



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

TC El Colegio
de Tlaxcala A.C.
investigación · docencia · vinculación

Evaluación Integral del Desempeño 2016 del Seguro Popular

Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

Gobierno del Estado de Tlaxcala

El Colegio de Tlaxcala, A.C.



INDICE

I.	Introducción	3
II.	Diagnóstico y descripción del problema y justificación del SP	5
III.	Descripción del programa	8
III.1	Descripción básica del SP	8
II.2	Contribución a las metas y objetivos nacionales y estatales	10
IV.	Análisis de la población potencial y objetivo	12
V.	Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	15
VI.	Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados.....	17
VIII.	Percepción de la población atendida.....	23
IX.	Los resultados del programa	25
IX.1	Resultados del SP a nivel nacional.....	25
IX.2	Algunos resultados para el estado de Tlaxcala.....	27
X.	Conclusiones	30
ANEXO 1.	Descripción general del programa	34
ANEXO 2.	Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo	36
ANEXO 3.	Procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios	38
ANEXO 4.	Matriz de Indicadores para Resultados.....	40
ANEXO 5.	Indicadores.....	41
ANEXO 6.	Metas del programa.....	42
ANEXO 7.	Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados	43
ANEXO 8.	Gasto desglosado del programa.....	44
ANEXO 9.	Matriz FODA.....	45
	Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	49
ANEXO 10.	Flujograma de promoción y afiliación.....	51
Anexo 11.	Actualización de la base de datos de los beneficiarios.....	57
Anexo 12.	Flujograma de Orientación.....	58
Anexo 12.	Flujograma de recepción de quejas, sugerencias y reconocimientos	59
Anexo 13.	Flujograma de verificación de expedientes	60



I. Introducción

La reforma a la Ley General de Salud (LGS) que creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular (SP) ha sido quizá la reforma que más impacto ha tenido en décadas en el Sistema Nacional de Salud. El SPSS otorga aseguramiento médico para las personas que no cuentan con seguridad social buscando evitar un deterioro en el patrimonio de las familias por gastos en salud. Los beneficiarios o asegurados tienen cobertura de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en unidades médicas de los tres niveles de atención.¹

El SP se concibió con diferentes roles para la federación y para las entidades federativas. El gobierno federal coordina el sistema y provee la mayor parte del financiamiento mientras que las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), tiene la responsabilidad de la afiliación así como de prestar la atención médica para los afiliados y tutelar los derechos de los beneficiarios.

En este contexto, el gobierno del estado de Tlaxcala solicitó la “Evaluación Integral de Desempeño 2016” del Seguro Popular (SP) que tiene como objetivo, de acuerdo con los Términos de Referencia (TdR) evaluar de forma integral el desempeño del SP en su ejercicio fiscal 2015, a partir de un análisis y valoración general del diseño, cobertura, operación, procesos, eficiencia y resultados del programa. La finalidad es contar con un documento que ayude en la toma de decisiones para la mejora continua del programa.

La evaluación se realizó mediante un análisis de gabinete con base en la información proporcionada por la dependencia o entidad responsable del programa, así como información adicional que la instancia evaluadora consideró

¹ En la sección 3 se describe con mayor detalle el funcionamiento del SP.



necesaria para justificar su análisis. El formato fue establecido por el equipo evaluador aduciendo a los TdR que permitían un formato libre pero, siguiendo lo establecido en los mismos TdR, se trataron todos los temas establecidos y que se anotan a continuación:

- Diagnóstico y descripción del problema
- Características del programa
- Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa
- Análisis de la contribución del programa a los objetivos y metas nacionales y sectoriales
- Análisis de la población potencial y objetivo, y mecanismos de elección
- Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención
- Análisis de Indicadores para Resultados
- Análisis de complementariedades y coincidencias con otros programas y evidencia de política pública
- Presupuesto, rendición de cuentas y transparencia
- Los resultados del programa
- Conclusiones y valoración final

El documento está estructurado de la siguiente forma. La segunda sección presenta la descripción del problema y justificación del programa. La tercera sección muestra la descripción del SP en la que se incluye su relación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) del gobierno federal y con el Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 (PED) del estado de Tlaxcala. La cuarta parte presenta el análisis de la población potencial y objetivo. La quinta sección realiza un análisis del padrón de beneficiarios y los mecanismos de atención. La sexta parte trata sobre la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y la evolución de los indicadores. Posteriormente, se presenta un análisis de la percepción de los afiliados. La octava sección presenta el presupuesto y la transparencia financiera. Después, se presentan un análisis de algunos resultados con base en información pública. Por último se presentan las conclusiones y una valoración final del SP. Adicionalmente, se adjuntan diferentes anexos en los que se incluye un análisis FODA.



II. Diagnóstico y descripción del problema y justificación del SP

La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el siglo pasado sin duda modificó para bien el sistema de salud en el país y en general la seguridad social.² Sin embargo, como es bien sabido, el aseguramiento en ambos institutos está en función de la situación laboral de las personas. De manera específica, la pertenencia a estos institutos está asociada a contar con un empleo en el sector formal de la economía. Los trabajadores informales y sus familias, al no tener acceso a estos institutos, podían acceder a servicios de salud en las unidades de la Secretaría de Salud (SS) y de los Servicios Estatales de Salud (SESA) o bien a servicios médicos privados pero en todo caso tenían que desembolsar recursos al momento de su atención pues no contaban con un sistema de aseguramiento.

Así, para el año 2000, aproximadamente sólo el 50% de la población contaba con un esquema de aseguramiento (Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS)³. Este sistema resultaba en una falta de acceso a servicios de salud de calidad de la población y a un gran desembolso de recursos que en muchas ocasiones daban lugar a gastos catastróficos.⁴ Frenk et al (2006) estimaron para 2003 que aproximadamente el 58% del gasto total en salud en México era gasto de bolsillo y por su parte Knaul et al (2006) estimaron que el 6.3% de los hogares mexicanos incurrieron en gastos empobrecedores. Además de lo anterior, existía una gran inequidad en cuanto a los recursos destinados entre los diferentes tipos de aseguramiento y entre los que contaban con seguridad social y los que no además de la calidad de la atención recibida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe de la Salud en el Mundo 2000 (WHO, 2000) establecía que

² Existen también otras instituciones que proveen aseguramiento médico como las referentes a PEMEX, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.

³ Avila-Bburgos et al (2013) con datos del INEGI señalan un porcentaje similar.

⁴⁴ El gasto catastrófico suele definirse cuando un hogar gasta en salud un porcentaje mayor respecto al umbral del ingreso disponible. El umbral suele ubicarse en 30%.



en México se observaba una inequidad financiera considerable. También existía una gran inequidad entre las entidades federativas del país.

En este contexto fue que se creó en 2003 el SP para brindar aseguramiento a la población sin acceso a la seguridad social. Sin embargo, dado que el sistema de salud nacional no ha sufrido modificaciones sustanciales, sigue siendo válida la justificación de la creación del SP pues la población sin seguridad social aún es un porcentaje importante de la población. De acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI para el año 2015 el porcentaje de la población con seguridad social era de sólo 45%. Para el estado de Tlaxcala este porcentaje se ubicó en 28% como se puede observar en el cuadro 1.⁵

Cuadro 1. Población con seguridad social en 2015 para el Estado de Tlaxcala

Población total (personas)	1,272,847
IMSS (%)	18.06
ISSSTE (%)	5.73
Pemex, SEDENA (%)	0.48
Institución privada (%)	1.82
Otra institución (%)	0.76

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI (www.inegi.org.mx).

Un elemento más que justifica la creación del SP es que la población con menores ingresos son los que suelen no contar con seguridad social. Es decir, la no existencia del SP o un programa similar es regresivo pues la población de menores ingresos son los que mayor gasto de bolsillo realizarían con relación a su ingreso total. El hecho que la mayor parte de los afiliados al SP provienen de los deciles de ingreso más bajos (ver el cuadro 2) es un reflejo de esta situación.

Por otra parte, la evidencia teórica y empírica señala que la extensión de cobertura a través de programas de aseguramiento es una forma efectiva de protección

⁵ Este porcentaje se obtuvo de la Encuesta Intercensal 2015. Como es bien sabido y se señala en la sección de la población potencial y objetivo, si los porcentajes se obtienen de datos administrativos la población con seguridad social es mayor. De cualquier forma queda claro que un porcentaje muy importante de la población se quedaría sin un sistema de aseguramiento si no existiera el SP.



financiera y de la utilización de servicios médicos.⁶ En las últimas décadas, diferentes países tanto desarrollados como en desarrollo han implementado políticas similares al SP. Véase por ejemplo las reformas de Chile, Colombia y Uruguay (ver Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), 2011). Desde un punto de vista teórico, el aseguramiento genera que las personas usen más los servicios (efecto conocido como riesgo moral) y que sean las personas más enfermas quienes voluntariamente se unan al programa (efecto conocido como selección adversa). Es decir, la población con mayor necesidad es que la que va a hacer uso de los servicios médicos dado el aseguramiento. Asimismo, la población asegurada, al saber que cuenta con derechos garantizados, estimula el empoderamiento de tal forma que reclamen sus derechos a una atención efectiva.

El Programa de Acción 2011-2016 del estado de Tlaxcala hace un diagnóstico de la problemática hasta con una desagregación 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 con base en lo ya dicho en los párrafos arriba escritos. En este sentido, el SP se encuentra plenamente justificado y atiende un problema bien definido. Por otra parte, el gobierno de Tlaxcala ver otras evaluaciones y poner algo de los documentos.

Así, el SP se justifica por:

- El aseguramiento de la población sin seguridad social que suele ser la de menores ingresos.
- A través del aseguramiento, garantizar el acceso a servicios de salud y aumentar su uso.
- Cerrar la brecha del gasto entre la población con y seguridad social.

⁶ Véase por ejemplo los trabajos de Currie and Gruber (1995 y 1996). Como se verá en la sección de resultados, los efectos en la salud son menos claros que en el uso de los servicios de salud.



III. Descripción del programa

III.1 Descripción básica del SP

El SP, que dio inicio en 2003, forma parte del SPSS, dependiente de la Secretaría de Salud (SS) y coordinado por la CNPSS. En las entidades federativas, éste se opera a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS). Para el caso particular del estado de Tlaxcala, el 9 de enero de 2004 se firmó el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Tlaxcala.

