2016	% de avance
Tlaxcala	46,277	54,422	117.6	34,172	43,975	128.7
Nacional	4,846,950	4,828,414	99.6	3,476,969	1,833,648	52.7

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

De acuerdo con la CNPSS, las entidades federativas con mayor avance de afiliación del Programa PROSPERA en 2016 son: Chihuahua 162.3%, Aguascalientes 162.1%, Baja California 129.6%, Querétaro 126.6%, Campeche 126.4% y Yucatán 125.68%.

En lo relativo al Programa Adultos Mayores 65 y más, las entidades más dinámicas en el cumplimiento de su meta fueron: Tabasco 137.7%, Tlaxcala 128.7%, Guanajuato 118.6%, Chiapas 112.1%, San Luis Potosí 103.5 y Nayarit 98%.

En cuanto a la población afiliada en Zonas de Atención Prioritaria, en 2016 del total de cobertura de afiliación de 865 mil 29, un total de 8 mil 44 son beneficiarios en zonas prioritarias en Tlaxcala; mientras que se identificó que 41 mil 315 son personas afiliadas de los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.[9]

[9] CNPSS. 2016. Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados Enero – Diciembre 2016.

TEMA 2. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

1. El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:

a. El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
b. Se define la población que tiene el problema o necesidad.
c. Se define el plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta:	**Sí**
Puntos:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

En la Administración Pública Federal del Presidente Vicente Fox Quesada, se estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y Programa Nacional de Salud 2001-2006, el eje rector de democratización de la salud en México, definido como el pleno ejercicio del derecho de los mexicanos a acceder a los servicios de salud en el país conforme lo instituido en artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En esta lógica, el ejecutivo federal y legislativo tenían que crear las condiciones para que la población no derechohabiente accediera a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o lugar de residencia. La política de planeación nacional definía que la protección de la salud no podía ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio, sino un derecho social, por lo que el acceso a los servicios de salud debía ser universal, con especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no habían sido plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes.

En México el sistema de salud estaba dividido entre la población asegurada; es decir, el sector formal de la economía, cubierto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el sistema de seguridad social de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y del Ejército Mexicano y

por la población no asegurada, que provenía del sector informal y están fuera del mercado laboral.[10]

Por lo tanto, el ejecutivo federal se enfrentaba al reto que representaba que 58.6% de los mexicanos estuvieran en situación de carencia por acceso a los servicios de salud, según información del Censo de Población y Vivienda del año 2000.[11]

A la par, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), resaltó que México se ubicaba en el lugar 51 respecto a 191 países en el logro global de las metas de salud, capacidad de respuesta y equidad de contribución financiera, aunque en este último, se ubicó en el lugar 144, lo que se traducía en que las familias más pobres ponen en riesgo su economía familiar por pagar los servicios de salud justamente cuando caen enfermos y más necesitan el dinero.[12]

Igualmente, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000, señaló que los primeros dos deciles de la población destinaban una mayor proporción del gasto en salud en medicamentos y atención primaria o ambulatoria.[13]

Posteriormente, en el año 2001 se levantó la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS), con el fin de obtener información respecto al entorno socioeconómico y financiero de la población y explorar factores relacionados a la demanda de atención, la cultura del prepago y la disponibilidad al prepago en salud. Entre los resultados, se destacó que la población no asegurada representaba el 50.8% y la asegurada 49.2%; de los cuales, solo el 30.4% de la población no asegurada estaría dispuesto a pagar por el Seguro Popular de Salud. Además el monto promedio que los entrevistados estarían dispuestos a pagar, fue de 461 pesos mensuales para más de 10 miembros de la familia y 106 pesos para 1 o 2 integrantes.[14]

Con los resultados de la ENAGS 2001, el ejecutivo federal inició con un programa piloto denominado “Seguro Popular en Salud” en cinco entidades federativas en el año 2002. Por un lado, seleccionó a Aguascalientes, Colima y Jalisco, los cuales tenían bajo grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente fluctuaba

[10] Knaul, Felicia; Arreola-Ornelas, Héctor; Méndez, Oscar; Martínez, Alejandra., 2005. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. Salud Pública Méx 2005; Vol. 47(sup 1):54-65.
[11] Estimaciones del CONEVAL con base en el Censo de Población y Vivienda 2000.
[12] OMS. 2000. Informe sobre la Salud en el Mundo. Organización Mundial de la Salud. 2000,
[13] CESOP, 2005. Programa Seguro Popular. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados. Febrero 2005. P.8.
[14] Ibídem. P.9-10.

entre 40% y 50%. Por el otro, seleccionó a los estados de Campeche y Tabasco, los cuales tenían alto grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente era mayor al 50%.

El mismo año en que se inició la prueba piloto del Seguro Popular, el ejecutivo federal envío al Congreso de la Unión la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud. Esta reforma consideraba que con la instauración de un nuevo Sistema de Protección Social en Salud toda la población tendría acceso a los servicios de salud, sin duplicarse con los servicios de salud de otras instituciones y sería capaz de coadyuvar con el ahorro de las familias y prevenir enfermedades.

Posteriormente, en el año 2003 se adicionaron a la prueba piloto 16 entidades federativas (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas), alcanzando una cobertura de 295 mil 511 familias afiliadas con un presupuesto ejercido de 162.4 millones de pesos (CEFP, 2007).

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. El Decreto entró en vigor el primero de enero de 2004, determinándose en el artículo 77 BIS 1, que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) sin importar su condición social.[15] Subsiguiente, en abril de 2004 se publicó el Reglamento Interior de la Ley General de Salud.

La Ley General de Salud definió que, para sustentar el Seguro Popular, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarían aportaciones solidarias por familia beneficiaria. Por un lado, el gobierno federal asignaría un equivalente a 15% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, actualizándose trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Por otro lado, la aportación estatal mínima por familia sería equivalente a la mitad de la cuota social asignada por el gobierno federal. En tanto, los beneficiarios participarían en su financiamiento con cuotas familiares anticipadas, anuales y progresivas, determinadas en función de las condiciones socioeconómicas de cada familia.

[15] Artículo 77 BIS 1. Ley General de Salud.

En esta lógica, el Estado garantizaría la provisión y protección de los derechos sociales de los mexicanos mediante un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, siendo la Secretaría de Salud la que determinara el monto anual, según población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad. [16]

En lo que se refiere a las cuotas familiares serían destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el SPSS y estas cuotas serían recibidas y administradas por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

En síntesis, el Seguro Popular fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario, coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los REPSS, con el apoyo de los prestadores de servicios Estatales de Salud.

Comentarios:

El problema o necesidad se formula como un hecho negativo y como una situación que puede ser revertida. Se define la población que tiene el problema o necesidad, conforme el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud se establecen la cobertura de afiliación y meta de reafiliación del Seguro Popular, incluso las metas de revisión son mensuales y anuales como se ha mostrado en el presente documento.

En Tlaxcala se alcanzó en 2014 la cobertura universal y la carencia por acceso a los servicios de salud se ha reducido significativamente. La última información disponible de CONEVAL indica que la carencia por acceso a los servicios de salud se redujo en 14% de 2014 a 2015. Aunque si comparamos la información de 2010 a 2015 se tiene una disminución de la carencia en 18.6%. El Estado de Tlaxcala se ubica entre las cuatro entidades federativas que más impactaron en la reducción de la carencia por acceso a los servicios de salud.

[16] Artículo 77 BIS 20. Ley General de Salud.

2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

a. Causas, efectos y características del problema.
b. Cuantificación, características y ubicación territorial de la población que presenta el problema.
c. El plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta:	**Sí.**
Puntos:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, tiene sus orígenes en el año 2004, fecha en la que entra en vigor el Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud, determinándose en el artículo 77 BIS 1, que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) sin importar su condición social.[17] Subsiguiente, en abril de 2004 se publicó el Reglamento Interior de la Ley General de Salud.

La creación del Programa Seguro Popular planteo de la necesidad de resolver la situación de que 58.9% de la población nacional se encontraba en una situación de carencia por acceso a los servicios de salud en el año 2000; mientras que en Tlaxcala el 69% de la población tenía la carencia por acceso a los servicios de salud.

Igualmente, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificaba a México en el lugar 51 respecto a 191 países en el logro global de las metas de salud, capacidad de respuesta y equidad de contribución financiera, además se identificó que el país las familias más pobres ponen en riesgo su economía familiar por pagar los servicios de salud justamente cuando caen enfermos y más necesitan el dinero.

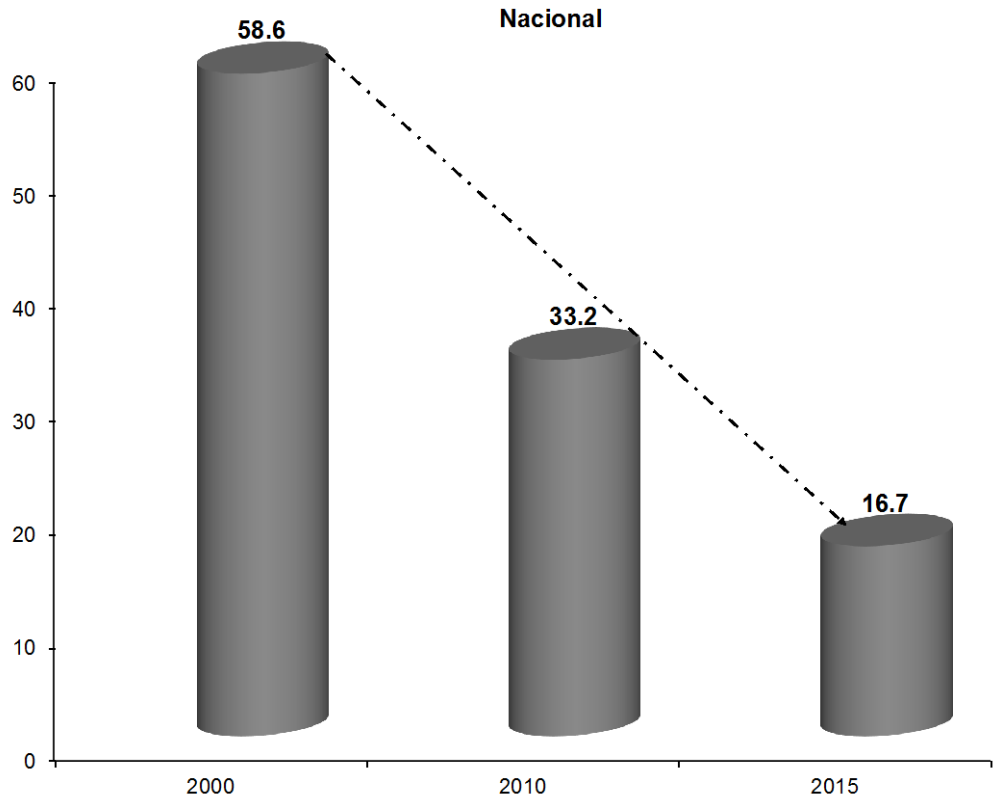
Derivado de lo anterior se realizaron pruebas piloto en función de los resultados arrojados en la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS) 2001. Posteriormente, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), instancia responsable de informar sobre la situación de la pobreza en el país, publica cada dos años

[17] Artículo 77 BIS 1. Ley General de Salud.

los indicadores de carencia social por entidad federativa, lo que permite cuantificar la población que presenta el problema.

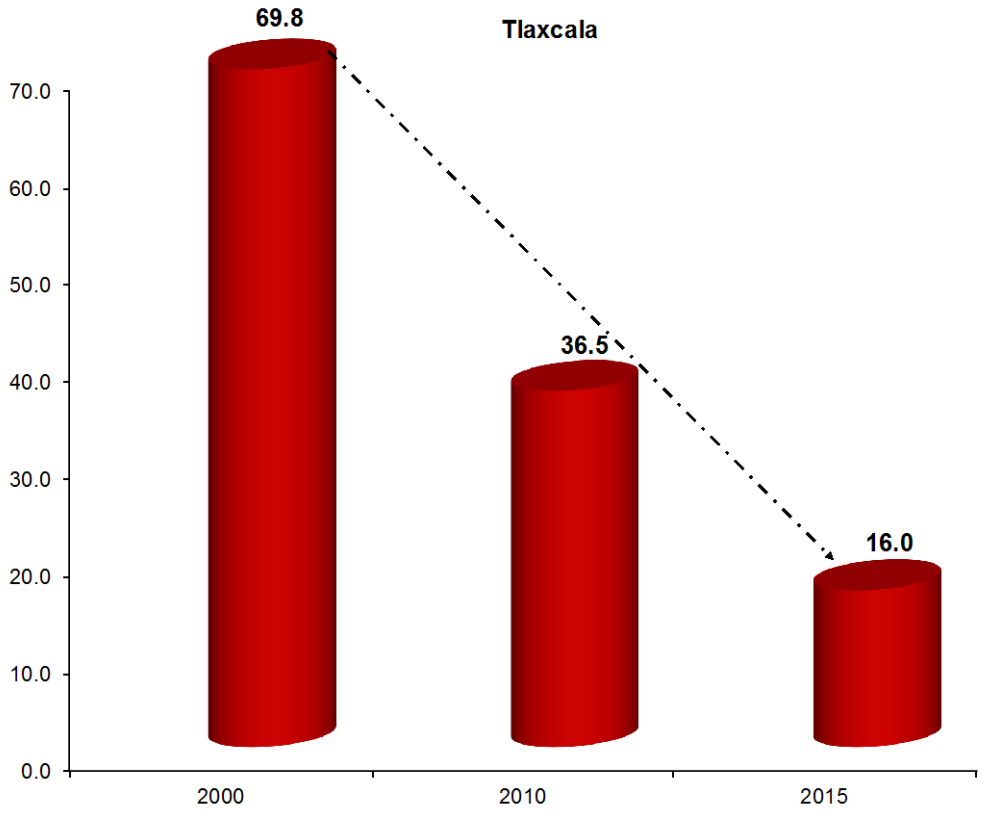
Como se observa en la gráfica 12, los resultados del Censo de Población y Vivienda del año 2000, ubicaron a Tlaxcala entre las diez entidades federativas con mayor porcentaje de su población en una situación de carencia por acceso a los servicios de salud, el 68.9% de los tlaxcaltecas no contaban con una afiliación a los sistemas de salud, lo que significaba que se ubicaban en el sector informal de la economía o no eran parte del mercado laboral. La carencia por acceso a los servicios de salud en México pasó de representar el 58.6% de la población en el año 2000 al 16.7% en el año 2015, significando una mejora de 42 puntos porcentuales.

Gráfica 14. Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en México: 2000-2015



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica 15. Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en Tlaxcala: 2000-2015



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal 2015.

En lo que se refiere al Estado de Tlaxcala, el Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud pasó de representar al 69.8% de la población en el año 2000 (sin Seguro Popular) al 16% de la población en 2015 (con Seguro Popular).

En lo que se refiere al SMSXXI, las Reglas de Operación para el ejercicio fiscal de 2016, destaca que, aunque el nivel de salud de los mexicanos ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas como resultado de la mayor cobertura de servicios de salud, de las mejoras de la higiene y el saneamiento, y avance de la tecnología, los logros en salud y las transiciones de índole epidemiológica y demográfica se han dado de manera desigual a lo largo del país, entre los diferentes estratos de ingreso en la población.

Por lo tanto, con el propósito de resolver las desigualdades en el acceso a los servicios médicos, las cuales son una de las principales causas por las que las personas más vulnerables tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población.

Asimismo, se identifica que el SMSXXI coadyuva a la política de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios.

Comentarios:

El Seguro Popular y SMSXXI define las causas, efectos y características del problema. El diagnóstico es publicado cada año en el Portal de Internet de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través del Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud, en el cual se destaca la cuantificación, características y ubicación territorial de la población que fue atendida y presenta el problema.

3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?

Respuesta:	**Sí**
Puntos:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

El Ejecutivo Federal estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y Programa Nacional de Salud 2001-2006, el eje rector de democratización de la salud en México, definido como el pleno ejercicio del derecho de los mexicanos a acceder a los servicios de salud en el país conforme lo instituido en artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En esta lógica, se crearon las condiciones para que la población no derechohabiente accediera a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o lugar de residencia. La política de planeación nacional determinó que la protección de la salud no podía ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio, sino un derecho social, por lo que el acceso a los servicios de salud debía ser universal, con especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no habían sido

plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes.

Los Programas Seguro Popular y SMSXXI se crearon con propósito de que la población que se ubicaba en los primeros quintiles de ingreso no derechohabiente tuviera acceso a los servicios de salud, sin que recayera en un gasto catastrófico para su bolsillo y al mismo tiempo la población tendría acceso a mejores condiciones de salud y bienestar.

Por un lado, el ejecutivo federal se enfrentaba al reto que representaba que 58.6% de los mexicanos estuvieran en situación de carencia por acceso a los servicios de salud, según información del Censo de Población y Vivienda del año 2000.[18] El Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), resaltó que las familias más pobres en México ponían en riesgo su economía familiar por pagar los servicios de salud justamente cuando caen enfermos y más necesitan el dinero.[19] Por su parte, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000, señaló que los primeros dos deciles de la población destinaban una mayor proporción del gasto en salud en medicamentos y atención primaria o ambulatoria.[20]

Por lo que en atención a los anteriores resultados en el año 2001 se levantó la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS), con el fin de obtener información respecto al entorno socioeconómico y financiero de la población y explorar factores relacionados a la demanda de atención, la cultura del prepago y la disponibilidad al prepago en salud. La ENAGS destacó que la población no asegurada representaba el 50.8% y la asegurada 49.2%; solamente el 30.4% de la población no asegurada estaría dispuesto a pagar por el Seguro Popular de Salud. Además el monto promedio que los entrevistados estarían dispuestos a pagar, fue de 461 pesos mensuales para más de 10 miembros de la familia y 106 pesos para 1 o 2 integrantes.[21]

Por lo tanto, con los resultados de la ENAGS 2001, se inició con un programa piloto denominado “Seguro Popular en Salud” en cinco entidades federativas en el año 2002. Por un lado, seleccionó a Aguascalientes, Colima y Jalisco, los cuales tenían bajo grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente fluctuaba entre 40% y 50%. Por el otro, seleccionó a los estados de Campeche y

[18] Estimaciones del CONEVAL con base en el Censo de Población y Vivienda 2000.
[19] OMS. 2000. Informe sobre la Salud en el Mundo. Organización Mundial de la Salud. 2000,
[20] CESOP, 2005. Programa Seguro Popular. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados. Febrero 2005. P.8.
[21] Ibídem. P.9-10.

Tabasco, los cuales tenían alto grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente era mayor al 50%.

Posteriormente, en el año 2003 se adicionaron a la prueba piloto 16 entidades federativas (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas), alcanzando una cobertura de 295 mil 511 familias afiliadas con un presupuesto ejercido de 162.4 millones de pesos (CEFP, 2007).

En lo relativo al SMSXXI, las Reglas de Operación para el ejercicio fiscal de 2016, destaca que, aunque el nivel de salud de los mexicanos ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas como resultado de la mayor cobertura de servicios de salud, de las mejoras de la higiene y el saneamiento, y avance de la tecnología, los logros en salud y las transiciones de índole epidemiológica y demográfica se han dado de manera desigual a lo largo del país, entre los diferentes estratos de ingreso en la población.

Por lo tanto, con el propósito de resolver las desigualdades en el acceso a los servicios médicos, las cuales son una de las principales causas por las que las personas más vulnerables tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población.

Asimismo, se identifica que el SMSXXI coadyuva a la política de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios.

TEMA 3. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS NACIONALES Y LOS SECTORIALES

4. El propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que:

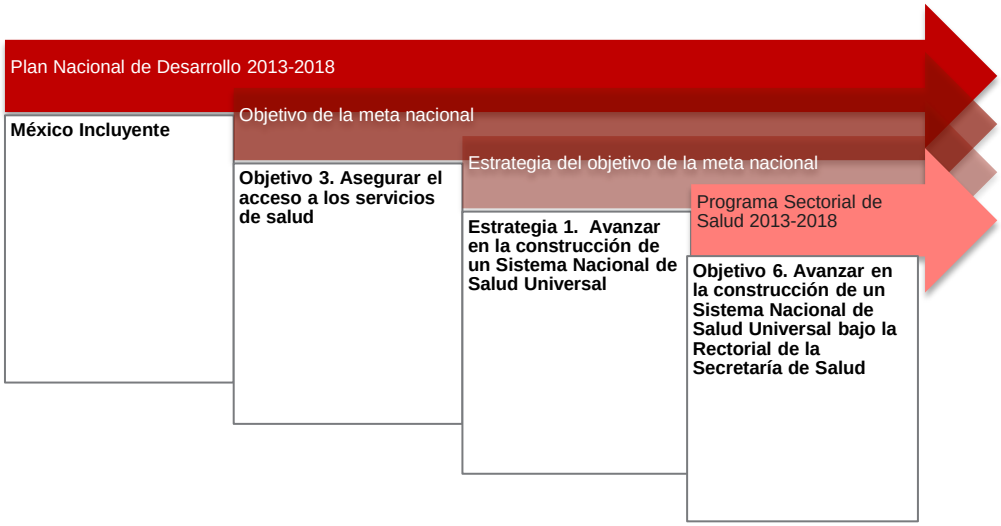
a. Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.
b. El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.

Respuesta:	**Sí**
Puntos:	**10 puntos sobre 100 puntos**

Justificación:

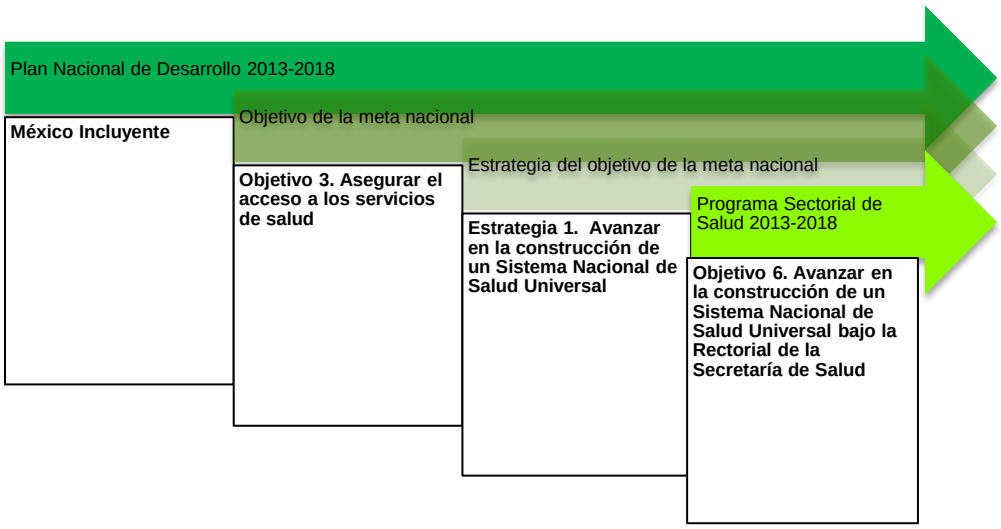
El Programa presupuestario U005 Seguro Popular del Ramo 12 Salud, del cual es responsable la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los REPSS está alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, específicamente a la Meta Nacional México Incluyente, se vincula al tercer objetivo de la Meta Nacional, relativo a "Asegurar el acceso a los servicios de salud", siendo la Estrategia del objetivo de la Meta Nacional "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal".

