

EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS

Sistema de Protección Social en Salud en Tlaxcala
Seguro Popular

Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
Gobierno del Estado de Tlaxcala
Ejercicio fiscal 2014

Tlaxcala, Tlax., noviembre de 2015



Índice

Índice	2
Resumen Ejecutivo	4
Introducción	6
I. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
II. TEMAS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA	7
III. CRITERIOS GENERALES PARA RESPONDER A LAS PREGUNTAS	7
III.1. FORMATO DE RESPUESTA.....	8
III.2. CONSIDERACIONES PARA DAR RESPUESTA.....	8
IV. EVALUACIÓN	10
IV.1 DISEÑO.....	10
IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS	17
IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN.....	20
IV.4 OPERACIÓN	22
IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	30
IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS.....	30
V. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	36
ANEXO 1 "DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS"	38
ANEXO 2 "METODOLOGÍA PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LAS POBLACIONES POTENCIAL Y OBJETIVO".....	40

ANEXO 3 "PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE BENEFICIARIOS"	41
ANEXO 4 "RESUMEN NARRATIVO DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS"	42
ANEXO 5 "INDICADORES"	43
ANEXO 6 "METAS DEL PROGRAMA"	44
ANEXO 7 "COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS FEDERALES"	45
ANEXO 8 "AVANCE DE LAS ACCIONES PARA ATENDER LOS ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA"	46
ANEXO 9 "RESULTADO DE LAS ACCIONES PARA ATENDER LOS ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA"	47
ANEXO 10 "ANÁLISIS DE RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS DERIVADAS DE EVALUACIONES EXTERNAS"	48
ANEXO 11 "EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA"	49
ANEXO 12 "INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA"	50
ANEXO 13 "DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS COMPONENTES Y PROCESOS CLAVES"	52
ANEXO 14 "GASTOS DESGLOSADOS DEL PROGRAMA"	67
ANEXO 15 "AVANCE DE LOS INDICADORES RESPECTO DE SUS METAS"	68
ANEXO 16 "INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA"	69
ANEXO 17 "PRINCIPALES FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES"	70
ANEXO 18 "COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS ANTERIOR"	74
ANEXO 19 "VALORACIÓN FINAL DEL PROGRAMA"	75

Resumen Ejecutivo

El Sistema de Protección Social en Salud “Seguro Popular”, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. La población objetivo del programa son las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud. El programa ha sido diseñado y coordinado desde la federación y operado por las entidades federativas. La justificación y diseño del programa se fundamentó en innumerables publicaciones y en la experiencia ocurrida en otras partes del mundo. Primero se demostró que el importante gasto de bolsillo que sufrían las familias que no tenían seguridad social y después se documentó que la cobertura universal en salud con paquetes explícitos de salud era el objetivo al que debían apuntar los países. En términos organizacionales, la Ley permite que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) contraten a cualquier prestador de servicios de salud, lo que podría traducirse en mejor servicio. El Estado de Tlaxcala ejecuta el programa como lo establece la federación, esto a pesar que cada entidad federativa puede hacer con su propio financiamiento adiciones, por ejemplo al paquete de beneficios.

El Estado de Tlaxcala cuenta con su Programa de Acción 2011-2016, mediante el cual hace un diagnóstico de la problemática, enfocándose en temas de oferta de servicios y de necesidades de salud, inclusive a nivel municipal. Donde la cobertura universal se logró en el año 2011. Entendiéndose por cobertura universal en salud, la cobertura de cubrir a todas las personas, por todos los padecimientos y sin o con el menor gasto de bolsillo. En su Programa de Acción y su

Programa de Trabajo 2014, se establecen los indicadores que guiaran su trabajo y las metas propuestas. El indicador de propósito es común con uno de los indicadores del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

El programa opera en función de la población afiliada al SPSS; ya que es principalmente en función de esta población, que se realiza la transferencia de recursos federales a la entidad federativa. De allí que cada año la población afiliada, la población por re-afiliar y la población por incorporar al sistema. El Estado de Tlaxcala logró la cobertura universal en el año 2011, de tal forma que la población objetivo para un año en particular se refiere a la población por reafiliar y nueva población como nacimientos o personas de nueva residencia en la entidad o personas que perdieron la cobertura de la seguridad social en ese periodo de tiempo. Dos son las dimensiones que señala el diseño del programa; el primero, se refiere a que el programa está diseñado para las personas que no cuenten con seguridad social, y el segundo, se refiere al régimen contributivo o no contributivo en el cual debe ser asignada la persona.

El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo y son consistentes con la población objetivo que es aquella población que no tiene otro tipo de seguridad social. El apoyo es simplemente afiliación al programa, que da a los afiliados la posibilidad de tener acceso a intervenciones preventivas y de atención médica sin costo en el punto de servicio. En este sentido es conveniente mencionar que la afiliación, el proceso principal del programa, está sujeto a un procedimiento de validación, pues de ello depende la transferencia de recursos financieros. El Seguro Popular otorga aseguramiento público que exenta a los asegurados a pagar en el punto de servicio por intervenciones de primer, segundo y tercer nivel explícitamente; es decir, una vez que el afiliado tiene su póliza pueda hacer uso de estos beneficios, generalmente en clínicas y hospitales del Gobierno del Estado de Tlaxcala o en otros estados, a través de los convenios de portabilidad.

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Tlaxcala realiza la encuesta de satisfacción de los beneficiarios en el primer nivel de atención y la encuesta de Satisfacción de los beneficiarios al segundo nivel de atención. Las preguntas se aplican en el primer nivel de atención a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, mientras que el cuestionario del segundo nivel de atención permite captar la experiencia del paciente o del familiar o acompañante. Por lo que corresponden a las características de los beneficiarios y además las preguntas si son relevantes, pues si están diseñadas para capturar información que permita mejorar la experiencia del paciente al mejorar los servicios de salud de segundo y tercer nivel.

Con la información que se le proporcionó al equipo evaluador es difícil concluir sobre los resultados del programa éste cuenta con indicadores para medir el Fin y el Propósito. No obstante, el equipo evaluador no tiene acceso a la información que permite medir qué tanto se logró la meta para 2014. Aunque es de esperarse que la meta de propósito se haya logrado pues de ello depende la transferencia de recursos que hace la federación a los estados.

Introducción

La reforma a la Ley General de Salud que crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) ha sido la reforma que más impacto ha tenido en décadas en el Sistema Nacional de Salud. Hoy en el país se puede hablar de cobertura financiera universal, una aspiración para muchos países y un concepto apoyado por los organismos internacionales.

El SPSS otorga aseguramiento público para las personas que no cuentan con seguridad social que les permite acceder a una serie de intervenciones explícitas de primer y segundo nivel, establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) sin pagos en el punto de servicio.

El SPSS se concibió con diferentes roles para la federación y para las entidades federativas: la federación coordinaría el sistema y las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud REPSS, se harían cargo principalmente de llevar a cabo la afiliación, de organizar la prestación médica para los afiliados y de tutelar sus derechos.

Como todo programa federal el SPSS tiene que cumplir con la normatividad y ha estado sujeto a múltiples evaluaciones externas. Como un programa importante también ha llamado la atención de investigadores y de organismos internacionales. A poco más de diez años de su implementación, la conclusión general es que el programa ha sido muy exitoso en establecer un sólido marco jurídico y en afiliar a la población pero menos en garantizar a los afiliados un acceso efectivo a servicios de salud y en documentar y transparentar el uso de los recursos que se ha traducido en una pérdida de eficiencia.

Esta situación indica que para mejorar el programa se tiene que evaluar a los ejecutores del sistema. Las evaluaciones de consistencia y resultados como esta, de llevarse a cabo anualmente, y complementándose con las que se realizan a nivel federal permitirán identificar las áreas de oportunidad en las entidades federativas y darle seguimiento a las

recomendaciones, o en su caso a los Aspectos Susceptibles de Mejora.

Esta evaluación corrobora que el diseño del programa se hizo apegado a las mejores prácticas internacionales, y que la cobertura y focalización es la adecuada a la normatividad. Siendo la afiliación el principal apoyo que da el programa y variable clave para la transferencia de recursos federales, la afiliación además está sujeta a varios pasos de verificación. El equipo evaluador no encontró cual fue el desempeño de los indicadores en el 2014 y tampoco encontró otras evaluaciones sean estas de impacto. El programa debe trabajar a la brevedad en este tema.

I. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

Objetivo general

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del **Sistema de Protección Social en Salud “Seguro Popular” de Tlaxcala**, coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) de Tlaxcala, para el ejercicio fiscal 2014, con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

Objetivos específicos

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

II. TEMAS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA

El análisis de la evaluación tomó como referencia el Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados emitidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

La Evaluación de Consistencia y Resultados se divide en seis temas y 51 preguntas de acuerdo con el siguiente cuadro:

APARTADO	PREGUNTAS	TOTAL
Diseño	1-13	13
Planeación y Orientación a Resultados	14-22	9
Cobertura y Focalización	23-25	3
Operación	26-42	17
Precepción de la Población Atendida	43	1
Medición de Resultados	44-51	8
Total	51	51

La presente evaluación se realizó con información oficial y oportuna proporcionada por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) de Tlaxcala. Asimismo, el análisis se complementó con información de diversas fuentes de Instituciones nacionales e internacionales.

Bajo un calendario y esquema preestablecido, se dio espacio y oportunidad al sujeto evaluado de proporcionar elementos e insumos adicionales de análisis en aspectos que requerían mayor fundamento y ayudaran a dar mayor claridad a su aspecto funcional, operativo y de gestión.

III. CRITERIOS GENERALES PARA RESPONDER A LAS PREGUNTAS

Los seis temas incluyen preguntas específicas, de las que 34 se responden mediante un esquema binario (**SÍ/NO**)

sustentado con evidencia documental y haciendo explícitos los principales argumentos empleados en el análisis. En los casos en que la respuesta sea **Sí**, se selecciona uno de cuatro niveles de respuesta definidos para cada pregunta.

Las 17 preguntas que no tienen respuestas binarias (no incluyen niveles de respuestas) se responden con base en un análisis sustentado en evidencia documental y haciendo explícitos los principales argumentos empleados en el mismo.

III.1. FORMATO DE RESPUESTA

Cada una de las preguntas se responde en un máximo de una cuartilla e incluye los siguientes conceptos:

- a. La pregunta;
- b. La respuesta binaria (**SÍ/NO**) o abierta;
 - Para las respuestas binarias y en los casos en los que la respuesta sea **Sí**, el nivel de respuesta (que incluya el número y la oración), y
- c. El análisis que justifique la respuesta.

III.2. CONSIDERACIONES PARA DAR RESPUESTA

Para las preguntas que deben responderse de manera binaria (**SÍ/NO**), se considera lo siguiente:

- Determinación de la respuesta binaria (**SÍ/NO**). Cuando el programa no cuenta con documentos ni evidencias para dar respuesta a la pregunta se considera información inexistente y, por lo tanto, la respuesta es **“NO”**.
- Si el programa cuenta con información para responder la pregunta, es decir, si la pregunta es **“SÍ”**, se procede a precisar uno de cuatro niveles de respuesta, considerando los criterios establecidos en cada nivel.

Se podrá responder **“No aplica”** a alguna(s) de las preguntas sólo cuando las particularidades del programa evaluado no permitan responder a la pregunta. De presentarse el caso, se deben explicar las causas y los motivos de por qué **“No aplica”** en el espacio para la pregunta. El CONEVAL podrá solicitar que se analicen nuevamente las preguntas en las que se haya respondido **“No aplica”**.

Para el total de las preguntas, los Términos de Referencia incluyen los siguientes cuatro aspectos que se deben considerar al responder:

1. De manera enunciativa más no limitativa, elementos con los que debe justificar su valoración, así como la información que se debe incluir en la respuesta o en anexos.
2. Fuentes de información mínimas a utilizar para la respuesta. Se podrán utilizar otras fuentes de información que se consideren necesarias.
3. Congruencia entre respuestas. En caso de que la pregunta analizada tenga relación con otra(s), se señala(n) la(s) con la(s) que debe haber coherencia en la(s) respuesta(s). Lo anterior no implica, en el caso de las preguntas con respuesta binaria, que la respuesta binaria (**SÍ/NO**) o nivel de respuesta otorgado a las preguntas relacionadas tenga que ser el mismo, sino que la argumentación sea consistente.
4. Los anexos que se incluyen al final de este informe de evaluación son los siguientes:
 - Anexo 1. “Descripción General del Programa” (Formato libre).
 - Anexo 2. “Metodología para la cuantificación de las Poblaciones Potencial y Objetivo” (Formato Libre).
 - Anexo 3. “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios” (Formato Libre).
 - Anexo 4. “Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados” (Formato Libre).
 - Anexo 5 “Indicadores”.

- Anexo 6 “Metas del programa”.
- Anexo 7 “Complementariedad y coincidencias entre programas federales”.
- Anexo 8 “Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora”.
- Anexo 9 “Resultados de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora” (Formato Libre).
- Anexo 10. “Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas”. (Formato Libre).
- Anexo 11 “Evolución de la Cobertura”.
- Anexo 12 “Información de la Población Atendida”.
- Anexo 13 “Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves”.
- Anexo 14 “Gastos desglosados del programa”.
- Anexo 15 “Avance de los Indicadores respecto a sus metas”.
- Anexo 16. “Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población Atendida” (Formato Libre).
- Anexo 17 “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendación”.
- Anexo 18 “Comparación con los resultados de la Evaluación de Consistencia y Resultados anterior” (Formato Libre).
- Anexo 19 “Valoración Final del programa”.

IV. EVALUACIÓN

IV.1 DISEÑO

IV.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

IV.1.2 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

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y • El problema cuenta con todas las características establecidas en la pregunta.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. A su vez el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud establece que Sistema de Protección Social en Salud “es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo,

efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social”.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se establece en 2004 como una respuesta a: i) el bajo nivel de gasto público para la población que carece de seguridad social; lo que lleva a tener por un lado una desigualdad en el gasto para diferentes grupos de la población y un alto gasto de bolsillo, que es la forma más inequitativa de financiar la salud; y ii) las brechas de gasto en salud entre las diferentes entidades del país.

Por su parte el artículo 77 bis 3 establece la población objetivo del programa “las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud”.

Desde un principio el objetivo era lograr la cobertura universal y se estableció en una tasa anual de afiliación. Para ello, cada año la CNPSS y el Estado de Tlaxcala firman un convenio que establece la población a ser incorporada al SPSS.

Es un Programa continuo cuyos Lineamientos datan de 2005 y su última revisión y actualización fue dada en 2011.

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

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un diagnóstico del problema, y • El diagnóstico cuenta con todas las características establecidas en la pregunta.

El Sistema de Protección Social en Salud al ser un programa coordinado por la federación y ejecutado por las entidades federativas su diagnóstico se da en dos niveles a nivel federal y a nivel estatal. Han sido múltiples los diagnósticos que se han hecho del Sistema de Protección Social en Salud, antes de la implementación del programa y después de ella, estudios de diagnóstico solicitadas por entidades gubernamentales y realizadas por académicos y organizaciones de la sociedad civil.

Por otro lado, el Programa de Acción 2011-2016 del Estado de Tlaxcala hace un diagnóstico de la problemática, enfocándose en temas de oferta de servicios y de necesidades de salud, inclusive a nivel municipal. En el cuadro Estructura Analítica del Programa Presupuestario Seguro Popular Tlaxcala 2011-2016 se establecen las causas del problema, el problema y sus efectos, alineados al Fin, propósito y componentes.

De acuerdo a este cuadro el problema es que hay población sin acceso a servicios de salud y que esto se debe a que hay población sin seguridad social, los servicios no cuentan con los suficientes recursos humanos, materiales y/o infraestructura para satisfacer todas las necesidades de salud de la población sin seguridad social, existen obstáculos económicos, geográficos, organizacionales o culturales que dificultan la accesibilidad y utilización de los servicios de salud; y los recursos presupuestales estatales previsto para proveer los servicios de salud a la población sin seguridad social son insuficientes. Todos estos factores son comunes en todas las entidades federativas y siguen siendo válidos excepto por la razón de que hay población sin seguridad social como se explica a continuación. Una recomendación es tratar de cuantificar qué tanto pesa cada uno de los factores para poder otorgar acceso efectivo a servicios de salud con calidad y hacer un estimado de los recursos necesarios.

La cobertura universal se logró en el Estado de Tlaxcala en el año 2011, la revisión y actualización de la población afiliada se lleva a cabo en los convenios que se tienen que firmar para la ejecución del programa entre la CNPSS y cada una de las entidades federativas.

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

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y • La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y • Existe(n) (evidencia)(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo, y • (Existe)(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.

Desde finales de los años 1990, la Organización Mundial de la Salud estableció que los objetivos de los países sería lograr la cobertura universal en salud. De acuerdo a su modelo conceptual la cobertura en salud se compone de tres grandes ejes: qué población se cubre, qué intervenciones se cubren y qué protección financiera se le da a esta. Con base en este marco, México tenía una baja cobertura de la seguridad social, lo que llevaba a tener un alto gasto de bolsillo en general y brechas entra la población que tenía acceso a la seguridad social y las personas que no tenían acceso a la misma, como quedó documentado en el Informe de salud en el Mundo 2000 de la Organización Mundial de la Salud.

Al mismo tiempo en el mundo se estaban llevando a cabo programas para alcanzar la cobertura universal en salud que sirvieron de ejemplo para México, destacan los casos de Estados Unidos, Chile, Colombia, Países Bajos e Israel. No obstante lo anterior, tener evaluaciones causales de los efectos de la extensión de cobertura es muy poco frecuente. La evidencia que existía al momento de instrumentar el programa era mixta, con mayor

impacto en el gasto y acceso a servicios de salud, que en los resultados mismos.

El Estado de Tlaxcala, se adhirió al diseño del programa que se implementó desde la federación, cuando ya que era nacional e internacionalmente aceptado, que la cobertura universal en salud llevaría a un mejor acceso a servicios de salud de calidad y a una mayor protección financiera.

VI.1.3 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

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • El Programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivo(s) del programa sectorial, especial o institucional, y • Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y • El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.

El SPSS está alineado al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 a través de los siguientes objetivos:

- Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
- Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
- Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
- Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

De acuerdo con el cuadro, Estructura Analítica del Programa Presupuestario Seguro Popular Tlaxcala 2011-2016, del Programa de Acción 2011-2016 del Estado de Tlaxcala, su propósito es “La población que carece de seguridad social cuenta con la protección social en salud del SPSS”. En particular el propósito se relaciona con las líneas de acción

- 6.1.3 Afiliar o reafiliar a la población sin seguridad social, especialmente aquella que vive en condiciones de vulnerabilidad
- 6.1.4 Otorgar los beneficios del SPSS a población cubierta por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (hoy Prospera).