El Programa tiene como objetivo contribuir al aseguramiento de la población que carece de seguridad social para que tenga acceso efectivo y 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 SPSS y la tutela de sus derechos. La prestación de la atención médica, se realiza a través de la red de servicios de salud del OPD Salud de Tlaxcala. Las familias beneficiarias reciben el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contempla actualmente 285 intervenciones y la cobertura, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), ante la ocurrencia de algunos padecimientos que requieren tratamientos que pueden representar un gasto catastrófico para la familia (59 intervenciones).

La afiliación es voluntaria y los hogares pagan una cuota de acuerdo a su situación socioeconómica (ver detalles en la sección sobre presupuesto y transparencia financiera). Como se puede observar en el cuadro 3, el mayor porcentaje de la población afiliada pertenece a los primeros deciles de ingreso.



Cuadro 3. Afiliados por decil de ingreso

Decil	Nacional		Tlaxcala	
	Población afiliada	% del total	Población afiliada	% de Total
I	34,800,614	60.7	715,778	76.9
II	17,926,558	31.3	202,646	21.8
III	3,586,623	6.3	11,636	9.3
IV	843,727	1.5	644	0.1
V a X	138,556	0.2	173	0.0
Total	57,296,078	100	930,,877	100

Fuente: Elaboración propia con base en Informe de Resultados Enero-Junio 2015

El programa en sentido estricto no tiene similitudes con otros programas o sistemas de aseguramiento pero es cierto que personas están en más de un sistema a la vez. Si bien no están disponibles datos a nivel estatal, es probable que en el caso de Tlaxcala este problema sea menor debido a que el porcentaje de población sin seguridad social es mayor al de la media nacional.

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, 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.



II.2 Contribución a las metas y objetivos nacionales y estatales

El SP se relaciona con el PND 2013-2018 de manera específica con las siguientes metas, objetivos y estrategias:

- México Incluyente
 - Objetivo 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
 - Estrategia 2.1.2. Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar la calidad de vida e incrementar su capacidad productiva
 - Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud
 - Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal
 - Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud
 - Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, y
 - Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
 - prioritarios de las dependencias y entidades

El SP, por supuesto, también está alineado al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y este a su vez al PND. 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 Programa Sectorial de Salud. El SP se relaciona con el Programa Sectorial de Salud 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

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

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

- Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. La salud interviene directamente en la productividad y en los ingresos de las personas. De manera más particular, el SP reduce el gasto de bolsillo que en personas pobres puede significar una reducción en la posibilidad de 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 SP 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. El CAUSES cubre todas las intervenciones de la mujer embarazada, además de que el programa cubre los gastos catastróficos 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. El financiamiento de las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades está garantizado por el SP. De hecho el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación 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. Análisis de la población potencial y objetivo

La población potencial se define en la Ley General de Salud (LGS) en el artículo 77 bis 3, en la cual se establece que el SP está dirigido a todas las familias y las personas que no tengan seguridad social. Dado que la afiliación al SP se estableció en un inicio como un proceso transitorio, la población objetivo se definió al principio como la población a afiliar y atender en cada año determinado. A partir de la cobertura universal, la población objetivo debe ser igual a la población potencial en el periodo en cuestión. Es importante mencionar que el estado de Tlaxcala alcanzó la cobertura universal en salud en 2011 de acuerdo a los datos administrativos.

Cada año como parte del Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS, la entidad federativa y la CNPSS validan el número de personas nuevas a afiliar al programa y las que se van a reafiliar en el año fiscal en cuestión. La nueva población se refiere a los nacimientos o personas de nueva



residencia en la entidad o personas que perdieron la cobertura de la seguridad social en ese periodo de tiempo.

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 2015 la población afiliada estimada fue de 930, 877 personas. Dada la firma cada año del Convenio de Colaboración entre la entidad de Tlaxcala y el gobierno federal y la elaboración del Anexo II se tienen metas de cobertura anual. Para lograr las metas de afiliación, el programa tiene puntos de afiliación que se llaman MAO o establece brigadas de afiliación. Esta estrategia está basada en la población objetivo a afiliarse a nivel municipal.

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 SP y afiliación a otra u otras instituciones de la seguridad social. En el estado de Tlaxcala es probable que el porcentaje sea menor al nacional pues es un estado con mayor proporción de afiliados al SP que el promedio del país.

El cuadro 3 establece cómo ha evolucionado la cobertura del programa tanto a nivel nacional como a nivel del estado de Tlaxcala. Con base en los datos presentados se observa un crecimiento en Tlaxcala de 28% de 2010 a 2015. Dada la población total del estado calculada por el INEG para 2015 de 1,272,847 personas, alrededor del 73% de la población está afiliada al SP.



Cuadro 3. Afiliados al SP de acuerdo a datos administrativos

Población afiliada total (personas)		
Año	Nacional	Tlaxcala
2010	43,518,719	725,497
2011	51,823,314	873,126
2012	52,908,011	966,515
2013	55,637,999	906,796
2014	57,300,000	930,877
2015	57,300,000	930,877

Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos de la CNPSS.

Por otra parte, la Encuesta Intercensal 2015 elaborada por el INEGI señala que aún no hay cobertura universal pues alrededor del 16% señala que no está afiliada a ninguna institución o sistema como se observa en el Cuadro 3. Con base en esta base de datos la población afiliada al SP es de sólo de alrededor del 58% de la población total. La diferencia con respecto a los datos administrativos también se observa a nivel nacional y para todas las entidades federativas del país. De acuerdo a la Evaluación Costo efectividad (ECE) elaborada por el CIDE, las causa de esta diferencia se pueden deber a múltiples factores. Las bases de hogares como el Censo o la Encuesta Intercensal se aplican en un periodo del año, mientras que las bases administrativas reportan por lo general los registros al final del año. Por otro lado, los registros administrativos del SPSS tienden a registrar mejor las incorporaciones acumuladas en el año que las bajas, por lo que pueden sobre-estimar el número de afiliados. Asimismo, las instituciones de la seguridad social tienen registros directos de los trabajadores afiliados, pero obtienen los beneficiarios totales estimando el número de derechohabientes dependientes a partir de "coeficientes familiares". Otra posibilidad es que la población aun estando afiliada no lo reporta en las encuestas por desconocimiento u olvido.

Si bien lo anterior no representa un problema de cobertura dado que los datos administrativos suelen ser mucho más confiables que las encuestas, es importante mencionar que el uso de los servicios de salud, en particular de los del SP, se basa en



que la población sepa que está asegurada y en el empoderamiento que le da el saberse asegurado. En este sentido, es importante aumentar el conocimiento de los afiliados sobre el SP y sus derechos y obligaciones.

Cuadro 4. Afiliación de la población en el estado de Tlaxcala según INEGI

Población total (personas)	1,272,847
Población afiliada (%)	83.32
IMSS (%)	18.06
ISSSTE (%)	5.73
Pemex, SEDENA (%)	0.48
SP (%)	58.61
Institución privada (%)	1.82
Otra institución (%)	0.76
Población no afiliada por ningún sistema	16.35
No específico	0.33

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI (www.inegi.org.mx). La suma de la población afiliada puede sumar más del 83.32% debido a que una persona puede estar afiliada a más de una institución.

V. Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención

El capítulo IV del Reglamento de la LGS 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) información de la identidad de la persona; e 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.

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.

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.

VI. Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados

Al ser un programa federal, el SP cuenta con una matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Esta MIR se puede consultar en la página electrónica del CONEVAL o en la del SP: El cuadro 5 presenta lo relativo al nivel de Fin y de Propósito. A consideración del equipo evaluador, el Resumen Narrativo de del Fin y del Propósito es consistente con el problema a atender por el SP e identificado en la primera sección de esta evaluación y el objetivo del SP. Los indicadores también son consistentes con el Resumen Narrativo. En este sentido se tiene que hay una lógica horizontal y vertical de la MIR.⁷

Cuadro 5. MIR 2015 del SP a nivel federal (Fin y Propósito)

⁷ No se profundiza en los demás niveles de la MIR ni en los supuestos y formas del indicador pues esta evaluación no corresponde al SP a nivel federal.



Fin

Resumen narrativo	Indicador	Definición
Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social.	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Mide indirectamente la eficiencia en aseguramiento público en salud para evitar gasto de bolsillo catastrófico en los hogares más pobres.

Propósito

Resumen narrativo	Indicador	Definición
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	Mide la cobertura en relación al total de personas susceptibles de afiliación al seguro popular en el 2015

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2015

Por otra parte, el Sistema de Protección Social en Salud Tlaxcala presenta la MIR anotada en el cuadro 6. A consideración del equipo evaluador, la MIR presenta áreas de oportunidad. Sin embargo, antes de presentar las posibles mejoras, es oportuno discutir si la MIR a nivel estatal debe ser igual a la MIR federal. Por un lado, si es igual habría una plena congruencia entre la entidad y la federación. Por el otro, es posible que el objetivo estatal, en este caso de Tlaxcala, no sea el mismo que el de la federación o que se encuentren indicadores más relevantes e importantes para el estado que los que busca la federación. De igual forma, es posible que la entidad considere que la MIR federal no es correcta.

A continuación se presentan comentarios sobre la MIR estatal:⁸

⁸ Las sugerencias anotadas deben ser consideradas como tales y no como una situación dada. Toda MIR debe ser trabajada por el personal que labora en la institución o programa y de ser posible elaborada en un Taller de trabajo con los funcionarios y expertos.



- En el Resumen Narrativo de nivel de Fin debe incorporarse el hecho que el SP busca evitar el gasto catastrófico y empobrecedor de bolsillo. Este, de hecho, es uno de los principales objetivos del SP.
- A nivel de Propósito se sugiere que el Resumen Narrativo esté relacionado con el aseguramiento y con el acceso a la salud. Es decir, para lograr el Fin, el cual está relacionado con el mejoramiento de la salud y la eliminación del gasto catastrófico, se debe buscar el aseguramiento y que la población utilice los servicios de salud. Los indicadores deberían por lo tanto ser congruentes con este nuevo Resumen Narrativo.
- A nivel de Componente y Actividad es necesario elaborar un Resumen Narrativo en forma de texto y objetivo. Por otra parte, no hay en toda la MIR elementos relacionados con la afiliación y reafiliación de las personas que es esencial en el trabajo diario del SP.
- Deben analizarse y discutirse los supuestos pues se encuentran repetidos en los distintos niveles y no son congruentes con el resumen narrativo y los indicadores.

