

Este contenido se encuentra modificado temporalmente en cumplimiento a las disposiciones legales y normativas en materia electoral, con motivo del inicio del periodo de campañas.

EVALUACIÓN DE INDICADORES

E025: SEGURO POPULAR



Informe Final

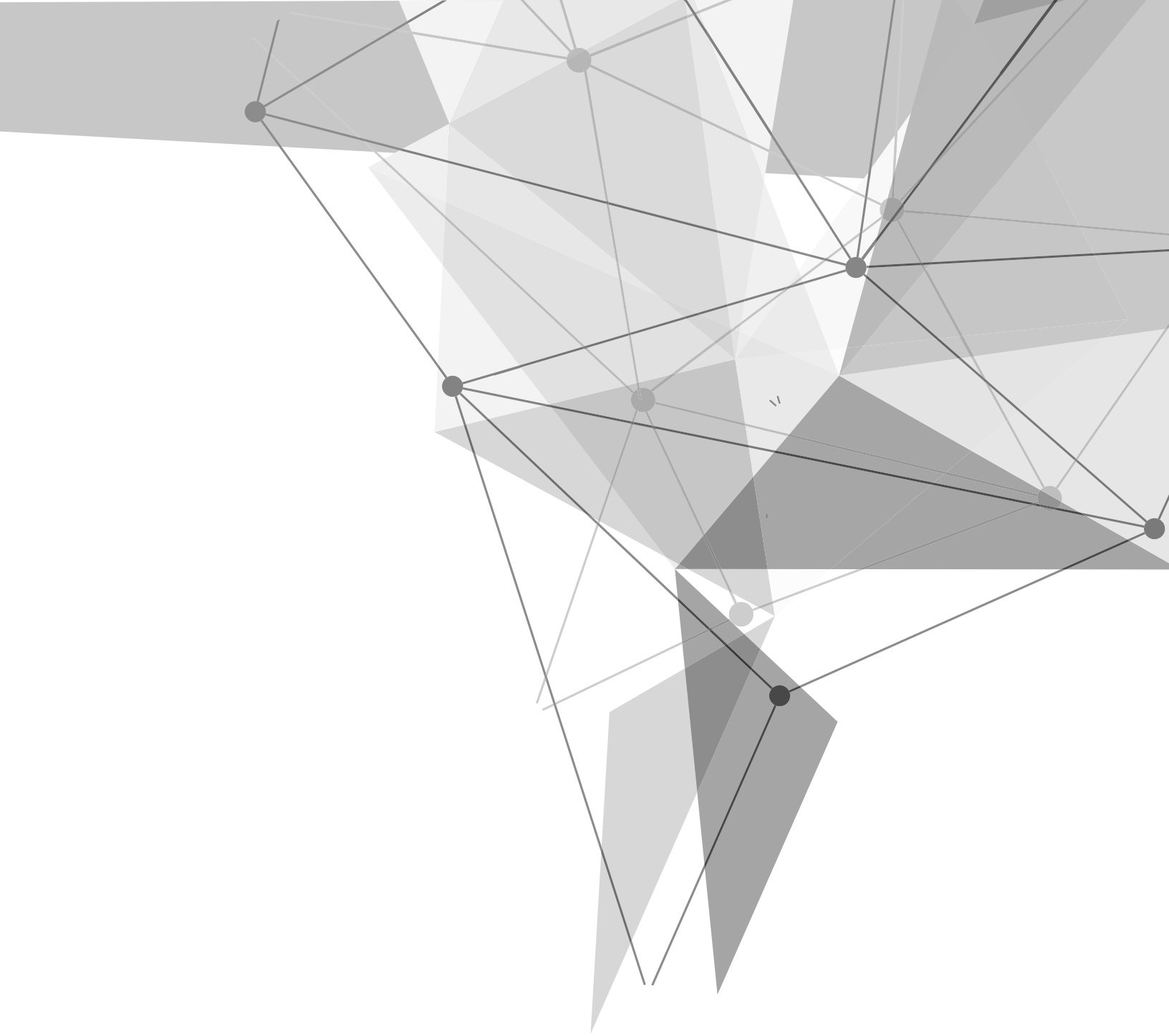
Ejercicio Fiscal 2015

EVALUACIÓN DE INDICADORES

E025: SEGURO POPULAR

Informe Final

Ejercicio Fiscal 2015



ÍNDICE

Resumen Ejecutivo

Introducción

I Análisis in extenso

1.1 Descripción del Programa

1.2 Justificación de la creación y diseño del programa

1.3 Contribución del programa a las metas y estrategias estatales y nacionales

1.4 Población potencial, objetivo y estrategia de cobertura

1.5 Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

1.6 Generación y difusión de la información

1.7 Resultados del programa

II Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

III Valoración final del programa

Bibliografía

Anexos (ver disco compacto)