De hecho, dos indicadores de los 16 indicadores del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 están estrechamente relacionados con el propósito del programa: i) porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud (afiliación), y ii) Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios de salud pública.

El SPSS también está alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 a través del Eje rector III. Desarrollo social incluyente para Fortalecer el Bienestar Social al cumplimiento del Objetivo 3 Acceso Universal a los Servicios de Salud y seguridad social.

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

No procede valoración cuantitativa.

Los objetivos sectoriales están relacionados con las siguientes metas, objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

- México Incluyente
 - 2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
 - Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar la calidad de vida e incrementar su capacidad productiva
 - 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud
 - Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal
 - Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud
 - Mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, y
 - Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
- México próspero a través de los siguientes objetivos y estrategias:
 - 4.1 Mantener la estabilidad macroeconómica del país
 - Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades

Se considera que están relacionados pues hacen referencia a la afiliación de las personas al SPSS. De hecho, el indicador del PND que hace referencia a Salud dentro de la Meta Nacional México Incluyente es el de acceso a servicios de salud (el mismo que el del PROSESA 2013-2018).

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con las Metas del Milenio?

No procede valoración cuantitativa.

El propósito del programa se vincula de forma indirecta con los siguientes objetivos y Metas del Milenio:

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre en la meta reducir a la mitad entre 1990

y 2015 el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar.

De acuerdo al diseño del programa y al marco conceptual utilizado la afiliación al Seguro Popular debe llevar a menor gasto de bolsillo que en personas pobres significa menor gasto catastrófico y empobrecedor.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

El CAUSES incluye intervenciones como vacunación, con lo que se ha venido abatiendo las enfermedades prevenibles por vacunación. Además el Seguro Popular junto con el Seguro Médico SXXI y el FPGC cubren casi en su totalidad la carga de la enfermedad de este grupo de edad.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna en todas sus metas.

- Meta: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.
- Meta: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

El CAUSES cubre todas las intervenciones de la mujer embarazada, además de que el programa cubre los gastos catastrófico de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Como parte de las acciones de prevención se otorgan anticonceptivos gratuitos y orientación.

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades en todas sus metas.

- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten.

El financiamiento de las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades está garantizado por el Seguro Popular. De hecho el Anexo IV establece que no menos de 20% de las transferencias federales deben ser aplicadas a estas acciones. Por su parte el FPGC garantiza el tratamiento de personas con VIH/SIDA.

IV.1.4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

DEFINICIONES DE POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y ATENDIDA

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: Sí

Nivel	Criterio
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y • Las definiciones cuentan con todas las características establecidas.

La población potencial está definida en la Ley General de Salud en el artículo 77 bis 3, el cual establece que el Seguro Popular está dirigido a todas las familias y las personas que no tengan seguridad social. Además en la reforma a la Ley se estableció el plazo para lograr la cobertura universal en salud, es decir el 100% de afiliación de esta población. La población objetivo debería

ser igual a la población potencial en el periodo en cuestión.

Cada año como parte del Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS, la entidad federativa y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud validan el número de personas afiliadas al programa y las que se van a reafiliar en el año fiscal en cuestión; esto como base para la transferencia de recursos federales a la entidad federativa. Es importante mencionar que el estado de Tlaxcala alcanzó la cobertura universal en salud en 2011.

Las fuentes de información utilizada para la población potencial y objetivo son las bases de datos que genera la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud y que proporciona a la CNPSS. Dicha información toma como base las proyecciones de CONAPO. La población atendida toma fuente básica de información las bases de afiliación del programa.

De acuerdo con el Anexo II para el año fiscal la población potencial y la población objetivo fue de 930, 877 personas y la misma población fue atendida.

8. Existe información que permita conocer quienes 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) Cuenten con mecanismos de documentación para su depuración y actualización.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los beneficiarios cuentan con todas las características establecidas.

El capítulo IV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, regula el Padrón de Beneficiarios, el cual es el consolidado de los padrones de beneficiarios de cada entidad federativa. De acuerdo al Artículo 50, el Padrón será de tipo nominal y deberá contener al menos los siguientes elementos: nombre, apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento, sexo; Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la CNPSS, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

Los lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, es el documento que establece el detalle de cómo conformar el Padrón de Beneficiarios. Los lineamientos establecen dos tipos de información que es en un principio integrada y administrada por los REPSS y concentrada en una base de datos que administra y pone a disposición de las entidades federativas la CNPSS: i) de identidad de la persona; y ii) información recabada por la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

La CURP es la clave básica de identificación en el SPSS a nivel personal, aunque a cada familia se le asigna un folio, que es el número que normalmente usan los REPSS.

Previo al envío de la información a la CNPSS cada mes se llevan a cabo los procesos de verificación y validación inicial de la información a cargo del REPSS.

La CNPSS una vez recibida la información también lleva a cabo procesos de validación de la base de datos remitida por los REPSS. De encontrar inconsistencias se lo hará del conocimiento del REPSS. La información definitiva del padrón del mes en turno será la del cierre autorizada por la CNPSS.

9. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la temporalidad de las mediciones.

No procede valoración cuantitativa.

Como se mencionó en la pregunta anterior, la recolección de información socioeconómica se realiza como parte de la afiliación al programa, con el objetivo primario de determinar la cuota familiar que debe pagar la familia en cuestión.

El Capítulo III Afiliación y Reafiliación, descrita en los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, establece el procedimiento para recolectar información, el instrumento y la temporalidad.

El instrumento utilizado es la CECASOEH que es una encuesta definida a nivel federal que cuenta con dos apartados:

- Solicitud de afiliación al SPSS, en el que se indique los datos de los beneficiarios como nombre, apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento, sexo; Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad.
- Evaluación socioeconómica que contiene las variables necesarias para definir el decil de ingresos de la familia y con ello, si la familia pertenece al régimen contributivo o no contributivo. Las variables que mide son si la vivienda es propia, rentada o prestada, el material de la vivienda, el número de cuartos, si se dispone de escusado, baño o letrina, si se cuenta con DVD, refrigerador, estufa de gas, auto propio o lavadora.

De acuerdo con los lineamientos los Módulos de Atención y Orientación (MAO) o las brigadas, solicitarán al interesado que se haya acercado para tramitar su incorporación al SPSS, la información necesaria para requisar la CECASOEH. Esta va acompañada por copia de documentos que validan la información.

La CECASOEH tendrá validez por un año, a quienes estén en el régimen contributivo y de tres años, para los que estén en el régimen no contributivo, mismos periodos que se utilizan para la reafiliación.

IV.1.5. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

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

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.

En el Programa de Acción 2011-2016 del Sistema de Protección Social en Salud Tlaxcala se incluye la matriz de indicadores para resultados 2011-2016, pero únicamente se incluye el Fin, Propósitos y Componentes, El resumen narrativo de las Actividades se encuentra en cada una de las fichas técnicas.

Por otra parte, el SPSS, si tiene su matriz de indicadores para resultados con la definición de Fin, Propósitos, Componentes y Actividades pero reporta datos consolidados y los indicadores no son los mismos.

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

- Nombre
- Definición
- Método de cálculo
- Unidad de Medida
- Frecuencia de Medición
- Línea base
- Metas
- Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal)

Respuesta: No

De acuerdo con la definición de Fin, Propósito, Componentes y Actividades, el programa solo presenta la ficha técnica de un indicador de cinco que tiene el Componente, y una ficha técnica del indicador de Actividad, de seis que tiene.

En el Anexo 5, se observa el desglose de cada indicador.

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

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

Respuesta: No

El programa solo presenta la ficha técnica de un indicador de cinco que tiene el Componente, y una ficha técnica del indicador de Actividad, de seis que tiene.

En el Anexo 6, se observa el desglose de cada indicador.

IV.1.6 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADEDES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

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

No procede valoración cuantitativa.

El programa tiene coincidencias con i) el aseguramiento en salud que proporcionan el IMSS y el ISSSTE y ii) IMSS Prospera en el primer y segundo nivel de atención. Si de acuerdo con la Ley General de Salud el SPSS está destinado a las personas sin seguridad social (única variable de focalización), en la realidad se observa que un número de alrededor

de siete millones de personas a nivel nacional tienen más de una cobertura, es decir, tienen SPSS e IMSS y/o ISSSTE. Si bien no están disponibles los datos a nivel estatal, es probable que en el caso de Tlaxcala este porcentaje sea menor debido a que el porcentaje de población sin seguridad social es mayor al de la media nacional.

Si bien el SPSS es un mecanismo financiero y el IMSS Prospera es un prestador, es posible que una misma persona se esté atendiendo en alguna unidad médica del IMSS Prospera, de primer o segundo nivel, y en una unidad médica de los servicios estatales de salud.

El programa tiene complementariedades con dos programas principalmente y con una estrategia nacional: i) Prospera, ii) IMSS Prospera (para la atención del tercer nivel y del FPGC) y iii) Cruzada Nacional Contra el Hambre. En el caso de Prospera, el SPSS aborda el tema de la carencia de servicios de salud de la población beneficiaria del programa. Por lo que existe complementariedad a nivel de propósito, población objetivo, tipos de apoyo y cobertura del programa.

En el caso de IMSS Prospera, como se mencionó en párrafos anteriores, al no contar este programa con hospitales de tercer nivel, los afiliados al SPSS pueden contar con los beneficios que otorga el FPGC. Finalmente, como parte de la estrategia Cruzada Nacional Contra el Hambre, el SPSS pretende dar prioridad en la afiliación a la población objetivo de la estrategia, como se describe en el Anexo 7.

IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

IV.2.1. INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

14. La Unidad Responsable del programa cuenta con un plan estratégico con las siguientes características:

- a) Es resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- b) Contempla el mediano y/o largo plazo.

c) Establece los resultados que quieren alcanzar, es decir, el Fin y Propósito del programa.

d) Cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> • El plan estratégico tiene tres de las características establecidas.

El programa cuenta con su Programa de Acción 2011-2016. De acuerdo a la propia información en el Programa de Acción 2011-2016, el marco de evaluación es el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y el Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016

El Programa tiene la siguiente Misión y Visión, mientras que los objetivos se refieren al Fin, Propósito, Componente y Actividades, descritos anteriormente

Misión: Proteger el patrimonio de la población tlaxcalteca que carece de seguridad social, mediante su incorporación voluntaria y equitativa al Sistema de Protección Social en Salud, misma que le permita acceder de manera gratuita a servicio médico quirúrgico, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan sus necesidades de salud, cubiertas por las carteras del Sistema.

Visión: En 2016 el Estado de Tlaxcala cuenta con un Sistema de Protección Social en Salud, que garantiza a la población afiliada la protección financiera y resguarda su patrimonio contra gastos en salud, mediante el acceso efectivo a una red de servicios básicos de atención a la salud de calidad, que permite un adecuado nivel de salud y contribuye al desarrollo de la población en el estado.

El documento incluye Matriz de Indicadores con metas, los cuales ya se señalaron anteriormente, pero las metas se establecen a 2012, por lo que se considera que no contempla el mediano y largo plazo.

15. El programa cuenta con planes de trabajo anuales para alcanzar sus objetivos que:

- a) Son resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, siguen un procedimiento establecido en un documento.
- b) Son conocidos por los responsables de los principales procesos del programa.
- c) Tienen establecidas sus metas.
- d) Se revisan y actualizan

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> • Los planes de trabajo anuales tienen tres de las características establecidas.

El REPSS Tlaxcala si cuenta con un Plan de Trabajo 2014, en el cual se establecen las metas a alcanzar con base en su matriz de marco lógico. Es en el Plan de Trabajo en donde se encuentran las fichas de los indicadores de la MIR, las cuales se revisan y actualizan cada año.

De acuerdo con información que está en el propio Plan de Trabajo 2014 el documento toma como marco de planeación, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016. De esta forma el Plan de Trabajo 2014 se enmarca en un programa de 2011 a 2016. Con la información disponible no es posible saber si el Programa de Trabajo fue el resultado de un esfuerzo participativo, ni tampoco si es conocido por los responsables de los principales procesos del programa.

El Programa tiene su Misión y Visión, mientras que los objetivos se refieren al Fin, Propósito, Componente y Actividades, descritos anteriormente: por lo cual las metas están establecidas y se revisan y actualizan.

IV.2.2 DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE EVALUACIÓN

16. El programa utiliza informes de evaluaciones externas:

- a) De manera regular, es decir, uno de los elementos para la toma de decisiones sobre cambios al programa son los resultados de evaluaciones externas.
- b) De manera institucionalizada, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- c) Para definir acciones y actividades que contribuyan a mejorar su gestión y/o sus resultados.
- d) De manera consensada, participan operadores, gerentes y personal de la unidad de planeación y/o evaluación.

Respuesta: No aplica

No existe evidencia de que el programa ha sido evaluado anteriormente, por lo que no es posible que se utilice información proveniente de la misma.

17. Del total de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) clasificados como específicos y/o institucionales de los últimos tres años, ¿qué porcentaje han sido solventados acorde con lo establecido en los documentos de trabajo y/o institucionales?

Respuesta: No Aplica

No existen documentos que identifiquen evaluaciones externas que establezcan ASM.

18. ¿Con las acciones definidas en los documentos de trabajo e institucionales, que a la fecha se han implementado, provenientes de los Mecanismos para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal de los últimos tres años, se han logrado los resultados establecidos?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No Aplica

19. ¿Qué recomendaciones de la(s) evaluación(es) externa(s) de los últimos tres años no han sido atendidas y por qué?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No Aplica

20. A partir del análisis de las evaluaciones externas realizadas al programa y de su experiencia en la temática ¿qué temas del programa considera importante evaluar mediante instancias externas?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No Aplica

El Programa no cuenta con evaluaciones externas. Por lo tanto se sugiere que se lleven a cabo de manera periódica.

IV.2.3 DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

21. El Programa recolecta información acerca de:

- a) **La contribución del programa a los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.**
- b) **Los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios en el tiempo.**
- c) **Las características socioeconómicas de sus beneficiarios.**
- d) **Las características socioeconómicas de las personas que no son beneficiarias, con fines de comparación con la población beneficiaria.**

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> • El programa recolecta información acerca de tres de los aspectos establecidos.

La Matriz de Indicadores del SPSS a nivel federal establece como propósito: la población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad; este es el mismo propósito que el del programa en el Estado de Tlaxcala. Por otro lado, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 incluye como uno de los indicadores a seguir, el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud. De esta forma los indicadores están alineados y por la forma de operar del programa se recolecta información de la contribución del Programa a los objetivos del Programa Sectorial.

Cada año el REPSS establece en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación, las personas que serán afiliadas al SPSS con el fin de establecer la transferencia de recursos federales. Periódicamente a lo largo del año se verifica el Padrón de Beneficiarios.

Desde su afiliación al programa, los afiliados tienen el derecho de acceder a los prestadores acreditados de salud, sin que les cobren en el punto de contacto por las atenciones cubiertas por el SPSS.

Por otro lado, el programa recolecta información socioeconómica de los afiliados a través de la CECASOEH - para los que están en el nivel contributivo cada año y para los que están en el nivel no contributivo cada tres años - como parte del proceso de afiliación, como ya se explicó anteriormente.

El programa sin embargo, no recolecta información sobre los no afiliados con fines de comparación.

22. El programa recolecta información para monitorear su desempeño con las siguientes características:

- a) **Es oportuna**
- b) **Es confiable, es decir, está validada por quienes las integran.**
- c) **Está sistematizada.**
- d) **Es pertinente respecto de su gestión, es decir, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes.**

e) Está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
2	<ul style="list-style-type: none"> La información que recolecta el programa cuenta con tres de las características establecidas.

El programa recolecta información sobre afiliación de forma continua y sistematizada conforme se va dando la afiliación y es validada por el REPSS y por la CNPSS, esto con el objetivo de transferir los recursos federales a la entidad federativa. Esta información permite medir los avances en el indicador que hace referencia al propósito del programa. Con la información que proporcionó el programa, que se le da seguimiento anual a las metas de los indicadores de componentes y actividades en la MIR. De esta forma se puede concluir que es pertinente respecto de la gestión.

Sin embargo con la información disponible el equipo evaluador, no encontró información que permita determinar con precisión si la información de todos los indicadores en el nivel de componente y actividad es oportuna, confiable y está sistematizada.

Se sugiere que en el programa se realicen reportes de desempeño, en el cual establezca cuál ha sido el desempeño de cada uno de los indicadores de forma histórica y además ponga a disposición de evaluadores externos, las bases de datos con la información sistematizada y actualizada de los indicadores de la MIR.

IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

IV.3.1 ANÁLISIS DE COBERTURA

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

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

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> La estrategia de cobertura cuenta con todas las características establecidas.

El programa opera en función de la población afiliada al SPSS; ya que es principalmente en función de esta población, que se realiza la transferencia de recursos federales a la entidad federativa. De allí que cada año se establece en el Anexo II del Convenio de colaboración que firman las entidades federativas y la CNPSS la población afiliada, la población por re-afiliar y la población por incorporar al sistema. El Estado de Tlaxcala logró la cobertura universal en el año 2011, de tal forma que la población objetivo para un año en particular se refiere a la población por reafiliar y nueva población como nacimientos o personas de nueva residencia en la entidad o personas que perdieron la cobertura de la seguridad social en ese periodo de tiempo.

De tal forma que la estrategia si incluye la definición de la población objetivo, especifica metas de cobertura anual, este horizonte de cobertura anual se enmarca en un horizonte de mediano y largo plazo (la cobertura universal en salud) y es congruente con el diseño del programa, el cual tiene como propósito la afiliación de personas que no cuentan con seguridad social.

Para lograr la estrategia, el programa tiene puntos de afiliación que se llaman MAO o establece brigadas de afiliación. Esta estrategia está basada en la población objetivo a afiliar inclusive a nivel municipal.

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

No procede valoración cuantitativa.

La población objetivo de programa es aquella población que no tiene seguridad social. Por ello durante la afiliación al programa en la cual se aplica la CECASOEH, se le pregunta al jefe de hogar si tiene afiliación a una institución de la seguridad social. La respuesta se toma de buena fe pues no se le piden a los potenciales afiliados de forma estricta un certificado de no derechohabencia, el cual sólo puede ser otorgado por las instituciones de la seguridad social.

Se calcula con base en el Padrón General de Salud - el cual es la base de datos que integra y cruza información del SPSS, del IMSS y del ISSSTE - que existen aproximadamente siete millones de personas que tienen Seguro Popular y afiliación a otra u otras instituciones de la seguridad social. En el Estado de Tlaxcala es probable que este porcentaje sea menor pues es un estado con mayor proporción de afiliados al Seguro Popular, que el promedio del país.

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

No procede valoración cuantitativa.