En la misma lógica, el Programa Seguro Popular está alineado al sexto objetivo del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, relativo a "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud".



Igualmente, el Programa presupuestario S201 Seguro Médico Siglo XXI del Ramo 12 Salud, su diseño está alineado a la segunda Meta Nacional México Incluyente, tercer objetivo de la Meta Nacional "Asegurar el acceso a los servicios de salud" y estrategia "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal".

También se vincula al sexto objetivo sectorial "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud".



5. ¿Con cuáles objetivos, ejes y temas del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial relacionado con el programa?

Justificación:

Como se ha señalado, el Programa presupuestario U005 Seguro Popular del Ramo 12 Salud, del cual es responsable la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el REPSS está alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, específicamente a la meta nacional México Incluyente, se vincula al tercer objetivo de la meta nacional, relativo a "asegurar el acceso a los servicios de salud", siendo la estrategia del objetivo de la meta nacional "avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal".

En la misma lógica el Programa Seguro Popular está alineado al sexto objetivo del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, relativo a "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud".

El Programa presupuestario está diseñado con fundamento en el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, se establece que 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.

Igualmente, el Programa presupuestario S201 Seguro Médico Siglo XXI del Ramo 12 Salud, está alineado a la segunda meta nacional México Incluyente, tercer objetivo de la meta nacional "Asegurar el acceso a los servicios de salud" y estrategia de "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal", así como al objetivo sectorial de "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud".

Las Reglas de Operación del Programa SMSXXI publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2015, establecen que el **objetivo general** del programa es financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

El **objetivo específico** es otorgar el financiamiento para que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con las Metas del Milenio y/o SDG de Naciones Unidas?

Justificación:

El Programa Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI se vincula con tres metas del milenio:

Objetivo 1, "Erradicar la pobreza extrema y el hambre", se establece como meta reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre.

Uno de los indicadores de pobreza es tener o no acceso a los servicios de salud, por lo tanto, en la medida que las personas ejerzan efectivamente este derecho, se elevará su condición de vida y bienestar. En esta lógica los Programas Seguro Popular y SMSXXI coadyuvan a reducir la pobreza extrema en México.

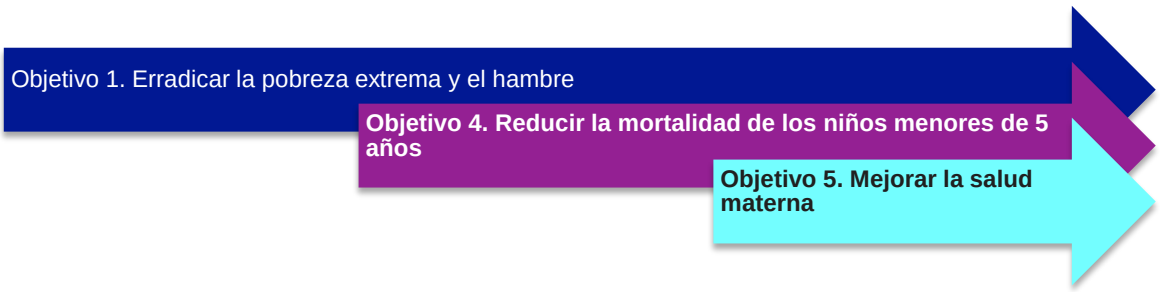
Objetivo 4, "Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años", se establece la meta de reducir esta situación en dos terceras partes, entre 1990 y 2015.

Esta meta se relaciona directamente con los mecanismos de política pública que fortalezcan la atención médica integral y los niveles de prevención que favorezcan la supervivencia de este grupo poblacional.

Objetivo 5, "Mejorar la salud materna", se establece la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

Por lo tanto, la atención medica durante el periodo del embarazo y el parto, se relaciona con la atención médica pertinente de carácter prenatal y la atención al recién nacido durante el periodo neonatal y los primeros años de vida.[22]

[22] Caballero J, José Antonio, Moctezuma, Gonzalo y Solange Maqueo, María. 2014. Programa Seguro Médico Siglo xxi": una propuesta de política pública para fortalecer el derecho a la salud de la primera infancia en México. Revista Derecho del Estado No.33 Bogotá July/Dec. 2014. Print version ISSN 0122-9893



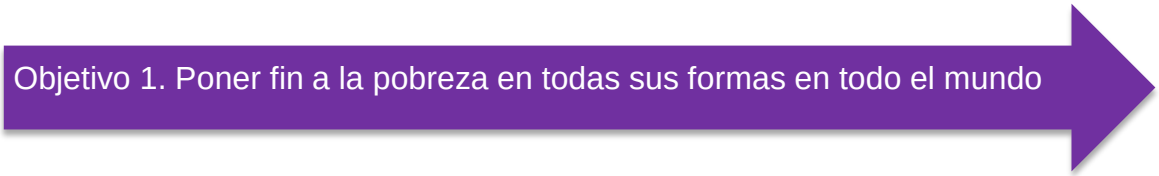
En el año 2015, México no logró cumplir con las metas de desarrollo del milenio, concernientes a reducir la Razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil, incluso se prevé que la meta relativa a reducir la mortalidad infantil sea cumplida en el año 2018, en tanto la meta de mortalidad materna puede que no sea cumplida en el presente sexenio.

En el caso de Tlaxcala se logró cumplir con la meta de reducir a tres cuartas partes la Razón de Mortalidad Materna, aunque no la tasa de mortalidad infantil.

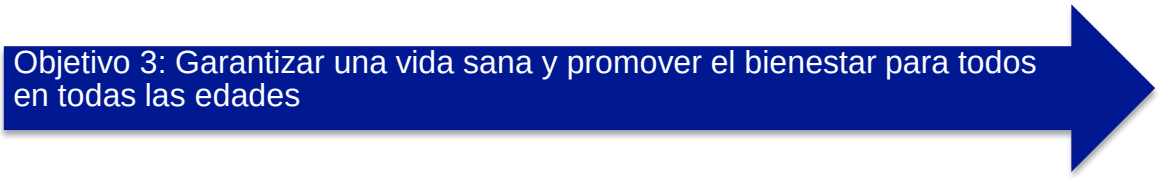
Por lo tanto, en seguimiento a las metas establecidas por los líderes mundiales, el 1 de enero de 2016 entraron en vigor 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual fue aprobada en septiembre de 2015 en una cumbre histórica de las Naciones Unidas. Los nuevos objetivos mundiales tienen el propósito de redoblar los esfuerzos en los países para poner fin a la pobreza en todas sus formas, mediante el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente.

Los nuevos objetivos no son exclusivos de los países en desarrollo, ahora son de carácter universal. Por lo que, para alcanzar las metas, todo el mundo tiene un papel preponderante, tanto gobiernos, como el sector privado, la sociedad civil y las familias.

En esta lógica, los objetivos del Seguro Popular y SMSXXI se alinean directamente en 2 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. El primero relativo a “Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo”, y el segundo, concerniente a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.



El Seguro Popular y el SMSXXI coadyuvan a incrementar el acceso a los servicios de salud en México, lo que impacta en la mejora de los indicadores de pobreza que considera el CONEVAL en la metodología de medición de la pobreza.



El Seguro Popular y el SMSXXI tienen como parte de sus propósitos mejorar la condición de salud infantil y materna, además de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.

TEMA 4. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO, Y MECANISMOS DE ELECCIÓN

Se entenderá por ***población potencial*** a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.

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.

Se entenderá por ***población atendida*** a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

7. Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:

a) Unidad de medida.
b) Están cuantificadas.
c) Metodología para su cuantificación y fuente de información
d) Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta:	**Si**
Puntuación:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

No se identificó evidencia sobre criterios metodológicos actualizados para estimar las poblaciones, potencial y objetivo en el Programa Seguro Popular. Aunque el artículo 78 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, determina que el número de personas beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de personas al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación

correspondientes y tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.[23]

En función de lo anterior se identifica en el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016, en el Anexo II la cobertura de afiliación y la meta de reafiliación. Incluso se establecen las metas de la estrategia de transversalidad del Seguro Popular con el Programa PROSPERA y Programa de Adultos Mayores 65 y más.

Para el año 2016 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud determinó que en Tlaxcala la cobertura de afiliación anual sería de 865 mil 929 personas, en tanto la cobertura de PROSPERA sería de 249 mil 975 personas.

En cuanto a las metas de reafiliación se determinó una meta acumulada de 249 mil 538 personas y una mínima de 124 mil 769 personas. Se determinó un crecimiento mensual PROSPERA de 1,179.

Cabe señalar que en función de estas metas el REPSS Tlaxcala fue evaluado con indicadores de desempeño relativos al avance de metas en afiliación y reafiliación, según lo establecido en el Acuerdo.

Tabla 4. Cobertura de Afiliación y meta de afiliación para el Estado de Tlaxcala

Meses	Cobertura		Reafiliación		
	Afiliación Acumulada	PROSPERA[24] Mínima	Acumulada	Mínima	%
	A[25]	B[26]	C[27]	D[28]	E[29]
Enero	930,877	237,006	16,068	321	2
Febrero	930,877	238,185	32,935	1,647	5
Marzo	930,877	239,364	46,966	3,997	8
Abril	865,929	240,543	73,825	9,597	13
Mayo	865,929	241,722	100,705	18,127	18
Junio	865,929	242,901	131,753	30,303	23
Julio	865,929	244,080	170,272	47,676	28

[23] Artículo 78. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
[24] El crecimiento mensual PROSPERA fue de mil 179 afiliados.
[25] La columna "A" corresponde a la cobertura mensual.
[26] La columna "B" corresponde a la cobertura mensual acumulada de la población PROSPERA que la entidad federativa debe cumplir.
[27] La columna "C" corresponde a los vencimientos mensuales acumuladso de 2016, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2015.
[28] La columna "D" corresponde al mínimo mensual acumulado de reafiliación que la entidad federativa debe cumplir.
[29] La columna "E" corresponde al porcentaje mínimo de reafiliación que la entidad federativa debe cumplir.

Agosto	865,929	245,259	192,155	65,333	34
Septiembre	865,929	246,438	212,302	82,798	39
Octubre	865,929	247,617	228,751	100,650	44
Noviembre	865,929	248,796	236,207	113,379	48
Diciembre	865,929	249,975	249,538	124,769	50
Total anual	865,929	249,975	249,538	124,769	50

Fuente: Anexo II de Coordinación para el ejercicio del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016, correspondiente al Estado de Tlaxcala.

En lo que se refiere al Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2016, las Reglas de Operación del Programa publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2015, establecen cobertura en todo el territorio nacional donde habiten familias con niñas y niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del SMSXXI.

De acuerdo con las ROP del SMSXXI 2016:

la Población potencial: corresponde a las niñas y niños menores de cinco años de edad, proyectados por la Dirección General de Información en Salud, unidad administrativa de la Secretaria de Salud responsable de estimar la población potencial susceptible de incorporarse al Sistema.

La Población objetivo: corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.

La Población atendida: estará constituida por las niñas y niños menores de cinco años afiliados y con adscripción a una Unidad Médica Acreditada del SPSS.

Si se considera las proyecciones de la CONAPO al año 2016 se tiene un total de 149 mil niños y niñas menores de 5 años en Tlaxcala. Las ROP consideran que la población objetivo corresponderá al 80% de la población potencial, lo que representaría a un total de 119 mil 446 infantes. En tanto la población atendida por el Seguro Médico Siglo XXI en Tlaxcala es de un total de 76 mil 890 infantes. Esto significaría que el programa tiene una cobertura de 64.4%.

Poblaciones	Unidad de medida	2016
Población potencial	Niños menores de 5 años	149,304
Población objetivo	Niños menores de 5 años	119,446
Población atendida	Niños menores de 5 años	76,890
(Población atendida/Población objetivo)*100	Porcentaje	64.4%

Fuente: Elaboración propia con proyecciones de CONAPO y cifras del Informe de Resultados 2016 de la CNPSS.

COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

8. El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:

a) Incluye la definición de la población objetivo.
b) Especifica metas de cobertura anual.
c) Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
d) Es congruente con el diseño del programa.

Sí	**Sí**
Puntuación:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

Como se señaló en la justificación de la pregunta anterior. Se estableció para Tlaxcala en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016 que la cobertura de afiliación anual sería de 865 mil 929 personas, en tanto la cobertura de PROSPERA sería de 249 mil 975 personas.

En cuanto a las metas de reafiliación se determinó una meta acumulada de 249 mil 538 personas y una mínima de 124 mil 769 personas. Se determinó un crecimiento mensual PROSPERA de 1,179.

Las metas son congruentes con el diseño del programa, son de corto plazo (mensual y anual) en función del año presupuestario, ya que para el siguiente ejercicio fiscal se firmaría otro Acuerdo de Coordinación.

Se debe comentar que la cobertura está vinculada al presupuesto autorizado en cada uno de los REPSS. De acuerdo con el artículo 78 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, "con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de personas beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de personas al Sistema, con

criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente".[30]

9. **¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.**

Respuesta:	**Si**
Puntuación:	**10 sobre 100 puntos**

Justificación:

Como se explicó anteriormente, no se encontró evidencia sobre criterios metodológicos actualizados para estimar las poblaciones, potencial y objetivo del Programa Seguro Popular. Sin embargo, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud establece en el artículo 79 que la Secretaría de Salud proporcionará anualmente a la Comisión la información sobre las proyecciones de la población beneficiaria potencial por entidad federativa expresada en número de personas conforme a los criterios metodológicos correspondientes.[31]

Respecto al SMSXXI, las ROP 2016 definen que la población objetivo corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario. En tanto la población potencial corresponde a las niñas y niños menores de cinco años de edad, proyectados por la Dirección General de Información en Salud, unidad administrativa de la Secretaria de Salud responsable de estimar la población potencial susceptible de incorporarse al Sistema.

Comentarios:

El REPSS Tlaxcala tiene un mecanismo para identificar su población objetivo, entendida como la población que el Seguro Popular tiene

[30] Artículo 78, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
[31] Artículo79 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección en Salud. P. 16.

planeado o programado atender para cubrir la población potencial; es decir, la población que tiene la carencia de acceso a los servicios de salud, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

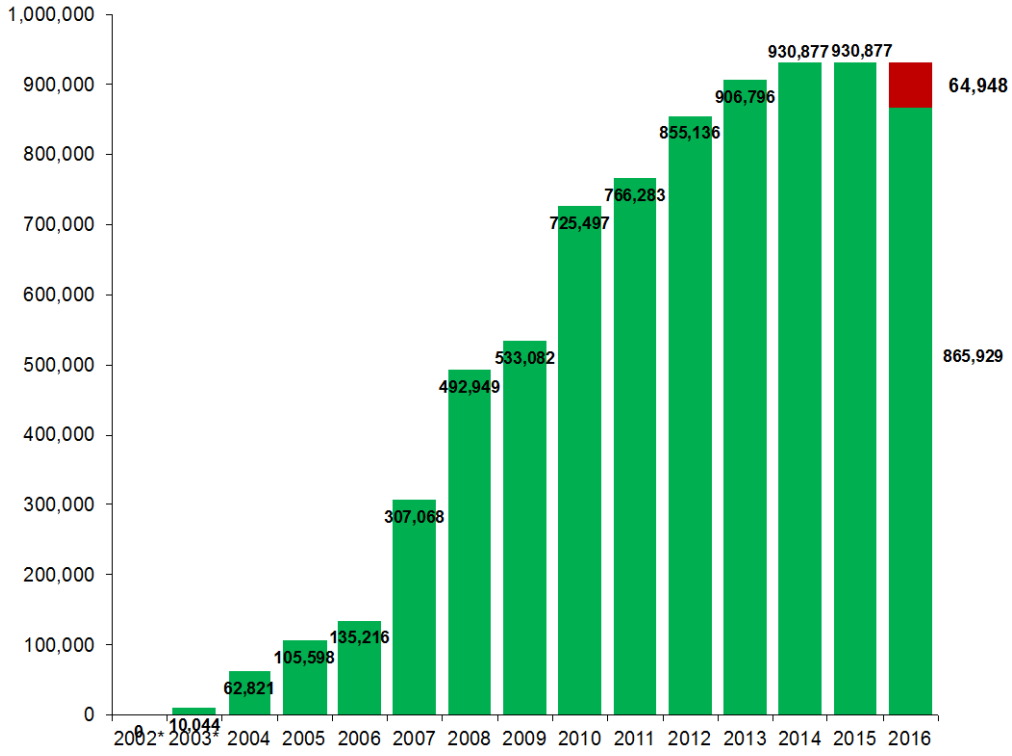
Cabe reiterar que la CNPSS es la instancia que envía a los REPSS la cobertura de afiliación y las metas de afiliación.

10. A partir de las definiciones de la población potencial, la población objetivo y la población atendida, ¿cuál ha sido la cobertura del programa en el tiempo?

Justificación:

Como se muestra en la gráfica 7, el Estado de Tlaxcala pasó de una cobertura de 62 mil 821 personas en 2004 a 865 mil 929 en 2016, cumpliendo al 100% con la meta establecida en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

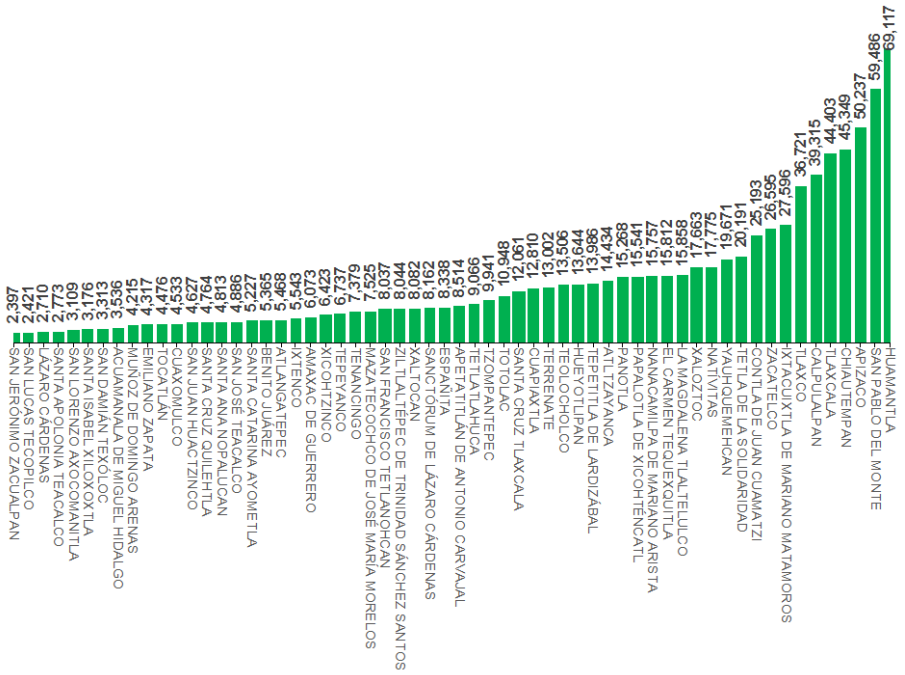
Gráfica 7. Número de personas afiliadas al Seguro Popular en Tlaxcala



Fuente: REPSS Tlaxcala.

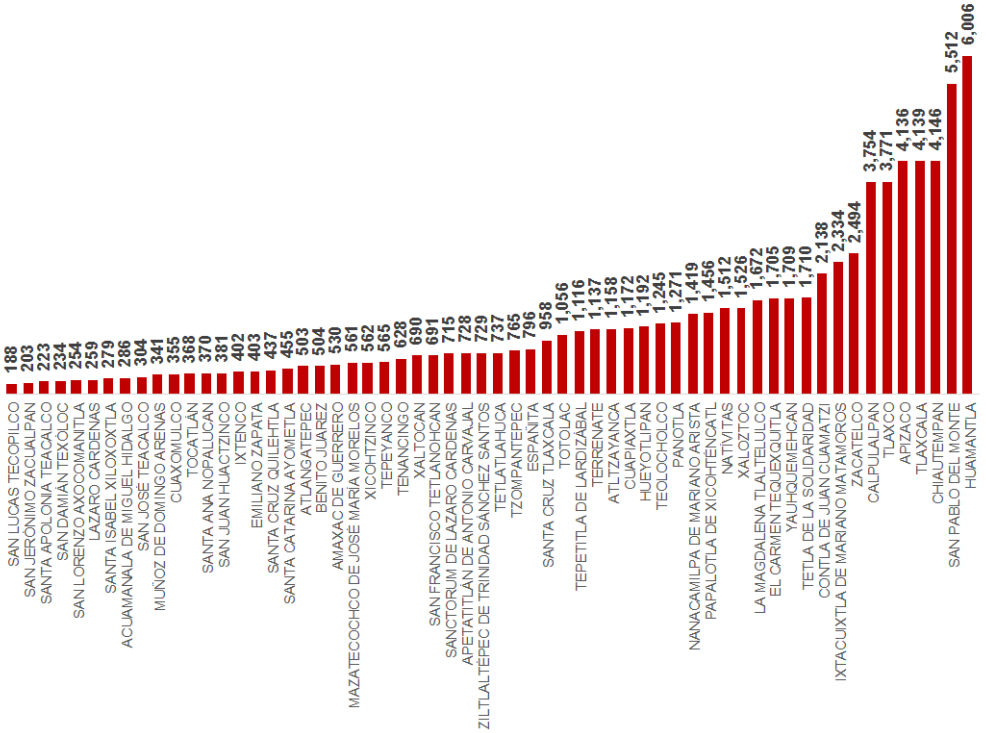
Como se puede apreciar en la gráfica 16, los tres municipios del estado de Tlaxcala con mayor número de afiliados al Seguro Popular son: Huamantla (69 mil 117 afiliados), San Pablo del Monte (59 mil 486 afiliados) y Apizaco (50 mil 237 afiliados). Contrariamente, los tres municipios con un menor número de afiliados son: San Jerónimo Zacualpan (2 mil 397 afiliados), San Lucas Tecopilco (2 mil 421 afiliados) y Lázaro Cárdenas (2 mil 710).