A.1 Descripción General del Programa

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

A.3 Evolución de la Cobertura

A.4 Información de la Población Atendida

A.5 Indicadores

A.6 Metas de Programa

A.7 Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para resultados

A.8 Avance de los Indicadores respecto de sus metas de fin y propósito

A.9 Avance de los Indicadores respecto de sus metas de componentes

A.10 Comportamiento de Indicadores Propuestos

A.11 Valoración final del diseño del programa

A.12 Conclusiones

A.13 Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación

RESUMEN EJECUTIVO

- Se presentan los resultados de la evaluación de indicadores del Programa Presupuestario (PP) E025: Seguro Popular, del estado de Puebla, para el ejercicio fiscal 2015.
- Dicha evaluación se realizó con base en la información que la Dependencia encargada del Programa proporcionó al equipo de evaluación, a través de la Dirección de Evaluación, así como en información complementaria obtenida por cuenta propia a través de medios electrónicos.
- Los criterios de evaluación aplicados a esta información se basan en los Términos de Referencia (TdR) elaborados por la Dirección de Evaluación de la Secretaría de Finanzas y Administración.
- El objetivo general de esta evaluación es proveer información a las unidades responsables de su ejecución, que retroalimente su diseño, gestión y resultados.
- El análisis se condujo por seis apartados, de los que a continuación, se reseñan los principales hallazgos.

Justificación de la creación y del diseño del programa

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 2, esto es una calificación de 50%. Esta calificación se explica a que la detección del problema como las causas de primer y segundo nivel es muy débil y no se encontró un documento que contenga un diagnóstico profundo del problema que pretende atender el programa.

Contribución a las metas y estrategias nacionales.

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 4 (100%). Debido a que garantizar el acceso a los servicios de Salud, es una meta que comparten diferentes planes de desarrollo, tanto estatales como el plan nacional. Es por esto que en el apartado se consiguió la calificación máxima.

Población potencial, objetivo y estrategia de cobertura

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 3, lo que equivale al 75% de cumplimiento. Esto se debe a que no se contó con el documento oficial que indicara cual es la metodología ocupada para cuantificar a la población objetivo, esa fue la causa por la cual este apartado no alcanzó una mayor calificación. Por otro lado, el programa cuenta con una estrategia de cobertura la cual permitió aumentar la calificación de la sección.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 1.5, equivalente al 38%. Lo cual se explica porque no todos los indicadores de la MIR cumplían con los criterios CREMA y ninguno de los medios de verificación cumplió con las características establecidas. Además tiene áreas de mejora en su lógica vertical y horizontal.

Generación y difusión de la información

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 2.7 equivalente al 67%. Esto debido a que no se encontró un documento que exponga la contribución del programa con los diferentes programas sectoriales a los cuales está vinculado. Cabe resaltar que cuenta con un padrón de beneficiarios, del cual se observa no presenta información sobre los tipos y montos de los apoyos otorgados a los beneficiarios, ni de sus características socioeconómicas. Por otra parte, se puede mencionar que el programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas y sistemas de información para monitorear su desempeño.

Resultados del programa

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 2 (50%). Esta calificación se explica porque los medios de verificación no se especifican en la MIR, lo cual debilita su lógica horizontal. Además, se identificaron debilidades en su lógica vertical.

Valoración final del Programa

Tema	Nivel promedio obtenido	Nivel promedio máximo posible	Valoración promedio
Justificación de la creación y del diseño del programa.	2	4	50%
Contribución del programa a las metas y estrategias Estatales.	4	4	100%
Análisis de la población potencial y objetivo.	3	4	75%
Matriz de Indicadores para Resultados	1.5	4	38%
De la generación y difusión de la información	2.7	4	67%
Resultados del programa	2.5	4	63%
Valoración final	2.6	4	65%

INTRODUCCIÓN

Un programa presupuestario es un instrumento con el cual se establecen acciones de corto plazo de las Dependencias y Entidades Públicas; y sirven para organizar, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas. En otras palabras, en ellos se plasman los montos destinados a las actividades que realizan las unidades administrativas que conforman la administración pública (estatal o federal). Estas actividades deberán orientarse a la producción de bienes y servicios (componentes) que contribuyan o resuelvan el problema público identificado (propósito), mismo que tendrá un efecto final de mediano o largo plazo (fin).

Además, para cada uno de estos elementos, se asocian indicadores con los que se dará seguimiento al grado de consecución de las metas planteadas para cada uno de los elementos mencionados (fin, propósito, componentes y actividades). En consecuencia, la evaluación de dichos programas, cobra especial relevancia en el esfuerzo de asignar el gasto público hacia aquellos que atiendan de manera eficiente y efectiva, los problemas públicos identificados

En este contexto, este informe presenta los resultados de la evaluación de indicadores del Programa Presupuestario E025 Seguro Popular del estado de Puebla para el ejercicio fiscal 2015. Dicha evaluación se realizó con base en la información que la Dependencia encargada del Programa proporcionó a la Dirección de Evaluación de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del estado de Puebla, así como en información obtenida por cuenta propia a través de medios electrónicos.