La población potencial, es toda aquella persona que no cuenta con seguridad social de acuerdo a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con base en información de CONAPO.

La población objetivo es la que se acuerda establecer para su afiliación en un año fiscal en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación entre la CNPSS y la entidad federativa. En tanto, la

población atendida la constituyen todas aquellas personas que ya están afiliados al SPSS.

De acuerdo a las proyecciones de cobertura establecidas por la Dirección de Planeación y Administración del Padrón, la población objetivo es la población considerada sin seguridad social, que para el año 2014 fue de 930,877 personas que no contaban con seguridad social, con una afiliación de 24,081 personas en el estado de Tlaxcala.

La población atendida es a la que se garantiza el acceso a la salud por estar afiliada al SPSS y la cual, al ser validada, genera recursos que aseguran sus servicios a través del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), así como la aportación que el Estado cubre, que para el ejercicio 2014 fue de 930,877 personas, de conformidad con el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS.

Cobertura del SPSS en Tlaxcala (Personas)	
Año	Cobertura
2004	
2005	
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	725,497
2011	766,283
2012	855,136
2013	906,796

En Tlaxcala la cobertura universal se logró en 2011 y del total de la población que vive en Tlaxcala de acuerdo con CONAPO, 1,260,628, el 74% está afiliado al Seguro Popular y el resto tiene otro tipo de seguridad social.

IV.4 OPERACIÓN

IV.4.1. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS ROP O NORMATIVIDAD APLICABLE

26. Describa mediante Diagramas de Flujo el proceso general del programa para cumplir con los bienes y los servicios (Componentes), así como los procesos clave en la operación del programa.

No procede valoración cuantitativa.

En forma esquemática se presenta en la siguiente figura el esquema operativo del SPSS:



En el Anexo 13 se presentan “Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves”.

Solicitud de apoyos

27. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales)

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes. Existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos.

Si, como los apoyos en este caso son las afiliaciones al SPSS y la población potencial y objetivo está muy bien definida y la afiliación se concreta después de un proceso en el cual se aplica la CECASOEH, el programa si conoce la demanda total de apoyos y las características socioeconómicas de los afiliados. Además para la atención del CAUSES, cada familia es asignada a una unidad de atención, mientras que el REPSS procesa los trámites financieros para que a la familia se le cubran las enfermedades que causan gastos catastróficos.

La información que se captura en la CECASOEH es domicilio, teléfono, beneficiario de algún otro programa social, evaluación del ingreso, datos personales de los miembros del hogar, status laboral, módulo de embarazo saludable y características del domicilio.

28. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características:

- Corresponden a las características de la población objetivo.
- Existen formatos definidos.
- Están disponibles para la población objetivo.
- Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo. Los procedimientos cuentan con todas las características descritas.

El Programa cuenta con los “Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar Del Sistema de Protección Social en Salud el cual en su Capítulo II establece el procedimiento para la afiliación y la re-afiliación.

El formato para la afiliación del programa es la CECASOEH, la cual se complementa con copias

de documentación oficial que compruebe datos requisados. La CECASOEH se define a nivel federal y las entidades federativas no pueden cambiar el formato.

Los formatos están disponibles a cualquier persona que se acerque a un MAO o a una brigada para solicitar su afiliación al programa.

29. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo con las siguientes características:

- Son consistentes con las características de la población objetivo.
- Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras
- Están sistematizados.
- Están difundidos públicamente.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> Los mecanismos para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo tienen cuatro de las características establecidas.

El programa si cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo y son consistentes con la población objetivo que es aquella población que no tiene otro tipo de seguridad social, los mecanismos están estandarizados y se realizan mediante la información recabada por la CECASOEH, está sistematizada ya que se cuenta con una base de datos que administra la CNPSS y están difundidos públicamente el SPSS tiene publicados, tanto por la propia CNPSS y por el REPSS en Tlaxcala, los Lineamientos, en sus respectivas páginas de internet y en los apartados de transparencia, estos se difunden en el Diario Oficial de la Federación.

Selección de beneficiarios y/o proyectos

30. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:

- Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- Están sistematizados.
- Están difundidos públicamente.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.

Existen dos procesos para la selección de beneficiarios. El primero tiene que ver con que el REPSS afilia solamente a personas que no cuentan con seguridad social. Este es el único criterio de elegibilidad que está definido a nivel de la Ley General de Salud. Como la información sobre afiliación es proporcionada por la familia voluntariamente y no hay mecanismos que permitan corroborar la no derechohabencia, es posible que se afilien personas al SPSS que tienen IMSS o ISSSTE. Esto ha sido comprobado a nivel nacional con el Padrón General de Salud, el cual identifica que hay millones de traslapes como ya se comentó anteriormente.

El segundo proceso para la selección de beneficiarios tiene que ver con la ubicación de la familia en el régimen contributivo y el régimen no contributivo. Con base en información de la CECASOEH la familia es catalogada en un decil de ingreso. Si la familia cae en los menores cuatro deciles no tiene que aportar al SPSS, si la familia cae del decil V al X debe contribuir con una cuota familiar que depende del decil de ingreso. No obstante, se tiene evidencia por lo menos a nivel nacional, que en todos estos años no ha habido una correcta clasificación de las familias, pues el número de familias que son

catalogadas en el régimen no contributivo es aproximadamente 95% de la población.

De allí que aunque el programa tenga criterios claramente establecidos, estén estandarizados, sistematizados y sean del conocimiento público.

31. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios y/o proyectos y tienen las siguientes características:

- a) Permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos.
- b) Están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de proyectos y/o beneficiarios.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los mecanismos para verificar la selección de beneficiarios y /o proyectos tienen las características establecidas.

Como se mencionó anteriormente, el procedimiento de selección de beneficiarios se hace con la aplicación de la CECASOEH y se registra la información más importante en el Padrón General de Salud. El número de afiliados que resulta del padrón es la base para la transferencia de recursos; de allí que esté sujeto a verificación.

Están estandarizados ya que los REPSS utilizan la CECASOEH para afiliar a la población que no tiene acceso a los servicios de seguridad social.

Está sistematizada ya que se cuenta con una base de datos que administra la CNPSS y son conocidos por los operadores del programa, ya que estos tienen que apegarse a los "Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios

y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud".

Tipos de apoyos

32. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen todas las características establecidas.

El Seguro Popular otorga aseguramiento público que exenta a los asegurados a pagar en el punto de servicio por intervenciones de primer, segundo y tercer nivel explícitamente. Es decir una vez que el afiliado tiene su póliza pueda hacer uso de estos beneficios, generalmente en clínicas y hospitales del Gobierno del Estado de Tlaxcala o en otros estados a través de los convenios de portabilidad. Los modelos para entregar las pólizas están sistematizados, es decir, son usadas por todos los MAO y las brigadas de afiliación.

Los beneficios que otorga el Seguro Popular si están difundidos inclusive en medios electrónicos a través de folletos (http://seguropopular.saludtlax.gob.mx/images/archivos_pdf/Triptico_Afiliacion.pdf) e información sobre afiliación <http://seguropopular.saludtlax.gob.mx/index.php/afiliacion> que es de interés para la población.

La afiliación al programa está apegada a la normatividad que en el nivel más específico está dictado por el Capítulo III Afiliación y Reafiliación en los "Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios

y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud” que es publicado por la federación y aplicada por las entidades federativas.

33. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios y tienen las siguientes características:

- a) Permiten identificar si los apoyos a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del programa.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Son conocidos por operadores del programa.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los mecanismos para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios tienen todas las características establecidas.

El SPSS, en su proceso de afiliación, cuenta con mecanismos para verificar que los apoyos afiliaciones y re-afiliaciones, se entreguen de acuerdo al procedimiento establecido. Éste es verificado conforme a los acuerdos y procedimientos establecidos por (CNPSS). Los beneficiarios reciben las intervenciones sin costo garantizadas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), por el Seguro Médico Siglo XXI (SMS XXI) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Una forma de verificación de la entrega de apoyos (servicios médicos), es con base a las quejas interpuestas por los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que de acuerdo a la LGS en su artículo 77 bis 36, “...Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación, los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la

administración pública, tanto federal como local acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”...

Están estandarizados ya que de conformidad con los “Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud” los REPSS se deben de apegar a ellos.

Están sistematizados ya que se cuenta con una base de datos y son conocidos por los operadores del programa, ya que estos tienen que apegarse a los Lineamientos descritos.

Ejecución

34. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen todas las características establecidas.

Las acciones están estandarizadas ya que los REPSS se deben apegar a los “Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud”, por lo que están apegados a documento normativo del Programa.

Están sistematizadas ya que tanto la afiliación-reafiliación y entrega de apoyos los REPSS se deben apegar al documento normativo.

Se difunden públicamente al encontrarse en las páginas electrónicas de la CNPSS y de los REPSS.

35. El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de obras y acciones y tienen las siguientes características:

- a) Permiten identificar si las obras y/o acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos del programa.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Son conocidos por operadores del programa.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los mecanismos para dar seguimiento a la ejecución de obras y/o acciones tienen todas las características establecidas.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) entrega tres tipos de acciones: I) Afiliación; II) Reafiliación (renovación de la vigencia de sus derechos); y III) Acceso a intervenciones garantizadas en unidades médicas acreditadas y sin costo al momento de su utilización. En lo que respecta a que el SPSS garantiza que todos los afiliados con una demanda por una intervención médica tenga acceso a unidades acreditadas sin cobro, el seguimiento se da posterior al evento y con base en las quejas que reportan los afiliados a través de los medios que existen y a las visitas de supervisión que realiza el REPSS a la red de prestadores de servicios (Servicios Estatales de Salud).

Están estandarizados, ya que la atención de afiliados por unidades médicas acreditadas se puede calcular de los sistemas administrativos. En general, estos procesos permiten verificar que las acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos, están

sistematizados y son conocidos por los operadores del programa.

IV.4.2 MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA

36. ¿Cuáles cambios sustantivos en el documento normativo se han hecho en los últimos tres años que han permitido agilizar el proceso de apoyo a los solicitantes?

No procede valoración cuantitativa.

En Junio de 2014 se aprobaron cambios a la Ley General de Salud para mejorar la operación del SPSS. Fueron cuatro cambios fundamentales:

- Las transferencias de la federación pueden ser en efectivo, en especie o a través de la TESOFE contra factura de los proveedores.
- Para el caso de gastos catastróficos la CNPSS podrá operar como cámara de compensación y realizar los pagos directamente a los hospitales de tercer nivel que han atendido a un paciente contra el monto a transferir a la entidad federativa.
- Si se encuentra que se han desviado recursos del SPSS para otros fines se pueden establecer penas de cárcel a los culpables.
- Se establecen precios de referencia para los medicamentos incluidos en el CAUSES y en el FPGC a los que se tienen que apegar los prestadores acreditados.

La razón que llevó a esta reforma – la más importante desde que surgió el SPSS – fue que se observó que en varios estados se había desviado dinero del SPSS y que los precios de compra de medicamentos variaban sustancialmente entre una entidad federativa y otra.

Los argumentos que se esgrime para estar a favor de esta reforma es que los pacientes van a tener un mejor acceso a servicios de salud. Aunque es muy pronto para saber el impacto de la reforma, ya se ha centralizado la compra de algunos insumos para la salud, de tal forma que los afiliados deben tener acceso a esos insumos para la salud. La reforma no previó cambios que

hayan afectado drásticamente la afiliación al SPSS.

En diciembre de 2014 se emitieron las reformas al Reglamento General de Salud en Materia de Protección Social en Salud que se desprendieron de la reforma a la Ley; asimismo ya se han emitido los lineamientos de los precios de referencia y se ha ajustado los Anexos de los Acuerdos de Coordinación de tal forma que ya se hicieron todos los cambios que se desprendían de la reforma a la Ley.

IV.4.3 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

37. ¿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?

No procede valoración cuantitativa.

De la experiencia en este proceso de transferencia de recursos para el ejercicio 2014, si se observó un retraso significativo en el primer trimestre del ejercicio lo que generó incumplimiento en los compromisos del REPSS, asimismo existió un retraso en los recursos transferidos como parte del cierre del ejercicio, misma que realizó por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud hasta el ejercicio inmediato siguiente, afectando con ello a el proceso de cierre del ejercicio del Organismo del cual Forma parte el Régimen, acciones que afectaron invariablemente la integración y presentación de la cuenta pública.

Así mismo el manejo de los recursos en su totalidad durante el ejercicio que se informa, fue recibido y administrado en su totalidad por la Dirección de Administración del OPD Salud de Tlaxcala, lo que hizo que el Régimen se constituyera exclusivamente en financiador, sin que participara en la asignación, distribución y ejercicio de los recursos

En relación a las estrategias adoptadas para subsanar esta situación el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, realizó las acciones para la obtención de la información y la

documentación soporte para la Acreditación de la Aportación Solidaria Estatal, atendiendo tal responsabilidad en tiempo y forma.

IV.4.4 EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

Eficiencia y Eficacia

38. 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:

- Gastos en operación: Directos e Indirectos.
- 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.
- 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).
- 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: No

Si bien los gastos desglosados del programa no se desglosan por capítulo, si se presenta un desglose de los gastos ejercidos por el programa que fueron de un total de \$905,462,222.02.

CONCEPTO DE GASTO	PRESUPUESTO
Remuneraciones al Personal	320,467,676.26
Fortalecimiento de la Infraestructura	123,886,399.32
Acciones de Prevención y Promoción de la Salud/CONSEG	194,993,955.21
Consulta Segura	6,828,684.70

Medicamentos, Material de Curación y Otros Insumos	238,157,700.44
Caravanas de la Salud.	16,903,009.7
Sistemas de Información Automatizadas.	1,427,767.38
Gasto Operativo REPSS	37,679,579.99
Apoyo Administrativo.	10,362,812.00
Pago a terceros por Servicios de Salud	13,596,901.83
Gasto Operativo de Unidades Médicas	83,789,934.65
Total	905,462,222.02

Economía

39. ¿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?

No procede valoración cuantitativa.

El financiamiento del programa proviene de fuentes federales, estatales y familiares.

Federal

- La federación transfiere a la entidad federativa una cuota social por cada persona afiliada al SPSS.
- Aportación Solidaria Federal, la federación transfiere a la entidad federativa aproximadamente por cada persona afiliada 1.5 veces la cuota social

Estatal

- Para que la federación le transfiera los recursos a la entidad federativa, ésta tuvo que haber comprobado que realizó la aportación estatal, la cual es aproximadamente 0.5 la cuota social por persona.

IV.4.5 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

40. Las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales con que cuenta el programa tienen las siguientes características:

- Cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información capturada.**
- Tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables.**
- Proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente.**
- Están integradas, es decir, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas.**

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los sistemas o aplicaciones informáticas del programa tienen todas las características establecidas.

El Padrón de beneficiarios estatal, es una aplicación informática que el REPSS en Tlaxcala, utiliza para la integración de la información de la población afiliada. El REPSS es el responsable de verificar la información proporcionada por los solicitantes y de realizar la validación inicial del padrón con base en la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón. La CNPSS es la encargada de establecer los lineamientos para la integración del padrón nacional de beneficiarios a partir de la información contenida en los padrones de los REPSS y realiza una segunda validación a partir de la herramienta de validación integrada al Sistema de Administración del Padrón. Si se detectan inconsistencias, éstas serán remitidas para su corrección a los REPSS para que se realicen las adecuaciones pertinentes. Los REPSS tienen máximo 5 días naturales para realizar las correcciones correspondientes y reenviar la información a la CNPSS. La información del Padrón se actualiza mes con mes. En el caso del SINAIS, la Secretaría de

Salud es la encargada de desarrollar y supervisar su operación. Este es un subsistema integrado con información de la operación de los REPSS. Con el fin de obtener información homogénea y realizar la evaluación integral, se utiliza la terminología (clasificación de enfermedades, procedimientos médicos y definiciones) establecida en las normas oficiales mexicanas emitidas. Es obligación de los REPSS reportar a la Secretaría de Salud esta información en un tiempo determinado (artículos 64 a 70, Capítulo VI del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud).

IV.4.6 CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y PRODUCTOS

41. ¿Cuál es el avance de los indicadores de servicios y de gestión (Actividades y Componentes) y de resultados (Fin y Propósito) de la MIR del programa respecto de sus metas?

No procede valoración cuantitativa.

La MIR y las fichas técnicas que aparecen en el programa de trabajo establecen metas pero no el avance de los indicadores.

IV.4.7 RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

42. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:

- Las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.**
- Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.**
- Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto al beneficiario como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clics.**
- La dependencia o entidad que opera el Programa no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión**

presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen todas las características establecidas.

Las reglas de operación que aplican para el programa, por ejemplo del Seguro Médico Siglo XXI

http://platrans.tlaxcala.gob.mx/sistemas/transparencia/view_docs.php?recno=1508 están a tres clics. No obstante folletos e información sobre afiliación que es de interés para la población están disponibles a dos clics dentro de la página de la Secretaría de Salud de Tlaxcala. Si bien no son documentos normativos es la información principal que pudiera ser de interés de los afiliados.

http://seguropopular.saludtlax.gob.mx/images/archivos_pdf/Triptico_Afiliacion.pdf
<http://seguropopular.saludtlax.gob.mx/index.php/afiliacion>,

En la página http://platrans.tlaxcala.gob.mx/sistemas/transparencia/view_docs.php?recno=7769 se puede ver la Matriz de Indicador de Resultados pero no contiene información de metas de desempeño.

El teléfono para orientar al ciudadano se encuentra en la primera página del Seguro Popular <http://seguropopular.saludtlax.gob.mx/>

En la página http://platrans.tlaxcala.gob.mx/sistemas/transparencia/view_docs.php?recno=7680 se tiene un resumen de las solicitudes de información pública realizada por los ciudadanos y del cauce y respuesta que se le dio con base a la Ley de Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala.

Se recomienda al programa que suba a la página de a un clic las matrices de los indicadores para resultados con las metas y los logros alcanzados.

IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

43. 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: Sí

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> • Los instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población atendida tienen el inciso a) de las características establecidas y otra de las características.

El REPSS realiza la Encuesta de Satisfacción de los beneficiarios al SPSS de Tlaxcala, en el primer nivel de atención y la Encuesta de Satisfacción de los beneficiarios al SPSS de Tlaxcala en el segundo nivel de atención. La información proporcionada por el programa para esta evaluación incluye los dos cuestionarios y los resultados para el segundo nivel de atención.

Respecto a la pregunta del inciso a) observando los cuestionarios para ambos niveles, se puede concluir que no se están induciendo las respuestas, no obstante no incluye el marco muestral, por lo que no se puede asegurar si los resultados son representativos.