Gráfica 16. Afiliación al Seguro Popular en los municipios del Estado de Tlaxcala: 2016



Fuente: Elaboración propia con cifras de la CNPSS.

Gráfica 17. Afiliación Seguro Médico Siglo XXI en Tlaxcala en 2016



Fuente: Elaboración propia con cifras de la CNPSS.

En cuanto a la cobertura de afiliación al SMSXXI, los municipios con mayor número de infantes afiliados son: Huamantla (6 mil 6 afiliados), San Pablo del Monte (5 mil 512 afiliados) y Chiautempan (4 mil 146 infantes).

Respecto a los municipios con menos cantidad de infantes afiliados al SMSXXI son: San Lucas Tecopilco (188 afiliados), San Jerónimo Zacualpan (203 afiliados) y Santa Apolonia Teacalco (223 afiliados).

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

11. El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida con las siguientes características:

a) Su aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas.
b) Corresponden a las características de sus beneficiarios.
c) Los resultados que arrojan son representativos.

Respuesta:	**Si**
Puntuación:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

De acuerdo con la CNPSS, la satisfacción de los beneficiarios en relación a los servicios de salud es un elemento fundamental que refleja los alcances del principal objetivo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS): proporcionar protección financiera en salud a la población no derechohabiente del país, garantizando el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización, y sin discriminación a los servicios médicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los beneficiarios.

Por lo tanto, la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (DGGSS), a través de las Dirección de Supervisión y Verificación (DSV), puso a disposición de los Regímenes Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) la herramienta informática del Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), el cual contempla dentro de su diseño un módulo específico para la medición de la satisfacción de los beneficiarios.

El MOSSESS sirve para monitorear la calidad y oportunidad en la atención que se les brinda a los beneficiarios dentro de la relación Financiador-

Prestador, los resultados que se deriven del levantamiento de la información serán atendidos por el REPSS.

El área de Gestión de Servicios de Salud, utilizará esta herramienta para evaluar el desempeño de los prestadores que conforman la red, además de planear, coordinar y dar seguimiento a las actividades relacionadas con el modelo de supervisión.

Para el Estado de Tlaxcala se estableció en el Anexo VII del Acuerdo de Coordinación, el número de unidades a visitar y el número de beneficiarios a entrevistar, el cual se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 5. Número de beneficiarios a entrevistar en Tlaxcala con el MOSSESS

Entidad	Tamaño de la muestra J.S (Afiliados, IC 95%, E: 0.05)	Tamaño de la muestra J.S (Centros de Salud, IC 95%, E: 0.05)	Total de beneficiarios por entidad.*[32]
Tlaxcala	384 Afiliados por J.S.	119 Unidades de Salud	1,152

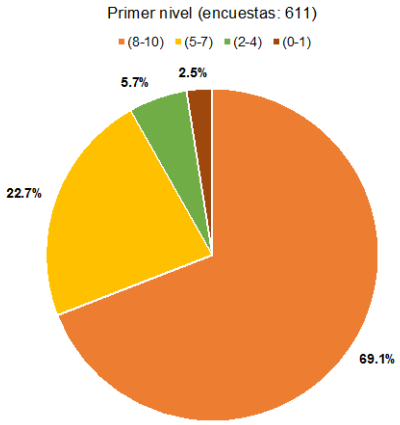
Fuente: REPSS Tlaxcala.

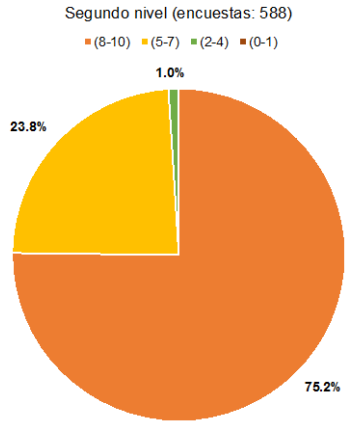
Según el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, el Estado de Tlaxcala a través del REPSS, es el responsable de la aplicación del MOSSESS.

Resultados MOSSESS 2016

Afiliación

2-¿Cuál es el grado de satisfacción de la atención recibida en este establecimiento?

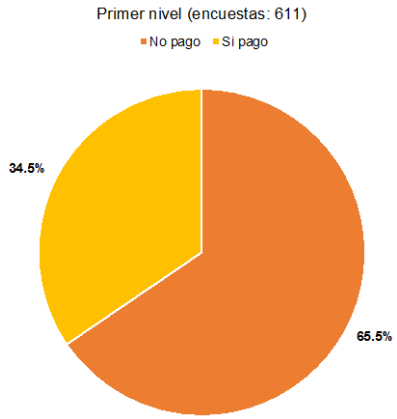


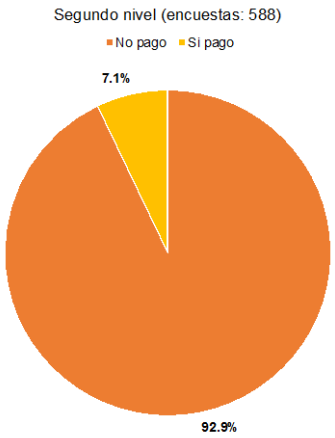


[32] * Número de jurisdicciones sanitarias.

Fuente: Indicadores de la Encuesta de Satisfacción. REPSS Tlaxcala.

- ✓ En primer nivel, el 69.1% de las personas encuestadas expresaron un grado de satisfacción de entre 8 y 10.
- ✓ En segundo nivel, el 75.2% de las personas encuestadas expresaron un grado de satisfacción de entre 8 y 10.





Gasto de bolsillo

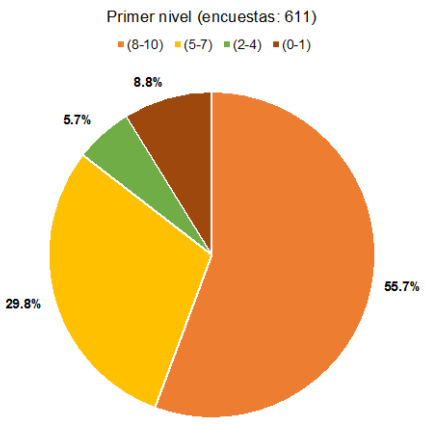
7- ¿Le solicitaron pagar por el servicio?

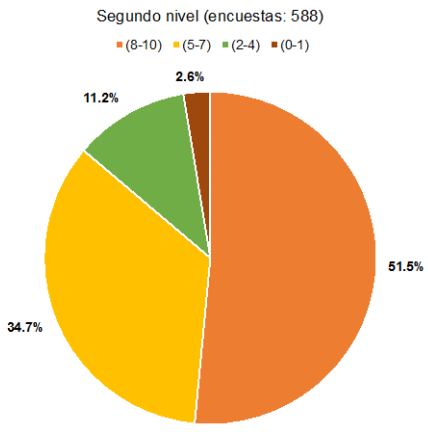
- ✓ En primer nivel, el 65.5% de las personas encuestadas expresaron que no pagaron.
- ✓ En segundo nivel, el 92.9% de las personas encuestadas expresaron que no pagaron.

Fuente: Indicadores de la Encuesta de Satisfacción. REPSS Tlaxcala.

Tiempos de espera

9- ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que tuvo que esperar desde que solicitó atención hasta que la recibió?



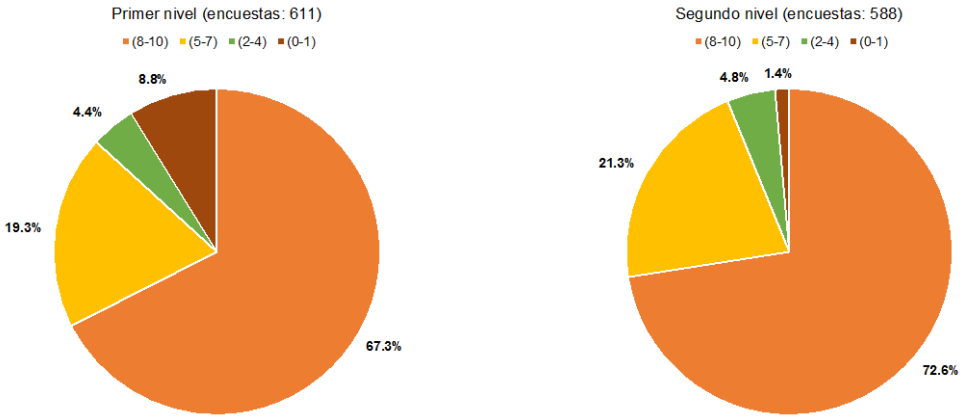


- ✓ En primer nivel el 55.7% de las personas encuestadas expresaron un grado de satisfacción de entre 8 y 10.
- ✓ En segundo nivel el 51.5% de las personas encuestadas expresaron un grado de satisfacción de entre 8 y 10.

Surtimiento de medicamentos

11- ¿Qué tan satisfechos está con el surtimiento de medicamentos?

- ✓ En primer nivel el 67.3% de las personas encuestadas expresaron un grado de satisfacción de entre 8 y 10.
- ✓ En segundo nivel el 72.6% de las personas encuestadas expresaron un grado de satisfacción de entre 8 y 10.

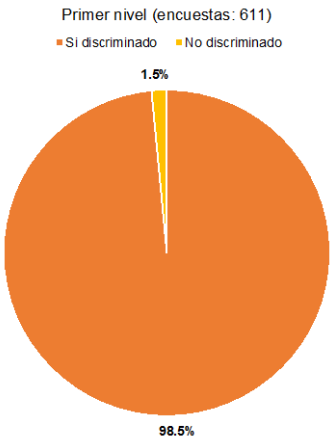


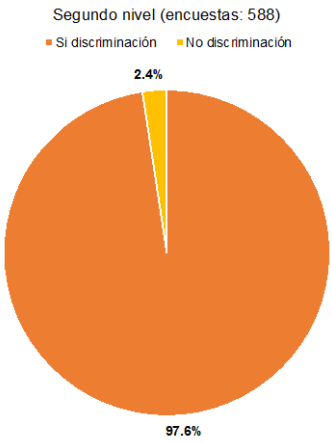
Fuente: Indicadores de la Encuesta de Satisfacción. REPSS Tlaxcala.

Discriminación

13- ¿Sintió un trato discriminatorio durante la atención recibida por parte del personal de la unidad?

- ✓ En primer nivel el 98.5% de las personas encuestadas expresaron no sentirse discriminado.
- ✓ En segundo nivel el 97.6% de las personas encuestadas expresaron no sentirse discriminado.



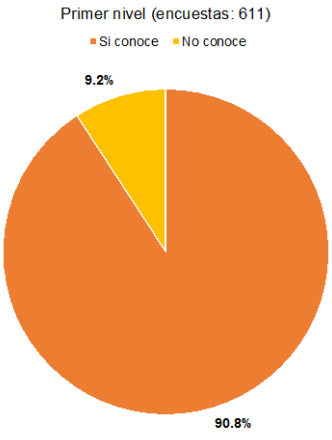


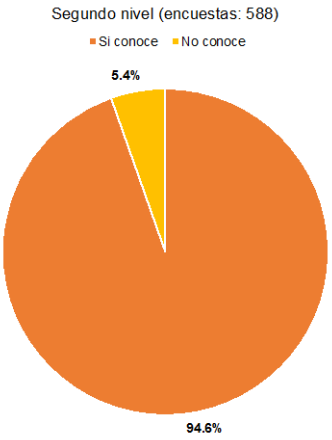
Fuente: Indicadores de la Encuesta de Satisfacción. REPSS Tlaxcala.

Mecanismo de reembolso

14- ¿Conoce el mecanismo para solicitar el reembolso?

- ✓ En primer nivel el 90.8% de las personas encuestadas expresaron que si conoce el mecanismo para solicitar el reembolso.
- ✓ En segundo nivel el 94.6% de las personas encuestadas expresaron que si conoce el mecanismo para solicitar el reembolso.





Fuente: Indicadores de la Encuesta de Satisfacción. REPSS Tlaxcala.

SALUD

SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA)

Seguro Popular

Espacio para registro del personal del Sistema Unificado de Gestión

Fecha registro en plataforma SUG: | | | | (día, mes, año)

Folio generado por la plataforma SUG:

Para otorgarle una mejor atención proporcione los siguientes datos y al reverso describa su solicitud.

Datos de Identificación

Indique si tiene Seguro Popular: Si ☐ No ☐ **Género:** Femenino ☐ Masculino ☐ **Fecha:** | | | (día, mes, año)

Nombre (s) | **Apellido paterno** | **Apellido materno**

Domicilio:

Calle | **Número exterior** | **Número interior** | **Colonia**

Delegación o municipio | **Entidad federativa**

Teléfono: | **Correo electrónico:**

ANVERSO

Solicitud de Atención: Queja, Felicitación, Sugerencia o Solicitud de Gestión

En el siguiente espacio describa de forma clara y precisa su solicitud incluyendo datos importantes como fechas, personas involucradas, lugares y hechos.

Firma o huella digital

Aviso de Privacidad

Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley en los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

REVERSO

TEMA 5. ANÁLISIS DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN

12. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:

a) Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
b) Incluya el tipo de apoyo otorgado.
c) Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.
d) Cuente con mecanismos de documentación para su depuración y actualización.

Respuesta:	**Sí**
Puntuación:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

Con fundamento en el Reglamento Interior de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establece en el capítulo IV del Padrón de Beneficiarios, los cinco artículos relativos a la integración, actualización, evaluación y transparencia.

En primera instancia, la normatividad establece que la CNPSS en coordinación con los REPSS son los responsables de integrar el padrón nominal, en el cual se establece que debe contener al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención medica de adscripción.

A continuación, se enuncian los artículos del Reglamento Interior de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud:

- *Artículo 49 "El Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión y de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 5 inciso A, fracción X de la Ley."*

- *Artículo 50. El Padrón será de tipo nominal y deberá contener, al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.*
- *Artículo 51. El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad en los términos de lo previsto en los artículos 18, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los artículos 5 y 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, para lo cual la Comisión establecerá los mecanismos para su conformación, actualización y consulta.*
- *Artículo 52. Para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 77 Bis 3, 77 Bis 5, apartado A, fracción XI y 77 Bis 7, fracción II de la Ley, la Comisión solicitará anualmente al Consejo de Salubridad General, conforme lo acuerden, la realización del cotejo del Padrón contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica.*

  El Consejo de Salubridad General turnará el dictamen de cotejo a la Comisión para que ésta proceda a la cancelación de los beneficios del Sistema de las familias que se encuentren registradas en alguno de los padrones de las instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.
- *Artículo 53. La Comisión tendrá la facultad de ordenar las evaluaciones que considere pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, en este Reglamento y en los lineamientos aplicables en la materia."*[33]

En seguimiento a lo establecido en la normatividad, la CNPSS establece en el Manual de Afiliación y Operación los criterios de validación e integración del padrón y se define el calendario de validación, el cual se envía para conocimiento de los REPSS. El objetivo es que la CNPSS obtenga el total de beneficiarios susceptibles de gestión de transferencia de recursos a cargo de la federación.

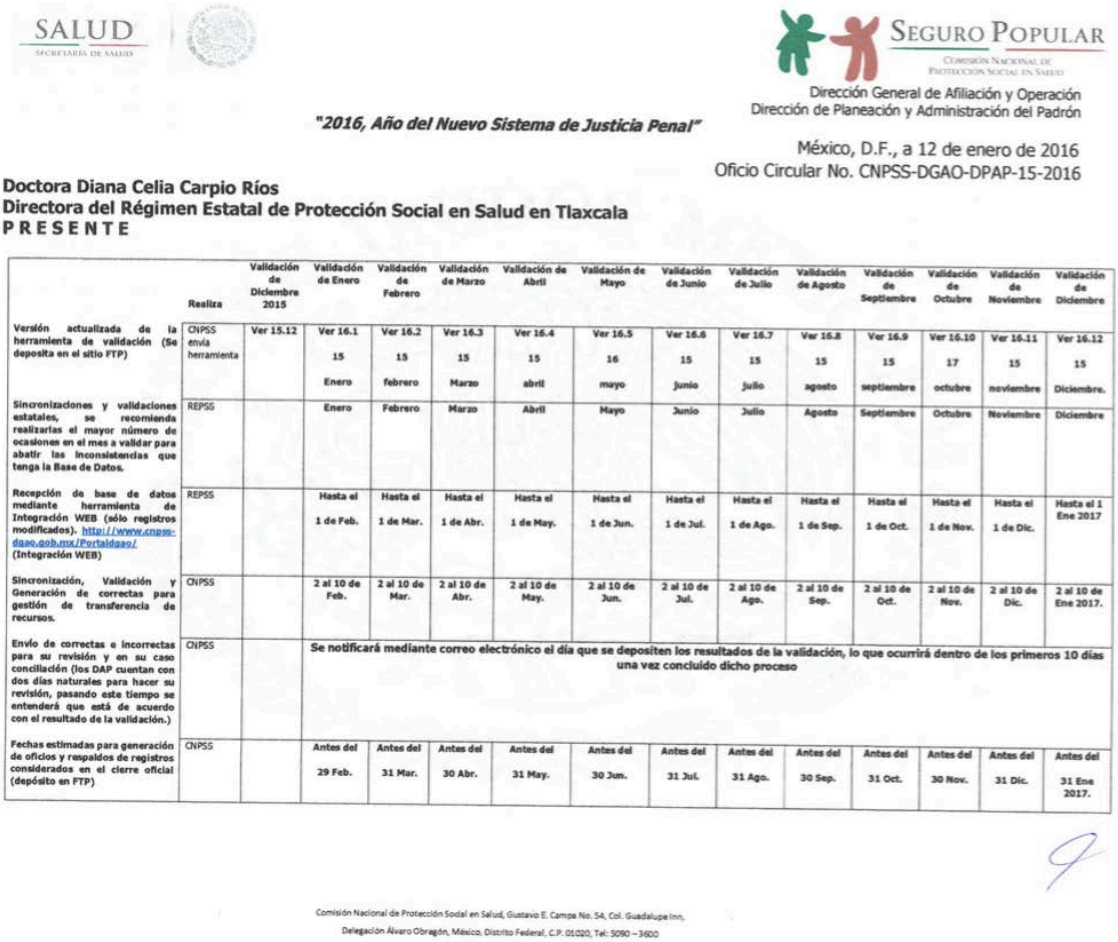
En lo que se refiere al calendario de validación del REPSS Tlaxcala se establecen las siguientes fechas y procesos de validación del padrón:

- La CNPSS determina que los días 15 de cada mes se envía la herramienta de validación.
- Cada mes del REPSS realiza las sincronizaciones y validaciones estatales.
- Todos los días primero de cada mes el REPSS realiza la recepción de base de datos mediante la herramienta de integración WEB.

[33] Reglamento Interior de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

- De los días 2 al 10 de cada mes la CNPSS sincroniza, valida y genera correctas para gestión de transferencia de recursos.
- Sin fecha específica de cada mes la CNPSS notifica al REPSS mediante el correo electrónico el día que se depositen los resultados de validación, lo que ocurrirá dentro de los primeros 10 días una vez concluido dicho proceso.
- El último día de cada mes la CNPSS genera oficios y respaldos de registros considerados en el cierre oficial.

Ilustración 1. Calendario de Validación del Padrón REPSS Tlaxcala



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dirección General de Afiliación y Operación
Dirección de Planeación y Administración del Padrón

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

México, D.F., a 12 de enero de 2016
Oficio Circular No. CNPSS-DGAO-DPAP-15-2016

Doctora Diana Celia Carpio Ríos
Directora del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala
PRESENTE

	Realiza	Validación de Diciembre 2015	Validación de Enero	Validación de Febrero	Validación de Marzo	Validación de Abril	Validación de Mayo	Validación de Junio	Validación de Julio	Validación de Agosto	Validación de Septiembre	Validación de Octubre	Validación de Noviembre	Validación de Diciembre
Versión actualizada de la herramienta de validación (Se deposita en el sitio FTP)	CNPSS envía herramienta	Ver 15.12	Ver 16.1 15 Enero	Ver 16.2 15 febrero	Ver 16.3 15 Marzo	Ver 16.4 15 abril	Ver 16.5 16 mayo	Ver 16.6 15 Junio	Ver 16.7 15 Julio	Ver 16.8 15 agosto	Ver 16.9 15 septiembre	Ver 16.10 17 octubre	Ver 16.11 15 noviembre	Ver 16.12 15 Diciembre.
Sincronizaciones y validaciones estatales, se recomienda realizarlas el mayor número de ocasiones en el mes a validar para abatir las inconsistencias que tenga la Base de Datos.	REPSS		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Recepción de base de datos mediante herramienta de Integración WEB (sólo registros modificados). http://www.cnpss-dgao.gob.mx/Portaldgao/ (Integración WEB)	REPSS		Hasta el 1 de Feb.	Hasta el 1 de Mar.	Hasta el 1 de Abr.	Hasta el 1 de May.	Hasta el 1 de Jun.	Hasta el 1 de Jul.	Hasta el 1 de Ago.	Hasta el 1 de Sep.	Hasta el 1 de Oct.	Hasta el 1 de Nov.	Hasta el 1 de Dic.	Hasta el 1 Ene 2017
Sincronización, Validación y Generación de correctas para gestión de transferencia de recursos.	CNPSS		2 al 10 de Feb.	2 al 10 de Mar.	2 al 10 de Abr.	2 al 10 de May.	2 al 10 de Jun.	2 al 10 de Jul.	2 al 10 de Ago.	2 al 10 de Sep.	2 al 10 de Oct.	2 al 10 de Nov.	2 al 10 de Dic.	2 al 10 de Ene 2017.
Envío de correctas e incorrectas para su revisión y en su caso conciliación (los DAP cuentan con dos días naturales para hacer su revisión, pasando este tiempo se entenderá que está de acuerdo con el resultado de la validación.)	CNPSS		Se notificará mediante correo electrónico el día que se depositen los resultados de la validación, lo que ocurrirá dentro de los primeros 10 días una vez concluido dicho proceso											
Fechas estimadas para generación de oficios y respaldos de registros considerados en el cierre oficial (depósito en FTP)	CNPSS		Antes del 29 Feb.	Antes del 31 Mar.	Antes del 30 Abr.	Antes del 31 May.	Antes del 30 Jun.	Antes del 31 Jul.	Antes del 31 Ago.	Antes del 30 Sep.	Antes del 31 Oct.	Antes del 30 Nov.	Antes del 31 Dic.	Antes del 31 Ene 2017.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Gustavo E. Campa No. 54, Col. Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, México, Distrito Federal, C.P. 01020, Tel: 5090 – 3600

Fuente: REPSS Tlaxcala.