El objetivo general de esta evaluación es proveer información a las unidades responsables de su ejecución, que retroalimente su diseño, gestión y resultados. Los criterios de evaluación aplicados fueron los definidos en los Términos de Referencia (TdR) elaborados por la Dirección de Evaluación, lo cuales se basaron en los Modelos vigentes de Términos y Referencias (TdR) tanto de Diseño como de Consistencia y Resultados que publica el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL); dando como resultado 21 preguntas distribuidas en seis apartados los cuales se muestran a continuación:

Apartado	Preguntas	Total
I. Análisis de la justificación de la creación y diseño del programa	1	4
II. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias estatales.	2-3	4
III. Población potencial, objetivo y estrategia de cobertura	4-7	6
IV. Análisis de la MIR	8-14	18
V. Generación y difusión de la información	15-17	5
VI. Medición de Resultados	18-21	4
Total	-	41

Los seis apartados incluyen preguntas específicas, de las que algunas se respondieron mediante un esquema binario (sí/no) argumentando con base en la evidencia documental proporcionada la respuesta seleccionada. En los casos en que la respuesta fue “sí”, se seleccionó uno de cuatro niveles de respuesta definidos para cada pregunta, los cuales dan cuenta de las características con las que debería de contar la evidencia documental presentada.

Las preguntas en las que no aplicaron respuestas binarias, y por ende no incluyen niveles de respuestas, se contestaron con base en un análisis sustentado en la evidencia documental presentada. Por otra parte, cuando las particularidades del programa no permitieron responder a la pregunta, se contestó “No aplica”, explicando los motivos.

En la sección “Valoración del diseño del programa”, se presenta el promedio de los puntajes obtenidos por apartado, lo cual permite observar aquellas secciones en las que se encuentran las mayores áreas de oportunidad. Enseguida, se expone un análisis FODA acerca del diseño del programa; y finalmente las conclusiones de la evaluación.

I. ANÁLISIS *IN EXTENSO*

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Identificación del programa

Nombre:	E025: Seguro Popular
Dependencia y/o entidad coordinadora:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
Unidad responsable:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Problema o necesidad que pretende atender

La falta de afiliación o reafiliación al seguro popular genera un incremento en la carencia al acceso a los servicios de salud.

Metas y objetivos nacionales y estatales a los que se vincula

- Programa Estatal de Desarrollo 2011 – 2017

Eje 2: Igualdad para todos

Objetivos 2.2: Acceso a la salud para todos los poblanos

Estrategia 2.2.1: Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población.

- Programa Sectorial de Salud 2011 – 2017

Eje 2: Igualdad para todos

Capítulo 2.2: Acceso a la salud para todos los poblanos

Objetivos:

1. Reorientar el enfoque de los servicios de salud hacia la promoción del cuidado de la salud, y la prevención de riesgos y daños
2. Fortalecer la capacidad de respuesta a la demanda ciudadana por servicios integrales de salud.
3. Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población.
4. Brindar servicios de atención oportuna a la salud que protejan a la población.
5. Mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable, que vive en pobreza y marginación.

6. Transformar los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención a las personas.
7. Asegurar la sustentabilidad del sistema de salud estatal.

Estrategia 3.1: Ampliar el acceso a los servicios de salud.

Línea de acción 3.1.3: Promover la afiliación y reafiliación al Seguro Popular.

- **Programa Institucional: Régimen Estatal de Protección Social (REPSS)**
 - 1.1.1. **Objetivo 1:** Mejorar las condiciones de vida de las y los poblados, en temas de salud, mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social.
 - 1.1.2. **Estrategia 1.1:** Contribuir a disminuir el porcentaje de la población con carencia de acceso a los servicios de salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social.
 - 1.1.3. **Líneas de acción:**
 - 1.1.4. Renovar la vigencia de sus derechos, a las personas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud.
 - 1.1.5. Incorporar al Sistema de Protección Social en Salud, a las personas que no cuenten con seguridad social.
 - 1.1.6. Medir el grado de satisfacción de las y los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, acerca de la actuación del Gestor del Seguro Popular encargado de tutelar sus derechos.
 - 1.1.7. Realizar la Promoción del Sistema de Protección Social en Salud en términos de reafiliación.
 - 1.1.8. Contar con el suficiente personal para realizar los trámites en los módulos de afiliación.

Identificación y cuantificación de las poblaciones: potencial, objetivo y atendida (desagregada por sexo, grupos de edad, población indígena y entidad federativa, cuando aplique)

- Población de referencia: Población total de estado de Puebla, habitantes de todos los grupos de edad. (6,193,836).
- Población potencial: Personas en el estado de Puebla sin acceso a los servicios de salud (1,298,900).