Cuadro 6. MIR a nivel estatal

Seguro Popular	Resumen Narrativo	Indicador	Supuesto
Fin	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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



<p>Componente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura en vacunación en menores de 1 año lograda • Atención a la mujer embarazada lograda • Detección de diabetes mellitus mejorada • Cobertura total de la población sin servicios de salud en el estado • Jornadas de salud en el estado realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de esquemas completos de vacunación de 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. 	<p>Población infantil atendida.</p> <p>Nueva cultura en salud para mujeres embarazadas.</p> <p>Detección oportuna en diabetes mellitus.</p> <p>Protección financiera en salud.</p> <p>Población con acceso a servicios médicos.</p>
<p>Actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de vacunas de cuadro básico a niños menores de un año • Seguimiento y atención oportuna de la mujer embarazada. • Seguimiento y atención oportuna de la mujer embarazada. • Realizar la detección oportuna en diabetes mellitus. • Reafiliación de la población al Seguro popular. • Otorgar consultas en jornadas de la salud en las comunidades del estado. 	<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.



Es aplaudible que el estado de Tlaxcala cuente con una MIR para el SP pero el equipo evaluador no encontró información sobre los indicadores de la MIR por lo que no es posible analizar su evolución. Tampoco se encontró detalles de las fichas técnicas de los indicadores. Esta información es necesaria para verificar el avance y el éxito del SP.

VII. Presupuesto, rendición de cuentas y transparencia

En los artículos 77 Bis 11 al 13 y Bis 21 y 25 de la LGS se establece el modelo financiero del SPSS. El modelo se sustenta en un esquema tripartita financiado por la federación, las entidades federativas y el Distrito Federal (DF), y los beneficiarios. El gobierno federal aporta lo que se denomina la “Cuota Social” y la “Aportación Solidaria federal”. La cuota social equivale a 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el DF y se actualiza anualmente con base en el INPC (actualmente es \$947.80); por cada persona afiliada. La Aportación Social Solidaria equivale a 1.5 veces la cuota social. Por su parte la “Aportación Solidaria Estatal” proviene de cada gobierno estatal y equivale a por lo menos la mitad de la cuota solidaria. En el caso de Tlaxcala fue equivalente a la mitad de la cuota social (\$473.90). Es preciso anotar que los recursos que aporta el gobierno federal se complementan con los recursos que cada entidad recibe a través del Ramo 33 y del Ramo 12.⁹ Para 2014, los recursos transferidos del gobierno federal por la Cuota Social y la ASF fueron de 905.5 millones de pesos.

Los hogares a su vez participan con cuotas anticipadas, anuales y progresivas las cuales se determinan con base en la situación socioeconómica de cada familia. Los hogares en los primeros cuatro deciles están exentos. El cuadro x muestra las cuotas para 2015.

⁹ Para detalles véase el Informe de Resultados Enero-Junio 2015.



Cuadro 7. Cuotas del SP

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0.0
II	0.0
III	0.0
IV	0.0
V	2,075.0
VI	2,833.6
VII	3,647.9
VIII	5,650.4
IX	7,519.0
X	11,378.9

Fuente: Informe de Resultados Enero-Junio 2015

Los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del Sistema (CS, ASF y ASE), son ejercidos de la siguiente forma:¹⁰

- El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el CAUSES;
- El 8% se canaliza al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias; y,
- El 3% se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que se destinan de la siguiente forma: dos terceras partes para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de atención primaria y de especialidades básicas preferentemente en zonas de mayor marginación social, y una tercera parte para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.

¹⁰ Del monto de Cuota Social que corresponde a cada entidad federativa, se descuentan los recursos que corresponden a los fondos (FPGC y FPP), los cuales son transferidos a las cuentas del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS).



Por otra parte, no es posible determinar una clasificación del gasto por capítulo pues la regulación únicamente establece que la programación y el ejercicio de los recursos se realicen en observancia a lo establecido en el artículo 37 Apartado A Fracción IV, inciso a), numeral (i) del Presupuesto de Egresos de la Federación, en la LGS y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Así se establece que el gasto sea de la siguiente manera: Remuneración al personal (40%), compra de medicamento (hasta 30%), a acciones de promoción y prevención (al menos 20%) y hasta 6% en gasto operativo de los Regímenes Estatales (REPSS).

VIII. Percepción de la población atendida

El REPSS del estado de Tlaxcala 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 primer nivel de atención. La revisión de los cuestionarios indica que no se busca inducir la respuesta de los entrevistados. Por otra parte, no es clara la representatividad de dicha encuesta o al menos el equipo evaluador no encontró un documento en donde se expusiera la metodología con relación al diseño de la muestra y a características básicas de la misma.

Por otra parte, también existen encuestas de percepción hechas a nivel nacional en donde se señala de manera clara la metodología usada y la forma en que se diseñó la muestra y la representatividad de la misma. La encuesta por ejemplo, para 2014 es representativa a nivel nacional, a nivel estatal, y fue estratificada para generar estimaciones para los tres niveles de atención, para los 400



municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre, para los ámbitos rural y urbano y para la población indígena. Con estas encuestas se busca recolectar información sobre el nivel de satisfacción de los usuarios por servicios recibidos (i.e tiempo de espera, trato adecuado, surtimiento de medicinas), sobre posibles barreras al uso efectivo de los servicios), sobre la relación entre satisfacción y acceso efectivo y sobre los factores que inciden sobre la satisfacción.

Con base en las encuestas nacionales y en la encuesta 2015 del estado de Tlaxcala del primer nivel de atención se mencionan los siguientes resultados.

- La satisfacción de los usuarios es alta. De acuerdo a la encuesta 2015 del Primer Nivel de Atención del estado de Tlaxcala, el 94% de los entrevistados declaró sentirse satisfecho (las otras dos opciones eran “medio satisfecho” e “insatisfecho”).¹¹ Por su parte las encuestas nacionales también muestran un porcentaje alto de satisfacción. Para el estado de Tlaxcala, la encuesta nacional 2014 muestra que poco más del 90% reporta sentirse muy satisfecho y satisfecho con la consulta recibida, un porcentaje muy similar a la media nacional. Esta misma encuesta señala que en la entidad el 90% de los usuarios regresaría al mismo establecimiento de salud en el que fue atendido.
- Con relación al tiempo de espera para la consulta, la Encuesta Tlaxcala 2015 señala que el 54% espero menos de 30 minutos, sin embargo la encuesta nacional 2014 señala que el tiempo promedio para Tlaxcala es de 76.3 minutos. De cualquier forma, el tiempo de 76.3 minutos reportados para la entidad se compara favorablemente con la media nacional de 86.4 minutos.
- Con relación a los medicamentos, la Encuesta Nacional 2014 señala que el 79.1% de las recetas fueron surtidas al 100% de los medicamentos. Este porcentaje es 10 puntos porcentuales menor a la media nacional (la

¹¹ La pregunta exacta fue: “Una vez que fue atendido(a), ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con la atención recibida?”



encuesta del estado de Tlaxcala no cuenta con información para comparar esta pregunta). La Encuesta Tlaxcala 2015 sin embargo señala que el 57% de las personas que no recibieron medicamentos no hizo nada, es decir no los compró ni regresó luego por ellos por lo que es preciso trabajar en esta situación.

- Otros elementos a destacar de acuerdo a la Encuesta Tlaxcala 2015 es que el 80% de los entrevistados llega a la unidad médica en menos de 30 minutos (50% lo hace entre 15 y 30 minutos).
- Con relación a los derechos de los afiliados, la Encuesta Tlaxcala 2015 señaló que el 57% de los afiliados conoce sus derechos y obligaciones y el 37% la cartera y/o los servicios con los que cuenta el SP. Estos datos son importantes pues como se señaló en la primera parte, un objetivo del SP es el empoderamiento del afiliado con lo que se lograría un mayor uso efectivo de los servicios.
- Las principales recomendaciones, de acuerdo a la encuesta Tlaxcala 2015 de los afiliados son reducir el tiempo de espera e incrementar el personal.

IX. Los resultados del programa

IX.1 Resultados del SP a nivel nacional

El SP ha sido un programa altamente analizado y evaluado dado su magnitud y el gran cambio que ocasionó en el sistema de salud mexicano. Desde su inicio ha habido estudios que en lo general buscan contestar preguntas relacionadas con: 1) el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico o empobrecedor; 2) el uso efectivo de los servicios de salud; 3) mejoras en la salud y 4) su efecto en la informalidad del empleo. El mayor número de estudios se ha centrado en analizar el gasto de bolsillo y el efecto en el sector laboral. Menos estudios se han realizado con



relación al uso efectivo de los servicios y las mejoras en la salud. Continuación se presentan los principales resultados.¹²

Con relación al gasto de bolsillo y el gasto empobrecedor, los resultados señalan un efecto positivo.¹³ Por ejemplo, Barros 2009, encuentra un ahorro de gasto de bolsillo anual de los hogares elegibles de 1,452 pesos anuales de 2006 que representa un ahorro para la población tratada de 4,271 pesos. Por su parte, Galárraga et al (2009) encuentran que el SP reducen 54% la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos a nivel nacional. También encuentran que hay una reducción de gastos de bolsillo en general y en medicinas. Asimismo, Avila-Burgos et al (2013) encuentran que el SP reduce en 3.6% la probabilidad de que un hogar tenga gastos en salud (7.1% en hogares con enfermos diabéticos o hipertensos) y en 36% la probabilidad de Gasto en Exceso de Salud.¹⁴ La Evaluación de Costo Efectividad (2011) señala que el SP disminuye el gasto de bolsillo pero en especial en los hogares con niños menores de 11 años y adultos mayores. Para el caso de los hogares con niños, el efecto se da principalmente en medicinas recetadas que ya no se tienen que comprar. Grogger et al (2012) analiza el efecto del SP en el gasto catastrófico y empobrecedor y también encuentra resultados positivos si bien destacan que hay efectos heterogéneos dependiendo de qué tan cerca se encuentran las unidades médicas y en general si el hogar vive en una zona urbana o rural. La encuesta de percepción del estado de Tlaxcala 2015, como se mencionó anteriormente, señala que un porcentaje importante de los afiliados llega en menos de 30 minutos a la unidad médica por lo que los resultados de Grogger et al (2012) son favorables para la entidad.

¹² No se realiza ningún comentario sobre el efecto del SP sobre el mercado laboral pues se considera que no es parte de lo que se deba evaluar al SP:

¹³ Las bases de datos más utilizadas para los estudios son la ENIGH, la ENSANUT y la base de datos del SP hecha para su evaluación al inicio de su creación. Cada estudio presenta diferentes metodologías y por lo tanto virtudes y limitaciones y en ocasiones los resultados son ambiguos o presentan acotaciones diversas. Aquí sólo se presentan los resultados de manera general. Véase cada trabajo para detalles metodológicos y de resultados.