Además, los REPSS cuentan con los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.

El padrón de beneficiarios no incluye el beneficio esperado por beneficiarios, puesto que una vez verificado el padrón se envía conforme al calendario a la CNPSS, para que sea nuevamente verificado y sea posible la ministración mensual a entidades federativas, conforme la aportación por persona de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (Anual por persona)	Aportaciones (Pesos)
1. Cuota Social (CS)	**1,007.48**
2. Aportación Solidaria Federal (ASF)	**1,716.53**
3. Aportación Solidaria Estatal (ASE)	**503.78**

El padrón de beneficiarios del Seguro Popular y SMSXXI están sistematizados e incluyen clave única de identificación por beneficiario que no cambia en el tiempo. Es importante contar con los elementos de identificación, a fin de realizar el cruce de padrones con otras instituciones de salud, ya sea para depurar padrón o bien para atender las estrategias de transversalidad.

De acuerdo con la CNPSS, al cierre de 2015 se tenía una cobertura de salud con Seguro Popular de 57.1 millones de personas en total nacional. No obstante, con el cruce de información con los institutos de seguridad social y la coordinación con los REPSS de las 32 entidades federativas, se identificó que 2.2 millones de personas tenían doble derechohabiencia. Por lo tanto, con la depuración del padrón al cierre de 2016 se tuvo una meta alcanzada de 54.92 millones de personas afiliadas a nivel nacional.

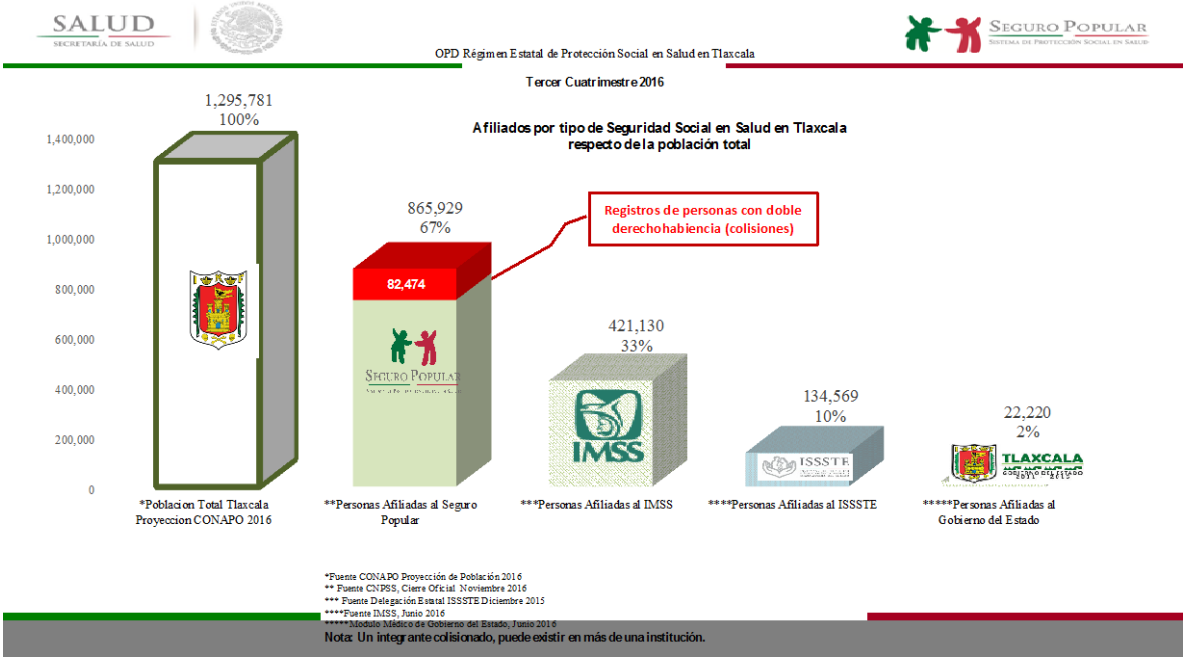
Según el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016, la suma de la población que recibe prestaciones y/o tiene aseguramiento público en salud pareciera ser mayor a la población total del país; lo anterior es debido a varios factores: por ejemplo, una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas, o bien dentro de una misma institución hay duplicidades como pensionados con aseguramiento vigente (es decir, una persona que recibe una pensión por

viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado).[34]

En Tlaxcala, el padrón nominal del Seguro Popular tuvo una depuración de 64 mil 948 personas, derivado del ajuste a la cobertura de afiliación del 78.7% con respecto a las colisiones (doble derechohabiencia) con otras seguridades sociales.

Como se observa en la gráfica 18, la distribución de la población por institución de protección en salud sugiere que más del 100% de población en Tlaxcala está afiliada a una institución de salud, ya que 67% de la población está afiliada al Seguro Popular, 33% son derechohabientes del IMSS, 10% del ISSSTE y 2% son personas afiliadas al Gobierno del Estado.

Gráfica 18. Afiliados por tipo de seguridad social en Salud en el Estado de Tlaxcala



Fuente: REPSS Tlaxcala.

[34] IMSS. 2016. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016. Revisado en el siguiente sitio web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/21-InformeCompleto.pdf

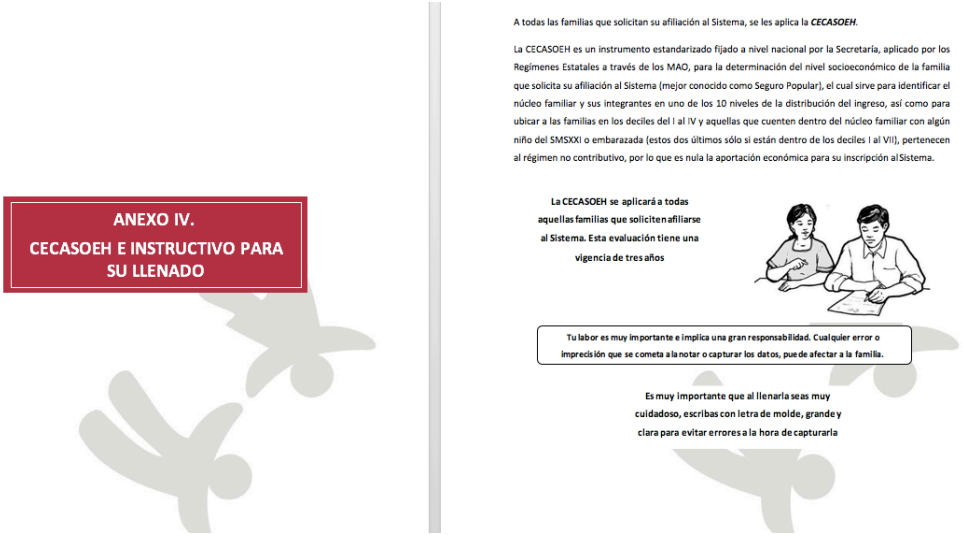
13. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide, la temporalidad de las mediciones y el impacto estimado en las poblaciones o localidad.

Justificación:

El Seguro Popular tiene la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría de Salud que es aplicado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la determinación del nivel socioeconómico de la persona o familia que solicita su afiliación al Sistema y que sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

En el Manual de Afiliación y Operación se incluye el Anexo IV. CECASOEH e Instructivo para su llenado.

Cabe señalar que entre la información requerida en la Cédula se encuentra la condición laboral, características de la vivienda, características de los integrantes en el hogar y evaluación de ingresos.



SOLICITUD DE AFILIACIÓN
AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD

CÉDULA DE CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL HOGAR (CECASOEH)

I. Datos de identificación del solicitante

FOLIO: | | | | | | | | | |

ENTREVISTADOR: ESTA CARÁTULA DEBERÁ SER LLENADA CON LOS DATOS DEL TITULAR DE LA FAMILIA

Domicilio:_____
Calle, avenida, carretera, camino o referencia

_____ _____ _____ C. P. |___|___|___|___|___|
No. Exterior No. Interior Colonia

Entre las calles:_____ y _____

Teléfono propio: | | | - | | | - | | | - | | | - | | |

Localidad/Barrio:_____|____|____|____|____|

Municipio:_____|____|____|____|

Entidad Federativa:_____|_|____|

ENTREVISTADOR, PREGUNTE A QUIEN SERÁ TITULAR DE LA FAMILIA, SI ES BENEFICIARIO DE ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO COMO OPORTUNIDADES, LICONSA, ETC. Ó MIEMBRO DE ALGUNA COLECTIVIDAD. SI ES BENEFICIARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL PROGRAMA Ó COLECTIVIDAD Y EL FOLIO.

NOMBRE DEL PROGRAMA Ó COLECTIVIDAD	FOLIO PROGRAMA Ó COLECTIVIDAD
	| L L | L | L | L | L | L L | L |

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), se integra con la Cuota Social y la Aportación Solidaria que aporta el Gobierno Federal, la Aportación Solidaria que aporta el Gobierno Estatal y la Cuota Familiar que aportan las familias del régimen contributivo al incorporarse al Sistema. El monto de la Cuota Familiar varía en razón del nivel de ingresos de cada familia. La carencia de ingresos no podrá ser limitante

SEGURO POPULAR

CECASOEH SIMPLIFICADA 2013

Nombre del titular: _____ Afiliación ☐ SMSXXI ☐ ES ☐ Reafiliación ☐

Comp. Dom.: (Luz) (Agua) (C. Elec.) (Aut. Loc.) **Identificación:** (Cred. Elec.) (Cart. Mil.) (Aut. Loc.) (Otros). **Unidad Médica:** _____

No. de Folio: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Folio Programa ó Colectividad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Entidad Federativa: ☐☐ Municipio: ☐☐☐ _____ Localidad / Barrio: ☐☐☐☐ _____ Fecha de Levantamiento: _____

Tipo de asentamiento humano: ( ) Aeropuerto ( ) Ampliación ( ) Barrio ( ) Cantón ( ) Ciudad ( ) Fraccionamiento ( ) Colonia ( ) Condominio ( ) Conjunto habitacional ( ) Paraje
( ) Privada ( ) Prolongación ( ) Villa ( ) Cuartel ( ) Ejido ( ) Exhacienda ( ) Fracción ( ) Residencial ( ) Granja ( ) Hacienda ( ) Ingenio ( ) Manzana ( ) Rinconada
( ) Unidad ( ) Unidad habitacional ( ) Zona federal ( ) Zona militar ( ) Pueblo ( ) Puerto ( ) Ranchería ( ) Rancho

Nombre del asentamiento: _____

C.P. _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Tel: ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Seleccione una opción:

( ) Vialidad ( ) Camino ( ) Carretera

Vialidad:

( ) Ampliación ( ) Andador ( ) Avenida ( ) Boulevard ( ) Calle ( ) Callejón ( ) Calzada ( ) Cerrada ( ) Circuito ( ) Circunvalación ( ) Continuación
( ) Corredor ( ) Eje vial ( ) Pasaje ( ) Peatonal ( ) Periférico ( ) Privada ( ) Prolongación ( ) Retorno

Nombre de la Vialidad: **Manzana:** **Lote:**

Camino:

Tramo (Origen - destino): _____ **Cadenamiento** (Km de ubicación): _____+_____

Margen (en función del tramo): ( ) Derecho ( ) Izquierdo

Carretera:

Administración de la carretera: ( ) Estatal ( ) Federal ( ) Municipal ( ) Particular **Derecho de Tránsito:** ( ) Cuota ( ) Libre ( ) **Código** (Número) _____

Tramo (Poblaciones Origen - Destino que limitan al tramo): _____

Cadenamiento (Km de ubicación): _____+_____ **Margen** (en función del tramo): ( ) Derecho ( ) Izquierdo

Descripción: _____

Indicar referencias

Referencia No. 1	**Referencia No. 2**	**Referencia No. 3**
Tipo de Vialidad: ( ) Vialidad ( ) Camino ( ) Carretera	**Tipo de Vialidad:** ( ) Vialidad ( ) Camino ( ) Carretera	**Tipo de Vialidad:** ( ) Vialidad ( ) Camino ( ) Carretera
Vialidad:	Vialidad:	Vialidad:
Nombre de la Vialidad:	Nombre de la Vialidad:	Nombre de la Vialidad:
Tramo (Origen - destino):	**Tramo (Origen - destino):**	**Tramo (Origen - destino):** **Cadenamiento (Km de ubicación):** **Cadenamiento (Km de ubicación):** **Margen (en función del tramo):**
Margen (en función del tramo):	**Cadenamiento (Km de ubicación):** **Margen (en función del tramo):** Administración de la carretera:	
Administración de la carretera:	Administración de la carretera: Derecho de Tránsito:	
Tránsito: Código (Número) Derecho de Tránsito:	Código (Número) Tramo (Pob. Origen - Destino):	Código (Número) Derecho de Tramo
(Pob. Origen - Destino):	Tramo (Pob. Origen - Destino): Código (Número)	Código
(Número)	Código (Número) Margen (en función del tramo): ( ) Derecho ( ) Izquierdo	Margen (en función del tramo):
( ) Derecho ( ) Izquierdo Margen (en función del tramo): ( ) Derecho ( ) Izquierdo		
Referencia:	Referencia:	Referencia:

CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE

¿Me podría decir cuántas personas viven en su hogar? ☐☐

Folio del Cert. De Nacimiento ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Folio del Cert. De ~~Nacimiento~~ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

14.El Programa recolecta información acerca de:

a) Los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios en el tiempo.
b) Las características socioeconómicas de sus beneficiarios.
c) Las características socioeconómicas de las personas que no son beneficiarias, con fines de comparación con la población beneficiaria.

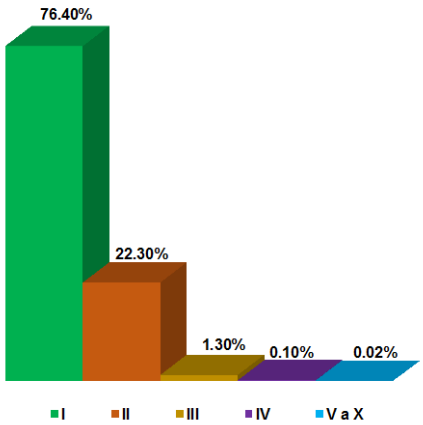
Respuesta:	**Sí**
Puntuación:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

Los Programas si recolectan información sobre las características socioeconómicas de las personas beneficiarias, en 2016 se identificó que el 98.7% de los afiliados al Seguro Popular se ubica en los primeros dos deciles (854 mil 313 personas afiliadas), 1.3% en el tercero (11 mil 8 personas), 0.1% en el cuarto (436 personas), y 0.02% en los últimos cinco deciles (172 personas afiliadas). Incluso se debe resaltar que en Tlaxcala no se recibe cuota familiar. (Véase gráfica 10)

Según la CNPSS, el 18.4% de la población afiliada al Seguro Popular en Tlaxcala vive en una zona rural (159 mil 720 personas) en 2016. En tanto el 81.6% vive en zonas urbanas (706,209).[35]

Gráfica 10. Afiliados al Seguro Popular por decil de ingreso en Tlaxcala en 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Resultados 2016, CNPSS.

[35] Cifras revisadas en el Informe de Resultados 2016 de la CNPSS.

TEMA 6. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

15. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

a) Identifica al menos uno de los elementos del resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componente y Actividades) en las ROP o documento normativo del programa.

Respuesta:	**Sí**
Puntuación:	**5 puntos sobre 100**

Justificación:

El Programa presupuestario Seguro Popular del Ramo 12 Salud tiene establecida una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), la cual se alinea a los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

El objetivo de nivel de fin de la MIR se refiere a "Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social", y para medir su cumplimiento se estableció el indicador de resultados "Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud". Sin embargo, no se estableció una meta anual.

FIN					
OBJETIVO	**DENOMINACIÓN**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA**	**META ANUAL PROGRAMADA**
Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social	Sectorial/Transversal: Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	(Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud / Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud)*100	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Bienal	

Por su parte el objetivo a nivel de propósito es que "La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad", y para medirlo se estableció como indicador el "Porcentaje de avance en el cumplimento

de incorporación de personas al Seguro Popular", siendo la meta anual programada 100% para el año 2016.

PROPÓSITO					
OBJETIVO	DENOMINACIÓN	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA	META ANUAL PROGRAMADA
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad	Porcentaje de avance en el cumplimento de incorporación de personas al Seguro Popular	(Total de personas incorporadas en el año)/(Total de personas a incorporar en el año) x 100	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Anual	**100**

En el nivel de componente se estableció el objetivo "Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud otorgado a los beneficiarios del Seguro Popular", esto es medido a través del indicador de gestión relativo a medir el "Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud", se estableció que al año un beneficiario tendría que tener al menos una consulta.

COMPONENTE					
OBJETIVO	DENOMINACIÓN	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA	META ANUAL PROGRAMADA
Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud otorgado a los beneficiarios del Seguro Popular	Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	(Número de consultas en el período) / (Total de personas afiliadas en el período)	Promedio	Gestión - Eficacia - Semestral	**1.6**

En los niveles de actividad, se establecieron cinco objetivos con sus respectivos indicadores para medir su cumplimiento, todos del tipo de gestión y con metas alcanzables.

ACTIVIDAD					
OBJETIVO	DENOMINACIÓN	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA	META ANUAL PROGRAMADA
Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal	Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas	(Número de Estados a los que se les revisa y notifica la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal dentro de los 14 días establecidos)/(Total de Entidades Federativas) x 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**71.88**

Transferencia de recursos a las entidades federativas	Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal transferidos a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada)/(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal calendarizados modificados para transferir a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada) x 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**100**
Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	(Número de casos pagados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del tiempo promedio de pago)/(Número total de casos pagados) x 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**60.75**
Incorporación de personas al Seguro Popular	Porcentaje de cumplimiento de la reafiliación en el periodo anual	(Personas reafiliadas en el periodo)/(Personas programadas para reafiliar en el periodo)X 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**100**
Transferencia de recursos a las entidades federativas	Recursos financieros transferidos y disponibles para llevar a cabo trabajos de dignificación, conservación y mantenimiento en infraestructura y equipos de las unidades médicas.	Total de recursos transferidos y/o disponibles / total de recursos programados en el año * 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**100**

En contraste, los indicadores de la MIR establecida para el Programa presupuestario Seguro Popular del Ramo 12 Salud, la cual es remitida al Congreso de la Unión para su aprobación; sin embargo, no son considerados en el Anexo VIII del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud “Indicadores de Seguimiento a la Operación”.

Tabla 6. Indicadores de seguimiento a la operación

Nombre del indicador	Fórmula	Unidad de medida	Meta 2016	Criterio de atención	Peso relativo	Peso específico	Periodo de evaluación
1. Contratación de Gestores del Seguro Popular	(Número de Gestores del Seguro Popular contratados en la entidad federativa/Número mínimo sugerido de contratación de Gestores del Seguro Popular a nivel estatal X 100)	Gestor	100 %	Contratación de al menos el número mínimo sugerido de Gestores de Seguro Popular (GSP) fijos e itinerantes, de acuerdo a los Lineamientos Generales que establecen los	20	100	Semestral

				criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.			
2. Aplicación de la Consulta Segura	(Total de afiliados con aplicación de CONSEG en la entidad federativa/186,175 afiliados considerados en la meta formalizada para aplicación de CONSEG X 100)	Consulta	85%	Porcentaje de afiliados con aplicación de CONSEG (meta formalizada por la entidad federativa)	10	100	Semestral
3. Suscripción de Convenios y/o Acuerdo de Gestión	(Total de entidades federativas que enviaron a la CNPSS sus Convenios y/o Acuerdos de Gestión incluyendo anexos, formalizados para el ejercicio vigente /32 entidades federativas X100)	Entidad federativa	100 %	Formalización de Convenios y/o Acuerdos de Gestión para otorgar a los afiliados al SPSS atención oportuna, de calidad y sin desembolso de acuerdo a la cobertura del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).	20	100	Anual
4.1. Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), Planeación.	(Total de Entidades Federativas que enviaron su Plan Anual de Supervisión y Programa de Visitas /32 entidades federativas) X100	Informe	100 %	Envío de informe de supervisión en donde se especifique el calendario de visitas y el número de unidades a supervisar	10	100	Semestral
4.2 Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), Verificación.	(Total de establecimientos de salud supervisados/119) X 100	Avance registrado en Plataforma MOSSESS	100 %	Porcentaje de establecimientos de salud supervisados	10	100	Semestral
4.3 Modelo de Supervisión y seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), Encuesta de	(Total de beneficiarios del SPSS entrevistados/1,152) X100		100 %	Porcentaje de beneficiarios del SPSS a los que se les aplicó la encuesta de satisfacción	20	100	Semestral

Satisfacción.							
5.1 Participación de los Gestores en el Sistema Unificado de Gestión (SUG)	(Número de Gestores del Seguro Popular que participan en el seguimiento a las Solicitudes de Atención/ Total de Gestores del Seguro Popular en la entidad federativas X 100)	Gestor	65%	Participación de los Gestores en el seguimiento a quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a través del Sistema Unificado de Gestión.	5	100	Semestral
5.2 Operación de Módulos de Atención del Sistema Unificado de Gestión (SUG)	(Número de unidades de salud acreditadas de primer nivel (de 5 núcleos básico o más), de seguro y tercer nivel con Módulos de Atención del SUG en operación/Total de unidades de salud acreditadas de primer nivel (de 5 núcleos básicos o más), de segundo y tercer nivel en la entidad federativa x 100)	Unidad de salud	65%	Operación de Módulos de Atención del SUG en unidades acreditadas para dar atención a las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud	5	100	Semestral
5.3 Operación de Buzones de Atención del Sistema Unificado de Gestión (SUG)	(Número de unidades de salud acreditadas con Buzones de Atención del SUG en operación /Total de unidades de salud acreditadas en la entidad federativa X 100)	Unidad de salud	65%	Operación de Buzones de Atención del SUG en unidades acreditadas para dar atención a las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud	5	100	Semestral
5.4 Gestión de las Solicitudes de Atención de los afiliados al SPSS a través de la Herramienta en Línea del Sistema Unificado de Gestión (SUG)	(Número de unidades de salud acreditadas que utilizan la Herramienta en Línea del SUG para la Gestión de Solicitudes de Atención de los beneficiarios del SPSS /Total de unidades de salud acreditadas en la entidad federativa X100)	Unidad de salud	65%	Utilización de la Herramienta en Línea del SUG en unidades acreditadas para dar atención a las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión de los beneficiarios del Sistema de Protección	5	100	Anual

				Social en Salud			
6. Porcentaje de reportes sobre la ministración de recursos	(Reportes del REPSS sobre la ministración de recursos/Transferencias directas a la Tesorería de la Entidad Federativa) X100	Reporte	85%				Anual
7. Porcentaje de la comprobación de recursos de más de dos ejercicios anteriores al actual.	(Recursos comprobados de más de dos ejercicios anteriores al actual/ Recursos pendientes de comprobar de más de dos ejercicios anteriores al actual) X100	Comprobaciones	90%				Anual

Por otro lado, se tienen los indicadores que se presentan en el Programa Operativo Anual (POA) el cual remite el REPSS a la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala para integrar el Presupuesto de Egresos del Estado, también remitido al Congreso del Estado para su aprobación. No obstante, en ninguno de los casos se vinculan con los indicadores de la MIR del Programa presupuestario y tampoco se vinculan con los indicadores de desempeño del Anexo VII.

GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS

FICHA DE AVANCE DE INDICADOR

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y PROGRAMÁTICA			
DEPENDENCIA:	67. RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN TLAXCALA	**TIPO DE INDICADOR:**	DE GESTIÓN
PROYECTO:	80 / 28. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	**DIMENSIÓN QUE ATIENDE:**	EFICACIA
OBJETIVO:	1310. CAPACITACIÓN AL PERSONAL OPERATIVO DE SALUD.	**FRECUENCIA DEL INDICADOR:**	MENSUAL
INDICADOR:	930. PORCENTAJE DE PERSONAL DE SALUD CAPACITADO.	**UNIDAD DE MEDIDA:**	PORCENTAJE

MÉTODO DE CÁLCULO

(NÚMERO DE PERSONAL DE SALUD CAPACITADO/TOTAL DEL PERSONAL DE SALUD)*100

ESTRUCTURA DEL INDICADOR

TIPO	ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
VARIABLE	NPSC	NÚMERO DE PERSONAL DE SALUD CAPACITADO	137.00	PERSONA
CONSTANTE	TPS	TOTAL DEL PERSONAL DE SALUD	1,500.00	PERSONA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PROGRAMADO	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.37
EVALUADO	8.33	0.00	0.00	8.33	8.33	9.73	9.07	8.67	8.67	0.00	8.67	9.13

Los indicadores que se observan en las fichas de avance son los siguientes:

- Porcentaje de personal de salud capacitado

- Porcentaje de encuestas de satisfacción del usuario aplicadas
- Porcentaje de personas atendidas por los gestores de Seguro Popular en los Módulos de Afiliación y Orientación

GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS

FICHA DE AVANCE DE INDICADOR

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y PROGRAMÁTICA

DEPENDENCIA:	67. RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN TLAXCALA	**TIPO DE INDICADOR:**	DE GESTIÓN
PROYECTO:	80 / 28. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	**DIMENSIÓN QUE ATIENDE:**	EFICACIA
OBJETIVO:	1306. EJECUCIÓN DE LA TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS.	**FRECUENCIA DEL INDICADOR:**	MENSUAL
INDICADOR:	935. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS POR LOS GESTORES DE SEGURO POPULAR EN LOS MODULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.	**UNIDAD DE MEDIDA:**	PORCENTAJE

MÉTODO DE CÁLCULO

(NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR GESTORES DEL SEGURO POPULAR EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN/TOTAL DE PERSONAS QUE RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE LOS GESTORES EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.)*100

ESTRUCTURA DEL INDICADOR

TIPO	ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
VARIABLE	NPAGSPMAO	NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR GESTORES DEL SEGURO POPULAR EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN	4,969.00	PERSONA
CONSTANTE	TPRAGMAO	TOTAL DE PERSONAS QUE RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE LOS GESTORES EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.	54,000.00	PERSONA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PROGRAMADO	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.37
EVALUADO	8.02	7.94	8.33	8.33	8.33	8.29	8.33	8.33	8.33	0.00	9.14	9.20

GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS

FICHA DE AVANCE DE INDICADOR

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y PROGRAMÁTICA

DEPENDENCIA:	67. RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN TLAXCALA	**TIPO DE INDICADOR:**	DE GESTIÓN
PROYECTO:	80 / 28. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	**DIMENSIÓN QUE ATIENDE:**	EFICACIA
OBJETIVO:	1306. EJECUCIÓN DE LA TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS.	**FRECUENCIA DEL INDICADOR:**	MENSUAL
INDICADOR:	935. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS POR LOS GESTORES DE SEGURO POPULAR EN LOS MODULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.	**UNIDAD DE MEDIDA:**	PORCENTAJE

MÉTODO DE CÁLCULO

(NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR GESTORES DEL SEGURO POPULAR EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN/TOTAL DE PERSONAS QUE RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE LOS GESTORES EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.)*100

ESTRUCTURA DEL INDICADOR

TIPO	ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
VARIABLE	NPAGSPMAO	NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR GESTORES DEL SEGURO POPULAR EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN	4,969.00	PERSONA
CONSTANTE	TPRAGMAO	TOTAL DE PERSONAS QUE RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE LOS GESTORES EN LOS MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.	54,000.00	PERSONA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PROGRAMADO	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.33	8.37
EVALUADO	8.02	7.94	8.33	8.33	8.33	8.29	8.33	8.33	8.33	0.00	9.14	9.20

En lo que se refiere a los indicadores del SMSXXI, para el ejercicio fiscal de 2016 se establece una MIR con objetivos e indicadores a todos los niveles. Incluso, los primeros dos indicadores se vinculan a los objetivos del Pp

Seguro Popular. Con excepción del indicador de nivel de fin, todos tienen metas anuales.

NIVEL	OBJETIVO	DENOMINACIÓN	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA	META ANUAL PROGRAMADA
FIN	Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin acceso a la seguridad social	Sectorial/Transversal: Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	(Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud / Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud)*100	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Bienal	
	OBJETIVO	**DENOMINACIÓN**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA**	**META ANUAL PROGRAMADA**
PROPÓSITO	La población afiliada menor de cinco años de edad, cuenta con un esquema de aseguramiento en salud con cobertura amplia, sin desembolso en el momento de la atención	Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo	(Número de niños menores de cinco años afiliados en el Seguro Médico Siglo XXI / número de niños menores de cinco años sin seguridad social) x 100	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Anual	**100**
	OBJETIVO	**DENOMINACIÓN**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA**	**META ANUAL PROGRAMADA**
COMPONENTE	Acceso a una red de prestadores de servicios con cobertura nacional previstas en la línea de vida durante el primer año de edad otorgados a los niños menores de cinco años de edad afiliados a los servicios de salud financiados por la cápita adicional	Porcentaje de niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional	(Número de cápitas transferidas en el periodo)/(Número de niños nuevos programados a afiliarse en el año) x 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Semestral	**100**
	OBJETIVO	**DENOMINACIÓN**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**TIPO-DIMENSIÓN-FRECUENCIA**	**META ANUAL PROGRAMADA**
ACTIVIDAD	Afiliación de los menores de cinco años de edad sin seguridad social en salud, para proporcionar un aseguramiento en salud de cobertura amplia y sin desembolso en el momento de la atención	Niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI	(Niños afiliados en el Seguro Médico Siglo XXI en el periodo / Niños programados a afiliar al Seguro Médico Siglo XXI en el mismo periodo) x 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**100**
	Afiliación de los menores de cinco años de edad sin seguridad social en salud, para proporcionar un aseguramiento en salud de cobertura amplia y sin desembolso en el momento de la atención	Niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI con acceso a los servicios de salud	(Número de casos de niños beneficiados por el Seguro Médico Siglo XXI en el periodo / Número de casos de niños beneficiados por el Seguro Médico Siglo XXI en el mismo periodo del año anterior) x 100	Porcentaje	Gestión - Eficacia - Trimestral	**100**

Aunque en las Reglas de Operación del SMSXXI 2016, determinan el seguimiento de 8 indicadores de desempeño; de los cuales, tres indicadores se vinculan con los indicadores de la MIR del Programa presupuestario SMXXI.

Nombre	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición
Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo	(Número de niñas y niños menores de cinco años afiliados en el Seguro Médico Siglo XXI / número de niñas y niños menores de cinco años sin seguridad social) x 100	Porcentaje	Anual
Porcentaje de niñas y niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional	(Número de cápitas transferidas / Número de niñas y niños nuevos afiliados) x 100	Porcentaje	Semestral
Niñas y niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI	(Niñas y niños afiliados en el Seguro Médico Siglo XXI en el periodo / Niñas y niños programados a afiliar al Seguro Médico Siglo XXI en el mismo periodo) x100	Porcentaje	Semestral
Niñas y niños afiliados con acceso a los servicios de salud	(Número de casos de niñas y niños beneficiados por el Seguro Médico Siglo XXI en el periodo / Número de casos de niñas y niños beneficiados por el Seguro Médico Siglo XXI en el mismo periodo del año anterior) x100	Porcentaje	Trimestral
Financiamiento de equipamiento para la realización del tamiz auditivo	(Recursos transferidos para el equipamiento para la realización del tamiz auditivo / Recursos programados para el equipamiento para la realización del tamiz auditivo) x100	Porcentaje	Trimestral
Financiamiento de evaluación de Desarrollo Infantil	(Recursos transferidos para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil/ Recursos programados para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil X) 100	Porcentaje	Anual
Financiamiento de equipamiento de bancos de leche humana	(Recursos transferidos para el equipamiento de bancos de leche humana / Recursos programados para el equipamiento de bancos de leche humana) x100	Porcentaje	Anual
Financiamiento de insumos para la realización del tamiz metabólico semiampliado	(Recursos transferidos para el equipamiento para la realización del tamiz metabólico semiampliado / Recursos programados para el equipamiento para la realización del tamiz metabólico semiampliado) x100	Porcentaje	Anual

En tanto los indicadores del SMSXXI que son presentando en el POA 2016, el cual se remite al Congreso del Estado de Tlaxcala, son los siguientes:

- Porcentaje platicas del Programa SMSXXI a beneficiarios.
- Porcentaje de menores de cinco años que recibieron apoyo por intervenciones.
- Porcentaje de menores de cinco años que recibieron apoyos a los SESA por incremento a la demanda de servicios.
- Porcentaje de unidades médicas acreditadas.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios de salud.

16. Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:

a) Nombre
b) Definición
c) Método de cálculo
d) Unidad de Medida
e) Frecuencia de Medición
f) Línea base
g) Metas
h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal)

Respuesta:	**Sí**
Puntuación:	**5 puntos sobre 100**

Justificación:

Como se expuso en la respuesta de la pregunta anterior el REPSS tiene tres documentos en los que se incluyen indicadores para medir los resultados y desempeño del Programa presupuestario Seguro Popular.

Según las fichas de avance de los indicadores del REPSS establecidos en el Programa Operativo Anual (POA) diseñado para integral el Proyecto de Presupuesto de Egresos del Estado y aprobado por el Congreso del Estado de Tlaxcala, se identifica el nombre del indicador, el objetivo, el tipo de indicador, su dimensión, frecuencia de medición, método de cálculo y unidad de medida.

En tanto los indicadores de seguimiento a la operación, también incluyen información sobre el nombre del indicador, fórmula, unidad de medida, meta 2016, criterio de atención, peso relativo, peso específico y periodo de evaluación.

Finalmente, los indicadores de la MIR del Programa presupuestario del Seguro Popular para el año 2016, incluye información sobre objetivo, denominación, método de cálculo, unidad de medida, tipo-dimensión-frecuencia y meta anual programada.

En la misma lógica, los indicadores de la MIR SMSXXI, también tienen información relativa a la denominación del indicador, método de cálculo, unidad de medida, tipo-dimensión-frecuencia y meta anual programada. En cuanto a los indicadores de las ROP no definen metas cuantitativas.

Aunque los indicadores del POA para indicadores del SMSXXI si tiene metas establecidas.

17. Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características:

a) Cuenta con unidad de medida.
b) Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas
c) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.

Respuesta:	**Sí**
Puntuación:	**5 puntos sobre 100**

Justificación:

Como se observó en las MIR de los Programas presupuestarios Seguro Popular y SMSXXI, se establecieron metas de corto plazo en los indicadores de propósito, componente y actividad, pero no se incluyó meta en los indicadores de nivel superior (fin).

Los indicadores de fin de ambos programas están orientados a impulsar el desempeño, ya que buscan medir la reducción del gasto catastrófico en los hogares; sin embargo, sin una meta y línea base difícilmente se puede analizar si se cumplió con el propósito o no. Los indicadores de propósito están centrados en medir cobertura, aunque la meta se refiere al avance de lo logrado respecto a lo programado. Cabe mencionar que son factibles de alcanzar considerando los plazos, los recursos humanos y financieros.

Recomendaciones:

El REPSS como ejecutor del gasto en el Estado de Tlaxcala debe diseñar una MIR que se vincule con los objetivos del gobierno federal y estatal. El Seguro Popular y SMSXXI como otros programas del Ramo 12 son programas que contribuyen a reducir el indicador de carencia por acceso a los servicios de salud; sin embargo, en ninguna de los indicadores mencionados con anterioridad es considerado.

MEJORA DE LA MIR

18. La Unidad Responsable del programa ha identificado aspectos de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados, en los objetivos (Fin, Propósito, Componente y Actividad), indicadores y metas.

Respuesta:	**No**
Puntuación:	**0 puntos sobre 100**

Justificación:

No se tiene evidencia de cambios o aspectos de mejora de las MIR del Seguro Popular y SMSXXI.

Ante esta situación, el REPSS Tlaxcala debería replantear el diseño de su MIR, incluyendo los indiciadores federales y estatales. Por lo tanto, en términos de la presente evaluación se considera un Aspecto Susceptible de Mejora (ASM).

En el Anexo 8 se expondrá un análisis de propuesta de MIR para futuros ejercicios fiscales, comparando la información presentada en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

TEMA 7. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

19. ¿Con cuáles programas federales y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y /o coincidencias?

Justificación:

El Sistema de Protección Social en Salud está integrado por el Seguro Popular, SMSXXI y convergen con el Programa IMSS- PROSPERA. Los tres Programas presupuestarios del gobierno federal tienen como población objetivo las personas sin derechohabiencia, como son los auto-empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas fuera del mercado de trabajo. El financiamiento proviene, en mayor medida, de los impuestos federales y estatales y en algunas entidades federativas de la cuota social, conforme lo establece la Ley General de Salud.

El Sistema de Protección Social de Salud coordina sus esfuerzos con otras instituciones de salud, a fin de potenciar el aprovechamiento de recursos en beneficio de la población. Por lo tanto, la prestación de servicios del Sistema de Protección Social en Salud está a cargo de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y la Secretaría de Salud, por lo que los afiliados son atendidos en Centros de Salud, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

El Sistema de Protección Social en Salud junto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otras instituciones de salud, conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), construido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, correspondiendo a la Secretaría de Salud la regulación y rectoría de la política nacional de salud. [36]

A diferencia de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, los derechohabientes del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR e Instituciones

[36] Ley General de Salud, artículo 5 última reforma DOF 12-11-2015.

Privadas son trabajadores asalariados y trabajadores no asalariados de mayor ingreso y empleadores. Son prestadores de servicios la Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona, Unidades Médicas de Alta Especialidad y Proveedores privados.

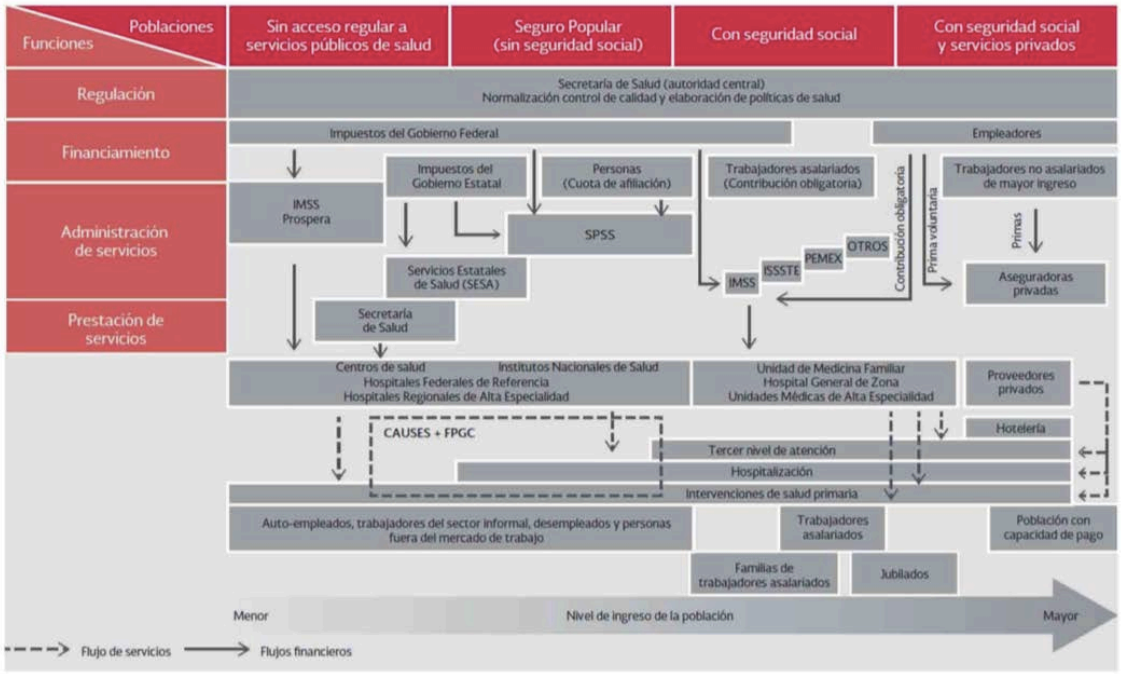
El financiamiento de este conjunto de instituciones de salud proviene de la recaudación de los impuestos federales, la contribución obligatoria de los trabajadores y la prima voluntaria de los empleadores.

En el caso del IMSS, se tiene un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. En tanto, el ISSSTE ofrece un seguro de salud que garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

Por su parte, los asegurados de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), proveen a sus asegurados servicios semejantes a los del IMSS e ISSSTE, como es atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer nivel, cobertura farmacéutica y de rehabilitación y seguros por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

Como se aprecia en la ilustración 2, el Sistema de servicios de atención médica en México está diseñado para que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, sin importar el nivel de ingreso.

Ilustración 2. Sistema de Servicios de Atención Médica en México



Fuente: Gledion U, et al. Capítulo 4. México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, 2014. Planes de beneficiarios en salud de América Latina. Una comparación regional. Washington D.C. Banco Interamericano de Desarrollo. Revisado en el Cuarto Informe de Labores de la Secretaría de Salud 2015-2016.

De acuerdo con el Cuarto Informe de Labores 2015-2016, el 7 de abril de 2016 se firmó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud por parte de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE con el objetivo de mejorar el acceso efectivo a la salud y fortalecer el carácter público de estas instituciones. Esto permitirá una mayor coordinación en este sector para usar de manera más eficiente los recursos disponibles, determinar estándares de calidad y planificar conjuntamente las inversiones futuras para ofrecer un mejor servicio a los mexicanos.

TEMA 8. PRESUPUESTO, RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

20. ¿Cuáles son los problemas que enfrenta la unidad administrativa que opera el programa para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras y/o a los beneficiarios y, en su caso, qué estrategias ha implementado?

Justificación:

No se tiene evidencia suficiente para determinar inconsistencia o problemas de la unidad administrativa del REPSS Tlaxcala con relación a la unidad administrativa de OPD Salud.

EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

21. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

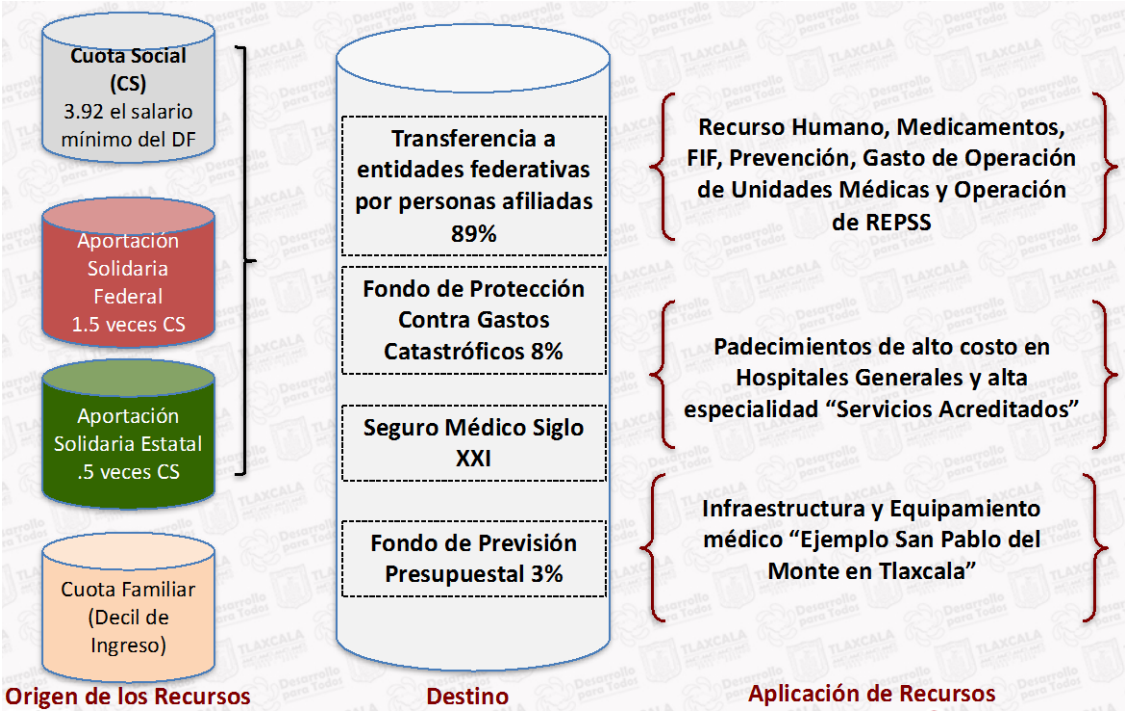
a) Gastos en operación: Directos e Indirectos.
b) Gastos en mantenimiento: Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000 y/o 3000.
c) 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).
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.