En los resultados de la encuesta del segundo nivel de atención, hay datos que llaman la atención y hace tener dudas sobre la representatividad de la muestra. Por ejemplo de los 1343 encuestados, el 74% son mujeres, la muestra está cargada hacia los que se afiliaron en los últimos años.

Las preguntas se aplican en el primer nivel de atención a los afiliados al SPSS, mientras que el

cuestionario del segundo nivel de atención permite captar la experiencia del paciente o del familiar o acompañante. Por lo que corresponden a las características de los beneficiarios y además las preguntas si son relevantes, pues si están diseñadas para capturar información que permita mejorar la experiencia del paciente al mejorar los servicios de salud de segundo y tercer nivel.

IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

44. ¿Cómo documenta el programa sus resultados a nivel de Fin y de Propósito?

- a) Con indicadores de la MIR.
- b) Con hallazgos de estudios o evaluaciones que no son de impacto.
- c) Con información de estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestran el impacto de programas similares.
- d) Con hallazgos de evaluaciones de impacto.

No procede valoración cuantitativa.

Con la información que se proporcionó al equipo evaluador, se puede concluir que prácticamente el REPSS documenta sus resultados a nivel Fin y Propósito con los indicadores de la MIR; esto a pesar que existe información sólida de:

- Evaluaciones nacionales al SPSS pero con representatividad estatal, entre las que destacan las que solicita CONEVAL al SPSS y las que ha solicitado la SHCP a organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo
- Evaluaciones y estudios de impacto académicos como parte de las inquietudes de los propios investigadores y como parte de los estudios que comisionó la CNPSS en el 2012 para evaluar al SPSS.
- Evaluaciones y estudios de impacto que se han desarrollado a programas similares en otros países del mundo, entre los que destacan los estudios de expansión de cobertura de Medicaid en Estados Unidos, o la implementación de la Ley 100 en Colombia, por mencionar los más cercanos al caso de México.

El equipo evaluador no tuvo acceso a información que le permita saber por qué el REPSS ha utilizado solo las MIR y no otros elementos de evaluación. En particular puede realizarse una evaluación de impacto cuasi-experimental, como se ha hecho para el país, en la que el tiempo y el espacio de la afiliación permiten saber cómo la expansión del SPSS ha impactado la utilización de los servicios de salud a nivel municipal.

45. En caso de que el programa cuente con indicadores para medir su Fin y Propósito, inciso a) de la pregunta anterior, ¿cuáles han sido sus resultados?

Respuesta: No

El programa si cuenta con indicadores para medir el Fin y el Propósito. No obstante, el equipo evaluador no tiene acceso a la información que permite medir qué tanto se logró la meta para 2014. Aunque es de esperarse que la meta de propósito se haya logrado pues de ello depende la transferencia de recursos que hace la federación a los estados.

Esto pone de manifiesto una vez más que no es amigable la información para hacer el seguimiento de los indicadores de la MIR.

Nivel	Resumen narrativo	Dato 2013	Meta 2014	Dato 2014
Fin	Contribuir a asegurar el acceso efectivo con calidad a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y de especialidad en unidades de salud mediante su incorporación voluntaria y equitativa al Sistema de Protección Social en Salud y la tutela de sus derechos.	Unidades de primer nivel: 100% Unidades de segundo y tercer nivel del OPD salud de Tlaxcala: 25%	Unidades de primer nivel: 70% Unidades de segundo y tercer nivel del OPD salud de Tlaxcala: 80%	n.d.
Propósito	La población que carece de seguridad social cuenta con la protección social en salud del SPSS	906,796 afiliados	930,877 afiliados (100%)	n.d.

46. En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s) que no sea(n) de impacto y que permite(n) identificar hallazgo(s) relacionado(s) con el Fin y el Propósito del programa, inciso b) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:

- Se compara la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el apoyo.
- La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del Programa.
- Dados los objetivos del Programa, la elección de los indicadores utilizados para medir los resultados se refieren al Fin y Propósito y/o características directamente relacionadas con ellos.
- La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del Programa.

Respuesta: No aplica

No se han tenido evaluaciones externas por lo que no se puede identificar hallazgos relacionados con el Fin y Propósito del programa.

47. En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s), diferente(s) a evaluaciones de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No aplica

48. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares, inciso c) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:

- a) Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.
- b) La(s) metodología(s) aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios.
- c) Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.
- d) La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.

Respuesta: No aplica

49. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares ¿qué resultados se han demostrado?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No aplica

50. En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones:

- a) Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.
- b) La(s) metodología(s) aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios.
- c) Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.

d) La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.

Respuesta: No aplica

51. En caso de que se hayan realizado evaluaciones de impacto que cumplan con al menos las características señaladas en los incisos a) y b) de la pregunta anterior, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Respuesta: No aplica

V. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Diseño	<ul style="list-style-type: none"> El SPSS se legisló desde la Ley General de Salud para abordar una de las carencias más documentadas de salud en el país. Su población objetivo está claramente definida, así como su Fin y su Propósito. Además de que existe el Reglamento y Lineamientos que regulan los procesos para llevar a cabo el programa. Normativamente es muy sólido. La Ley permite que los REPSS contraten a cualquier prestador de servicios de salud, lo que podría traducirse en mejor servicio. 	1, 2, 3, 7	
Debilidad o Amenaza			
	<ul style="list-style-type: none"> El único incentivo que se desprende de la regulación tanto a nivel federal como a nivel estatal es la afiliación de las personas. Al tener como población objetivo la misma que el IMSS Prospera puede haber discontinuidad en la atención entre sistemas y niveles. 	7, 13	<ul style="list-style-type: none"> Ahora que ya se logró la cobertura universal y se realizó la reforma para lograr un uso más eficiente y transparente de recursos la Ley y la regulación secundaria podrían reformarse para incluir incentivos que apunten a al acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Que se lleven a cabo acuerdos de atención para la población IMSS Prospera.
Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Planeación hacia resultados	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con el Programa de Acción 2011-2016 y el Programa de Trabajo 2014 en los que se definen el Fin, Propósito, Componentes y Actividades. 	14, 15	<ul style="list-style-type: none"> Ya que como parte de su operación se genera al Padrón General de Beneficiarios se genera mucha información que de usarse permitiría hacer una mejor planeación de los servicios.

Debilidad o Amenaza			
	<ul style="list-style-type: none"> No obstante que el programa cuenta con el Programa de Acción 2011-2016 y el Programa de Trabajo 2014 en los que se definen el Fin, Propósito, Componentes y Actividades, no se publica información que permita saber cuánto se avanzó en la meta. El programa no ha estado sujeto a evaluaciones externas. 	14 - 17	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el avance en los indicadores y su comparación con las metas y llevar a cabo evaluaciones externas sobre todo del proceso operativo.
Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Cobertura y focalización	<ul style="list-style-type: none"> La población objetivo está muy bien definida, la población atendida ha venido subiendo y en el 2011 se alcanzó la cobertura universal en el 2011. 	23 - 25	
Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Operación	<ul style="list-style-type: none"> La solicitud de apoyo se lleva a cabo en los Módulos de Atención y Orientación o cuando hay brigadas, los apoyos están bien definidos y los formatos estandarizados. Además como parte del proceso de afiliación, el apoyo que se otorga, se recolecta información de los solicitantes. 	27, 28	
Debilidad o Amenaza			
	<ul style="list-style-type: none"> Existe evidencia a nivel nacional - que no tiene que ser muy diferente en el estado de Tlaxcala - que indica que existen traslapes con el IMSS y el IMSS Prospera, por un lado y que existen personas catalogadas en el régimen no contributivo cuando deberían de estar en el régimen contributivo. Dos deficiencias que se observa del esquema es que, por un lado, no se calculan los costos, no se desagregan ni se 	30, 33, 34, 35, 38, 41	<ul style="list-style-type: none"> Pedir comprobante de no derechohabencia al momento de la afiliación para comprobar el status laboral y corroborar el régimen al que pertenece el afiliado con visitas aleatorias al hogar Calcular el costo de afiliación por póliza y comparar con otras entidades federativas. Calcular el avance de los indicadores 2014 y reportarlos en las fichas técnicas.

	<p>calculan los costos unitarios, y por el otro, no se mide el avance en los indicadores de la MIR en el 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe archivo documental que permita corroborar que los procesos se llevan a cabo conforme a la normatividad. 		
Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Percepción de la población afiliada	<ul style="list-style-type: none"> El programa realiza encuestas de satisfacción en el primer y segundo nivel de atención con preguntas que en opinión del equipo evaluador no están sesgadas. 	43	<ul style="list-style-type: none"> Ajustar el Programa de Trabajo 2016 tomando en cuenta la información que proporciona la encuesta de satisfacción.
Debilidad o Amenaza			
	<ul style="list-style-type: none"> Con la información disponible no se puede saber la representatividad de la encuestas ni si ésta se usa para mejorar la atención. La CNPSS realiza cada año la encuesta de satisfacción de los usuarios. Puede ser que se estén duplicando recursos. 	43	<ul style="list-style-type: none"> Buscar sinergias entre la encuesta de la CNPSS y el estado de Tlaxcala.

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Debilidad o Amenaza			
Medición de resultados	<ul style="list-style-type: none"> El programa no reporta los avances en los resultados del programa en la matriz de indicadores. Tampoco se proporcionó a esta evaluación evidencia que hayan realizado otro tipo de evaluaciones externas o de impacto al programa. 	44, 45	<ul style="list-style-type: none"> Realizar evaluaciones de consistencia y resultados cada año.

VI. CONCLUSIONES

Diseño

El programa analizado ha sido diseñado y coordinado desde la federación y operado por las entidades federativas. La justificación y diseño del programa se fundamentó en innumerables publicaciones y en la experiencia ocurrida en otras partes del mundo. Primero se demostró que el importante gasto de bolsillo que sufrían las familias que no tenían seguridad social y después se documentó que la cobertura universal en salud con paquetes explícitos de salud era el objetivo al que debían apuntar los países, Entendiéndose por cobertura universal en salud la cobertura de cubrir a todas las personas, por todos los padecimientos y sin o con el menor gasto de bolsillo. En términos organizacionales, la visión global apoya la separación de funciones, de allí que la Ley permite que los REPSS contraten a cualquier prestador de servicios de salud, lo que podría traducirse en mejor servicio. El Estado de Tlaxcala ejecuta el programa como lo establece la federación, esto a pesar que cada entidad federativa puede hacer con su propio financiamiento adiciones, por ejemplo al paquete de beneficios. En el mismo tenor el Estado de Tlaxcala tiene como únicos prestadores a sus propias unidades médicas.

Como el diseño se realizó a nivel federal no es de extrañar que el programa esté alineado al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. También está alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016.

El diseño del programa original permitió una importante libertad para que las entidades federativas usaran los recursos federales que se les transferían. La evidencia –muchas veces casual- sobre el uso de los recursos y la pérdida de eficiencia de los recursos utilizados, llevó a hacer dos reformas al SPSS, una en 2011 que estableció que la transferencia se haría con base en la persona y no con base en la familia y la reforma de 2014, que buscó un mayor control en los recursos transferidos. Los resultados de la última reforma todavía están por verse.

Planeación y Orientación a Resultados

El programa cuenta con su Programa de Acción 2011-2016 y su Programa de Trabajo 2014. En ambos se establecen los indicadores que guiarán su trabajo y las metas propuestas. El indicador de propósito es común con uno de los indicadores del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. No obstante, que se tienen bien definidos los indicadores que guiarán su trabajo y se genera información sobre afiliación (el principal indicador) y se tiene una rica base de datos de las características socioeconómicas de las familias afiliadas a través de la captura de información en la CECASOEH, la retroalimentación es pobre pues no hay un documento que permita entender con claridad la evolución de los indicadores, ni tampoco el programa ha recurrido en el pasado a evaluaciones externas. Se sugiere que el programa continúe con evaluaciones de consistencia y resultados.

Cobertura y Focalización

La regulación del programa es muy clara sobre su cobertura y su focalización. Dos son las dimensiones que señala el diseño del programa; el primero se refiere a que el programa está diseñado para las personas que no cuenten con seguridad social y el segundo se refiere al régimen – contributivo o no contributivo- en el cual debe ser asignada la persona. Al analizar la evolución de la cobertura se observa que ya cada año creció y se alcanzó la cobertura universal en el 2011. No obstante, como se señala en la sección siguiente, se observan problemas de focalización en la operación.

Operación

La operación del programa es difícil de valorar con pura información documental. No obstante el programa es fácil de operar y los lineamientos para la operación son claros. El apoyo es simplemente afiliación al programa, que da a los afiliados la posibilidad de tener acceso a intervenciones preventivas y de atención médica sin costo en el punto de servicio. En este sentido es conveniente mencionar que la afiliación, el proceso principal del programa, está sujeto a un

procedimiento de validación, pues de ello depende la transferencia de recursos financieros. No obstante, en la práctica por lo menos a nivel nacional, y el equipo evaluador considera que el estado de Tlaxcala no es una excepción, se observan dobles o triples coberturas entre el SPSS, el IMSS y el ISSSTE y se observa menos personas en el régimen contributivo (con base en la CECASOEH) que lo que los datos de otras fuentes indican.

recomienda al programa que lleve a cabo evaluaciones de consistencia y resultados cada año.

Dos deficiencias que se observa del esquema, por un lado, no se calculan los costos, no se desagregan ni se calculan los costos unitarios, y por el otro, no se mide el avance en los indicadores de la MIR en el 2014.

En este caso el equipo evaluador sugiere, que se haga obligatorio que el que se va a afiliarse muestre su prueba de no derechohabiencia y por el otro lado haya una verificación domiciliaria aleatoria para corroborar la información socioeconómica que proporciona el jefe de hogar durante el llenado de la CECASOEH.

Percepción de la Población Atendida

El programa lleva a cabo encuestas de satisfacción a los usuarios de las instalaciones médicas de primer y segundo nivel. En opinión del equipo evaluador el cuestionario no guía las respuestas. La información proporcionada sin embargo no permite saber si las encuestas son representativas.

La CNPSS realiza cada año por normatividad una encuesta de satisfacción de los beneficiarios en los diferentes niveles de atención y con representatividad anual. Esta situación puede permitir sinergias que lleven a un uso más eficiente de los recursos.

Resultados

Con la información que se le proporcionó al equipo evaluador es difícil concluir sobre los resultados del programa. A pesar de que se establecen las metas a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades no se reportan que hubo en el año. El programa tampoco ha sido objeto de evaluaciones externas sean de impacto o que no busquen efectos causales. Se

ANEXO 1 “DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

De acuerdo con la Ley General de Salud Artículo 77 bis1, el Sistema de Protección Social en Salud “Es el mecanismo por el cual el estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, que satisfagan de manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social”.

El Sistema de Protección Social en Salud, es un programa coordinado por la federación y ejecutado por las entidades federativas, de esta forma además de regularse por la Ley General del Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se guía por las metas y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016.

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 a través de las metas
 - México Incluyente y de los siguientes objetivos y estrategias:
 - 2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población a través de la estrategia “Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a

mejorar la calidad de vida e incrementar su capacidad productiva”.

- 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud a través de las estrategias “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”, “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, “Mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad” y “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
- México próspero a través de los siguientes objetivos y estrategias:
 - 4.1 Mantener la estabilidad macroeconómica del país a través de la estrategia “promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018 a través de los siguientes objetivos:
 - Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
 - Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
 - Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
 - Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
 - Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
- Plan estatal de desarrollo 2011-2016 a través del eje rector III. Desarrollo social incluyente para Fortalecer el Bienestar Social da cumplimiento del Objetivo 3

“Acceso Universal a los Servicios de Salud y Seguridad Social”.

Social en Salud recibió en 2014 un presupuesto de \$ 905,462,222.02

El Seguro Popular entonces financia acciones de salud para mejorar el acceso de la población que no tiene seguridad social y que es en general la población de menores ingresos. Las acciones las financia de distintas formas:

En su Programa de Acción 2011-2016 establecen sus indicadores por resultados a nivel de Fin, Propósito y Componentes, pero en la documentación no se encuentran las metas ni su seguimiento.

- Un monto per cápita para pagar por las 285 intervenciones contenidas en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
- Pago por caso para las 59 intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).
- Un monto per cápita para la atención de 146 intervenciones de los niños con acceso al Seguro Médico Siglo XXI.
- Acciones de cirugía extramuros.

El Sistema de Protección Social en Salud, ha sido una respuesta bien diseñada para atender un problema bien identificado. A diez años de su implementación, se identificó que la principal deficiencia estaba en que no hubiera desvío de recursos. Por ello, la federación promovió un cambio a la ley que se aprobó en el congreso en 2014. Los resultados se podrán apreciar a partir de 2015.

Si bien la regulación establece que, cada entidad federativa puede contratar con distintos prestadores de servicios de salud, incluyendo los privados, siempre y cuando estén acreditados, en el Estado de Tlaxcala, los servicios se prestan a través de la red de servicios de salud del Organismo Público Descentralizado OPD Salud de Tlaxcala. Cuando un paciente es atendido en otro estado, la compensación económica se lleva a cabo a través de los convenios de portabilidad que existen para tal efecto.

La población potencial es toda aquella persona que no cuenta con seguridad social, de acuerdo a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con base en información de CONAPO, la población objetivo es la que se acuerda establecer para su afiliación en el convenio específico y la población atendida en este caso es la población objetivo. De acuerdo con la información disponible, la población objetivo para el ejercicio fiscal 2014 es de 930,877. Dos datos son de interés en Tlaxcala, la cobertura universal se logró en 2011 y del total de la población de acuerdo a CONAPO, 1,260,628 el 74% está afiliado al Seguro Popular y el resto a la seguridad social.

Para atender a esta población y de acuerdo a los mecanismos que se describieron brevemente en los párrafos anteriores, el Sistema de Protección

ANEXO 2 "METODOLOGÍA PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LAS POBLACIONES POTENCIAL Y OBJETIVO"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Para efectos de la cuantificación de la población potencial, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala, la define como el total de la población registrada para el año fiscal correspondiente, considerando como fuente oficial las proyecciones de CONAPO.

De acuerdo a las proyecciones de cobertura establecidas por la Dirección de Planeación y Administración del Padrón, la población objetivo es la población considerada sin seguridad social, que para el año 2014 fue de 930,877 personas que no contaban con seguridad social, con una afiliación de 24,081 personas en el estado de Tlaxcala.

La población atendida es a la que se garantiza el acceso a la salud por estar afiliada al SPSS y la cual, al ser validada, genera recursos que aseguran sus servicios a través del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), así como la aportación que el estado cubre, que para el ejercicio 2014 fue de 930,877 personas, de conformidad con el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS.

ANEXO 3 "PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE BENEFICIARIOS"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Previo al envío de la información a la CNPSS cada mes se llevan a cabo los procesos de verificación y validación inicial de la información a cargo del REPSS.