- Población objetivo: Personas en el estado de Puebla subsidiadas, a través del Seguro Popular (220,000).
- Población atendida:

Estrategia de cobertura y mecanismos de focalización

- Población de referencia. Criterios de focalización: ubicación especial.
- Población potencial. Criterios de focalización: situación social.
- Población objetivo. Criterios de focalización: capacidad de contribución.
- Población atendida. Criterio de focalización: factibilidad de atención.

Presupuesto aprobado (miles de pesos)

Recursos Federales: 1,657,682

Total General: 1,657,682

Matriz de Indicadores para Resultados

Nivel	Resumen Narrativo	Nombre del indicador
Fin	Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social, con mecanismos financieros e intervenciones esenciales en salud.	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares
Propósito	La población que carece de seguridad social accesa a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa.	Eficiencia de afiliación al seguro popular.
Componente 1	Usuarías y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico, encuestados.	Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico.
Actividad 1.1	Obtener 11,656 encuestas con calificación aprobatoria, realizadas a las usuarias y los usuarios del seguro popular.	Número de encuestas con calificación aprobatoria, realizadas a las usuarias y usuarios del seguro popular.
Componente 2	Personas con póliza vencida, reafiliadas.	Porcentaje de personas con póliza vencida, reafiliadas.
Actividad 2.1	Reafiliar 531,064 personas de las cuales vence la vigencia de la póliza del seguro popular.	Número de personas reafiliadas a las que se les vence la vigencia de la póliza del seguro popular.
Componente 3	Personas nuevas al seguro popular afiliadas.	Porcentaje de personas nuevas afiliadas al seguro popular.
Actividad 3.1	Afiliar a 140,000 personas que aún carecen de protección en materia de salud.	Número de personas nuevas afiliadas al seguro popular.

Valoración final del programa

Tema	Nivel promedio obtenido	Nivel promedio máximo posible	Valoración promedio
Justificación de la creación y del diseño del programa.	2	4	50%
Contribución del programa a las metas y estrategias Estatales.	4	4	100%
Análisis de la población potencial y objetivo.	3	4	75%
Matriz de Indicadores para Resultados	1.5	4	38%
De la generación y difusión de la información	2.7	4	67%
Resultados del programa	2.5	4	63%
Valoración final	2.6	4	65%

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DISEÑO DEL PROGRAMA

Pregunta 1	
Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:	
a) <u>Causas, efectos y características del problema.</u>	
b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema.	
c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema.	
d) <u>El plazo para su revisión y su actualización.</u>	

Respuesta	Sí.
Nivel	2
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y • El diagnóstico cumple con dos de las características establecidas en la pregunta.

La unidad responsable del programa, expone en el Cuestionario de Información Complementaria, para la evaluación de indicadores 2015, que se parte del análisis del documento “Resultados de medición de la pobreza 2014” realizado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el cual se señala que de acuerdo al Informe de Resultados de Medición de la Pobreza en Puebla 2014 que realiza el CONEVAL, para ese año en el estado, la población con carencia por acceso a servicios de salud fue de 1 millón 98 mil personas, las cuales representan el 21.2% de la población del Estado. (CONEVAL, 2015). En el mismo documento podemos encontrar el “árbol de problemas” que a continuación se presenta:

- *Problema central:*
Falta de afiliación o reafiliación al seguro popular genera un incremento en la carencia al acceso a los servicios de salud.
- *Causas de primer nivel:*
 1. Personas que no cuentan con póliza vigente del seguro popular.
 2. Personas que carecen de seguridad social, susceptible de incorporarse al seguro popular.
 3. No se conoce el grado de satisfacción de la población sobre el gestor del seguro popular encargado de tutelar sus derechos.
- *Causa (s) de segundo nivel:*
 - 1.1 Dispersión de la población para llevar a cabo la actividad de reafiliación.
 - 2.1 Falta de personal en módulos fijos de afiliación que realicen los trámites de afiliación.

3.1 Desconocimiento de la satisfacción de beneficiarios y beneficiarias sobre el gestor del seguro popular.

- *Efecto:* Evitar el incremento del porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, en el expediente entregado al equipo consultor se encontró un “árbol de problemas” con contenido diferente al anteriormente descrito. En este esquema se señala lo siguiente:

- *Problema central:* Acceso insuficiente de los beneficios a las intervenciones esenciales de prevención y atención médica.
- *Causas de primer nivel:*
 1. Desconocimiento de información de los usuarios del seguro popular sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.
 2. Desconocimiento de los usuarios sobre el mecanismo para renovar la vigencia de sus derechos.
 3. Desconocimiento sobre el registro y beneficios del programa.