¹⁴ Este trabajo realizado con base en la ENSANUT define gasto en exceso de salud cuando el gasto en salud es mayor al 30% del gasto total del hogar.



Barros 2009 encuentra efectos positivos en la utilización de los servicios pero nulos o muy pequeños con relación al estatus de la salud. Un resultado similar encontró la Evaluación elaborada por Harvard y el INSP (2009). En la sección de presentación del documento señalan: “...*Esta reducción del gasto, junto con el fortalecimiento de la oferta, incentiva la utilización de los servicios de salud lo que ha mejorado la cobertura de atención a padecimientos clave en el perfil epidemiológico de la población mexicana, como la diabetes mellitus y la hipertensión. Los efectos concretos de esta mayor cobertura todavía no son perceptibles en las variables que miden el éxito terapéutico*” (p. iii). Otros estudios también han encontrado una mayor utilización de los servicios como el de Sosa-Rubi et al (2008) que mide la utilización de servicios de servicios obstétricos.

Un punto importante de los estudios sobre el efecto en la salud es que estos fueron realizados en los primeros años del SP y es posible que aún no se percibieran los efectos de la mayor utilización de los servicios.

Si bien los estudios señalados en los párrafos anteriores son a nivel nacional, no hay razón para pensar que sus resultados no son aplicables al estado de Tlaxcala. Sin embargo, se recomienda que el estado de Tlaxcala realice un estudio rigurosamente científico que mida el impacto del SP en las tres variables principales que atañen al programa: gasto de bolsillo y catastrófico; utilización de los servicios médicos y mejoras en el estado de salud.

IX.2 Algunos resultados para el estado de Tlaxcala

En la actualidad no se han realizado evaluaciones de impacto que señalen los resultados del SP en el estado de Tlaxcala. En este contexto, se señalan algunos resultados que sugieren resultados positivos y que dan muestra del avance de ciertos indicadores en la entidad.

Un objetivo muy importante del SP es la disminución del gasto de bolsillo y de la posibilidad que los hogares se enfrenten a gastos catastróficos o empobrecedores



pero no hay información pública que permita medir esta variable a nivel estatal. Sin embargo, un indicador de lo anterior es que la población esté asegurada. En este sentido, el estado de Tlaxcala presenta una cobertura universal y cumple sus objetivos de reafiliación. De acuerdo al Informe de Resultados Enero-Junio 2015, el estado de Tlaxcala había cumplido con el 100% de las metas de afiliación y hasta el mes de junio llevaba una reafiliación del 73.4%. La reafiliación en 2014 se cumplió. Otro indicador que puede incidir en el gasto de bolsillo es el uso de los servicios. En este sentido se observa una mayor utilización en los mismos. Por ejemplo, el Cuadro 8 muestra como las consultas externas han aumentado casi 18% de 2010 a 2014. El cuadro 9 presenta también un avance en el uso de los servicios de salud.

Cuadro 8. Consulta externa

Año	Tlaxcala
2010	3243424
2011	3506789
2012	3677324
2013	3671066
2014	3812692

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 9. Porcentaje de la población que usa servicios públicos con atención médica

	2012	2014	Variación	Lugar 2012	Lugar 2014
Tlaxcala	56.36	62.47	10.83%	14	11
Nacional	53.68	63.29	17.90%		
Mínimo	38.60	54.76			
Máximo	69.51	70.81			

Fuente: Elaboración propia con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. El mínimo y el máximo se refiere a las entidades con el valor mínimo y el valor máximo.

El sistema de vacunación se puede ver también como otra señal en el uso de los servicios de salud. El cuadro 10 muestra el porcentaje de cobertura de vacunación completa en niños menores de un año en el que se observa un avance y como el



estado de Tlaxcala se ubica por arriba de la media nacional. Estos datos también se pueden entender como una buena señal para reducir las tasas de morbilidad en general pues la aplicación del sistema de vacunación es un indicador de menores enfermedades en el futuro.

Cuadro 10. Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año

	2012	2014	Variación	Lugar 2012	Lugar 2014
Tlaxcala	62.46	89.29	42.95%	8	14
Nacional	48.48	88.91	83.39%		
Mínimo	27.42	80.65			
Máximo	76.61	98.94			

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información en Salud (SIS), utilizando la metodología de cálculo de coberturas de la OMS/OPS.

Por último, se presentan algunos indicadores que muestran avances en el sistema de salud. Cabe anotar que mejoras en las tasas de morbilidad y mortalidad y de la salud se dan en periodos de mediano y largo plazo y que es muy difícil observar cambios drásticos en periodos de tiempo tan cortos como los expresados en los cuadros.

Cuadro 11. Tasa de mortalidad por cáncer de mama

	2011	2014	Variación	Lugar 2011	Lugar 2014
Tlaxcala	10.20	12.04	11.04%	4	4
Nacional	16.34	17.59	7.64%		
Mínimo	7.13	6.84			
Máximo	23.93	29.87			

Fuente: Elaboración propia con base en datos de mortalidad INEGI/SS del Sistema Nacional de Información en Salud y Proyecciones de la Población 2010-2050 del Consejo Nacional de Población

Cuadro 12. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino

	2011	2014	Variación	Lugar 2011	Lugar 2014
Tlaxcala	10.82	10.03	-7.3%	9	8
Nacional	12.27	11.94	-2.7%		
Mínimo	8.74	7.15			
Máximo	19.82	18.21			



Fuente: Elaboración propia con base en datos de mortalidad INEGI/SS del Sistema Nacional de Información en Salud y Proyecciones de la Población 2010-2050 del Consejo Nacional de Población

Cuadro 13. Tasa de mortalidad infantil

	2011	2014	Variación	Lugar 2011	Lugar 2014
Tlaxcala	13.96	12.56	-10.02%	19	20
Nacional	13.70	12.51	-8.68%		
Mínimo	9.30	8.48			
Máximo	18.12	14.77			

Fuente: Elaboración propia con base en datos de mortalidad INEGI/SS y Subsistema de Información sobre Nacimientos del Sistema Nacional de Información en Salud.

X. Conclusiones

Antes de la creación del SP, poco más del 50% de la población mexicana carecía de un sistema de aseguramiento. Esta situación provocaba que la población de menores ingresos, aquella que no tenía seguridad social estuviera expuesta a situaciones de gasto catastrófico o empobrecedor y a un deficiente acceso a servicios de salud de calidad. Para 2015, la población sin seguridad social en el IMSS, ISSTE y otros sistemas sigue siendo muy alta. En este sentido, está plenamente justificada la existencia del SP. Diversos estudios académicos y experiencias internacionales muestran la pertinencia de este tipo de programas para reducir la exposición a gastos de bolsillo y para incrementar el uso de los servicios de salud. El estado de Tlaxcala, a través de diversos documentos, muestra que tiene claro el problema y los objetivos a perseguir por el SP.

El SP, que dio inicio en 2003, forma parte del SPSS, dependiente de la Secretaría de Salud (SS) y coordinado por la CNPSS. En las entidades federativas, éste se opera a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS). Para el caso particular del estado de Tlaxcala, el 9 de enero de 2004 se firmó el



Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Tlaxcala.

El Programa tiene como objetivo contribuir al aseguramiento de la población que carece de seguridad social para que tenga acceso efectivo y 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 SPSS y la tutela de sus derechos. La prestación de la atención médica, se realiza a través de la red de servicios de salud del OPD Salud de Tlaxcala.

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. La población potencial es aquella 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 población objetivo es la que se acuerda establecer para su afiliación en un año fiscal y se establece en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación entre la CNPSS y la entidad federativa, en este caso el estado de Tlaxcala. De acuerdo a los datos administrativos, Tlaxcala alcanzó la cobertura universal en 2011. La población atendida es igual a la población objetivo. En la actualidad, Tlaxcala cuenta con 930,877 afiliados que representan el 73% de la población. Con la información con que se cuenta, el estado cumple con las metas de afiliación y reafiliación.

El estado de Tlaxcala cuenta con una MIR que presenta áreas de oportunidad si bien es aplaudible que se cuente con una. Aun así, es necesario desarrollar las fichas técnicas de los indicadores y en darles seguimiento a los mismos.

Si bien el programa tiene poblaciones potenciales diferentes al IMSS y al ISSSTE, se estima que hay población que cuentan con aseguramiento en más de un



sistema. Dado que en el estado de Tlaxcala la población del IMSS y del ISSSTE es menor a la media nacional. Se puede suponer que este problema es menor pero sería conveniente analizar con mayor profundidad esta situación. El programa tiene coincidencias con IMSS Prospera y se complementa con la Cruzada Nacional contra el Hambre y Prospera.

El SP cuenta con excelentes sistemas de información tanto de los beneficiarios como de los procesos administrativos como la afiliación, reafiliación y el sistema de información a los usuarios.

La evidencia académica a nivel nacional muestra impactos positivos en la disminución en el gasto de bolsillo y en la posibilidad de incurrir en gasto catastrófico y/o empobrecedor. De igual forma, se han observado efectos positivos en el uso de los servicios médicos. LA evidencia es menos fuerte para el caso de mejoras en la salud si bien habrá que darle más tiempo al programa para que muestre resultados. Para el caso específico de Tlaxcala no hay estudios de evaluación de impacto pero datos de afiliación, uso de los servicios y de algunos indicadores de salud muestran elementos para sentirse optimistas sobre los efectos del SP.



XI. Bibliografía

Barros, R., 2009. Wealthier But Not Much Healthier: Effects of a Health Insurance Program for the Poor in Mexico. PhD. Dissertation, Stanford University, Department of Economics.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2011). *The CISS health systems and insurance report. 2006-2010 health reforms in the Americas*. Mimeo.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 2015. *Informe de Resultados Enero-Junio 2015*.

Currie, J., and J. Gruber (1995). "Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical care, and Child Health," Discussion Paper 5052, NBER.

Currie, J., and J. Gruber (1996). "Saving Babies: The Efficacy and Cost of Recent Changes in the Medicaid Eligibility of Pregnant Women," *Journal of Political Economy*, 104(6), 1263-96.

Grogger, J. Leon, AS., y Ome, A. (2012). Seguro Popular and health spending: evidence from the National Survey of Household Income and Expenditures. Mimeo, University of Chicago.

Knaul, FM. et al (2006). Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 368: 1828-41.

King, G., Gakidou, E., Ravishankar, N., Moore, R., Lakin, J., Vargas, M., Téllez-Rojo, M., Hernández, J., Hernández, M., Hernández, H., 2007. A "Politically Robust" Experimental Design for Public Policy Evaluation, with Application to the Mexican Universal Health Insurance Program". *Journal of Policy Analysis and Management* 26(3): 479-506.