Respuesta:	**Sí**
Puntuación:	**10 puntos sobre 100**

Justificación:

De acuerdo a la Ley General de Salud, los recursos para el Seguro Popular provienen de la cuota social (3.92 veces el salario mínimo del Distrito Federal), la aportación solidaria federal (1.5 veces la cuota social), la aportación solidaria estatal (la mitad de la cuota social que aporta el gobierno del estado) y cuota familiar (en el Estado de Tlaxcala no se cobra).

Ilustración 3. Administración y financiamiento del Seguro Popular en Tlaxcala



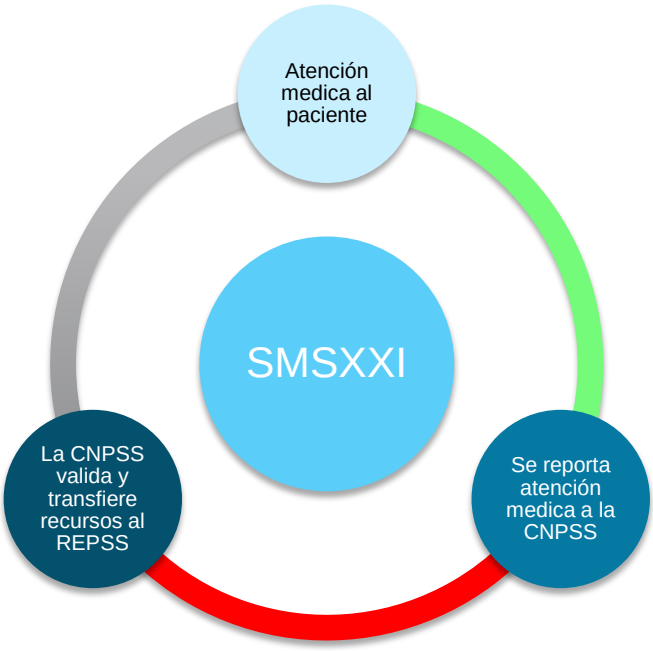
Fuente: REPSS Tlaxcala.

Del total de los recursos generados a través de la cuota social, aportación solidaria federal y estatal, se transfiere a entidades federativas por persona afiliadas el 89%, el cual está orientado al pago de recursos humanos, medicamentos, fortalecimiento de la inversión física, prevención, gasto de operación de unidades médicas y operación de REPSS.

Por su parte, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, representan el 8% del total del gasto.

En el caso del SMSXXI no se tiene asignado un presupuesto, ya que primero se atiende al paciente y se reporta ante la CNPSS, y posteriormente la CNPSS transfiere e recurso a los REPSS.

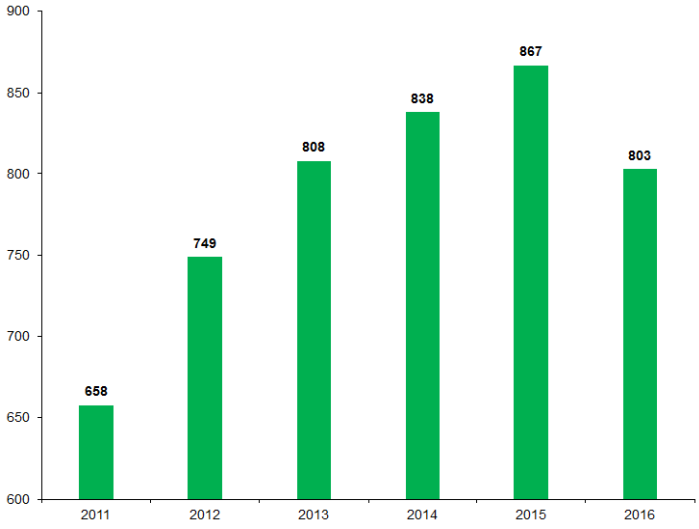
Ilustración 4. Financiamiento del SMSXXI



Fuente: Elaboración propia con información de REPSS.

En el caso del Fondo de Previsión Presupuestal, el cual representa el 3% del presupuesto total y está orientado a infraestructura y equipamiento médico. Para el Estado de Tlaxcala, este recurso se ejecutó en la construcción del Hospital de San Pablo del Monte.

Gráfica 19. Subsidio transferido al Sistema de Protección Social en Salud de Tlaxcala



Fuente: REPSS Tlaxcala.

Como se observa en la gráfica 18, el subsidio recibido en el Seguro Popular de Tlaxcala fue de 803 millones de pesos, para el ejercicio fiscal 2016, lo que representó una reducción de 7.4% respecto al presupuesto pagado en 2015. Esto derivado de una depuración en el padrón nominal. La lógica es que una menor cantidad de derechohabientes al Seguro Popular, representa una menos asignación de recursos al REPSS.

Tabla 7. Distribución por capítulo del gasto del Seguro Popular en 2016

Capítulos de gasto	Concepto		Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejercido/ Modificado
1000: Servicios personales	1100	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER PERMANENTE	332,116,659.87	-	-	-
	1200	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER TRANSITORIO	37,013,229.60	31,425,372.85	31,425,372.85	-
	1300	REMUNERACIONES ADICIONALES Y ESPECIALES	4,252,937.76	3,175,580.30	3,175,580.30	-
	1400	SEGURIDAD SOCIAL				-
	1500	OTRAS PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS	1,561,700.00	2,235,997.29	2,235,997.29	-
	1600	PREVISIONES				-
	1700	PAGO DE ESTÍMULOS A SERVIDORES PÚBLICOS				-
Subtotal de Capítulo 1000			**374,944,527.23**	**36,836,950.44**	**36,836,950.44**	
2000: Materiales y suministros	2100	MATERIALES DE ADMINISTRACIÓN, EMISIÓN DE DOCUMENTOS Y ARTÍCULOS OFICIALES	14,741,854.94	3,763,133.98	3,763,133.98	-
	2200	ALIMENTOS Y UTENSILIOS	24,821,864.00	23,840,888.18	23,840,888.18	-
	2300	MATERIAS PRIMAS Y MATERIALES DE PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN				-
	2400	MATERIALES Y ARTÍCULOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE REPARACIÓN	1,039,790.00	527,908.98	527,908.98	-
	2500	PRODUCTOS QUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y DE LABORATORIO	261,973,395.08	247,610,159.32	247,610,159.32	-
	2600	COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS	4,176,004.75	4,150,031.27	4,150,031.27	-
	2700	VESTUARIO, BLANCOS, PRENDAS DE PROTECCIÓN Y ARTÍCULOS DEPORTIVOS	1,559,788.00	6,213,119.64	6,213,119.64	-
	2800	MATERIALES Y SUMINISTROS PARA SEGURIDAD				-
	2900	HERRAMIENTAS, REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES	4,962,408.00	41,389.39	41,389.39	-
Subtotal de Capítulo 2000			**313,275,104.77**	**286,146,630.76**	**286,146,630.76**	

3000: Servicios generales	3100	SERVICIOS BÁSICOS	19,123,536.00	16,212,630.92	16,212,630.92	-
	3200	SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO	2,809,089.75	3,254,200.97	3,254,200.97	-
	3300	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS, TÉCNICOS Y OTROS SERVICIOS	26,694,426.08	83,567,817.55	83,567,817.55	-
	3400	SERVICIOS FINANCIEROS, BANCARIOS Y COMERCIALES	715,948.00	1,084,636.58	1,084,636.58	-
	3500	SERVICIOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN	43,450,483.00	13,399,884.17	13,399,884.17	-
	3600	SERVICIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PUBLICIDAD	14,084,445.00	11,079,547.98	11,079,547.98	-
	3700	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	3,839,900.00	1,673,602.20	1,673,602.20	-
	3800	SERVICIOS OFICIALES	-	146,357.20	146,357.20	-
	3900	OTROS SERVICIOS GENERALES	71,012.00	43,679.05	43,679.05	-
Subtotal de Capítulo 3000			**110,788,839.83**	**130,462,356.62**	**130,462,356.62**	
4000: Transferencias , asignaciones, subsidios y otras ayudas	4100	TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIONES AL SECTOR PÚBLICO				-
	4200	TRANSFERENCIAS AL RESTO DEL SECTOR PÚBLICO	-	330,653,391.77	330,653,391.77	-
	4300	SUBSIDIOS Y SUBVENCIONES				-
	4400	AYUDAS SOCIALES	8,564,600.00	18,409,924.00	18,409,924.00	-
	4500	PENSIONES Y JUBILACIONES				-
	4600	TRANSFERENCIAS A FIDEICOMISOS, MANDATOS Y OTROS ANÁLOGOS				-
	4700	TRANSFERENCIAS A LA SEGURIDAD SOCIAL				-
	4800	DONATIVOS				-
	4900	TRANSFERENCIAS AL EXTERIOR				-
Subtotal de Capítulo 4000			**8,564,600.00**	**349,063,315.77**	**349,063,315.77**	
5000: Bienes Muebles e Inmuebles	5100	MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN	1,369,600.00	429,397.20	429,397.20	-
	5200	MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO				-
	5300	EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	1,297,110.00	-	-	-
	5400	VEHÍCULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE				-
	5500	EQUIPO DE DEFENSA Y SEGURIDAD				-
	5600	MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	-	26,619.50	26,619.50	-
	5700	ACTIVOS BIOLÓGICOS				-
	5800	BIENES INUMEBLES				-
	5900	ACTIVOS INTANGIBLES	-	39,999.96	39,999.96	-
Subtotal de Capítulo 5000			**2,666,710.00**	**496,016.66**	**496,016.66**	
6000: Obras	6100	OBRA PÚBLICA EN				-

Públicas		BIENES DE DOMINIO PÚBLICO				
	6200	OBRA PÚBLICA EN BIENES PROPIOS	20,400,000.00	-	-	-
	6300	PROYECTOS PRODUCTIVOS Y ACCIONES DE FOMENTO				-
Subtotal de Capítulo 6000			**20,400,000.00**			
Total			**830,639,781.83**	**803,005,270.25**	**803,005,270.25**	
		RENDIMIENTO		**3,833,723.35**		
		TOTAL (Enero-Diciembre)		**806,838,993.60**		

Fuente: REPSS Tlaxcala.

De acuerdo con la distribución del presupuesto asignado al REPSS a través de la cuota social y aportación solidaria federal, se ejercieron 36.8 millones de pesos en el pago del capítulo 1000, 286.1 millones de pesos en el capítulo 2000, 130.5 millones de pesos en el capítulo 3000, 349 millones de pesos en el capítulo 4000 y 496 mil pesos en el capítulo 5000. En total se tuvo un presupuesto ejercido de 803 millones de pesos en el Seguro Popular, según información del REPSS Tlaxcala.

Tabla 8. Presupuesto ejercido del Seguro Popular, ejercicio fiscal 2016

Concepto		Presupuesto (pesos)					
		Programado	%		Ejercido	%	
1	Remuneración al Personal	$331,129,000.00	41.10%		$317,868,534.42	39.58%	
2	Fortalecimiento de la Infraestructura Física	$0.00	0.00%		$0.00	0.00%	
3	Acciones de Promoción y Prevención de la Salud *	$160,917,484.96	19.97%		$30,760,776.77	3.83%	
4	Medicamentos, Material de Curación y Otros Insumos	$40,725,533.32	5.05%	31.23%	$38,072,453.71	4.74%	30.84%
5	Consulta Segura *	$0.00	0.00%		$0.00	0.00%	
6	Caravanas de la Salud *	$3,306,907.00	0.41%		$1,784,577.69	0.22%	
7	Sistemas de Información Automatizados	$1,500,000.00	0.19%		$0.00	0.00%	
8	Gasto de Operación de los REPSS	$34,906,722.27	4.33%	6.43%	$30,775,756.21	3.83%	5.65%
9	Apoyo Administrativo	$16,929,555.36	2.10%		$14,553,983.44	1.81%	
10	Pagos a Terceros por Servicios de Salud	$10,500,000.00	1.30%		$895,125.39	0.11%	
11	Gasto Operativo de Unidades Médicas	$86,405,467.72	10.72%		$86,398,109.61	10.76%	
TESOFE		**$281,895,953.01**	**85.19%**		**$281,895,953.01**	**64.89%**	
4	Medicamentos, Material de Curación y Otros Insumos	$210,877,466.68	26.17%		$209,537,705.61	26.09%	
8	Gasto de Operación de los REPSS	$0.00	0.00%		$1,002,700.53	0.12%	
10	Pagos a Terceros por Servicios de Salud	$0.00	0.00%		$18,585,644.91	2.31%	
11	Gasto Operativo de Unidades Médicas	$30,822,533.32	3.83%		$52,769,901.96	6.57%	
Total		**$805,666,666.67**	**115.19%**		**$803,005,270.25**	**100.00%**	

Fuente: REPSS Tlaxcala.

22. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del programa y qué proporción del presupuesto total del programa representa cada una de las fuentes?

Justificación:

Según el Acuerdo de Coordinación que celebran el ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud y el Estado de Tlaxcala, para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la fuente de financiamiento son la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal.

De acuerdo con el Anexo III, la cuota social representa 1,007.48 pesos por persona al año, la aportación solidaria federal 1,716.53 pesos por persona al año y la aportación solidaria estatal 503.78 pesos por persona al año.

Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (Anual por persona)	Aportaciones (Pesos)
1. Cuota Social (CS)	1,007.48
2. Aportación Solidaria Federal (ASF)	1,716.53
3. Aportación Solidaria Estatal (ASE)	503.78

Fuente: Anexo III. REPSS Tlaxcala.

Según la CNPSS, a Tlaxcala se le transfirió para el ejercicio fiscal de 2016 un monto de 803.2 millones de pesos por concepto de cuota social y aportación solidaria federal. En tanto la aportación solidaria estatal fue de un monto de 280 millones de pesos y 163 millones de pesos en especie.

SALUD | SECRETARÍA DE SALUD

SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL DE SALUD
Dirección General de Financiamiento

2° Semestre 2016

(Pesos)

Entidad Federativa	Recursos Federales Transferidos			
	Cuota Social	Aportación Solidaria Federal	Aportación Solidaria Estatal	Total
Tlaxcala	574,212,761.77	229,066,625.29	443,350,268.33	1,246,629,655.39
TOTAL	574,212,761.77	229,066,625.29	443,350,268.33	1,246,629,655.39

Notas:

Recursos calculados en cumplimiento a los artículos 77 bis 15 de la Ley General de Salud, 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

Recursos calculados correspondientes al cierre de afiliación a diciembre del ejercicio 2015, reportada por la Dirección General de Afiliación y Operación.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL DE SALUD

Dirección General de Financiamiento

2° Semestre 2016

(Pesos)

Entidad Federativa	Recursos Federales Transferidos		
	Cuota Social	Aportación Solidaria Federal	Total
Aguascalientes	284,403,345.42	-	284,403,345.
Baja California	723,545,477.19	341,078,442.54	1,064,623,919.
Baja California Sur	132,712,036.35	-	132,712,036.
Campeche	305,067,688.62	-	305,067,688.
Coahuila	490,445,271.57	-	490,445,271.
Colima	171,283,171.28	-	171,283,171.
Chiapas	2,389,226,002.55	1,252,230,010.88	3,641,456,013.
Chihuahua	831,793,323.33	377,196,010.28	1,208,989,333.
Distrito Federal	1,930,264,351.07	1,415,870,194.98	3,346,134,546.
Durango	492,559,080.36	-	492,559,080.
Guanajuato	2,173,258,062.04	2,028,037,559.71	4,201,295,621.
Guerrero	1,492,575,581.46	429,945,466.08	1,922,521,047.
Hidalgo	1,290,292,481.24	-	1,290,292,481.
Jalisco	2,129,056,207.41	1,278,584,496.14	3,407,640,703.
México	4,899,958,386.18	3,922,920,706.70	8,822,879,092.
Michoacán	1,616,547,159.40	1,147,764,112.46	2,764,311,271.
Morelos	685,629,499.33	317,805,102.21	1,003,434,601.
Nayarit	401,514,780.34	-	401,514,780.
Nuevo León	833,269,278.62	295,019,811.02	1,128,289,089.
Oaxaca	1,758,667,060.00	533,314,635.00	2,291,981,695.
Puebla	2,289,461,852.16	2,092,927,422.47	4,382,389,274.
Querétaro	603,003,741.43	118,026,035.62	721,029,777.
Quintana Roo	455,846,817.78	-	455,846,817.
San Luis Potosí	1,022,108,764.22	386,532,572.20	1,408,641,336.
Sinaloa	776,751,362.48	-	776,751,362.
Sonora	629,222,728.41	-	629,222,728.
Tabasco	1,016,307,915.23	444,923,816.03	1,461,231,731.
Tamaulipas	1,026,625,005.61	-	1,026,625,005.
Tlaxcala	574,212,761.77	229,066,625.29	803,279,387.
Veracruz	2,893,699,734.46	1,250,119,547.64	4,143,819,282.
Yucatán	637,610,192.45	-	637,610,192.
Zacatecas	575,947,170.41	-	575,947,170.
TOTAL	**37,532,866,290.17**	**17,861,362,567.25**	**55,394,228,857**

Notas:

Recursos calculados en cumplimiento a los artículos 77 bis 15 de la Ley General de Salud, 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL DE SALUD

Dirección General de Financiamiento

2° Semestre 2016

(Pesos)

Entidad Federativa	Aportación Solidaria Estatal Total
Aguascalientes	188,421,455.83
Baja California	546,877,518.21
Baja California Sur	101,882,416.97
Campeche	245,824,084.31
Coahuila	381,017,146.97
Colima	129,524,479.20
Chiapas	1,798,967,199.61
Chihuahua	646,523,066.71
Distrito Federal	1,419,520,775.90
Durango	394,110,321.95
Guanajuato	1,585,668,645.74
Guerrero	1,146,221,675.61
Hidalgo	853,593,861.63
Jalisco	1,550,141,211.66
México	3,597,923,780.77
Michoacán	1,194,731,705.48
Morelos	507,460,731.68
Nayarit	319,575,597.24
Nuevo León	611,428,579.27
Oaxaca	1,355,199,075.51
Puebla	1,694,615,949.46
Querétaro	459,993,123.61
Quintana Roo	320,207,093.13
San Luis Potosí	765,638,775.92
Sinaloa	565,732,966.11
Sonora	455,364,545.10
Tabasco	774,835,359.59
Tamaulipas	686,154,929.57
Tlaxcala	443,350,268.33
Veracruz	2,154,987,121.68
Yucatán	495,346,638.01
Zacatecas	452,859,860.35
TOTAL	**27,843,699,961.13**

En el caso del SMSXXI, se tuvieron en 2016 un total de 435 casos registrados en plataforma, lo que generó un monto de 14.7 millones de pesos.

Respecto al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se tuvieron 242 casos, lo que representó un monto generado de 12.7 millones de pesos.

Listado de Casos Susceptibles de Financiamiento por el Programa SMSXXI 2016

Hospital	No. de Casos registrados en plataforma	Monto Generado
Hospital General de Calpulalpan	8	$ 262,649.23
Hospital General de Huamantla	38	$ 1,211,184.55
Hospital General de Tlaxcala	18	$ 499,726.02
Hospital de la Mujer	120	$ 3,345,570.01
Hospital Infantil de Tlaxcala	95	$ 4,626,538.68
pital General Regional Emilio Sanches Piedras	156	$ 4,848,360.00
Total	435	$ 14,794,028.49

Listado de Casos Susceptibles de Financiamiento por el Fonde de Proteccion contra Gastos Catastroticos 2016

Hospital	No. de Casos registrados en plataforma	Monto Generado
Hospital General de Calpulalpan	6	$ 282,426.00
Hospital General de Tlaxcala	23	$ 1,065,278.00
Hospital de la Mujer	38	$ 1,757,769.00
Hospital Infantil de Tlaxcala *	93	$ 5,699,266.00
Hospital General Regional Emilio Sanches Piedras	82	$ 3,961,282.00
Total	242	$ 12,766,021.00

36 casos son de seguimiento con un monto de $1,362,170.00

Fuente: REPSS Tlaxcala.

IV. VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

El Seguro Popular y el SMSXXI son Programas presupuestarios (Pp) del Ramo 12, se crean como un mecanismo mediante el cual el estado garantiza el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, sin desembolso en el momento de su utilización y sin discriminación a la población, a través de servicios médicos quirúrgicos y hospitalarios, mediante intervenciones combinadas que tienen que ver con promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En Tlaxcala, inicia formalmente en operación en el año 2004, aunque tuvo sus orígenes con una prueba piloto en 2003. Por su parte el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), se crea el 16 de octubre de 2015.

Los Pp tienen una justificación de creación y diseño, están diseñados para vincularse con la política de planeación nacional, sin importar que los Planes Nacionales de Desarrollo cambien en función de la administración, sus propósitos están fundamentados en apego a la normatividad en una lógica de pleno cumplimiento de los derechos sociales.

El Seguro Popular en Tlaxcala coadyuva para que el 67% de la población tenga acceso a los servicios de salud. La cobertura de afiliación y metas de reafiliación son establecidas por la CNPSS. El programa está diseñado para que se asigne presupuesto en función del número exacto de personas afiliadas.

El REPSS Tlaxcala distribuye su presupuesto autorizado en función de lo establecido por la CNPSS. El financiamiento del Sistema Nacional de Salud depende en gran medida de los impuestos que recauda el gobierno federal, estatal y cuota social.

Se debe destacar que el país intenta avanzar hacia un sistema de salud universal, prácticamente la cobertura en salud es universal; aunque se identifican personas con doble derechohabiencia.

Resalta la diferencia en los paquetes de servicios entre el SPSS y el resto de las instituciones que integran el SNS. Para el Seguro Popular y SMSXXI existe un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Finalmente, el gobierno federal y estatal también deben concentrar sus esfuerzos en que todos los mexicanos ejerzan su derecho a la salud, con servicios de calidad, con cobertura en todos los servicios.

Por último, el Seguro Popular será exitoso en la media que sea sostenible, esto es que sea capaz de permitir a la población en general usar todo tipo de servicios sanitarios (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) sin incurrir en dificultades financieras.

V. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENZAS

La Matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) es una metodología para abordar el entorno externo y el interno en el ejercicio del programa. La lógica del análisis FODA es identificar que lo que es bueno en el presente del programa constituye una fortaleza, lo que es bueno en el futuro constituye una oportunidad, lo que es malo en el presente representa una debilidad y lo que es malo en el futuro significa una amenaza.