En ambos árboles, las relaciones causales no son adecuadas. En el primero, se identifica como problema central la “falta de afiliación o reafiliación”, lo cual no es una situación negativa *per se*, recordemos que de acuerdo con la Metodología del Marco Lógico (MML) un problema no debe ser confundido con la falta o ausencia de un bien o servicio, si no que se trata de una situación negativa que afecta a una población determinada. Asimismo, no es coherente que las personas que no cuentan con póliza vigente del seguro popular, o el desconocimiento del grado de satisfacción de la población sobre el gestor del seguro popular encargado de tutelar sus derechos, provoquen la “falta de afiliación o reafiliación”. Sin embargo, se identifica que la dispersión de la población, así como la falta de personal en módulos fijos de afiliación que realicen los trámites de afiliación sí son causas del problema central definido por la unidad responsable del programa.

Por lo anterior, se tiene que hay una confusión entre las causas de primer nivel y las de segundo nivel. Las primeras, son aquellas que provocan al problema central, mientras que las de segundo nivel, son los factores que explican la ocurrencia de las causas directas.

Ahora bien, en el segundo árbol, la redacción del problema central es ambigua, pues no se especifica qué población es la que padece el acceso insuficiente, además de que las tres causas directas enunciadas

se centran en el desconocimiento, lo cual reduce al programa a mecanismos de difusión de la información.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el programa cuenta con evidencia documental con la característica descrita en el primer inciso, sin embargo, es necesaria la homologación del problema central y sus causas en todos los documentos que formen parte del expediente del programa. Además, las relaciones causales esquematizadas en los árboles son débiles, por lo que es necesaria la integración de un diagnóstico profundo, que permita identificar un problema central de manera adecuada, así como sus causas y consecuencias.

A fin de hacer coherente la MIR del programa E025 con su árbol de problemas, se propone lo siguiente:

Problema central: la población del estado de Puebla que carece de seguridad social no cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa.

Causas de primer nivel:

La población del estado de Puebla afiliada al seguro popular no renueva su póliza del seguro popular.

La población del estado de Puebla que carece de seguridad social, susceptible de incorporarse al seguro popular, no se afilia.

Bajo monitoreo del grado de satisfacción de la población sobre el gestor del seguro popular encargado de tutelar sus derechos.

En cuanto al inciso b, el análisis que presenta el cuestionario de información complementaria señala el problema de la carencia de acceso a los servicios de salud del estado de Puebla, mencionando que un millón 298 mil personas presentan carencia por acceso a servicios de salud, el equivalente al 21% de la población del estado de Puebla.

Con respecto a la ubicación territorial, en el análisis no se describen cuantas personas dependiendo el municipio presentan la falta de acceso a los servicios de salud, mientras que su plazo de revisión y actualización se lleva anualmente durante el proceso de programación y presupuestación, el cual es coordinado por la Secretaría de Finanzas y Administración (SFA) del Gobierno Estatal.

1.3. CONTRIBUCIÓN A LAS METAS Y ESTRATEGIAS ESTATALES

Pregunta 2	
El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017, Programas Sectoriales o Programas Institucionales, considerando que:	
<ul style="list-style-type: none"> a) Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos PED así como de los instrumentos de planeación que de este derivan b) El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos PED así como de los instrumentos de planeación que de este derivan. 	

Respuesta	Sí.
Nivel	4
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación con objetivo(s) del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017, Programas Sectoriales o programas Institucionales, 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 Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017, Programas Sectoriales o Programas Institucionales.

El propósito del programa presupuestario E025 Seguro Popular “la población que carece de seguridad social accesa a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa”, comparte conceptos comunes con objetivos del Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2011 -2017, así como con instrumentos de planeación que emanan del PED. El concepto en común que comparten es el acceso a la salud.

La vinculación se muestra a continuación:

- **Plan Estatal de Desarrollo 2011 – 2017**

Eje 2: Igualdad para todos

Capítulo 2.2: Acceso a la salud para todos los poblanos

Objetivo 2.2.1: Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población.

- **Programa Sectorial de Salud 2011 – 2017**

Eje 2: Igualdad para todos

Capítulo 2.2: Acceso a la salud para todos los poblanos

Objetivos:

8. Reorientar el enfoque de los servicios de salud hacia la promoción del cuidado de la salud, y la prevención de riesgos y daños
9. Fortalecer la capacidad de respuesta a la demanda ciudadana por servicios integrales de salud.
10. Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población.
11. Brindar servicios de atención oportuna a la salud que protejan a la población.
12. Mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable, que vive en pobreza y marginación.
13. Transformar los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención a las personas.
14. Asegurar la sustentabilidad del sistema de salud estatal.

Estrategia 3.1: Ampliar el acceso a los servicios de salud.

Línea de acción 3.1.3: Promover la afiliación y reafiliación al Seguro Popular.

- **Programa Institucional: Régimen Estatal de Protección Social (REPSS)**

Objetivo 1: Mejorar las condiciones de vida de las y los poblanos, en temas de salud, mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social.

Estrategia 1.1: Contribuir a disminuir el porcentaje de la población con carencia de acceso a los servicios de salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social.