Gobierno de la República. 2013. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.

Gobierno de la República. 2013. *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*.

Gobierno del Estado de Tlaxcala. *Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016*

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.



ANEXO 1. Descripción general del programa

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas: SP

Modalidad: Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

El SP, que dio inicio en 2003, forma parte del SPSS, dependiente de la Secretaría de Salud (SS) y coordinado por la CNPSS. En las entidades federativas, éste se opera a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS). Para el caso particular del estado de Tlaxcala, el 9 de enero de 2004 se firmó el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Tlaxcala.

El Programa tiene como objetivo contribuir al aseguramiento de la población que carece de seguridad social para que tenga acceso efectivo y 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 SPSS y la tutela de sus derechos. La prestación de la atención médica, se realiza a través de la red de servicios de salud del OPD Salud de Tlaxcala. Las familias beneficiarias reciben el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contempla actualmente 285 intervenciones y la cobertura, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), ante la ocurrencia de algunos padecimientos que requieren tratamientos que pueden representar un gasto catastrófico para la familia (59 intervenciones).

La afiliación es voluntaria y los hogares pagan una cuota de acuerdo a su situación socioeconómica (ver detalles en la sección sobre presupuesto y



transparencia financiera). Como se puede observar en el cuadro 3, el mayor porcentaje de la población afiliada pertenece a los primeros deciles de ingreso.



ANEXO 2. Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas:SP

Modalidad:Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

Tipo de población	Unidad de Medida	2011	2012	2013	2014	2015
Población potencial	Población total en el Estado	1,260,291	1,224,637	1,242,734	1,260,628	1,278,308
Población objetivo	Personas Afiliadas	766,283	855,136	906,796	930,877	930,877
Población Atendida	Personas Afiliadas	766,283	855,136	906,796	930,877	930,877
$\frac{P.A \times 100}{P.O}$	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: se debe incluir información para todos aquellos años disponibles.

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. 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 2015 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 los beneficiarios

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas: SP

Modalidad: Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

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.



ANEXO 4. Matriz de Indicadores para Resultados

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas: SP

Modalidad: Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

Seguro Popular	Resumen Narrativo	Indicador	Supuesto
Fin	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Población infantil atendida.</p> <p>Nueva cultura en salud para mujeres embarazadas.</p> <p>Detección oportuna en diabetes mellitus.</p> <p>Protección financiera en salud.</p> <p>Población con acceso a servicios médicos.</p>
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 programa: Seguro Popular

Siglas: SP

Modalidad: Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

El equipo evaluador no encontró información al respecto para 2015



ANEXO 6. Metas del programa

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas:SP

Modalidad:Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

El equipo evaluador no encontró información al respecto para 2015



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

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas: SP

Modalidad: Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

- En el Resumen Narrativo de nivel de Fin debe incorporarse el hecho que el SP busca evitar el gasto catastrófico y empobrecedor de bolsillo.
- A nivel de Propósito se sugiere que el Resumen Narrativo esté relacionado con el aseguramiento y con el acceso a la salud. Es decir, para lograr el Fin, el cual está relacionado con el mejoramiento de la salud y la eliminación del gasto catastrófico, se debe buscar el aseguramiento y que la población utilice los servicios de salud. Los indicadores deberían por lo tanto ser congruentes con este nuevo Resumen Narrativo.
- A nivel de Componente y Actividad es necesario elaborar un Resumen Narrativo en forma de texto y objetivo. Por otra parte, no hay en toda la MIR elementos relacionados con la afiliación y reafiliación de las personas que es esencial en el trabajo diario del SP.



ANEXO 8. Gasto desglosado del programa

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas:SP

Modalidad:Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

NO APLICA



ANEXO 9. Matriz FODA

Nombre del programa: Seguro Popular

Siglas: SP

Modalidad: Subsidios

Ejercicio fiscal: 2015

Dependencia y/o entidad coordinadora:

Unidad Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud Tlaxcala

Tipo de Evaluación: Evaluaciones Integrales del Desempeño

Año de la Evaluación: 2016

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Recomendación
	Fortalezas y Oportunidades	
Descripción General del Programa	El SPSS se legisló desde la Ley General de Salud para abordar una de las carencias más documentadas de salud en el país: la falta de aseguramiento y sus consecuencias. Los objetivos están perfectamente definidos así como sus procesos.	NA
	Debilidad y/o Amenaza	
	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	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



		<p>que apunten a 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			
Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa	<p>El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho de toda persona a la protección de la salud.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	1, 2, 3	Al estar el estado de Tlaxcala adherido al programa, se recomienda mantenerse en el mismo, ya que recibe apoyo económico de la Federación para brindar a su población Protección Social en Salud.



debilidad o amenaza			

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Análisis de la contribución del programa a los objetivos nacionales y los sectoriales	<p>El SPSS está alineado al Programa Sectorial de Salud 2013-2018</p> <p>A su vez el 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</p> <p>Los objetivos sectoriales están relacionados con metas, objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018</p> <p>El programa se vincula de forma indirecta con objetivos y Metas del Milenio</p>		<p>Dadas las características del Programa, que es a nivel nacional, no aplica recomendación</p>
debilidad o amenaza			



Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
<p>TEMA 4. Análisis de la población potencial y objetivo, y mecanismos de elección</p>	<p>La población objetivo está muy bien definida, la población atendida ha venido subiendo y en el 2011 se alcanzó la cobertura universal.</p> <p>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</p> <p>La población objetivo de programa es aquella población que no tiene seguridad social. Por ello durante la afiliación al programa se aplica la CECASOEH</p>	<p>7, 8, 9, 10, 11</p>	<p>Al lograr el estado de Tlaxcala la cobertura universal, se recomienda no descuidar la reafluencia e incluir la nueva población para continuar con el total de la cobertura.</p>
debilidad o amenaza			
	<p>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.</p>	<p>7, 8, 9, 10, 11</p>	<p>Implementar una estrategia que asegure que la población incorporada al sistema del Seguro Popular, efectivamente no cuente con</p>



			otro sistema de seguridad social.
--	--	--	-----------------------------------

Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
TEMA 5. Análisis del padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	<p>El capítulo IV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, regula el Padrón de Beneficiarios</p> <p>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</p> <p>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</p>	12, 13, 14	Al estar bien definida que población debe ser afiliada y la información es recabada mediante la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) no aplica recomendación.
debilidad o amenaza			
	Al tener como población objetivo la misma que el IMSS Prospera puede haber discontinuidad en la atención	12, 13, 14	Implementar una acción que lleve a cabo acuerdos de



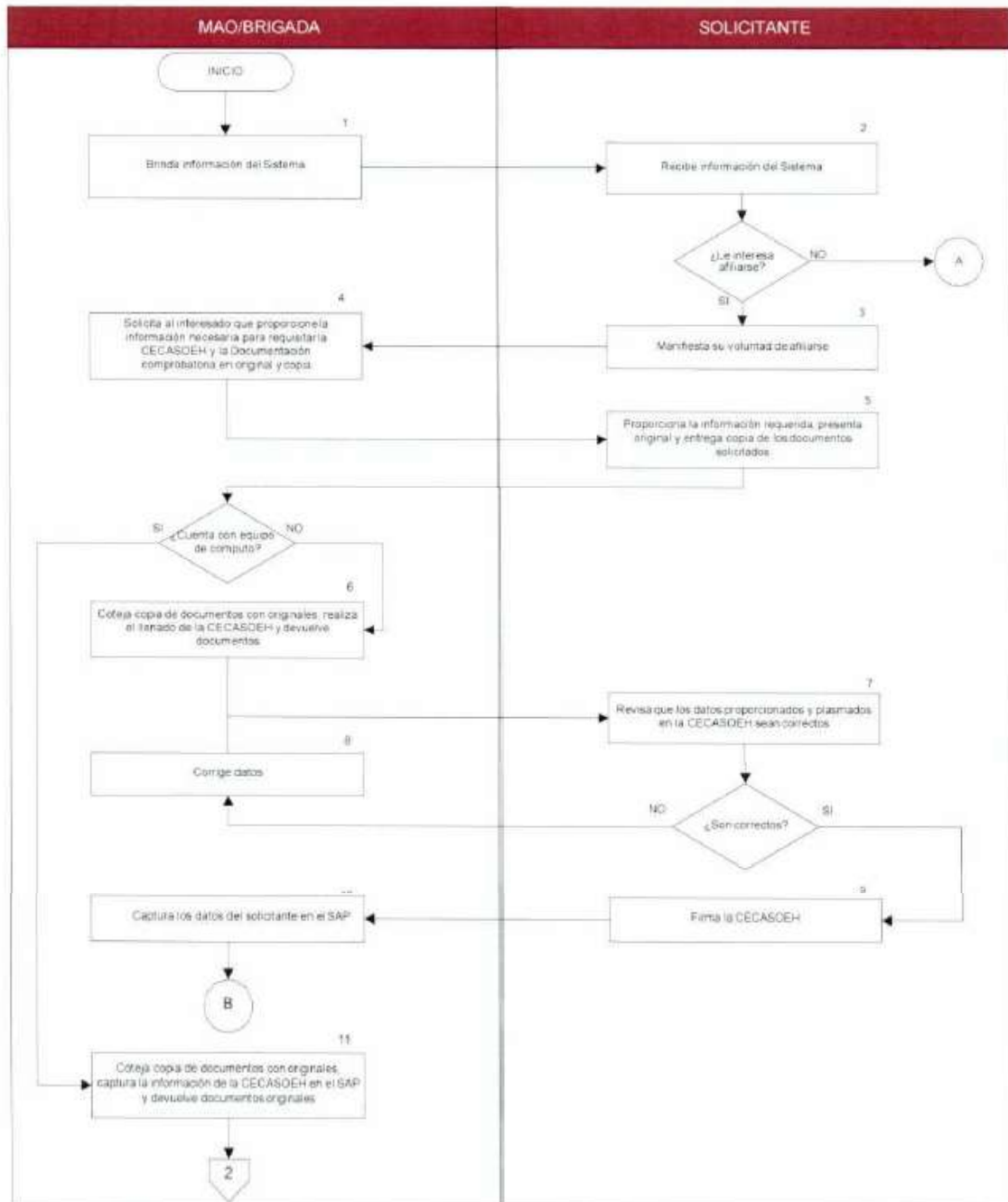
	entre sistemas y niveles		atención para la población IMSS Prospera.
--	--------------------------	--	---