La CNPSS una vez recibida la información también lleva a cabo procesos de validación de la base de datos remitida por los REPSS. De encontrar inconsistencias se lo hará del conocimiento del REPSS. La información definitiva del padrón del mes en turno será la del cierre autorizada por la CNPSS.

El capítulo IV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, regula el Padrón de Beneficiarios, el cual es el consolidado de los padrones de beneficiarios de cada entidad federativa. De acuerdo al Artículo 50, el Padrón será de tipo nominal y deberá contener al menos los siguientes elementos: nombre, apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento, sexo; Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la CNPSS, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

Los lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, es el documento que establece el detalle de cómo conformar el Padrón de Beneficiarios. Los lineamientos establecen dos tipos de información que es en un principio integrada y administrada por los REPSS y concentrada en una base de datos que administra y pone a disposición de las entidades federativas la CNPSS: i) de identidad de la persona; y ii) información recabada por la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

La CURP es la clave básica de identificación en el SPSS a nivel personal, aunque a cada familia se le asigna un folio, que es el número que normalmente usan los REPSS.

ANEXO 4 "RESUMEN NARRATIVO DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Seguro Popular	Resumen Narrativo	Indicador	Supuesto
Fin	Contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad general de la población Tlaxcalteca mediante la eficiente prevención de enfermedades y oportuna atención médica	<ul style="list-style-type: none"> - Razón de mortalidad materna - Tasa de mortalidad infantil - Tasa de mortalidad general estatal 	<ul style="list-style-type: none"> - Familias saludables - Familias saludables - Familias saludables
Propósito	Mecanismos de prevención y atención eficiente de la salud de la población tlaxcalteca mejorados	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de ocupación hospitalaria - Tasa de mortalidad por diabetes mellitus estatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población informada y sensibilizada de la importancia de autocuidado de la salud - Población informada y sensibilizada de la importancia de autocuidado de la salud
Componente	<p>Cobertura en vacunación en menores de 1 año lograda</p> <p>Atención a la mujer embarazada lograda</p> <p>Detección de diabetes mellitus mejorada</p> <p>Cobertura total de la población sin servicios de salud en el estado</p> <p>Jornadas de salud en el estado realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de esquemas completos de vacunación en menores de 1 año. - Porcentaje de nacimientos por cesárea. - Control metabólico de los pacientes en tratamiento de diabetes mellitus. - Porcentaje de cobertura de la población sin servicios de salud en el estado. - Porcentaje de jornadas de salud realizadas en las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población infantil atendida. - Nueva cultura en salud para mujeres embarazadas. - Detección oportuna en diabetes mellitus. - Protección financiera en salud. - Población con acceso a servicios médicos.
Actividad	<p>Aplicación de vacunas de cuadro básico a niños menores de un año</p> <p>Seguimiento y atención oportuna de la mujer embarazada.</p> <p>Seguimiento y atención oportuna de la mujer embarazada.</p> <p>Realizar la detección oportuna en diabetes mellitus.</p> <p>Reafiliación de la población al Seguro popular.</p> <p>Otorgar consultas en jornadas de la salud en las comunidades del estado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de dosis de vacuna aplicada a niños menores de un año. - Porcentaje de talleres de prevención de embarazo en adolescentes. - Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas. - Detección de diabetes mellitus en la población mayor de 20 años. - Porcentaje de población reafiliada al Seguro Popular en el estado. - Porcentaje de consultas otorgadas en jornadas de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de enfermedades. - Mujeres embarazadas atendidas. - Mujeres embarazadas atendidas. - Pacientes con diabetes mellitus controlados. - Población con seguro médico. - Población atendida.

ANEXO 5 "INDICADORES"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Nivel de Objetivo	Nombre del indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador	
Fin	Razón de mortalidad materna	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Tasa de mortalidad infantil	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Tasa de mortalidad general estatal	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
Propósito	Porcentaje de ocupación hospitalaria	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus estatal.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
Componentes	Porcentaje de esquemas completos de vacunación en menores de 1 año.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje de nacimientos por cesárea.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Control metabólico de los pacientes en tratamiento de diabetes mellitus.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje de cobertura de la población sin servicios de salud en el estado.	(Población en el estado afiliada al Seguro Popular/Población sin servicios de salud en el estado)*100		Si	Si	No	Si	Si	Si	Si		N/D	Si	Si
	Porcentaje de jornadas de salud realizadas en las comunidades	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Actividades	Porcentaje de dosis de vacuna aplicada a niños menores de un año.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje de talleres de prevención de embarazo en adolescentes.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Detección de diabetes mellitus en la población mayor de 20 años.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje de población reafiliada al Seguro Popular en el estado.	(Población reafiliada al Seguro Popular en el Estado/Población programada a reafiliar al Seguro Popular en el estado)*100		Si	Si	No	Si	Si	Si	Si		N/D	Si	Si
	Porcentaje de consultas otorgadas en jornadas de la salud	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

N/D No Disponible

ANEXO 6 "METAS DEL PROGRAMA"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Nivel de Objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Fin	Razón de mortalidad materna	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de mortalidad infantil	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de mortalidad general estatal	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Propósito	Porcentaje de ocupación hospitalaria	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus estatal.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Componentes	Porcentaje de esquemas completos de vacunación en menores de 1 año.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Porcentaje de nacimientos por cesárea.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Control metabólico de los pacientes en tratamiento de diabetes mellitus.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Porcentaje de cobertura de la población sin servicios de salud en el estado.	100%	%	La unidad de medida es correcta ya que el 100% es cobertura total	Si	Ya que una medida menor al 100%, obliga a redoblar esfuerzos	Si	Ya se alcanzó la meta del 100%, año con año se debe de continuar	La meta es correcta
	Porcentaje de jornadas de salud realizadas en las comunidades	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Actividades	Porcentaje de dosis de vacuna aplicada a niños menores de un año.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Porcentaje de talleres de prevención de embarazo en adolescentes.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Detección de diabetes mellitus en la población mayor de 20 años.	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	Porcentaje de población reafiliada al Seguro Popular en el estado.	(Población reafiliada al Seguro Popular en el Estado/Población programada a reafiliar al Seguro Popular en el estado)*100	%	La unidad de medida es correcta ya que el 100% es toda la población reafiliada	Si	Ya que una medida menor al 100%, indica que algo fallo al reafiliar	Si	Ya se alcanzó la meta del 100%, año con año se debe de continuar	La meta es correcta
	Porcentaje de consultas otorgadas en jornadas de la salud	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

N/D No Disponible

ANEXO 7 "COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS FEDERALES"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Propósito	Población Objetivo	Tipo de apoyo	Cobertura Geográfica	Fuente de Información	¿Con cuales programas federales coincide?	¿Con cuales programas federales se complementa?	Justificación
7.4 millones de personas superan su condición de pobreza extrema y carencia alimentaria	Personas que se encuentran en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias sociales (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es menor al valor de la línea de bienestar mínimo.	Acceso el Seguro Popular, entre otros	Nacional	RESUMEN EJECUTIVO DIAGNÓSTICO DE LA CRUZADA NACIONAL CONTRA EL HAMBRE	Seguro Popular		Personas que se encuentran en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias sociales en este caso, acceso a servicios de salud.

ANEXO 8 “AVANCE DE LAS ACCIONES PARA ATENDER LOS ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Avance del Documento de Trabajo

Para el REPSS de Tlaxcala, a decir de la información que presentan este formato no les aplica.

Avance del Documento Institucional

Para el REPSS de Tlaxcala, a decir de la información que presentan este formato no les aplica.

ANEXO 9 “RESULTADO DE LAS ACCIONES PARA ATENDER LOS ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

No aplica.

**ANEXO 10 “ANÁLISIS DE
RECOMENDACIONES NO
ATENDIDAS DERIVADAS DE
EVALUACIONES EXTERNAS”**

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

No se tienen evaluaciones externas anteriores.

ANEXO 11 "EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Tipo de Población	Unidad de Medida	2011	2012	2013	2014
P. Potencial	Población total en el Estado	1,260,291	1,224,637	1,242,734	1,260,628
P. Objetivo	Personas Afiliadas	766,283	855,136	906,796	930,877
P. Atendida	Personas Afiliadas	766,283	855,136	906,796	930,877
$\frac{P.A \times 100}{P.O}$	Porcentaje	100%	100%	100%	100%

ANEXO 12 "INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Ámbito Geográfico	2011			2012			2013			2014			2015		
	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H
AMAXAC DE GUERRERO	6.637	3.584	3.053	2.070	977	1.093	1.692	972	720	2.520	1.418	1.102	395	217	288
APETITLÁN DE ANTONIO CARVAJAL	8.910	4.837	4.073	2.636	1.263	1.373	2.302	1.294	1.098	3.543	2.017	1.516	829	253	276
ATLANGATEPEC	1.640	2.062	2.787	1.756	955	908	1.527	839	660	2.122	1.262	970	422	215	217
ATLIZAYANCA	13.669	8.261	7.508	4.921	2.427	2.494	3.927	2.129	1.807	5.563	2.967	2.598	1.258	847	811
APIZACO	54.040	29.913	24.127	15.589	7.738	7.868	14.081	8.073	8.008	21.362	12.580	8.982	3.013	1.742	1.299
CALPULALPAN	88.906	33.546	20.768	12.921	6.590	6.851	11.696	6.318	5.368	16.694	9.317	7.077	2.664	1.380	1.286
EL CARMEN															
TEQUENQUITLA	15.653	8.834	7.839	5.678	2.921	2.857	4.445	2.445	2.000	5.618	3.040	2.576	934	568	406
QUAPIETLA	13.062	7.122	6.548	4.560	2.217	2.348	3.408	1.882	1.576	4.833	2.337	2.234	823	421	382
QUADIMULCO	4.610	2.548	2.264	1.435	687	756	1.262	679	580	1.777	999	770	338	171	205
CHAUTEMPAN	47.564	26.762	21.799	14.400	7.073	7.200	12.193	6.825	5.247	16.596	10.519	8.061	2.399	1.248	1.061
MUÑOZ DE DOMINGO															
ARENAS	4.285	2.239	2.125	1.335	637	698	1.142	599	545	1.637	882	754	289	139	150
ESPAÑITA	8.724	4.508	4.216	2.559	1.315	1.244	2.287	1.189	1.107	3.012	1.588	1.424	566	425	441
HUANQUILA	71.107	39.824	35.313	24.937	12.208	12.791	19.181	10.417	8.744	26.968	14.267	11.999	4.013	2.234	1.779
HUEYTLIHAN	14.249	7.355	6.888	4.120	2.011	2.099	3.724	1.925	1.799	5.175	2.808	2.367	1.248	612	628
HUACUCILLA DE BARRIAR															
MATAMOROS	39.051	18.337	14.214	8.781	4.346	4.435	8.017	4.371	3.648	11.834	6.449	5.175	2.228	1.171	1.058
HETENCO	6.190	3.282	2.887	1.701	839	862	1.395	747	649	2.160	1.296	1.084	794	401	301
MAZATECOCHCO DE JOSÉ MARÍA MORENO	7.890	4.134	3.756	2.545	1.229	1.216	1.951	1.068	895	3.221	1.640	1.381	368	197	172
CONTLA DE JUAN GUAMATI	27.663	16.868	13.777	8.400	4.128	4.271	6.947	3.890	3.096	10.581	5.878	4.788	1.716	968	747
TEPETITLA DE LARDERASAL	14.800	7.932	6.846	4.795	2.330	2.465	3.816	2.127	1.689	5.423	3.050	2.571	776	445	321
SANCTORUM DE LÁZARO CÁRDENAS	8.468	4.345	4.123	2.430	1.185	1.245	2.220	1.136	1.082	3.185	1.688	1.475	683	354	318
NANACAMILPA DE MARIANO ARISTA	18.826	8.789	8.097	4.907	2.448	2.468	4.339	2.247	2.112	6.290	3.434	2.858	1.276	680	610
ACIHUAMALA DE MIGUEL HIDALGO	3.985	2.068	1.917	1.362	621	681	1.022	588	494	1.490	828	647	171	86	85

ANEXO 13 “DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS COMPONENTES Y PROCESOS CLAVES”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

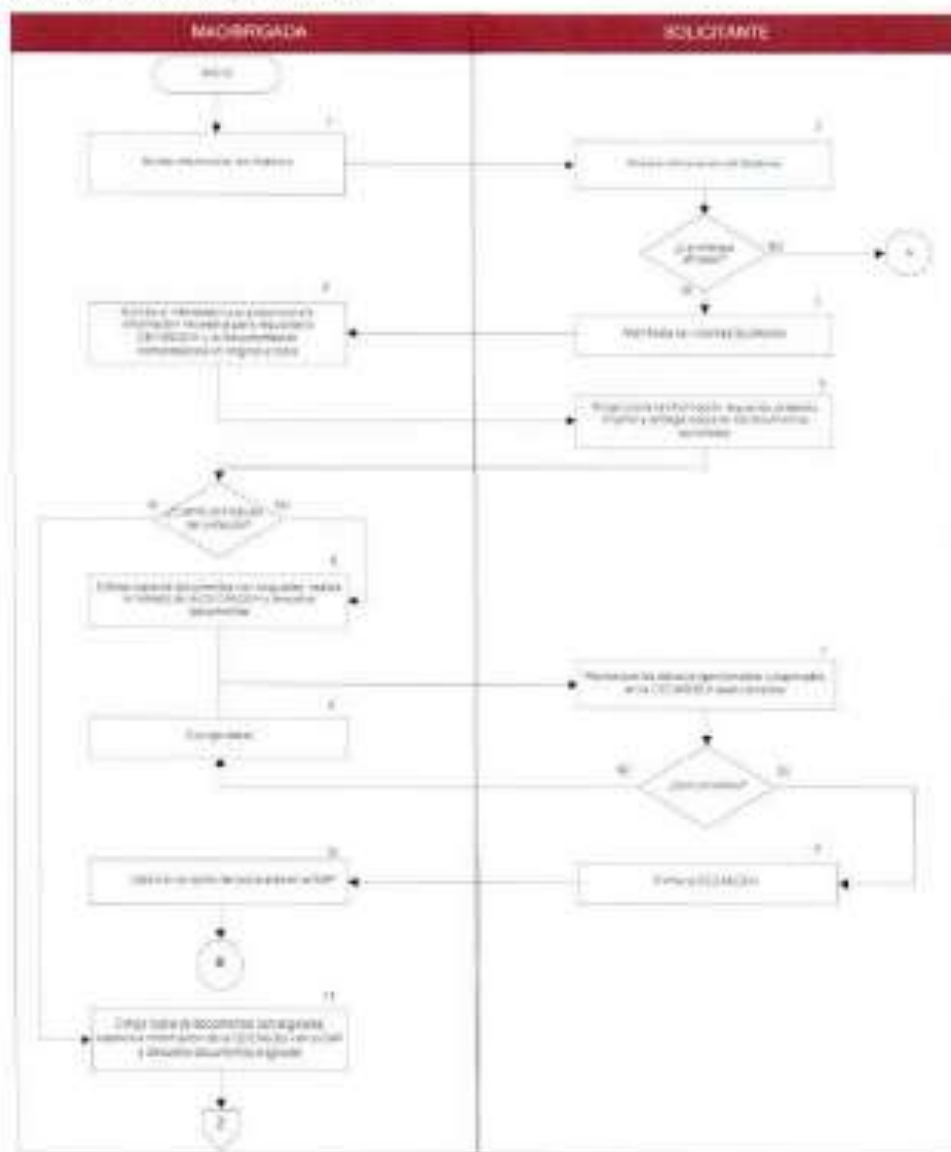
Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

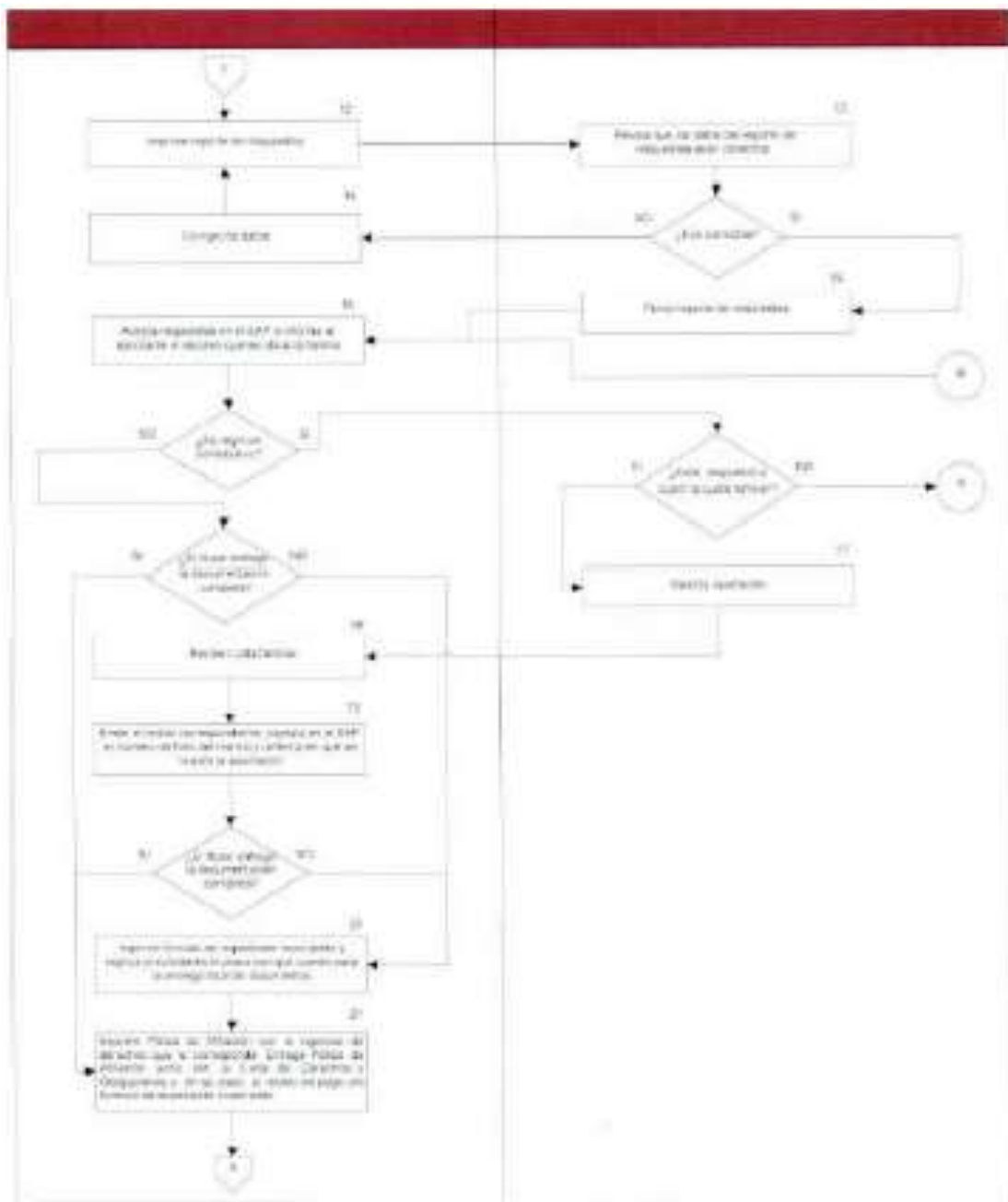
Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