Líneas de acción:

- 1.1.9. Renovar la vigencia de sus derechos, a las personas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud.
- 1.1.10. Incorporar al Sistema de Protección Social en Salud, a las personas que no cuenten con seguridad social.
- 1.1.11. Medir el grado de satisfacción de las y los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, acerca de la actuación del Gestor del Seguro Popular encargado de tutelar sus derechos.
- 1.1.12. Realizar la Promoción del Sistema de Protección Social en Salud en términos de reafiliación.
- 1.1.13. Contar con el suficiente personal para realizar los trámites en los módulos de afiliación.

Pregunta 3

¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017, Programas Sectoriales o Programas Institucionales?

No procede valoración cuantitativa

La actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011 – 2017 específicamente el objetivo 2.2 guarda vínculo con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2011 – 2018, debido a que ambos planes tienen como objetivo promover el acceso a los servicios de salud, lo cual es relevante, por su impacto positivo sobre el desarrollo humano de las personas.

Plan Nacional de Desarrollo 2011 - 2018

Meta nacional 2: México incluyente

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

Línea de acción: Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

Programa Estatal de Desarrollo 2011 – 2017

Eje 2: Igualdad para todos

Objetivos 2.2: Acceso a la salud para todos los poblanos

Estrategia 2.2.1: Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población.

1.4. POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y ESTRATEGIA DE COBERTURA

Pregunta 4

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:

- Unidad de medida.
- Están cuantificadas.
- Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
- Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta	Sí.
Nivel	2
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen con al menos una de las características establecidas.

El documento “Análisis de la población objetivo” del ejercicio fiscal 2015, proporciona información donde se detalla la cuantificación y definición de las poblaciones de la siguiente manera:

- **Población Potencial:** Personas en el estado de Puebla sin Seguridad Social en Salud.

- **Población Objetivo:** Personas en el estado de Puebla sin acceso a los servicios de salud, que son susceptibles a ser incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud y que están sustentadas en los cumplimientos de afiliación de cruzada contra el hambre, 51 municipios prioritarios del estado y el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal anual correspondiente al estado de Puebla.

- **Población Atendida:** Personas en el estado de Puebla sin Seguridad Social en Salud, incorporados al Seguro Popular.

Tipo de Población	Unidad de Medida	2013	2014	2015
P. Referencia	Personas	6,067,607	6,131,498	6,193,836
P. Potencial	Personas	1,783,500	1,783,500	1,298,900
P. Objetivo	Personas			220,000
P. Atendida	Personas			3,321,487

Fuente: Anexo del E025 “Análisis de la Población Objetivo, 2015”

Las fuentes de información de las poblaciones son las siguientes:

- **Población Referencia:** Datos obtenidos de las Proyecciones realizadas por la CONAPO 2010 – 2013.
- **Población Potencial:** Número de personas en el estado de Puebla sin Seguridad Social según CONEVAL 2015.
- **Población Objetivo:** Anexo II, del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección en Salud para el ejercicio fiscal 2015 correspondiente al estado de Puebla.
- **Población Atendida:** Personas en el estado de Puebla sin Seguridad Social en Salud, incorporados al Seguro Popular.

Podemos señalar que las poblaciones sí cuentan con una fuente de información, sin embargo, no se encontró en el documento “Anexo II” la descripción de la metodología ocupada para establecer las metas de afiliación y reafiliación para el programa. Por otro lado, según los indicadores de seguimiento que se establecen en el apartado dos de dicho documento, podemos inferir que los plazos de revisión son mensuales y que anualmente se actualizarán las metas de afiliación y reafiliación correspondientes al ejercicio fiscal corriente.

Es importante mencionar que el programa transitó en 2015 por una modificación a la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, donde Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP) institución que se encargaba del acceso efectivo y oportuno de los afiliados a servicios de salud, es remplazada el 8 de septiembre de 2015 por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), un organismo público descentralizado de la administración pública del estado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, sectorizado a la Secretaría de Salud.

Dentro de los cambios relevantes, se puede mencionar que ahora el REPSS va a administrar la totalidad de los recursos provenientes de la Federación por concepto de “cuota social y aportación solidaria” y, por otra parte, se fijaran las metas de afiliación que el estado de Puebla deba cumplir a partir de un acuerdo entre la Secretaría de Salud y el gobierno estatal en el documento “Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud”.

Mientras que por el tema del análisis de la población existen cambios significativos, anteriormente la población potencial eran todas las personas que no contaban con un servicio médico con derechohabencia, cifra que alcanzaba los 3 millones 677 mil 658 habitantes de todos los grupos de edad. La cifra se modificó, ahora se ocupa la cifra de personas del estado de Puebla que no tiene acceso a los servicios de salud, que emite el CONEVAL, contemplando a 1 millón 298 mil 900 personas. El otro cambio tuvo lugar en la población objetivo, antes se consideraban las personas que eran

responsabilidad del Seguro Popular del estado de Puebla, cifra que cambió radicalmente, ahora la Comisión Nacional de Protección Social en Salud establece metas de afiliación y re afiliación.