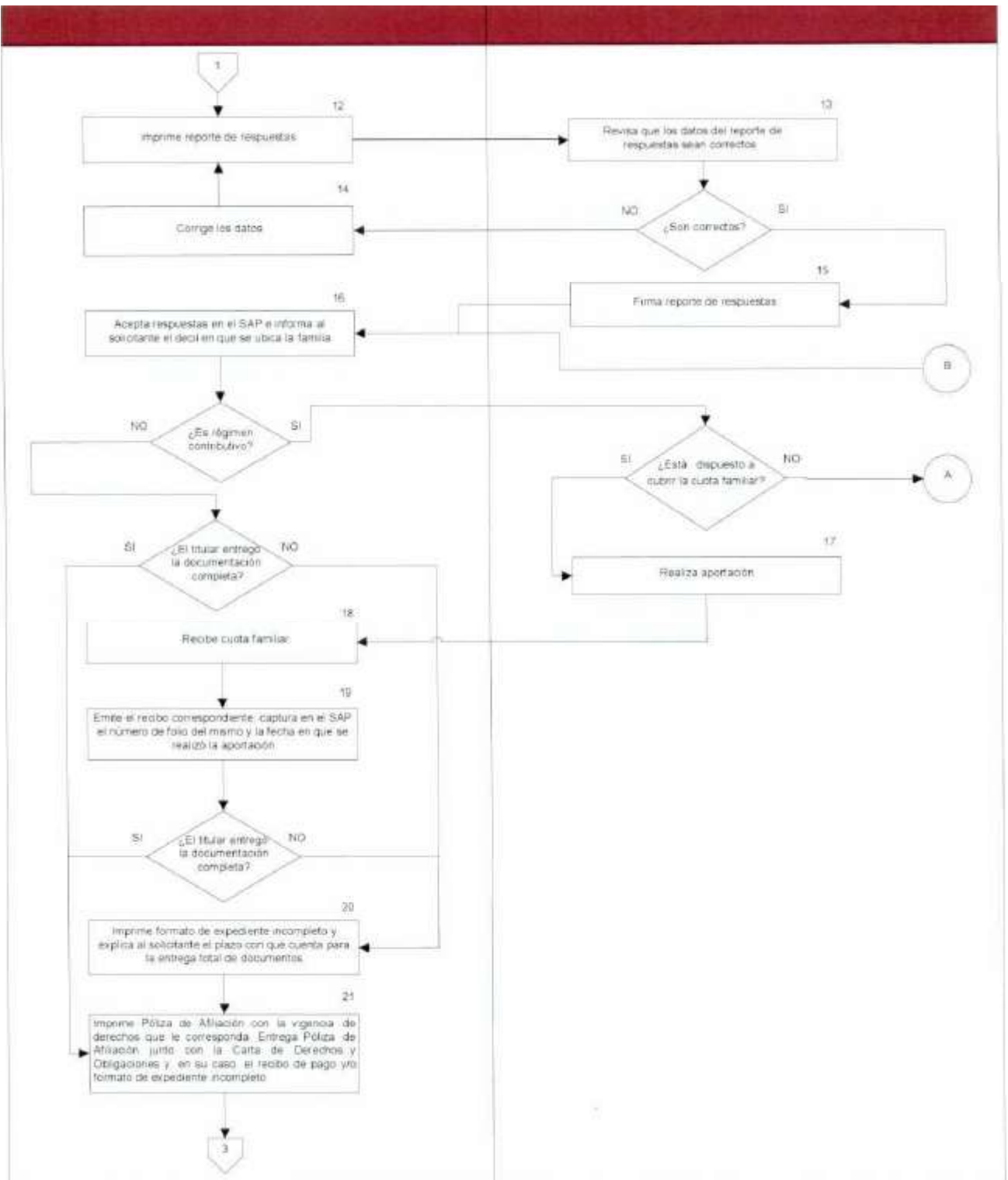
Tema de evaluación:	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
TEMA 6. Análisis de la matriz de indicadores para resultados	De acuerdo con la definición de Fin, Propósito, Componentes y Actividades, el programa solo presenta la ficha técnica de un indicador de cinco que tiene el Componente, y una ficha técnica del indicador de Actividad, de seis que tiene. 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	15, 16, 17, 18, 19	Incluir en la Matriz de Indicadores para Resultados (Fin, Propósito, Componentes y Actividades). Incluir todas las fichas técnicas.
debilidad o amenaza			
	Al no incluir todos los indicadores de la matriz y las fichas no se puede evaluar la MIR	15, 16, 17, 18, 19	Incluir todos los indicadores y las fichas técnicas

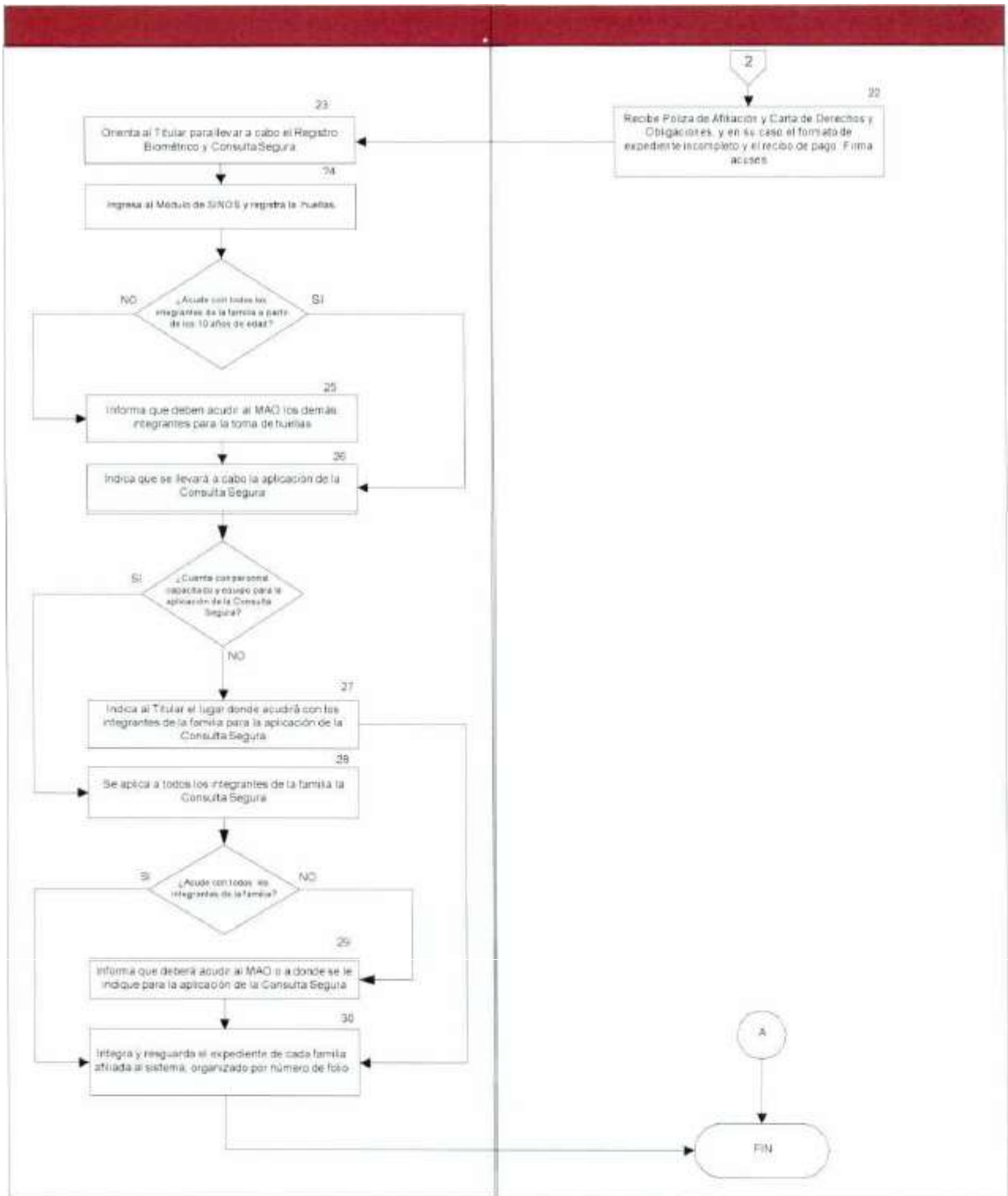


ANEXO 10. Flujograma de promoción y afiliación

Flujograma Promoción y Afiliación.