- **Fortalezas/Oportunidades**

- ✓ Cada año la CNPSS presenta su Informe de Resultados de sus programas a su cargo, en el que se enuncian los resultados del Seguro Popular y SMSXXI. En este informe se resaltan los avances en términos de cobertura y presupuesto, realizando un análisis comparativo con las 32 entidades federativas. El informe tiene el alcance de servir como un diagnóstico para los REPSS, en el que se identifican los problemas presentes y los retos hacia donde se transita.
- ✓ Se tiene amplia justificación de la creación de los Programas federales. El Seguro Popular y SMSXXI operan en cumplimiento a lo establecido en la normatividad, en una lógica de pleno ejercicio de los derechos.
- ✓ El Seguro Popular y SMSXXI contribuyen de forma directa a mejorar uno de los seis indicadores de carencia valorados por el CONEVAL, relativo a la carencia de acceso a los servicios de salud.
- ✓ El programa está vinculado a la política de planeación nacional, sectorial y transversal, con fundamento en lo establecido en la normatividad.
- ✓ El Seguro Popular y SMSXXI tiene definido su población potencial y objetivo. Se tiene presente que son susceptibles de atención aquellas personas que no tengan derechohabiencia en otras instituciones de salud púbicas o privadas.
- ✓ Se tiene un análisis de padrón de beneficiarios y mecanismos de atención, incluso entre 2015 y 2016 se pudo identificar la duplicidad y doble derechohabiencia.
- ✓ El REPSS Tlaxcala ha cumplido con las metas de cobertura establecidas en el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- ✓ El Seguro Popular tiene sus coincidencias con otros sistemas de salud.

- ✓ El presupuesto ejercido está vinculado al Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

- ➢ **Debilidades y Amenazas**

- ✓ El REPSS Tlaxcala tiene tres MIR. La primera, diseñada para el Ramo 12 Salud, aprobada por la SHCP y remitida al Congreso de la Unión en los Informes Trimestrales. La segunda, enviada en el Plan Anual de Trabajo del REPSS a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). La Tercera, diseñada e incluida en el Programa Operativo Anual (POA) para el Presupuesto de Egresos del Estado 2016. Sin embargo, no están vinculadas las MIR, incluso ninguna considera el indicador de resultados relativo a medir la carencia de acceso a la alimentación.

VI. CONCLUSIONES

Temas	Puntuación
Tema 2. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa	**10.0**
Tema 3. Análisis de la contribución del programa a los objetivos y metas nacionales y sectoriales	**10.0**
Tema 4. Análisis de la población potencial y objetivo, y mecanismos de elección	**10.0**
Tema 5. Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	**10.0**
Tema 6. Análisis de Indicadores para Resultados	**5.8**
Tema 8. Presupuesto, rendición de cuentas y transparencia	**10.0**
Valoración final	**93**

Como se observa en la tabla de resultados los Programas tienen una justificación de creación y diseño, al ser programas federales cuentan con estudios y evaluaciones, están diseñados para vincularse con la política de planeación nacional, sin importar que los Planes Nacionales de Desarrollo

cambien en función de la administración, sus propósitos están fundamentados en apego a la normatividad en una lógica de pleno cumplimiento de los derechos sociales.

Una de las debilidades que se aprecia es que se no se encontró evidencia para verificar que existe una metodología para verificar el análisis de la población objetivo, aunque se tiene presente que los programas son de cobertura universal.

Se verificó que con apego a la normatividad se tiene un análisis del padrón de beneficiarios. Es importante resaltar que sin el análisis de padrón y la metodología para actualizarlo y contrastarlo con otras fuentes de información sería imposible identificar la duplicidad de derechohabiencia entre los beneficiarios.

Otra debilidad que se observa de los programas es que no se tiene una Matriz de Indicadores para Resultados que sea capaz de medir los logros e impactos, según los objetivos establecidos, incluso no se puede realizar un análisis histórico sobre los resultados.

Se observa buena disposición del REPSS Tlaxcala para mostrar información de primera mano sobre los avances y logros de los programas. Aunque aún se deben redoblar esfuerzos para que esta información pública sea debidamente comunicada a la población en general.

Finalmente se tiene que de una calificación de 100 puntos se alcanzaron 93 puntos base, según la evidencia mostrada por parte del REPSS Tlaxcala.

VII. FORMATOS DE ANEXOS

ANEXO 1. DESTINO DE LAS APORTACIONES EN LA ENTIDAD FEDERATIVA

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

El Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI son Programas presupuestarios (Pp) del Ramo 12 Salud, del cual es responsable de su ejecución la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), estructuras administrativas responsables de gestionar y supervisar el ejercicio de los recursos que se le transfieren para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Por un lado, el SPSS denominado Seguro Popular tuvo un presupuesto autorizado de 75 mil 437 millones de pesos en el ejercicio presupuestario de 2016, según el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), lo que representó un crecimiento de 0.9% respecto al presupuesto autorizado del año anterior. Por otro lado, el Seguro Médico Siglo XXI tuvo un presupuesto asignado de 2 mil 686 millones de pesos en 2016, con un crecimiento de 3.1%.

Según el Informe de Resultados 2016 de la CNPSS, el Seguro Popular pasó de tener un padrón total nacional de 5.3 millones de personas en 2004 a uno de 54.9 millones de afiliados en 2016. En lo que se refiere al número de familias el padrón pasó de 1.6 millones en 2004 a 23.7 millones en el último año.

De acuerdo con la CNPSS, entre los años 2015 y 2016 se tuvo una depuración del padrón del Seguro Popular, respectivamente pasó de tener un total de 57.1 millones de personas a 54.9 en el último año, se identificó que 2.2 millones de personas tenían doble derechohabiencia. La depuración del padrón se logró por el cruce de información con los

institutos de seguridad social y la coordinación con los REPSS de las 32 entidades federativas.

La meta de cobertura nacional programada para el cierre de 2016 en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud fue alcanzada mensualmente conforme lo establecido al 100%.

El Informe de Resultados 2016 de la CNPSS, precisa que 25 de las 32 entidades federativas cumplieron al 100% con su meta establecida en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Las entidades que estuvieron ligeramente por debajo de su meta programada fueron Veracruz y Nayarit. En contraste, los estados de Morelos, Hidalgo, Guerrero y Estado de México superaron la meta determinada.

PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI

En lo que se refiere al Programa Seguro Médico Siglo XXI, a nivel nacional se tienen un total de 5.2 niños menores de 5 años afiliados al año 2016, en este último año presupuestario fueron elegibles para afiliarse al programa un total de 1.8 millones de niños.

En el caso del Estado de Tlaxcala, al cierre de 2016 se tuvo un total de 25 mil 514 niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI, los cuales se suman al total 51 mil 376 niños y niñas menores de cinco años de familias afiliadas antes de 2016, teniendo un total de 76 mil 890 niños y niñas en el padrón, (véase la gráfica 5).

SEGURO POPULAR EN TLAXCALA

En lo que se refiere al Estado de Tlaxcala, el Programa Seguro Popular inició operación en el año 2003, con una población afiliada de 2 mil 280 familias, poco más de 10 mil personas, representando el 0.5% del total de personas afiliadas en toda la república. Año con año la dinámica del Seguro Popular incrementó aceleradamente, incluso en 2014 se alcanzó la cobertura universal con 930 mil 877 personas afiliadas (385 mil 311 familias tlaxcaltecas).

Posteriormente, al cierre de 2016 se logró una cobertura de afiliación de 865 mil 929 personas validadas en 2016 (368 mil 436 familias), registrándose un cumplimiento de la cobertura de la meta de afiliación de 100%, según cifras de la CNPSS.

Cabe mencionar que, en los últimos dos ejercicios presupuestarios, se observa una ligera tendencia a la baja en la afiliación registrada al Seguro Popular, derivado del ajuste a la cobertura de afiliación del 78.7% con respecto a las colisiones (doble derechohabiencia) con otras seguridades sociales, lo que se tradujo en una depuración del padrón de 64 mil 948 personas.

En Tlaxcala del total de personas afiliadas al Seguro Popular en 2016, 46.3% son hombres y 53.7% son mujeres. Incluso, la CNPSS revela que del total de familias afiliadas al Seguro Popular, 74.1% son familias encabezadas por mujeres, en tanto a nivel nacional representan el 71.9%.

Por grupo de edad, se observa que el 57% de la población afiliadas al Seguro Popular son niños y jóvenes de hasta 30 años en Tlaxcala. Los grupos de personas adultas de entre 31 y 50 años representan el 27%. Los grupos de personas de 51 años a 65 constituyen el 10%. En lo que se refiere al grupo de adultos mayores de más de 66 años, este representa el 7% del total afiliados en el padrón. Según la proyección de la población de la Comisión Nacional de Población (CONAPO) Tlaxcala tiene 77 mil 424 adultos mayores de 66 años, lo que significa que 74% está afiliada al Seguro Popular.

Población Afiliada al Seguro Popular por grupo de edad en Tlaxcala

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje respecto al total
0 – 10	96,589	93,356	189,945	22%
11 – 20	83,121	84,752	167,873	19%
21- 30	56,618	77,683	134,301	16%
31- 40	54,315	72,364	126,679	15%
41-50	45,512	57,165	102,677	12%
51- 60	28,814	36,482	66,296	8%
61- 65	9,517	11,532	21,049	2%
66 +	25,628	31,481	57,109	7%
Total	**401,114**	**464,815**	**865,929**	**100%**

Fuente: REPSS Tlaxcala.

Respecto a los afiliados al Seguro Popular por decil de ingreso en Tlaxcala en 2016, el 98.7% de se ubica en los primeros dos deciles (854 mil 313 personas afiliadas), 1.3% en el tercero (11 mil 8 personas), 0.1% en el cuarto (436 personas), y 0.02% en los últimos cinco deciles (172 personas afiliadas). Incluso se debe resaltar que en Tlaxcala no se recibe cuota familiar.

Según la CNPSS, el 18.4% de la población afiliada al Seguro Popular en Tlaxcala vive en una zona rural (159 mil 720 personas) en 2016. En tanto el 81.6% vive en zonas urbanas (706,209).[37]

Respecto a la reafiliación al Seguro Popular, en el año 2016 se reafiliaron un total de 11.2 millones de personas a nivel nacional; de los cuales, 176 mil 716 fueron reafiliaciones del Estado de Tlaxcala. La meta estatal de reafiliación fue alcanzada e incluso superada en 44 puntos base.

[37] Cifras revisadas en el Informe de Resultados 2016 de la CNPSS.

ANEXO 2. CONCURRENCIA DE RECURSOS EN LA ENTIDAD

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

De acuerdo con las fuentes de financiamiento concurrentes identificadas, se tuvo concurrencia de recursos federales y estatales. En total se tuvo un gasto total autorizado de mil 246 millones de pesos para el Seguro Popular; de los cuales, 574 millones corresponde a la cuota social, 229 millones de pesos concierne a la aportación solidaria federal y 443 millones de pesos a la aportación solidaria estatal.

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL DE SALUD
Dirección General de Financiamiento

2° Semestre 2016

(Pesos)

Entidad Federativa	Recursos Federales Transferidos			
	Cuota Social	Aportación Solidaria Federal	Aportación Solidaria Estatal	Total
Tlaxcala	574,212,761.77	229,066,625.29	443,350,268.33	1,246,629,655.39
TOTAL	**574,212,761.77**	**229,066,625.29**	**443,350,268.33**	**1,246,629,655.39**

Notas:

Recursos calculados en cumplimiento a los artículos 77 bis 15 de la Ley General de Salud, 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

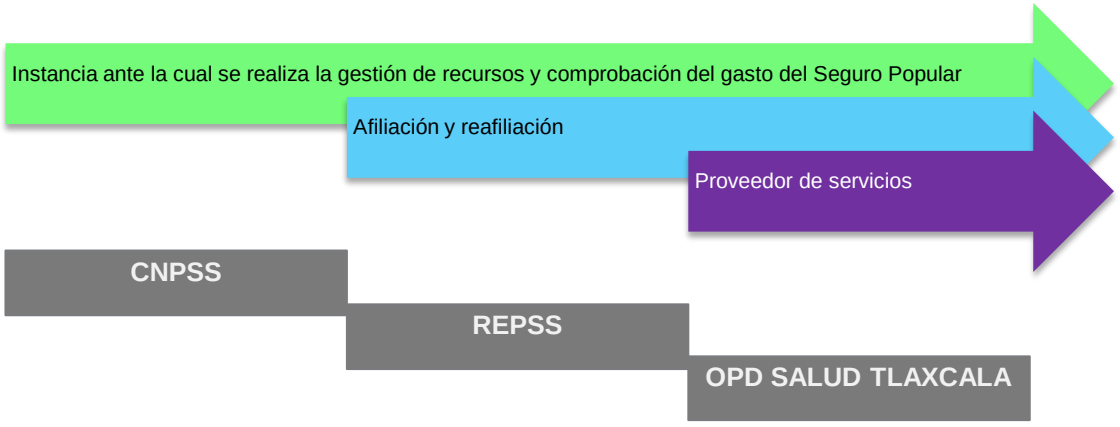
Recursos calculados correspondientes al cierre de afiliación a diciembre del ejercicio 2015, reportada por la Dirección General de Afiliación y Operación.

ANEXO 3. PROCESOS EN LA GESTIÓN DEL FONDO EN LA ENTIDAD

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

El Seguro Popular tiene tres macroprocesos. El primer proceso, se centra en la afiliación, reafiliación que se da cada tres años, conforme la vigencia de las pólizas de los derechohabientes y cumplimiento de metas de transversalidad en la Estrategia de Inclusión Social, la cual es coordinada por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que consiste en afiliar o en su caso reafiliar a los beneficiarios de PROSPERA y Programa de Pensión para Adultos Mayores al Seguro Popular.

El segundo proceso, se refiere al proceso de administración y financiamiento, por el cual se vincula la CNPSS, el REPSS y OPD Salud de Tlaxcala.



El tercer proceso, se refiere a la gestión de Servicios de Salud del REPSS, en el cual se realizan los microprocesos de supervisión y calidad de las Unidades Médicas de Salud, gestoría voluntaria, y la administración de los

recursos del Seguro Médico Siglo XXI, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos[38], Portabilidad y Consulta Segura.

Ilustración 5. Macroprocesos del Seguro Popular.

Fuente: REPSS Tlaxcala.

[38] Fondo para atender a la población de escasos recursos y que requiere de atención especializada y de alto costo. Permite que los beneficiarios no tengan que incurrir en un gasto catastrófico. Entre las enfermedades que atiende están algunas malformaciones congénitas y cáncer.

ANEXO 4. METODOLOGÍA PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LAS POBLACIONES POTENCIAL Y OBJETIVO

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

Como se señaló en la justificación de la pregunta anterior. Se estableció para Tlaxcala en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016 que la cobertura de afiliación anual sería de 865 mil 929 personas, en tanto la cobertura de PROSPERA sería de 249 mil 975 personas.

En cuanto a las metas de reafiliación se determinó una meta acumulada de 249 mil 538 personas y una mínima de 124 mil 769 personas. Se determinó un crecimiento mensual PROSPERA de 1,179.

Tabla 9. Cobertura de Afiliación y meta de afiliación para el Estado de Tlaxcala

Cobertura			Reafiliación		
Meses	Afiliación Acumulada	PROSPERA[39] Mínima	Acumulada	Mínima	%
	A[40]	B[41]	C[42]	D[43]	E[44]
Enero	930,877	237,006	16,068	321	2
Febrero	930,877	238,185	32,935	1,647	5
Marzo	930,877	239,364	46,966	3,997	8
Abril	865,929	240,543	73,825	9,597	13
Mayo	865,929	241,722	100,705	18,127	18
Junio	865,929	242,901	131,753	30,303	23
Julio	865,929	244,080	170,272	47,676	28
Agosto	865,929	245,259	192,155	65,333	34
Septiembre	865,929	246,438	212,302	82,798	39
Octubre	865,929	247,617	228,751	100,650	44
Noviembre	865,929	248,796	236,207	113,379	48

[39] El crecimiento mensual PROSPERA fue de mil 179 afiliados.
[40] La columna “A” corresponde a la cobertura mensual.
[41] La columna “B” corresponde a la cobertura mensual acumulada de la población PROSPERA que la entidad federativa debe cumplir.
[42] La columna “C” corresponde a los vencimientos mensuales acumuladso de 2016, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2015.
[43] La columna “D” corresponde al mínimo mensual acumulado de reafiliación que la entidad federativa debe cumplir.
[44] La columna “E” corresponde al porcentaje mínimo de reafiliación que la entidad federativa debe cumplir.

Diciembre	865,929	249,975	249,538	124,769	50
Total anual	865,929	249,975	249,538	124,769	50

Fuente: Anexo II de Coordinación para el ejercicio del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2016, correspondiente al Estado de Tlaxcala.

Las metas son congruentes con el diseño del programa, son de corto plazo (mensual y anual) en función del año presupuestario, ya que para el siguiente ejercicio fiscal se firmaría otro Acuerdo de Coordinación.

Se debe comentar que la cobertura está vinculada al presupuesto autorizado en cada uno de los REPSS. De acuerdo con el artículo 78 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, "con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de personas beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de personas al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente".

ANEXO 5. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE BENEFICIARIOS

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

Una vez establecida la cobertura estatal de afiliación y meta de reafiliación, cada mes se actualiza la base de datos de los beneficiarios, se valida en el REPSS Tlaxcala y se envía a la CNPSS, desde las oficinas centrales se valida de nueva cuenta la información y se realiza la dispersión mensual.

La CNPSS tiene un calendario de validación del padrón:

- La CNPSS determina que los días 15 de cada mes se envía la herramienta de validación.
- Cada mes del REPSS realiza las sincronizaciones y validaciones estatales.
- Todos los días primero de cada mes el REPSS realiza la recepción de base de datos mediante la herramienta de integración WEB.
- De los días 2 al 10 de cada mes la CNPSS sincroniza, valida y genera correctas para gestión de transferencia de recursos.
- Sin fecha específica de cada mes la CNPSS notifica al REPSS mediante el correo electrónico el día que se depositen los resultados de validación, lo que ocurrirá dentro de los primeros 10 días una vez concluido dicho proceso.
- El último día de cada mes la CNPSS genera oficios y respaldos de registros considerados en el cierre oficial.

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
CNPSS envía versión actualizada de la herramienta de validación (se deposita en el sitio FPT)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

REPSS realiza sincronizaciones y validaciones estatales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
REPSS recepciona bases de datos mediante herramienta de integración web	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CNPSS sincroniza, valida y genera correctas para gestión de transferencia de recursos	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10
CNPSS envío de correctas e incorrectas y en su caso conciliación	Se notifica mediante un correo electrónico los resultados de la validación, lo que ocurrirá dentro de los primeros diez días una vez concluido el proceso.											
CNPSS genera oficios y respaldos de registros considerados en el cierre oficial (deposito en FPT)	Antes del 29 de Feb.	Antes del 31 de Mar.	Antes del 30 de Abr.	Antes del 31 de May.	Antes del 30 de Jun.	Antes del 31 de Jul.	Antes del 31 de Ago.	Antes del 30 de Sep.	Antes del 31 de Oct.	Antes del 30 de Nov.	Antes del 31 de Dic.	Antes del 31 de Ene.

Fuente: REPSS Tlaxcala.

Además, los REPSS cuentan con los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.

El padrón de beneficiarios no incluye el beneficio esperado por beneficiarios, puesto que una vez verificado el padrón se envía conforme al calendario a la CNPSS, para que sea nuevamente verificado y sea posible la ministración mensual a entidades federativas, conforme la aportación por persona de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.

ANEXO 6. RESULTADOS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS Y DE GESTIÓN DEL FONDO

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

El REPSS Tlaxcala mostró evidencia del diseño de la MIR establecida para integrar el Presupuesto de Egresos del Estado de Tlaxcala, así como de los indicadores que se integran para el seguimiento del Anexo VIII del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud "Indicadores de Seguimiento a la Operación"; sin embargo, no se consideraron los indicadores federales establecidos en la MIR del Seguro Popular y SMSXXI.

De la información del REPSS Tlaxcala se observó información de tres indicadores de tipo de gestión, relativos a medir acciones y actividades.

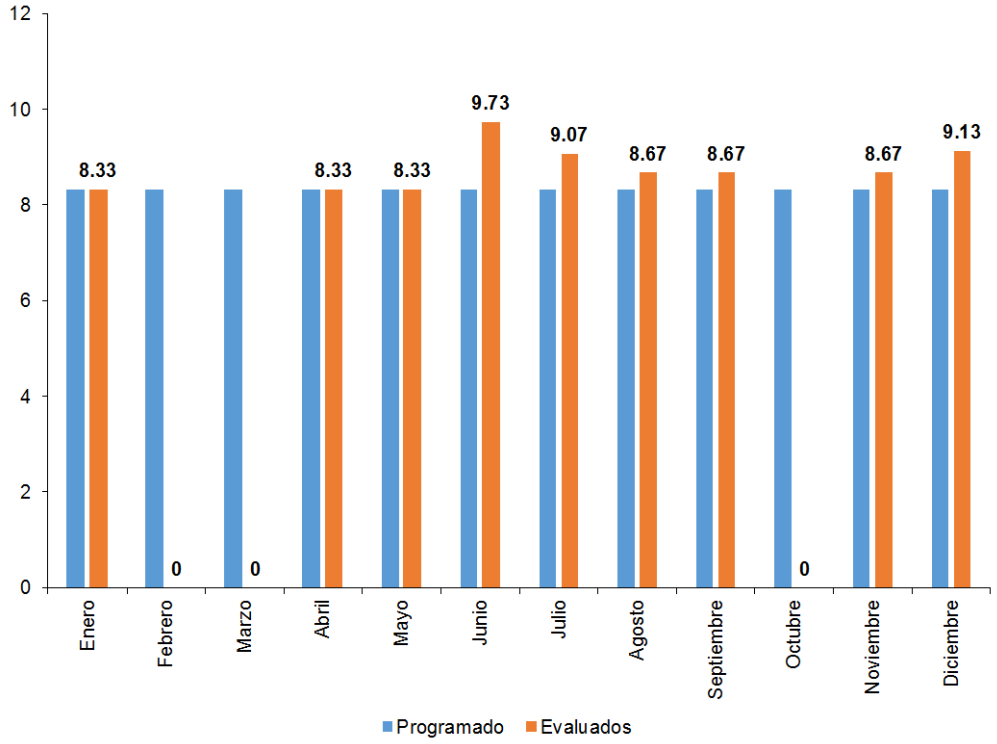
El primero concerniente a medir el "Porcentaje de personal de salud capacitado", en general se observa que en la mayoría de los meses se superó la meta programad.