Por lo anterior, se sugiere actualizar el programa presupuestario a las nuevas condiciones que demanda la creación del REPSS, parte de estos cambios inciden en la definición de las poblaciones objetivo y atendidas. La nueva definición de la población objetivo debe estar vinculada con las metas de afiliación y re afiliación que emite la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para el estado de Puebla, mientras que la población atendida debe ser el nivel de cumplimiento de esa misma meta, siendo la parte de la población objetivo que atiende el programa.

Pregunta 5

¿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

Con base en la evidencia documental entregada, específicamente el documento “Análisis de la Población Objetivo 2015”, podemos mencionar que la definición de la población objetivo que establece el documento son las personas del estado de Puebla sin Seguridad Social, que son susceptibles a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud y que están sustentadas en los cumplimientos de afiliación de la cruzada contra el hambre, 51 municipios prioritarios del estado y el Anexo II del acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2015 correspondiente al estado de Puebla.

Revisando el resto de la evidencia documental, encontramos que en el cuestionario de información complementaria la descripción de la población objetivo es la misma, sin embargo, cabe mencionar que las cantidades de personas contempladas en los documentos antes mencionados no son equivalentes entre sí. En el documento “Análisis de la Población Objetivo” mencionan en la definición de la población objetivo a 220 mil personas, mientras que en la tabla de cuantificación 200 mil. Por otra parte, el cuestionario de información complementaria, en la pregunta número 6 señala que la población objetivo asciende a 150 mil personas.

A su vez, también se revisó el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2015, ya que se menciona en la descripción de la población objetivo, sin embargo, en dicho documento solo se establecen metas de afiliación y reafiliación, no se menciona la metodología para su cuantificación. También se consultó el portal web de la Secretaría de Salud del estado de Puebla, en la sección del Seguro Popular, pero no se encontró con los mecanismos necesarios que se requieren para establecer las cifras actuales que aparecen en el documento “Análisis de la Población Objetivo”.

En suma, no se encontró documento oficial que aclare cuál es la metodología ocupada para la cuantificación de la población objetivo y las fuentes de información necesarias para la construcción de la misma, del programa presupuestal E025, por lo que se sugiere la integración de un documento que detalle el procedimiento y criterios para la identificación y cuantificación de la población objetivo.

Pregunta 6

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

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

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

En la información contenida en el documento cuestionario de información complementaria, donde se puntualiza la estrategia de cobertura de la siguiente manera:

- 1- Renovar la vigencia de sus derechos, a las personas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud.
- 2- Incorporar al Sistema de Protección Social en Salud, a las personas que no cuenten con seguridad social.
- 3- Medir el grado de satisfacción de las y los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, acerca de la actuación del Gestor del Seguro Popular encargado de tutelar sus derechos.
- 4- Realizar la promoción del Sistema de Protección Social en Salud en términos de reafiliación.
- 5- Contar con el suficiente personal para realizar los trámites en los módulos de afiliación.

Además en el mismo documento se comenta, que la unidad responsable cuenta con metas preestablecidas de cobertura de personas que no se encuentran afiliadas a esquemas de seguridad social (como el IMSS, ISSSTE, etc) y de reafiliación de aquellas que venció su vigencia de afiliación al Seguro Popular; las cuales se encuentran en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio 2015, correspondiente al Estado de Puebla, son metas establecidas por la Secretaría de Salud en coordinación con el REPSS, afiliaciones que se fijan mes con mes, que de no cumplir con las metas de la cobertura, la sanción es recortar el padrón del siguiente año, dejando al estado con menos beneficiarios. La tabla de la cobertura de afiliación y meta de reafiliación se presenta a continuación:

COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN. Estado de Puebla					
Meses	Cobertura		Reafiliación		
	Afiliación	PROSPERA			
	Acumulada	Acumulada	Acumulada	Mínima	%
	A	B	C	D	E
Enero	3,418,227	1,211,484	25,808	1,032	4
Febrero	3,418,227	1,217,511	51,306	4,104	8
Marzo	3,418,227	1,223,538	87,920	13,188	15
Abril	3,418,227	1,229,565	118,012	23,602	20
Mayo	3,418,227	1,235,592	150,259	37,565	25
Junio	3,418,227	1,241,619	174,234	52,270	30
Julio	3,418,227	1,247,646	204,567	81,827	40
Agosto	3,418,227	1,253,673	251,431	118,173	47
Septiembre	3,418,227	1,259,700	322,736	177,505	55
Octubre	3,418,227	1,265,727	407,565	256,766	63
Noviembre	3,418,227	1,271,754	473,889	331,722	70
Diciembre	3,418,227	1,277,781	514,237	380,535	74
Total Anual	3,418,227	1,277,781	514,237	380,535	74

- A) La columna "A" corresponde a la cobertura mensual acumulada de afiliación.
- B) La columna "B" corresponde a la cobertura mensual acumulada de la población PROSPERA que la entidad federativa debe cumplir.
- C) La columna "C" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2015, con base en la información del cierre de diciembre de 2014.
- D) La columna "D" corresponde al mínimo mensual acumulado de reafiliación que la entidad federativa debe cumplir.
- E) La columna "E" corresponde al porcentaje mínimo mensual de reafiliación que la entidad federativa debe cumplir.