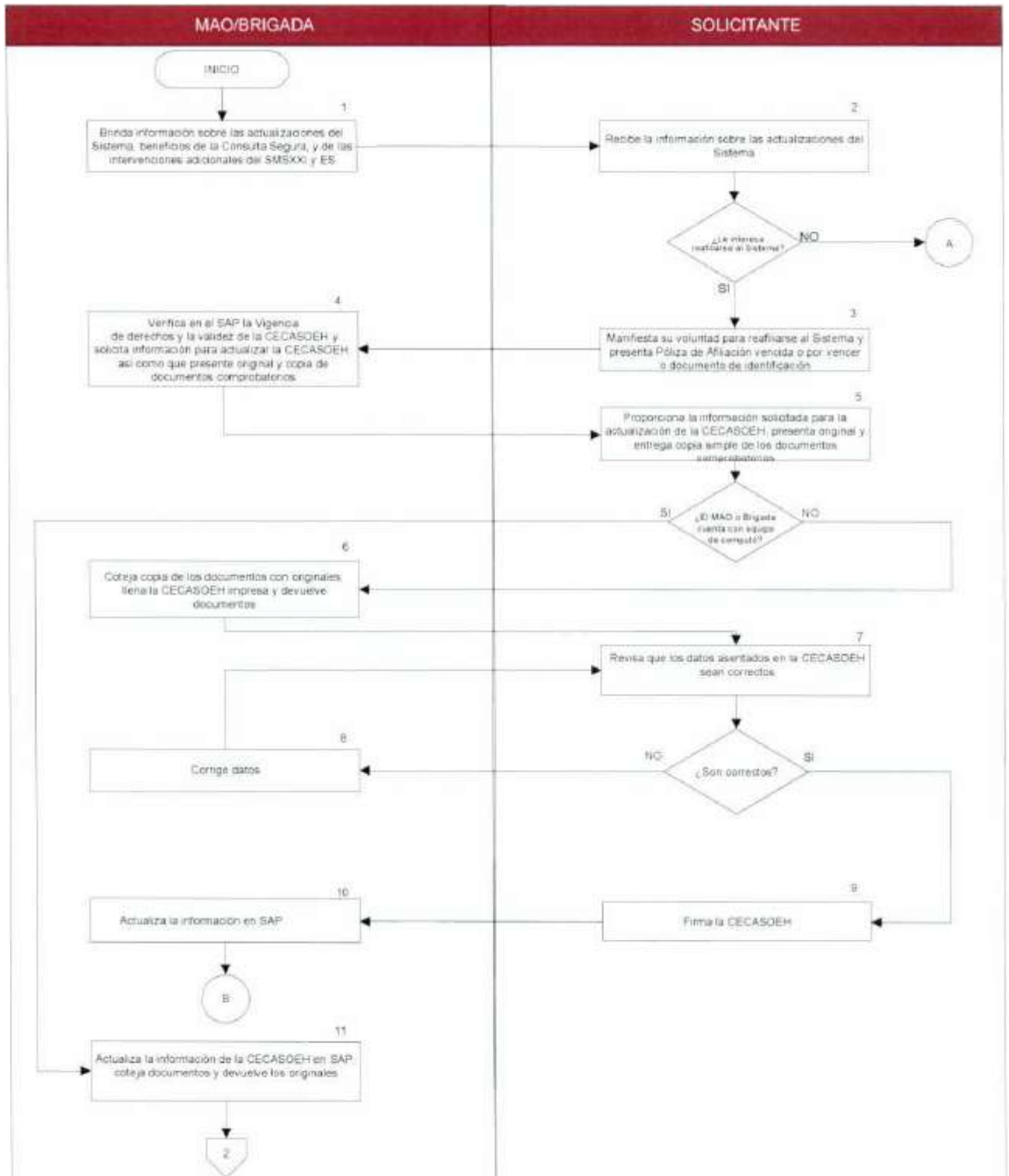


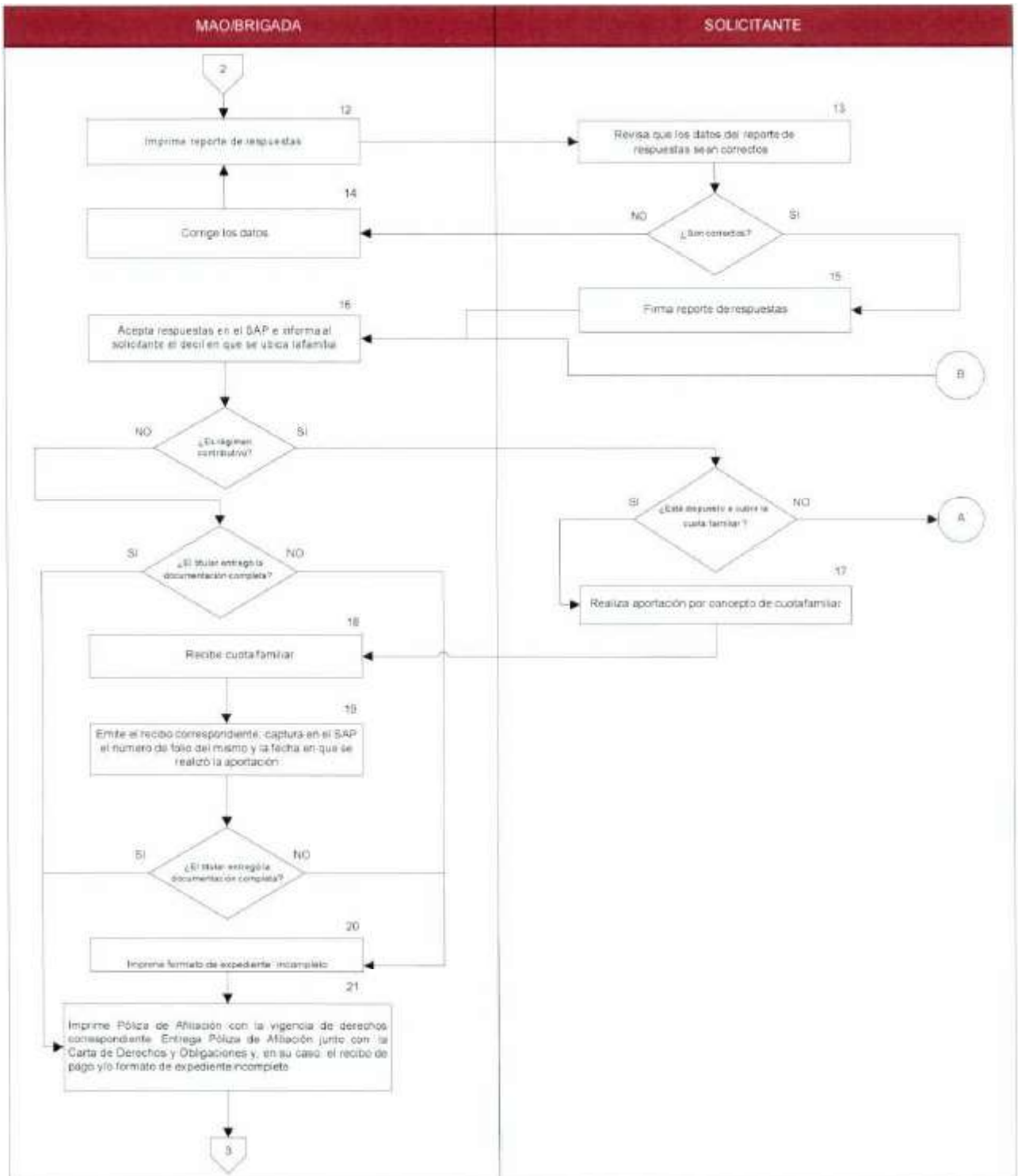


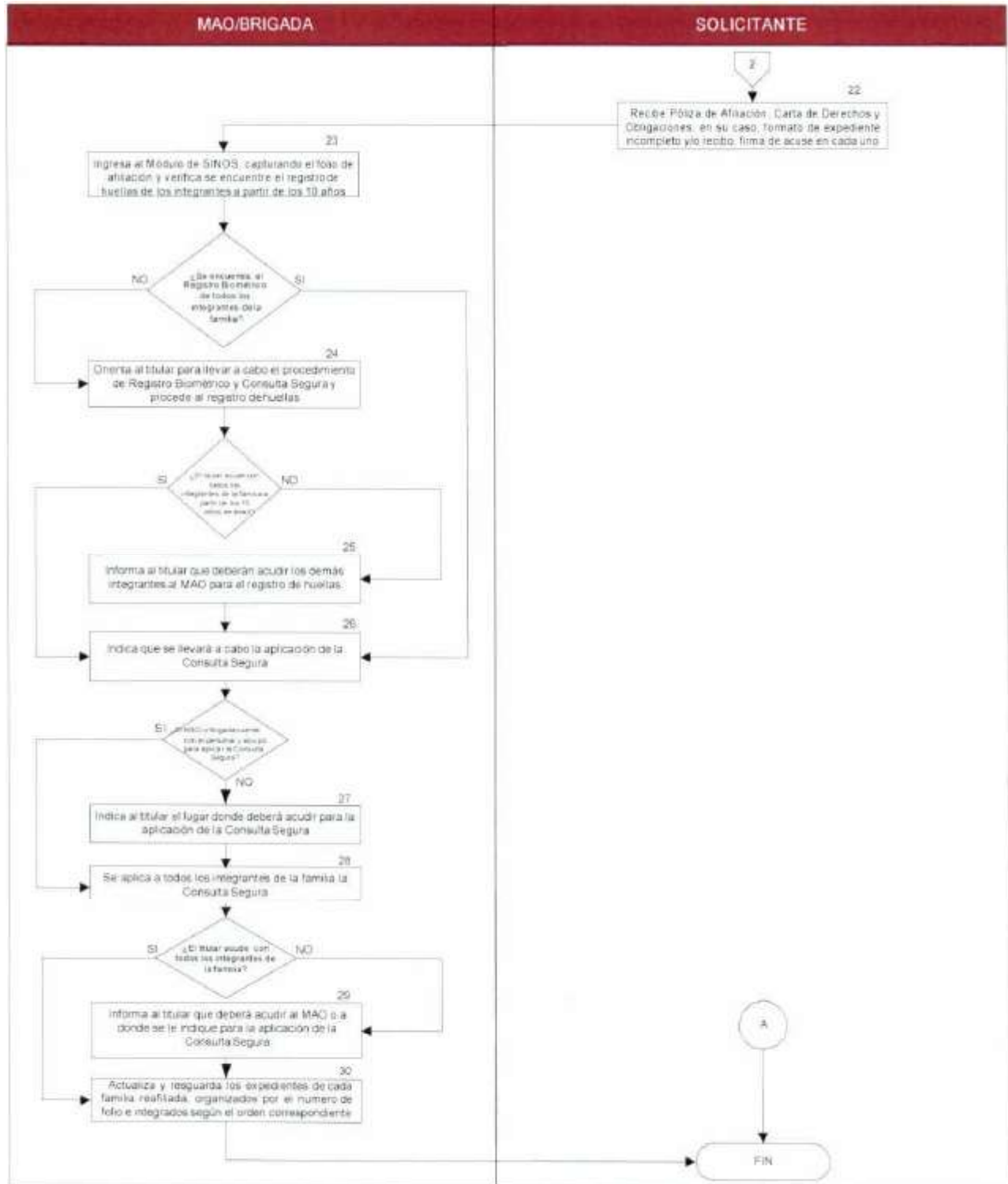




Flujograma Reafiliación

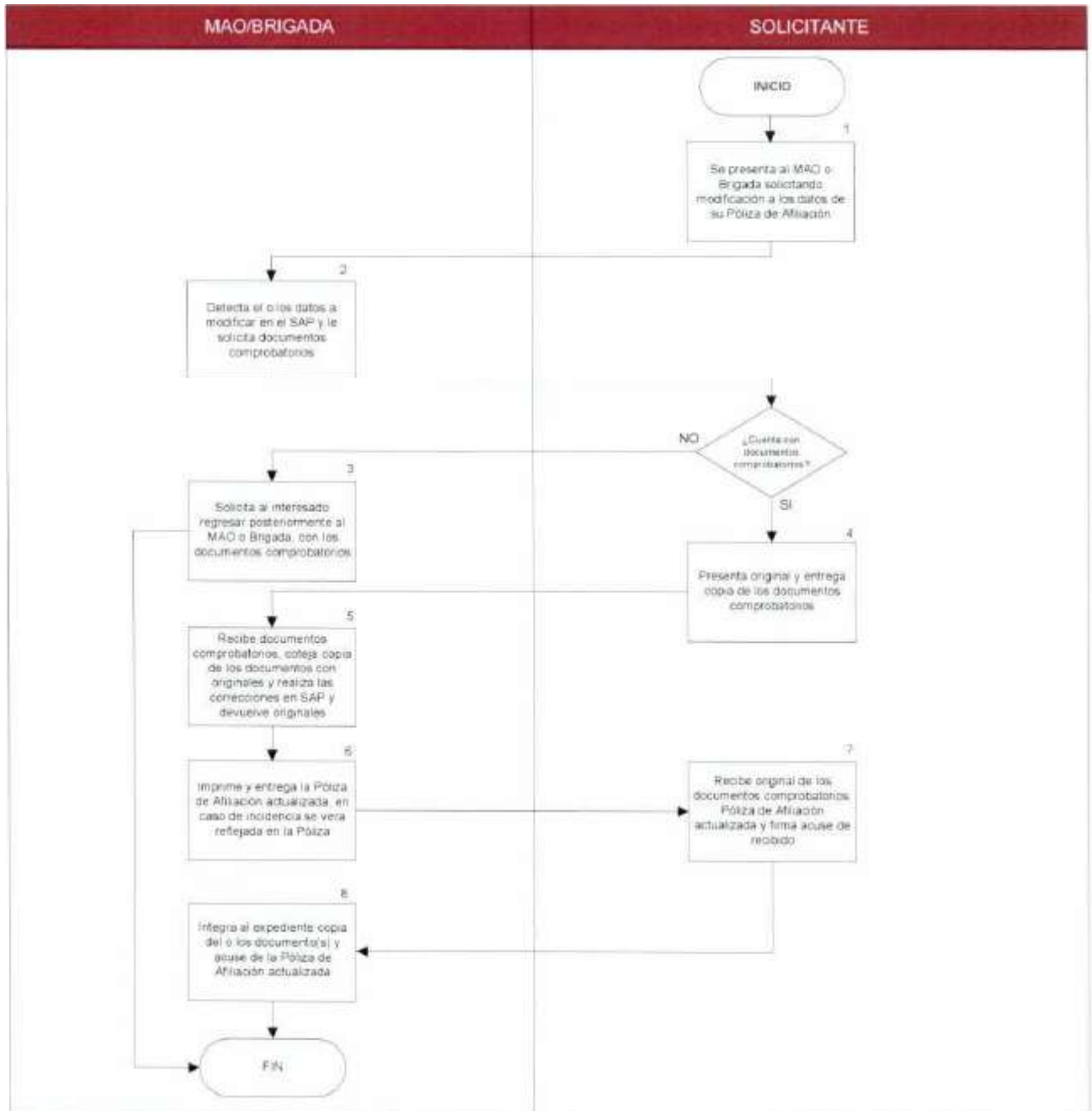






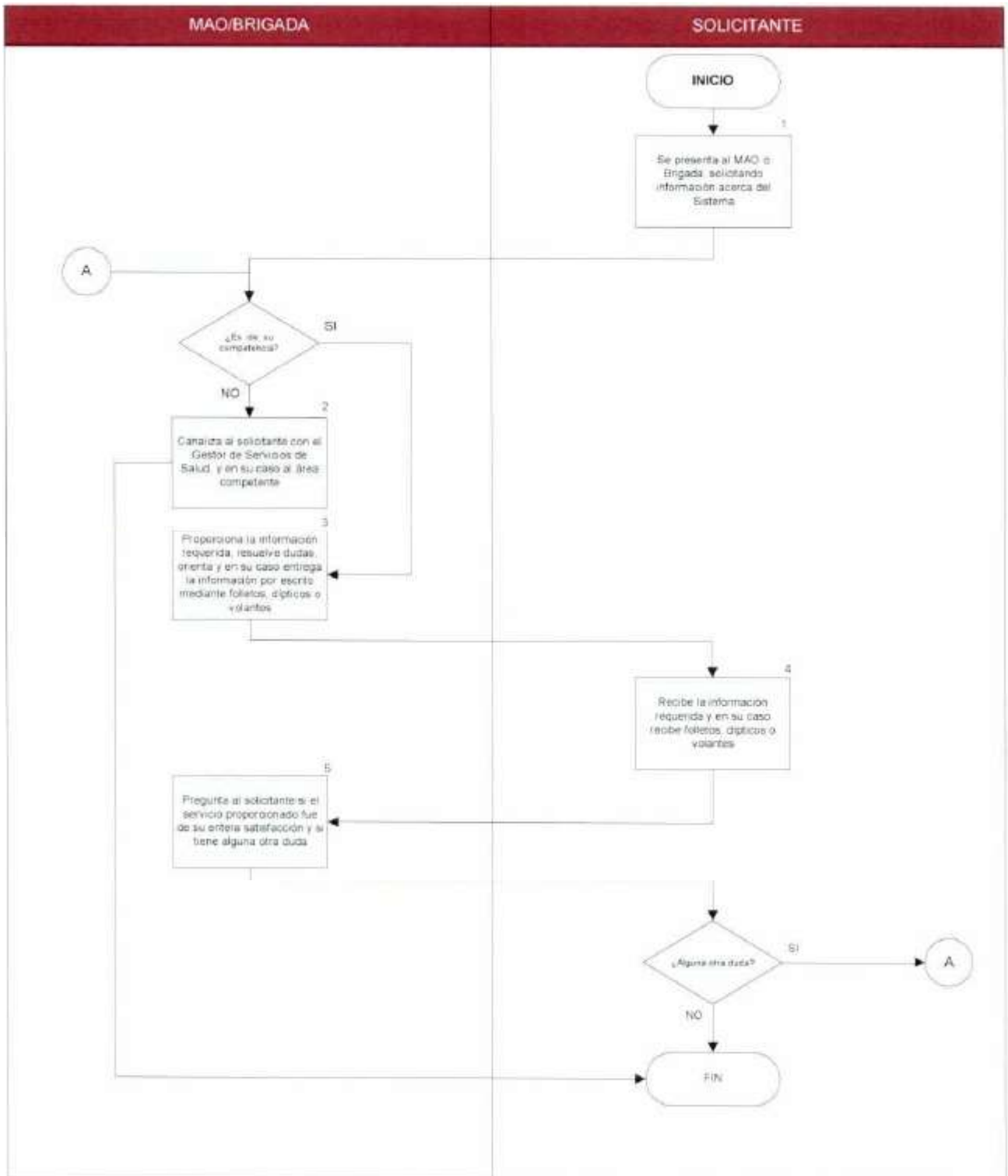