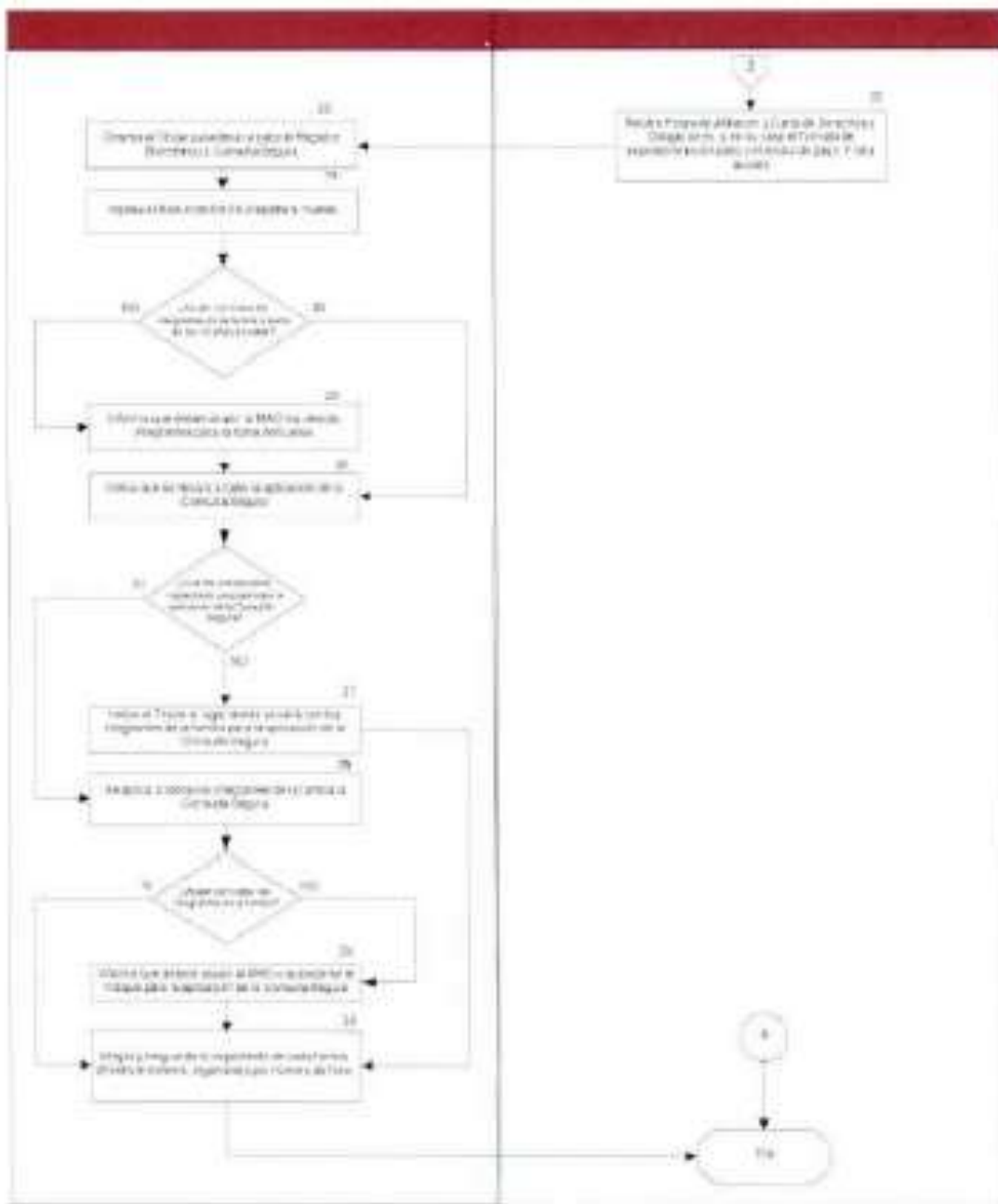
Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

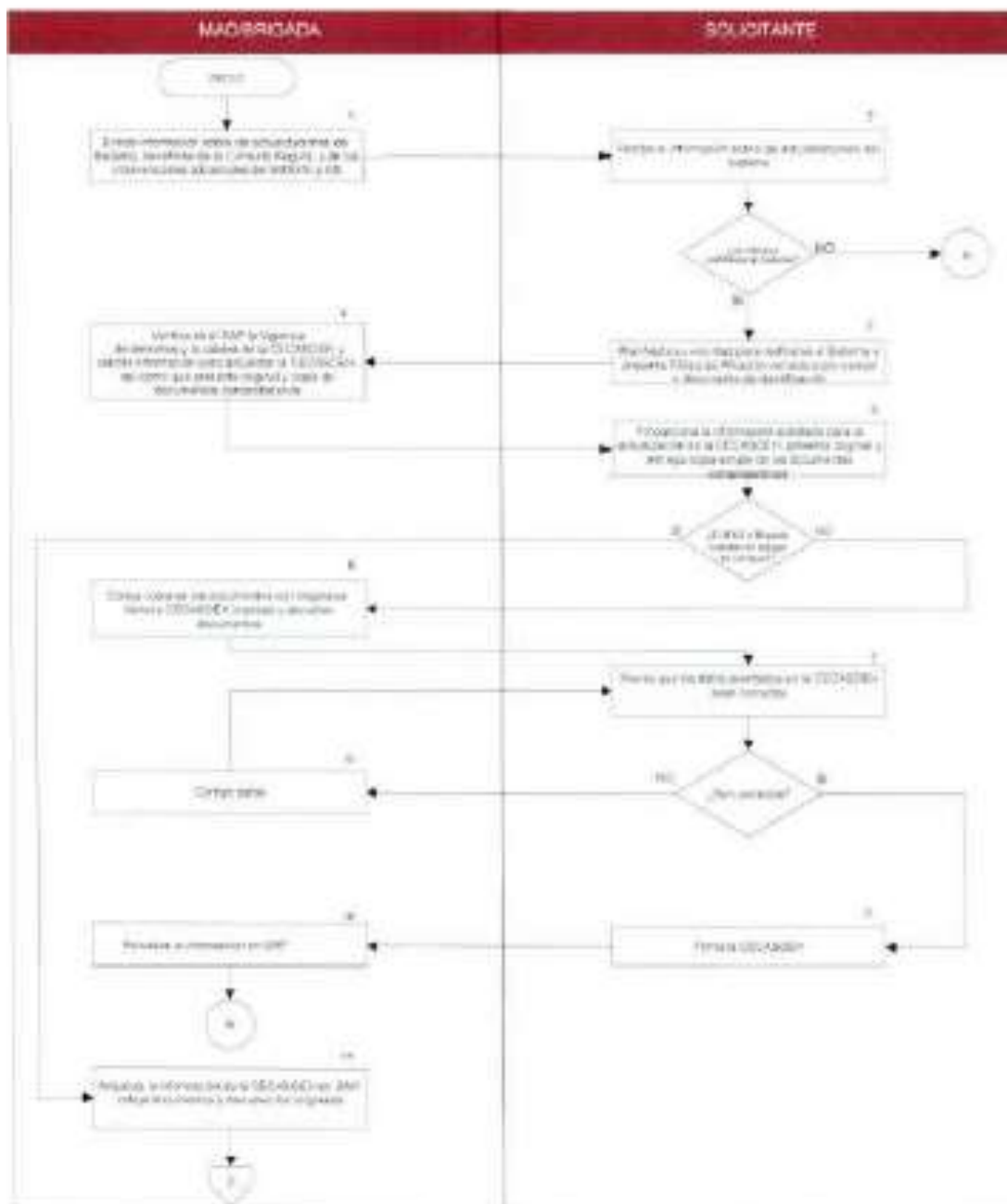
Flujograma Promoción y Afiliación.