El segundo indicador, es relativo a medir el "Porcentaje de encuestas de satisfacción del usuario aplicadas" y el tercero mide el "Porcentaje de personas atendidas por los gestores de seguro popular en los módulos de afiliación y orientación".

En los tres casos se observa que las metas mensuales son fácilmente alcanzables, no representan mayor problema para el REPSS Tlaxcala, y sin embargo, en algunos meses el avance no es positivo.

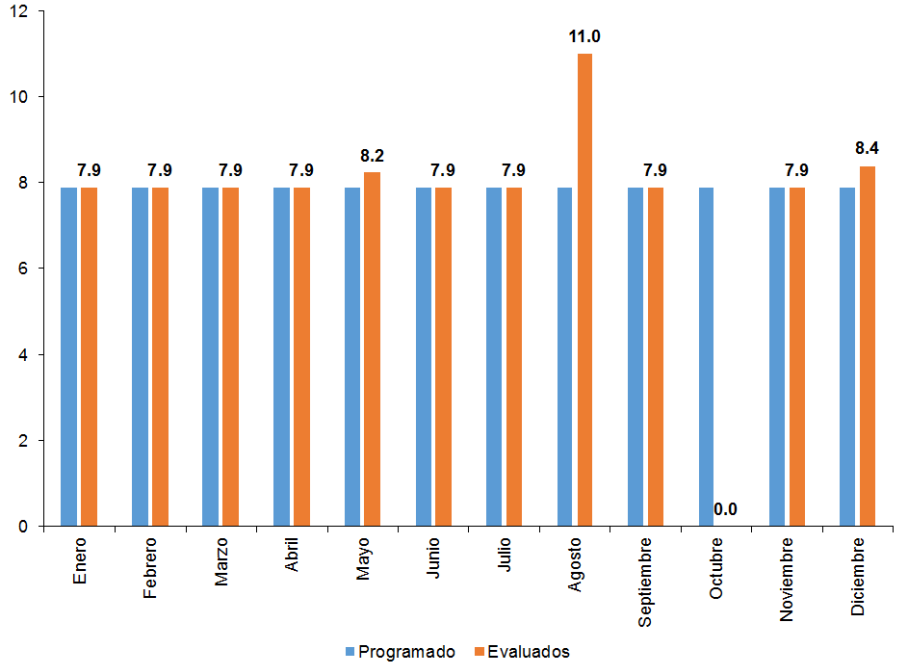
La mayor crítica y aspecto de mejora es que el REPSS diseñe una MIR acorde a la naturaleza de los programas, la cual este alineada a la MIR diseñada por el gobierno federal, incluso que considere los indicadores de desempeño del Anexo VIII, establecida por la CNPSS.

Gráfica 20. Porcentaje de personal de salud capacitado



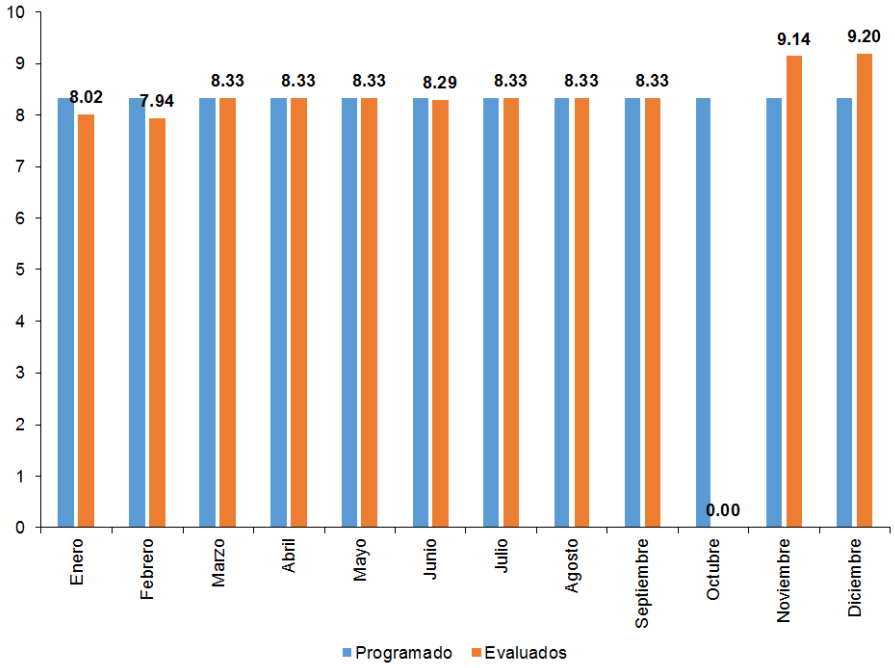
Fuente: REPSS Tlaxcala.

Gráfica 21. Porcentaje de encuestas de satisfacción del usuario aplicadas



Fuente: REPSS Tlaxcala.

Gráfica 22. Porcentaje de personas atendidas por los gestores de seguro popular en los módulos de afiliación y orientación



Fuente: REPSS Tlaxcala.

ANEXO 7. PROPUESTA DE MEJORA DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

Seguro Popular Matriz de Indicadores para Resultados 2015						
Objetivos	**Descripción**	**Indicador**	**Método de cálculo**	**Meta Anual**	**Avance**	**Porcentaje de avance, %**
Fin	El fin último del Sistema de Protección Social en Salud es que las personas que no tienen acceso a los servicios salud ejerzan su derecho, por ello el mayor impacto se observa cuando se reduce la carencia por acceso a los servicios de salud.	Carencia por acceso a los servicios de salud	Metodología definida por el CONEVAL	Bienal		
Propósito	Para lograr disminuir la carencia de acceso a los servicios de salud, el REPSS tiene que mantener la cobertura de afiliación y metas de reafiliación, conforme lo establece la CNPSS.	Mantenimiento de cobertura de salud con Seguro Popular (Reafiliación en general)	Población afiliada al Seguro Popular	Anual (Definida por la CNPSS)		
		Número de beneficiarios PROSPERA por reafiliar al Seguro Popular	Población afiliada al Seguro Popular	Anual (Definida por la CNPSS)		
		Número de beneficiarios del Programa Pensión para Adultos Mayores afiliados al Seguro Popular	Población afiliada al Seguro Popular	(Definida por la CNPSS)		
		Número de beneficiarios del Programa Pensión para	Población afiliada al Seguro Popular	(Definida por la CNPSS)		

		Adultos Mayores reafiliados al Seguro Popular				
Componente						
Actividad						
Gasto programado					Miles de pesos	
Gasto ejercido					Miles de pesos	

ANEXO 8. COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIA ENTRE PROGRAMAS FEDERALES

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

Nombre del programa	Dependencia/Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	¿Con cuáles programas federales coincide?	¿Con cuáles programas federales se complementa?	Justificación
Seguro Popular	CNPSS	Brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario.	Personas no derechoha bientes	Acceso a los servicios de salud, según el CAUSES	Nacional	SMSXXI IMSS-PROSPERA	IMSS ISSSTE SEDENA SEMAR OTROS PRIVADOS	Se observa coincidencia del Seguro Popular con el propósito establecido con el Programa presupuestario SMSXXI, así como con la definición de la población objetivo. El SMSXXI y el Seguro Popular implementan el CAUSES. Se complementa con las acciones realizadas por el IMSS, el ISSSTE y los otros regímenes de salud.
SMSXXI	CNPSS	Su objetivo general es financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños y niñas menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.	Niños menores de 5 años no derechoha bientes	Acceso a los servicios de salud, según el CAUSES y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Nacional	Seguro Popular IMSS-PROSPERA	IMSS ISSSTE SEDENA SEMAR OTROS PRIVADOS	Se observa coincidencia del Seguro Popular con el propósito establecido con el Programa presupuestario SMSXXI, así como con la definición de la población objetivo. El SMSXXI y el Seguro Popular implementan el CAUSES. Se complementa con las acciones realizadas por el IMSS, el ISSSTE y los otros regímenes de salud.
IMSS-PROSPERA	CNPSS	Fomentar de manera integral la salud de los mexicanos que no cuentan con seguridad social y habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema.	Personas que no cuentan con seguridad social y habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema	Proporciona de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES, el cual constituye un beneficio, con base en las Cartillas Nacionales de Salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona.	Nacional	SMSXXI Seguro Popular	IMSS ISSSTE SEDENA SEMAR OTROS PRIVADOS	Se observa coincidencia del Seguro Popular con el propósito establecido con el Programa IMSS Prospera, así como con la definición de la población objetivo. El SMSXXI, el Seguro Popular y el IMSS-PROSPERA implementan el CAUSES.

ANEXO 9. GASTO DESGLOSADO DEL PROGRAMA (RESUMEN ECONÓMICO POR DESTINO DEL GASTO)

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

Tabla 10. Distribución por capítulo del gasto del Seguro Popular en 2016

Capítulos de gasto	Concepto		Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejercido/ Modificado
1000: Servicios personales	1100	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER PERMANENTE	332,116,659.87	-	-	-
	1200	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER TRANSITORIO	37,013,229.60	31,425,372.85	31,425,372.85	-
	1300	REMUNERACIONES ADICIONALES Y ESPECIALES	4,252,937.76	3,175,580.30	3,175,580.30	-
	1400	SEGURIDAD SOCIAL				-
	1500	OTRAS PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS	1,561,700.00	2,235,997.29	2,235,997.29	-
	1600	PREVISIONES				-
	1700	PAGO DE ESTÍMULOS A SERVIDORES PÚBLICOS				-
Subtotal de Capítulo 1000			**374,944,527.23**	**36,836,950.44**	**36,836,950.44**	
2000: Materiales y suministros	2100	MATERIALES DE ADMINISTRACIÓN, EMISIÓN DE DOCUMENTOS Y ARTÍCULOS OFICIALES	14,741,854.94	3,763,133.98	3,763,133.98	-
	2200	ALIMENTOS Y UTENSILIOS	24,821,864.00	23,840,888.18	23,840,888.18	-
	2300	MATERIAS PRIMAS Y MATERIALES DE PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN				-
	2400	MATERIALES Y ARTÍCULOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE REPARACIÓN	1,039,790.00	527,908.98	527,908.98	-
	2500	PRODUCTOS QUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y DE LABORATORIO	261,973,395.08	247,610,159.32	247,610,159.32	-
	2600	COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS	4,176,004.75	4,150,031.27	4,150,031.27	-
	2700	VESTUARIO, BLANCOS, PRENDAS DE PROTECCIÓN Y ARTÍCULOS DEPORTIVOS	1,559,788.00	6,213,119.64	6,213,119.64	-
	2800	MATERIALES Y SUMINISTROS PARA SEGURIDAD				-

	2900	HERRAMIENTAS, REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES	4,962,408.00	41,389.39	41,389.39	-
Subtotal de Capítulo 2000			**313,275,104.77**	**286,146,630.76**	**286,146,630.76**	
3000: Servicios generales	3100	SERVICIOS BÁSICOS	19,123,536.00	16,212,630.92	16,212,630.92	-
	3200	SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO	2,809,089.75	3,254,200.97	3,254,200.97	-
	3300	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS, TÉCNICOS Y OTROS SERVICIOS	26,694,426.08	83,567,817.55	83,567,817.55	-
	3400	SERVICIOS FINANCIEROS, BANCARIOS Y COMERCIALES	715,948.00	1,084,636.58	1,084,636.58	-
	3500	SERVICIOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN	43,450,483.00	13,399,884.17	13,399,884.17	-
	3600	SERVICIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PUBLICIDAD	14,084,445.00	11,079,547.98	11,079,547.98	-
	3700	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	3,839,900.00	1,673,602.20	1,673,602.20	-
	3800	SERVICIOS OFICIALES	-	146,357.20	146,357.20	-
	3900	OTROS SERVICIOS GENERALES	71,012.00	43,679.05	43,679.05	-
Subtotal de Capítulo 3000			**110,788,839.83**	**130,462,356.62**	**130,462,356.62**	
4000: Transferencias , asignaciones, subsidios y otras ayudas	4100	TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIONES AL SECTOR PÚBLICO				-
	4200	TRANSFERENCIAS AL RESTO DEL SECTOR PÚBLICO	-	330,653,391.77	330,653,391.77	-
	4300	SUBSIDIOS Y SUBVENCIONES				-
	4400	AYUDAS SOCIALES	8,564,600.00	18,409,924.00	18,409,924.00	-
	4500	PENSIONES Y JUBILACIONES				-
	4600	TRANSFERENCIAS A FIDEICOMISOS, MANDATOS Y OTROS ANÁLOGOS				-
	4700	TRANSFERENCIAS A LA SEGURIDAD SOCIAL				-
	4800	DONATIVOS				-
	4900	TRANSFERENCIAS AL EXTERIOR				-
Subtotal de Capítulo 4000			**8,564,600.00**	**349,063,315.77**	**349,063,315.77**	
5000: Bienes Muebles e Inmuebles	5100	MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN	1,369,600.00	429,397.20	429,397.20	-
	5200	MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO				-
	5300	EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	1,297,110.00	-	-	-
	5400	VEHÍCULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE				-
	5500	EQUIPO DE DEFENSA Y SEGURIDAD				-
	5600	MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	-	26,619.50	26,619.50	-

	5700	ACTIVOS BIOLÓGICOS				-
	5800	BIENES INUMEBLES				-
	5900	ACTIVOS INTANGIBLES	-	39,999.96	39,999.96	-
Subtotal de Capítulo 5000			**2,666,710.00**	**496,016.66**	**496,016.66**	
6000: Obras Públicas	6100	OBRA PÚBLICA EN BIENES DE DOMINIO PÚBLICO				-
	6200	OBRA PÚBLICA EN BIENES PROPIOS	20,400,000.00	-	-	-
	6300	PROYECTOS PRODUCTIVOS Y ACCIONES DE FOMENTO				-
Subtotal de Capítulo 6000			**20,400,000.00**			
Total			**830,639,781.83**	**803,005,270.25**	**803,005,270.25**	
		RENDIMIENTO		**3,833,723.35**		
		TOTAL (Enero-Diciembre)		**806,838,993.60**		

Fuente: REPSS Tlaxcala.

De acuerdo con la distribución del presupuesto asignado al REPSS a través de la cuota social y aportación solidaria federal, se ejercieron 36.8 millones de pesos en el pago del capítulo 1000, 286.1 millones de pesos en el capítulo 2000, 130.5 millones de pesos en el capítulo 3000, 349 millones de pesos en el capítulo 4000 y 496 mil pesos en el capítulo 5000. En total se tuvo un presupuesto ejercido de 803 millones de pesos en el Seguro Popular, según información del REPSS Tlaxcala.

Tabla 11. Presupuesto ejercido del Seguro Popular, ejercicio fiscal 2016

Concepto		Presupuesto (pesos)					
		Programado	%		Ejercido	%	
1	Remuneración al Personal	$331,129,000.00	41.10%		$317,868,534.42	39.58%	
2	Fortalecimiento de la Infraestructura Física	$0.00	0.00%		$0.00	0.00%	
3	Acciones de Promoción y Prevención de la Salud *	$160,917,484.96	19.97%		$30,760,776.77	3.83%	
4	Medicamentos, Material de Curación y Otros Insumos	$40,725,533.32	5.05%	31.23%	$38,072,453.71	4.74%	30.84%
5	Consulta Segura *	$0.00	0.00%		$0.00	0.00%	
6	Caravanas de la Salud *	$3,306,907.00	0.41%		$1,784,577.69	0.22%	
7	Sistemas de Información Automatizados	$1,500,000.00	0.19%		$0.00	0.00%	
8	Gasto de Operación de los REPSS	$34,906,722.27	4.33%	6.43%	$30,775,756.21	3.83%	5.65%
9	Apoyo Administrativo	$16,929,555.36	2.10%		$14,553,983.44	1.81%	
10	Pagos a Terceros por Servicios de Salud	$10,500,000.00	1.30%		$895,125.39	0.11%	

11	Gasto Operativo de Unidades Médicas	$86,405,467.72	10.72%	$86,398,109.61	10.76%
TESOFE		**$281,895,953.01**	**85.19%**	**$281,895,953.01**	**64.89%**
4	Medicamentos, Material de Curación y Otros Insumos	$210,877,466.68	26.17%	$209,537,705.61	26.09%
8	Gasto de Operación de los REPSS	$0.00	0.00%	$1,002,700.53	0.12%
10	Pagos a Terceros por Servicios de Salud	$0.00	0.00%	$18,585,644.91	2.31%
11	Gasto Operativo de Unidades Médicas	$30,822,533.32	3.83%	$52,769,901.96	6.57%
Total		**$805,666,666.67**	**115.19%**	**$803,005,270.25**	**100.00%**

Fuente: REPSS Tlaxcala.

ANEXO 10. FORTALEZAS, RETOS Y RECOMENDACIONES DEL FONDO

Nombre del programa: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI
Modalidad: U005 Seguro Popular y S201 Seguro Médico Siglo XXI.
Ejercicio fiscal: 2016
Dependencia y/o entidad coordinadora: REPSS Tlaxcala
Tipo de Evaluación: Integral del desempeño
Año de la Evaluación: 2017

Tabla 12. FODA Seguro Popular 2017

Temas	Fortalezas/Oportunidades	Debilidades/Amenazas	Recomendaciones	Actores involucrados	Valoración general
Diagnóstico y descripción del problema	Cada año la CNPSS presenta su Informe de Resultados de sus programas a su cargo, en el que se enuncian los resultados del Seguro Popular y SMSXXI. En este informe se resaltan los avances en términos de cobertura y presupuesto, realizando un análisis comparativo con las 32 entidades federativas. El informe tiene el alcance de servir como un diagnóstico para los REPSS, en el que se identifican los problemas presentes y los retos hacia donde se transita.	Los REPSS no realizan un diagnostico propio, sobre sus resultados. No obstante, tienen su Plan Anual de Trabajo, en el que se destacan los objetivos y metas por áreas de trabajo.	Tener un diagnóstico del Programa Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, actualizado y publicado en el portal oficial del	Departamento de Planeación y Evaluación y Seguimiento a la Operación.	10
Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa	Se tiene amplia justificación de la creación de los Programas federales. El Seguro Popular y SMSXXI operan en cumplimiento a lo establecido en la normatividad, en una lógica de pleno ejercicio de los derechos. El Seguro Popular y SMSXXI contribuyen de forma directa a mejorar uno de los seis indicadores de carencia valorados				

	por el CONEVAL, relativo a la carencia de acceso a los servicios de salud.				
Análisis de la contribución del programa a los objetivos y metas nacionales y sectoriales	El programa está vinculado a la política de planeación nacional, sectorial y transversal, con fundamento en lo establecido en la normatividad.				
Análisis de la población potencial y objetivo, y mecanismos de elección	El Seguro Popular y SMSXXI tiene definido su población potencial y objetivo. Se tiene presente que son susceptibles de atención aquellas personas que no tengan derechohabiencia en otras instituciones de salud púbicas o privadas.				
Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Se tiene un análisis de padrón de beneficiarios y mecanismos de atención, incluso entre 2015 y 2016 se pudo identificar la duplicidad y doble derechohabiencia.				
Análisis de Indicadores para Resultados		El REPSS Tlaxcala tiene tres MIR. La primera, diseñada para el Ramo 12 Salud, aprobada por la SHCP y remitida al Congreso de la Unión en los Informes Trimestrales. La segunda, enviada en el Plan Anual de Trabajo del REPSS a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). La Tercera, diseñada e incluida en el Programa Operativo Anual (POA) para el Presupuesto de Egresos del Estado 2016. Sin embargo, ninguna de las MIR están vinculadas, e incluso ninguna considera a uno de			

		los indicadores más relevantes que es reducir la carencia de acceso a la alimentación.			
Análisis de complementarieda des y coincidencias con otros programas y evidencia de política pública	El Seguro Popular tiene sus coincidencias con otros sistemas de salud.				
Presupuesto, rendición de cuentas y transparencia	Se tiene poca evidencia de la información presupuestal. No obstante, el presupuesto ejercido se encuentra en función del presupuesto autorizado en el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Los programas federales avanzan en la cultura de transparencia y rendición de cuentas.				
Los resultados del programa	El REPSS Tlaxcala ha cumplido con las metas de cobertura establecidas en el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud				
Conclusiones y valoración final		Mostrar evidencia y análisis específico para hablar de éxitos, oportunidades, ASM y metodologías relevantes.			

Bibliografía

Cámara de Diputados. Ley General de Salud. Última reforma publicada el 27 de enero de 2017. Revisado en el siguiente sitio web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

Caballero J, José Antonio, Moctezuma, Gonzalo y Solange Maqueo, María. 2014. Programa Seguro Médico Siglo xxi": una propuesta de política pública para fortalecer el derecho a la salud de la primera infancia en México. Revista Derecho del Estado No.33 Bogotá July/Dec. 2014. Print version ISSN 0122-9893

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CIFP), 2007. Nota Informativa Presupuesto de Egresos de la Federación 2007. Seguro Popular. NOTACEFP/003/2007. 01 de febrero 2007.

CNPSS. 2016. Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados enero-diciembre 2016. P.74.

CESOP, 2005. Programa Seguro Popular. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados. Febrero 2005. P.8.

Diario Oficial de la Federación. 2014. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. 17/12/2014. Revisado en el siguiente sitio web: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5376248&fecha=17/12/2014

OMS. 2000. Informe sobre la Salud en el Mundo. Organización Mundial de la Salud. 2000.

IMSS. 2016. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016. Revisado en el siguiente sitio web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/21-InformeCompleto.pdf

Knaul, Felicia; Arreola-Ornelas, Héctor; Méndez, Oscar; Martínez, Alejandra., 2005. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. Salud Pública Méx 2005; Vol. 47(sup 1):54-65.

Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala, 2016. Programa Anual de Evaluación 2017. Periódico Oficial No. 52 Segunda Sección,

diciembre 28 del 2016. Revisado en el siguiente sitio web: http://evaluacion.tlaxcala.gob.mx/images/stories/documentos/evalua/evaluaciones/ef16/pae_2017.pdf

Evaluación Integral del Desempeño
Seguro Popular
Seguro Médico Siglo XXI

El Colegio de Tlaxcala, A. C.
REPSS Salud
Secretaría de Planeación y Finanzas
Gobierno del Estado de Tlaxcala