Anexo 11. Actualización de la base de datos de los beneficiarios



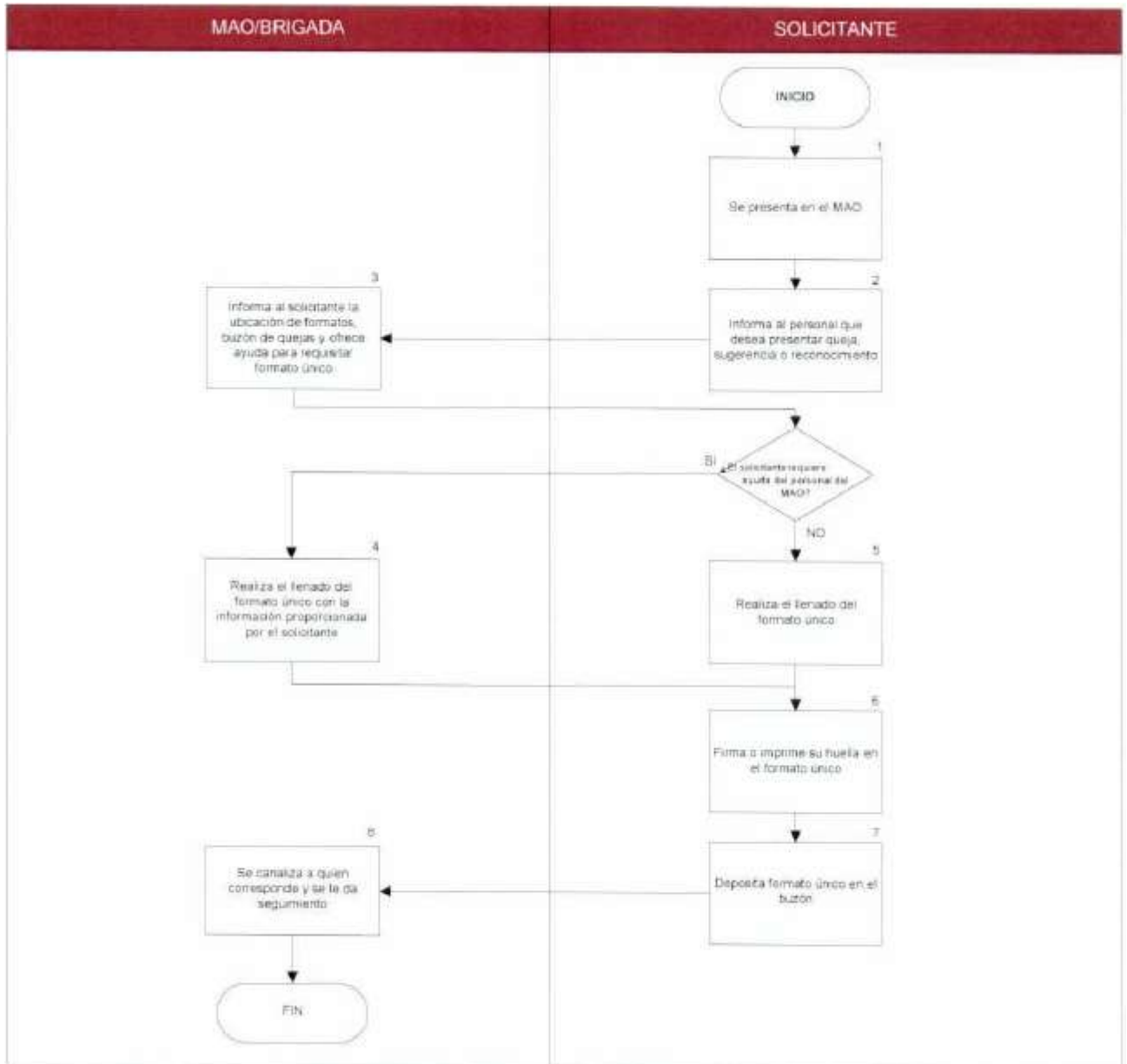


Anexo 12. Flujoograma de Orientación





Anexo 12. Flujoograma de recepción de quejas, sugerencias y reconocimientos





Anexo 13. Flujoograma de verificación de expedientes