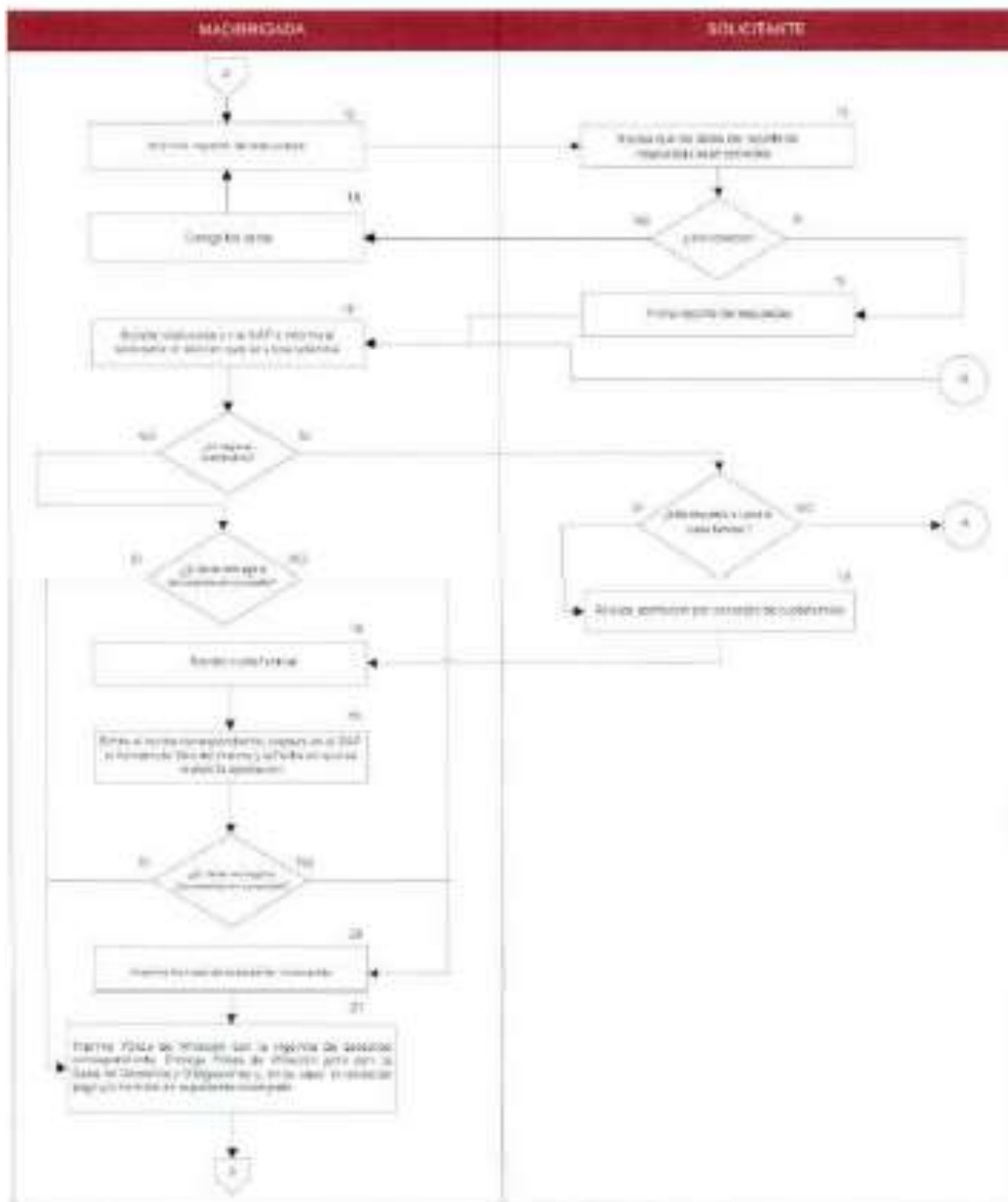


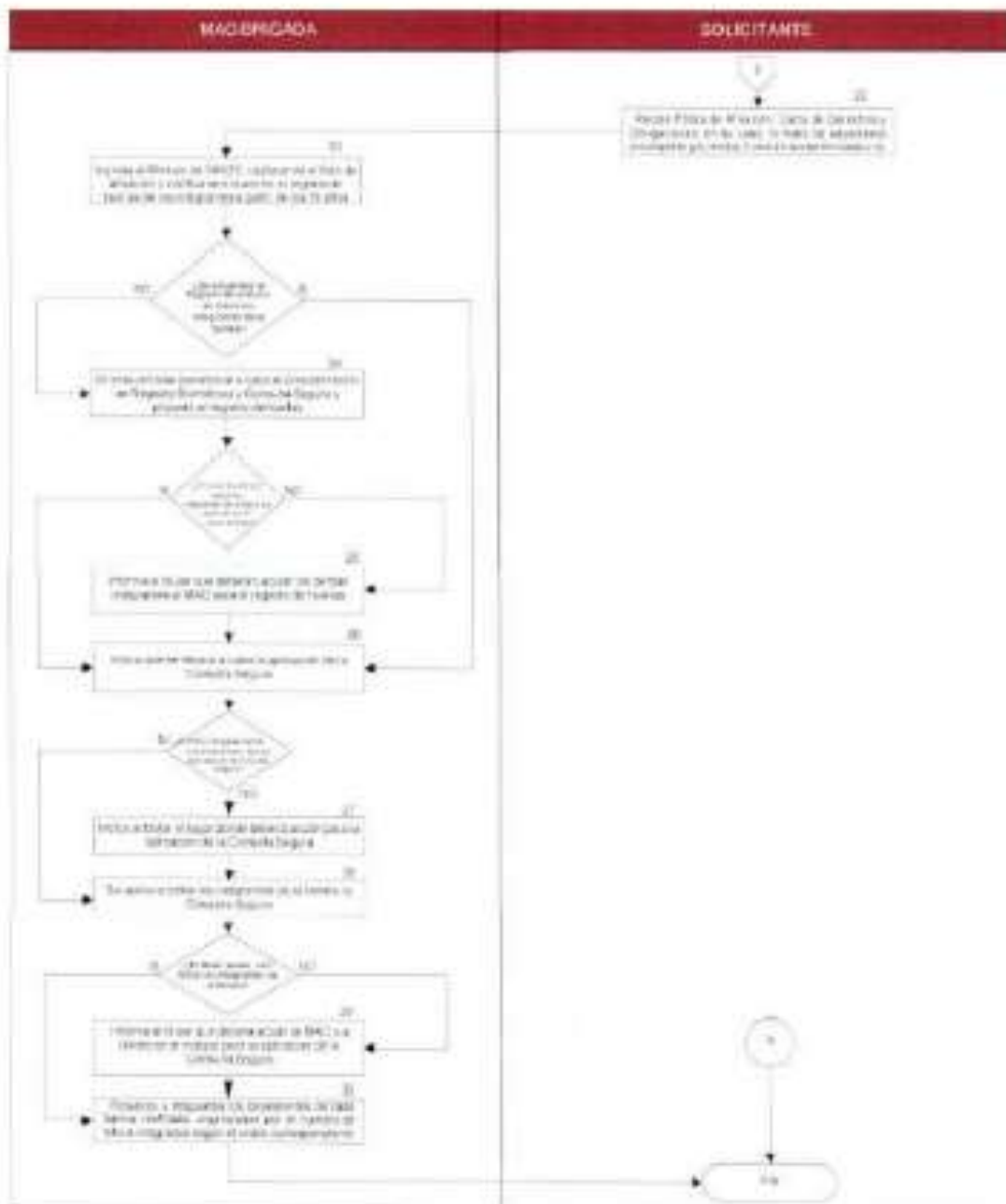




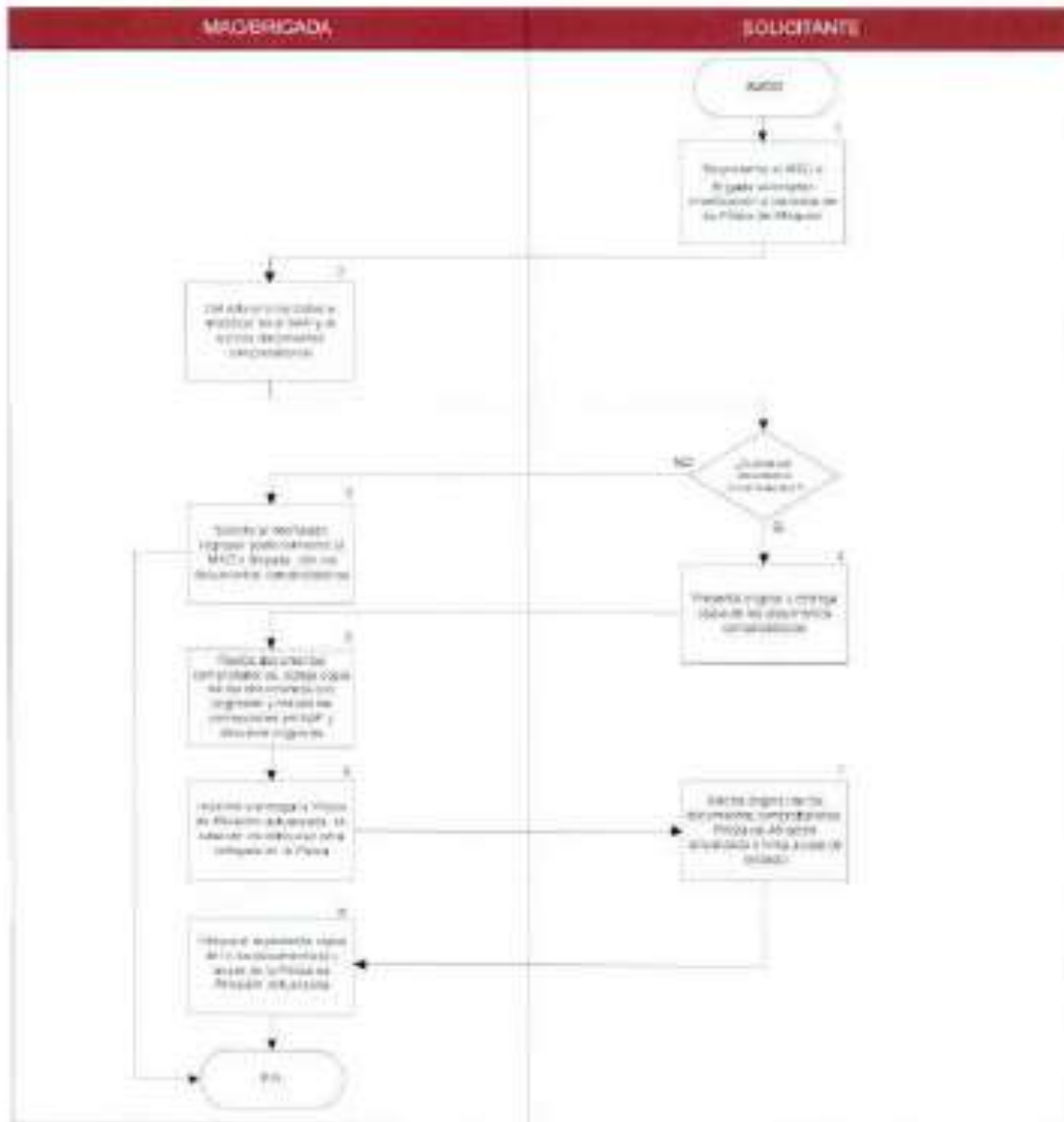
Flejograma Reafiliación



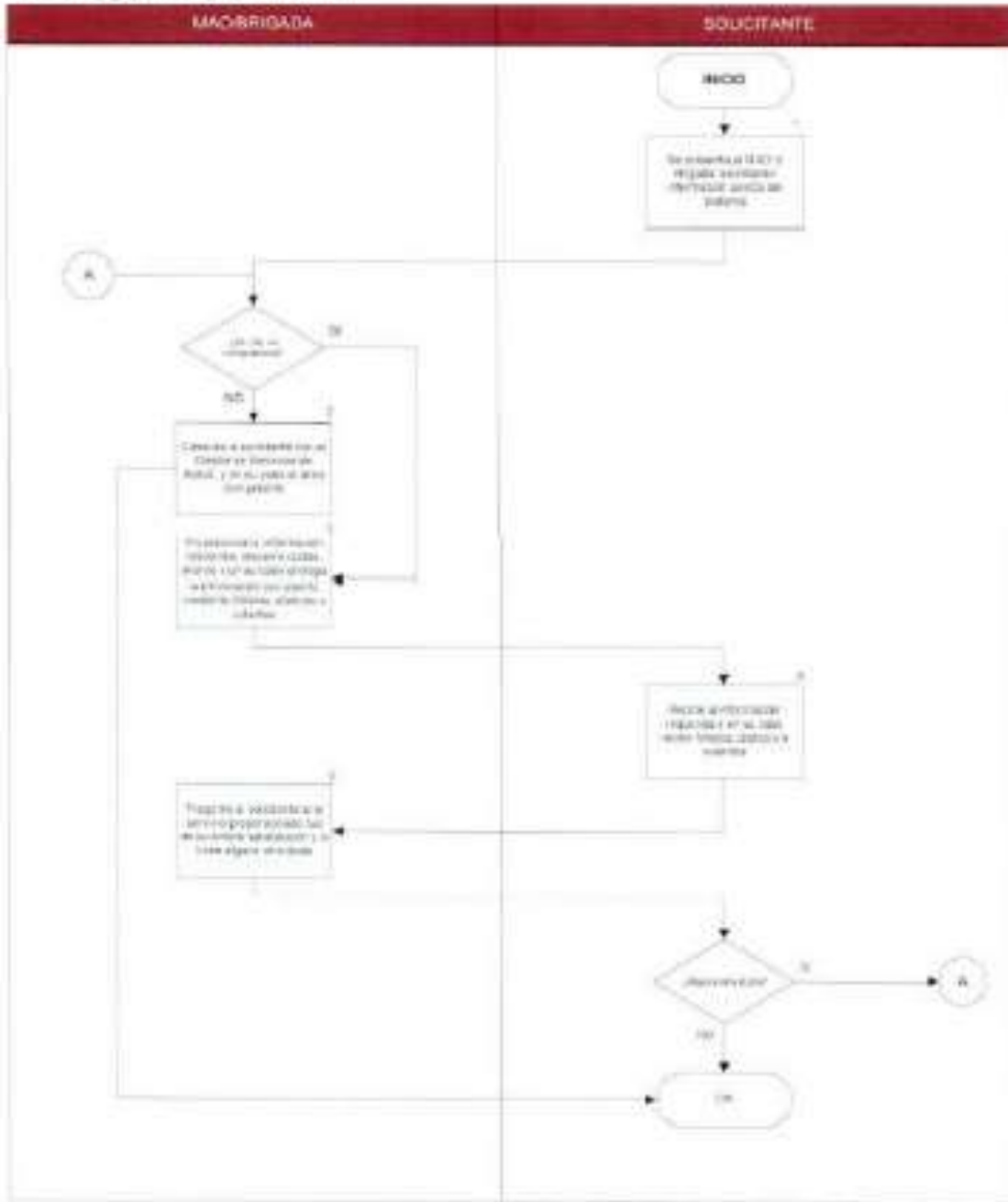




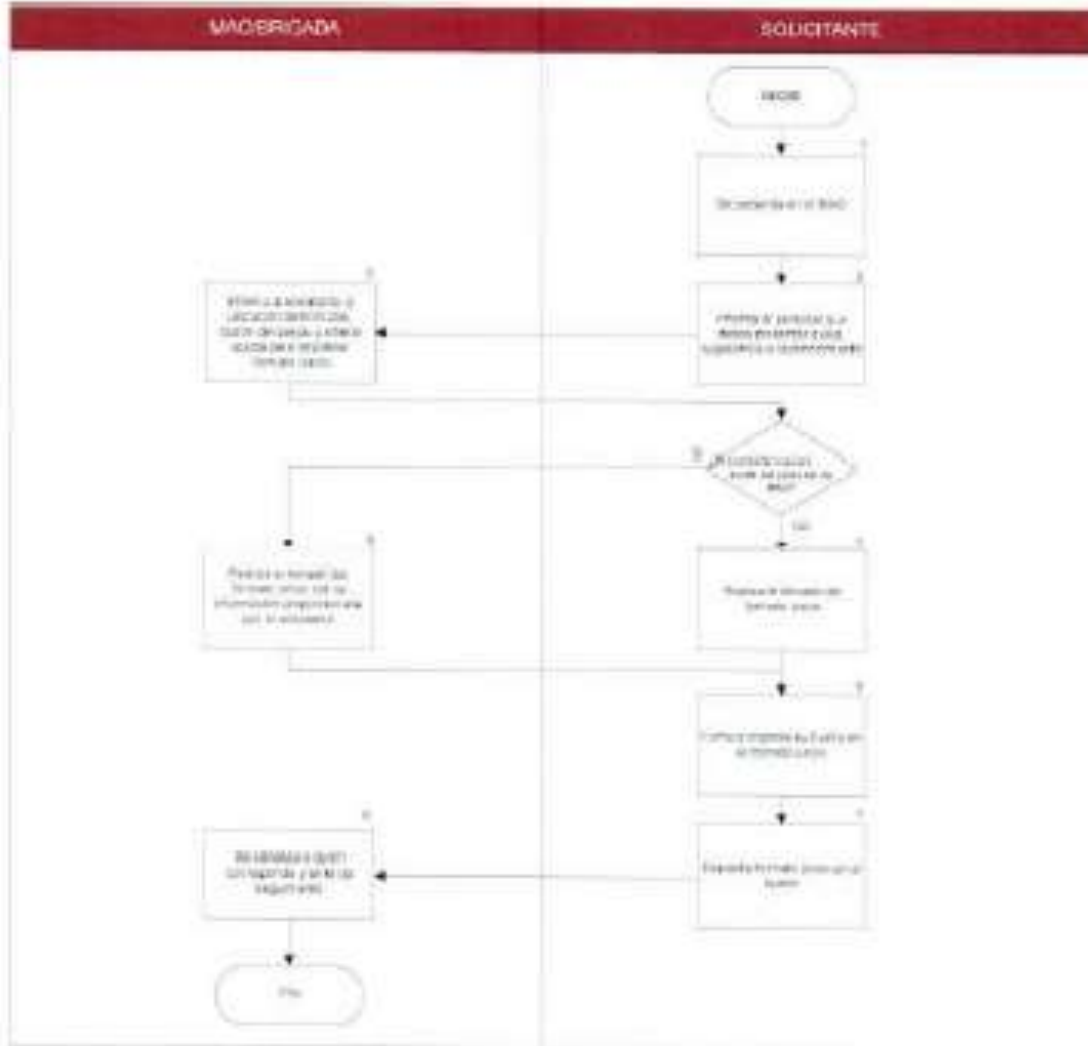
Anexo 3 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de Beneficiarios"



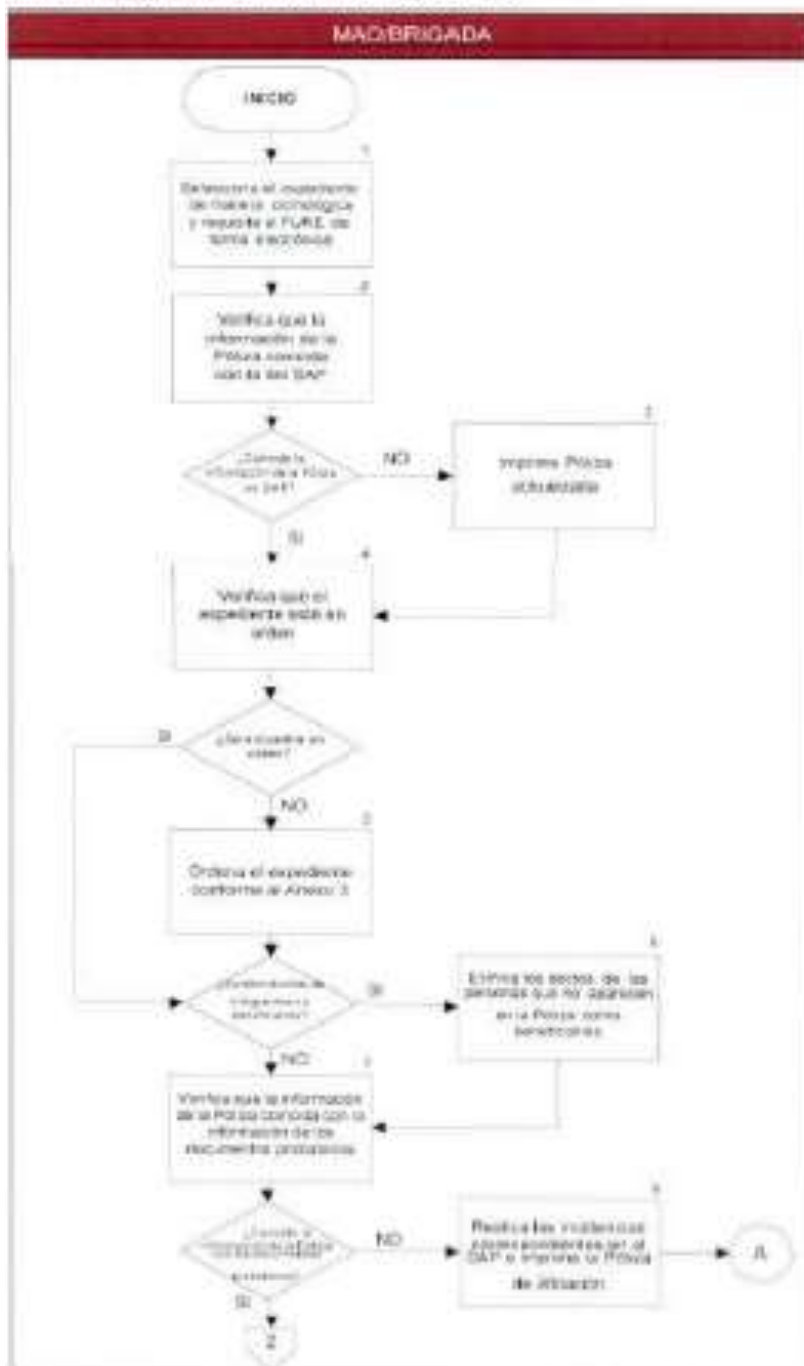
2.4.2. Flujoograma de Orientación

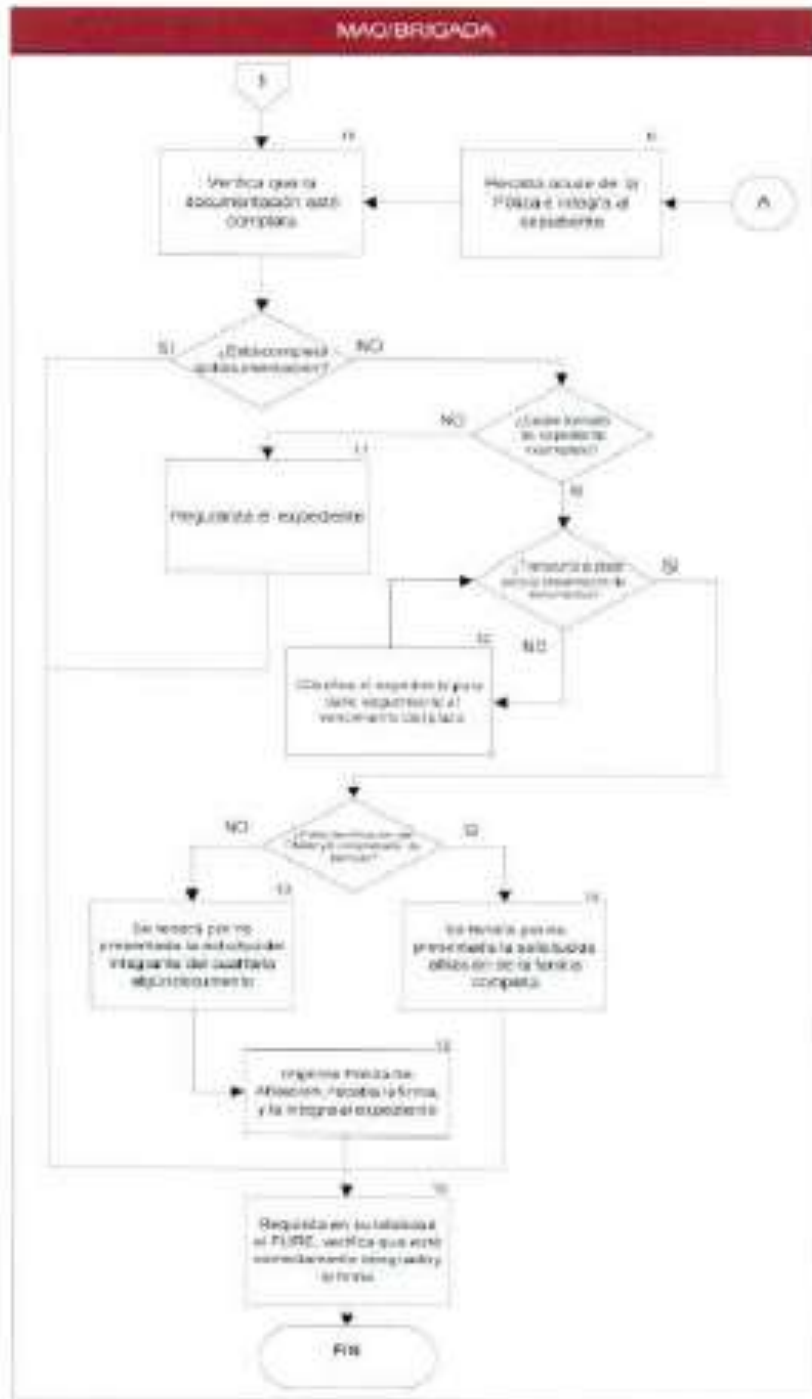


2.5.2. Flujo de Recepción de quejas, sugerencias y reconocimientos

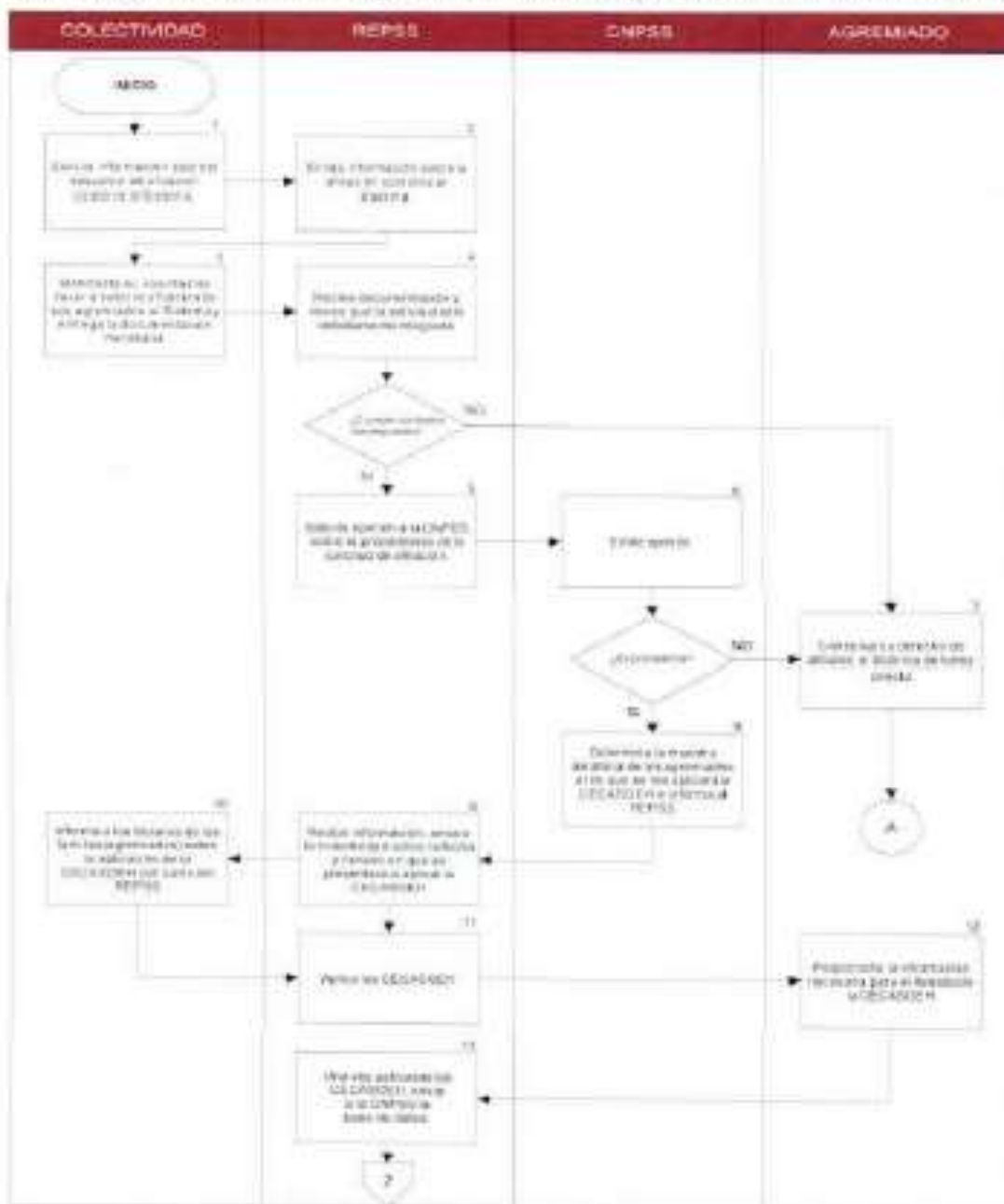


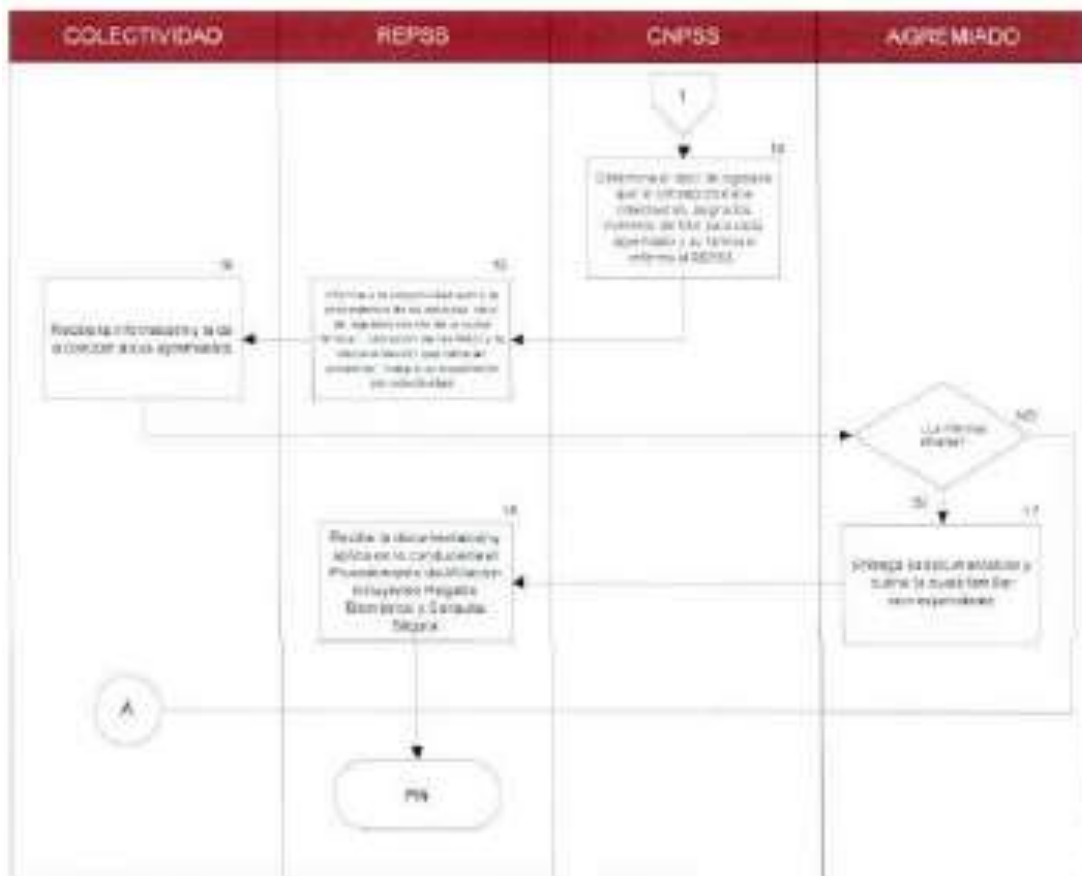
2.E.2. Flujoograma Verificación de Expedientes



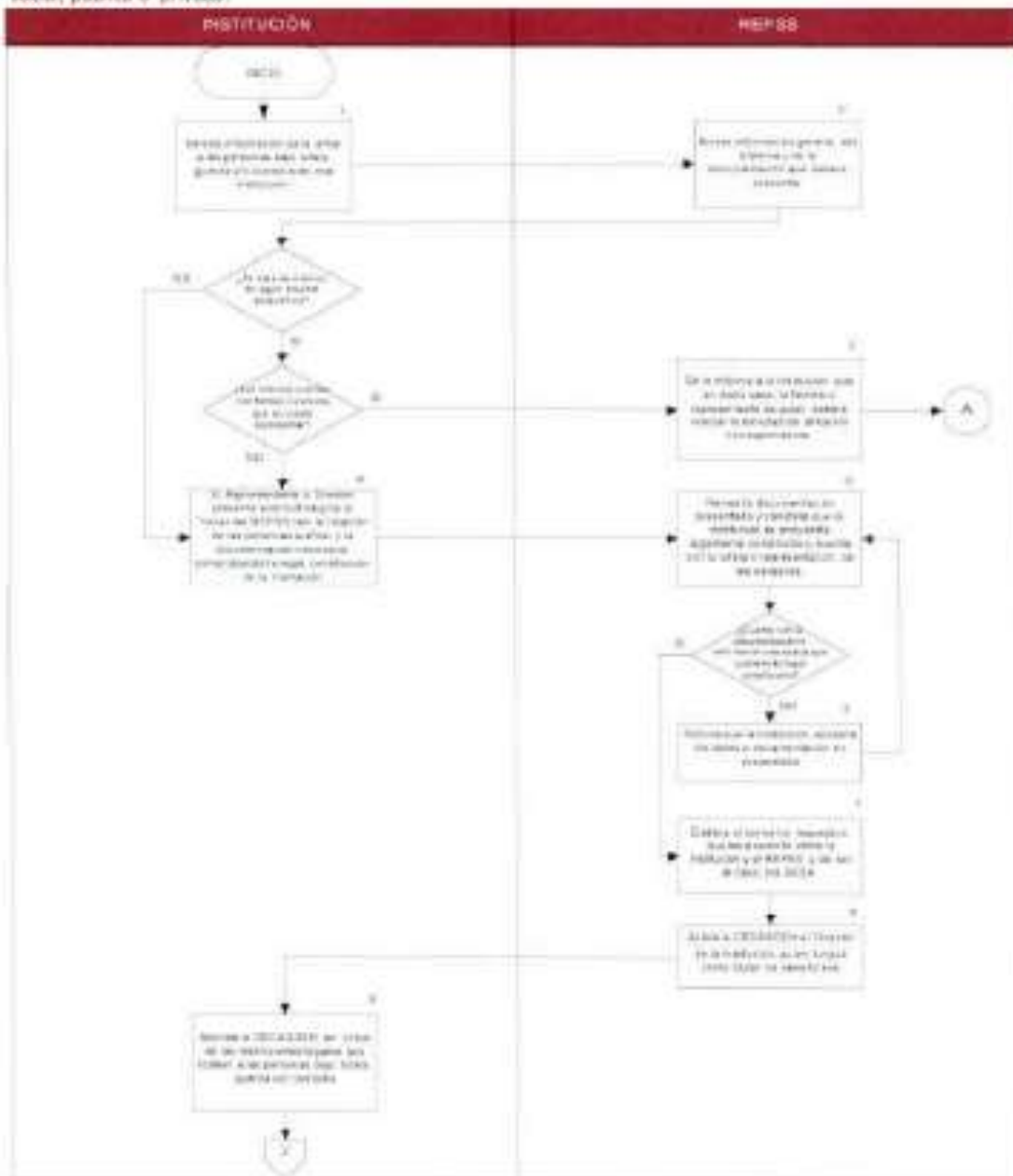


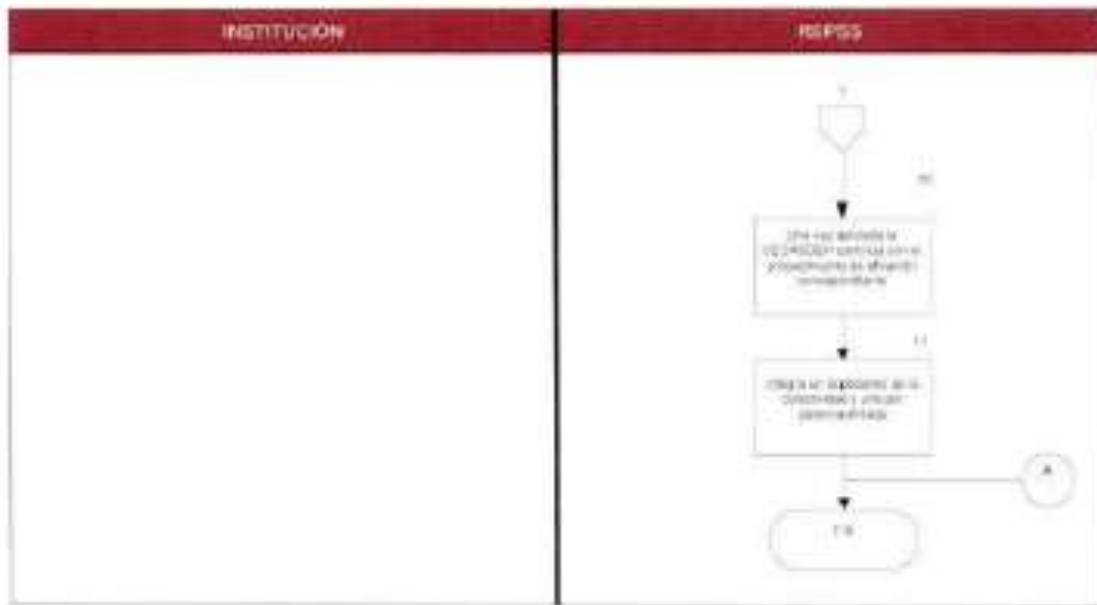
3.1.2. Flujoograma de afiliación de afiliados al Sistema bajo el Esquema de Afiliación Colectiva





3.2.2. Flujoograma para la afiliación de aquellas Personas bajo la tutela y/o custodia de alguna Institución de asistencia social, pública o privada.





ANEXO 14 "GASTOS DESGLOSADOS DEL PROGRAMA"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Si bien los gastos desglosados del programa no se desglosan por capítulo, si se presenta un desglose de los gastos ejercidos por el programa que fueron de un total de **\$905,462,222.02**, si a estos gastos se reducen los gastos en fortalecimiento de infraestructura que fueron de \$123,886,399.32, se considera que el gasto unitario es de \$781,575,822.70 dividido entre la población atendida de 930,877 personas, fue de \$840.00 pesos por persona.

CONCEPTO DE GASTO	PRESUPUESTO
Remuneraciones al Personal	320,467,676.26
Fortalecimiento de la Infraestructura	123,886,399.32
Acciones de Prevención y Promoción de la Salud/CONSEG	194,993,955.21
Consulta Segura	6,828,684.70
Medicamentos, Material de Curación y Otros Insumos	238,157,700.44
Caravanas de la Salud.	16,903,009.7
Sistemas de Información Automatizadas.	1,427,767.38
Gasto Operativo REPSS	37,679,579.99
Apoyo Administrativo.	10,362,812.00
Pago a terceros por Servicios de Salud	13,596,901.83
Gasto Operativo de Unidades Médicas	83,789,934.65
Total	905,462,222.02

ANEXO 15 "AVANCE DE LOS INDICADORES RESPECTO DE SUS METAS"

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

No hay información

ANEXO 16 “INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

El programa lleva a cabo encuestas de satisfacción a los usuarios de las instalaciones médicas de primer y segundo nivel. En opinión del equipo evaluador el cuestionario no guía las respuestas. La información proporcionada sin embargo no permite saber si las encuestas son representativas. Para ello utilizan el formato de Encuesta de Satisfacción al Usuario y Cédula de Supervisión a Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Adicionalmente la CNPSS realiza cada año por normatividad una encuesta de satisfacción de los beneficiarios en los diferentes niveles de atención y con representatividad anual. Esta situación puede permitir sinergias que lleven a un uso más eficiente de los recursos.

ANEXO 17 “PRINCIPALES FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Diseño	<p>El SPSS se legisló desde la Ley General de Salud para abordar una de las carencias más documentadas de salud en el país. Su población objetivo está claramente definida, así como su Fin y su Propósito. Además de que existe el Reglamento y Lineamientos que regulan los procesos para llevar a cabo el programa. Normativamente es muy sólido.</p> <p>La Ley permite que los REPSS contraten a cualquier prestador de servicios de salud, lo que podría traducirse en mejor servicio.</p>	1, 2, 3, 7	
Debilidad o Amenaza			
	<p>El único incentivo que se desprende de la regulación tanto a nivel federal como a nivel estatal es la afiliación de las personas.</p> <p>Al tener como población objetivo la misma que el IMSS Prospera puede haber discontinuidad en la atención entre sistemas y niveles.</p>	7, 13	<p>Ahora que ya se logró la cobertura universal y se realizó la reforma para lograr un uso más eficiente y transparente de recursos la Ley y la regulación secundaria podrían reformarse para incluir incentivos que apunten al acceso efectivo a servicios de salud con calidad.</p> <p>Que se lleven a cabo acuerdos de atención para la población IMSS Prospera.</p>

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Planeación hacia resultados	El programa cuenta con el Programa de Acción 2011-2016 y el Programa de Trabajo 2014 en los que se definen el Fin, Propósito, Componentes y Actividades.	14, 15	Ya que como parte de su operación se genera al Padrón General de Beneficiarios mucha información que de usarse permitiría hacer una mejor planeación de los servicios.
Debilidad o Amenaza			
	No obstante que el programa cuenta con el Programa de Acción 2011-2016 y el Programa de Trabajo 2014 en los que se definen el Fin, Propósito, Componentes y Actividades, no se publica información que permita saber cuánto se avanzó en la meta. El programa no ha estado sujeto a evaluaciones externas.	14, 15, 16, 17	Establecer el avance en los indicadores y su comparación con las metas y llevar a cabo evaluaciones externas sobre todo del proceso operativo.

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Cobertura y focalización	La población objetivo está muy bien definida, la población atendida ha venido subiendo y en el 2011 se alcanzó la cobertura universal en el 2011.	23, 24, 25	
Debilidad o Amenaza			

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Operación	La solicitud de apoyo se lleva a cabo en los Módulos de Atención y Orientación o cuando hay brigadas, los apoyos están bien definidos y los formatos estandarizados. Además como parte del proceso de afiliación, el apoyo que se otorga, se recolecta información de los solicitantes.	27, 28	

Debilidad o Amenaza			
	<p>Existe evidencia a nivel nacional - que no tiene que ser muy diferente en el Estado de Tlaxcala - que indica que existen traslapes con el IMSS y el IMSS Prospera, por un lado y que existen personas catalogadas en el régimen no contributivo cuando deberían de estar en el régimen contributivo.</p> <p>Dos deficiencias que se observa del esquema es que, por un lado, no se calculan los costos, no se desagregan ni se calculan los costos unitarios, y por el otro, no se mide el avance en los indicadores de la MIR en el 2014.</p> <p>No existe archivo documental que permita corroborar que los procesos se llevan a cabo conforme a la normatividad.</p>	<p>30, 33, 34, 35, 38, 41</p>	<p>Pedir comprobante de no derechohabencia al momento de la afiliación para comprobar el status laboral y corroborar el régimen al que pertenece el afiliado con visitas aleatorias al hogar.</p> <p>Calcular el costo de afiliación por póliza y comparar con otras entidades federativas. Calcular el avance de los indicadores 2014 y reportarlos en las fichas técnicas.</p>

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Percepción de la población afiliada	El programa realiza encuestas de satisfacción en el primer y segundo nivel de atención con preguntas que en opinión del equipo evaluador no están sesgadas.	43	Ajustar el Programa de Trabajo 2016 tomando en cuenta la información que proporciona la encuesta de satisfacción.
Debilidad o Amenaza			
	<p>Con la información disponible no se puede saber la representatividad de la encuestas ni si ésta se usa para mejorar la atención.</p> <p>La CNPSS realiza cada año la encuesta de satisfacción de los usuarios. Puede ser que se estén duplicando recursos.</p>	43	Buscar sinergias entre la encuesta de la CNPSS y el Estado de Tlaxcala.

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Percepción de la población afiliada	El programa realiza encuestas de satisfacción en el primer y segundo nivel de atención con preguntas que en opinión del equipo evaluador no están sesgadas.	43	Ajustar el Programa de Trabajo 2016 tomando en cuenta la información que proporciona la encuesta de satisfacción.
Debilidad o Amenaza			
	<p>Con la información disponible no se puede saber la representatividad de la encuestas ni si ésta se usa para mejorar la atención.</p> <p>La CNPSS realiza cada año la encuesta de satisfacción de los usuarios. Puede ser que se estén duplicando recursos.</p>	43	Buscar sinergias entre la encuesta de la CNPSS y el Estado de Tlaxcala.

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Medición de resultados			
Debilidad o Amenaza			
	El programa no reporta los avances en los resultados del programa en la matriz de indicadores. Tampoco se proporcionó a esta evaluación evidencia que hayan realizado otro tipo de evaluaciones externas o de impacto al programa.	44, 45	Realizar evaluaciones de consistencia y resultados cada año

ANEXO 18 “COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS ANTERIOR”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Dado que no habido evaluación alguna anterior al programa, no se pueden comparar los resultados.

ANEXO 19 “VALORACIÓN FINAL DEL PROGRAMA”

Nombre del (los) programa (s): Seguro Popular

Modalidad: Subsidios

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Consistencia y Resultados

Año de Evaluación: 2015

Tema	Nivel	Justificación
Diseño	3.1	La matriz de indicadores no está completa, en las metas y fichas técnicas, solamente presentan un indicador de 5 de Componente y un indicador de 6 de Actividad.
Planeación y orientación a resultados	2.7	No presentan información de mediano y largo plazo y en los indicadores de la MIR; no se encontró información que permita determinar con precisión la información.
Cobertura y focalización	4.0	Se tiene cobertura a la población al 100%, y se tiene focalizada, de tal forma que la población objetivo para un año en particular será la población por reafiliar y nueva población como nacimientos o personas de nueva residencia.
Operación	3.7	Si bien presenta un desglose de gastos, no los presenta por capítulo de gasto, ni si son directos o indirectos.
Percepción de la población atendida	3.0	Corresponde con la población atendida, no se están induciendo las respuestas, no obstante no incluye el marco muestral, por lo que no se puede asegurar si los resultados son representativos.
Resultados	N/A	Dado que no habido evaluaciones anteriores al programa, no se pueden comparar los resultados.
Valoración final	3.7	En general el programa es correcto, deberá presentar información completa, metas a mediano y largo plazo, mejorar la MIR, desglosar sus gastos.