En relación con lo antes expuesto, la información proporcionada por la unidad responsable en dicho cuestionario, puede ser considerada como una estrategia de cobertura, al ser acciones que tiene previstas

ejecutar la unidad responsable, para cumplir con el propósito del programa (la población que carece de seguridad social accesa a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa); misma que cubre algunas de las características requeridas en los incisos del presente reactivo: Referente al inciso a, se considera que el programa cumple con este requisito, pues la población objetivo queda especificada en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio 2015, correspondiente al Estado de Puebla; el cual también define metas de cobertura anual definidas entre la instancia estatal y la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, con lo que se acredita el inciso b. No obstante, el horizonte que abarcan estas metas sólo es anual, por lo que no cumple con el tercer ítem.

Por último, en virtud de que las metas anuales planteadas son de incorporación de personas al “Seguro Popular” y de reafiliación, y el propósito del programa es que la población que carece de seguridad social tenga acceso a intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica; se concluye que es congruente con el diseño del programa, con lo que se cumple con d.

Por lo anterior, se sugiere a la unidad responsable integrar en el expediente del programa (aunque no forme parte de los formatos proporcionados por la Secretaría de Finanzas y Administración estatal) un documento donde se explique a detalle la estrategia de cobertura, e incorporar en este, una planeación de metas de mediano y largo plazo.

Pregunta 7

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

Para el análisis de este reactivo se toma la información del *Análisis de la Población Objetivo* del Ejercicio Fiscal 2016 debido a que -como se mencionó en la pregunta número cuatro- la reciente creación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) llevó consigo importantes cambios en el programa, por lo que la información referente a la cobertura se tuvo hasta la programación de dicho año.

Población	Unidad de Medida	2013	2014	2015
Potencial	Personas en el Estado de Puebla sin acceso a los servicios de Salud.	1,783,500	1,783,500	1,298,900
Objetivo	Personas en el Estado de Puebla subsidiadas, a través del Seguro Popular.	67, 000	440,000	220, 000
Atendida	Personas en el Estado de Puebla sin acceso a los servicios de salud, incorporados al Seguro Popular	67,000	440,000	220, 000
Cobertura		100%	100%	100%

Fuente: Análisis de la Población Objetivo, 2016.

El planteamiento que hace la unidad responsable de las poblaciones que se muestran en la tabla no se apega a la definición establecida por la CONEVAL (2016) en la que se enuncia a la población potencial como “la población total que presenta la necesidad y/o el problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.” Por su parte la población objetivo es “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”.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere modificar la expresión “subsidiadas”, pues justo esas personas son la población atendida, por lo cual, el porcentaje de cobertura es igual a 100%. O bien, la unidad responsable debe aclarar la diferencia entre “personas subsidiadas” y “personas incorporadas”.

1.5. MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

Pregunta 8

Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:

- a) Son los bienes o servicios que produce el programa.
- b) Están redactados como resultados logrados, por ejemplo, becas entregadas.
- c) Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.

Respuesta	Sí.
Nivel	2
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Del 50% al 69% de los componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Con base en la información de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa, se tiene lo siguiente:

Componente 1: Usuarías y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico, encuestados.

No es un bien que produzca el programa, ya que los datos de dicha encuesta parte del Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud, documento que implementa la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Seguro Popular. Además, no se trata de un bien o servicio (entregables) sino que se trata de una actividad. Por ello, este componente no cumple con el primer inciso.

En relación con b, la redacción del resumen narrativo se apega a la característica solicitada (encuestados). Sobre el tercer y cuarto punto de la pregunta, estos no se cumplen debido a que no es un componente necesario para producir el propósito, puesto que si no se realizan dichas encuestas, no se compromete el cumplimiento del propósito; además, el incremento de usuarios encuestados no genera un incremento del número de afiliados.

Se propone la siguiente redacción para el componente 1: Satisfacción de usuarias y usuarios por la actuación del gestor médico, incrementado.

Componente 2: Personas con póliza vencida, reafiliadas

La reafiliación de las personas que no tienen vigente su póliza del seguro social es un servicio que produce el programa, con lo que se cumple con a.

Asimismo, cumple con la sintaxis solicitada en el reactivo (reafiliadas), cumpliendo con el inciso b.

En relación con el inciso c, se considera que la reafiliación es necesaria para el logro del propósito, pues esto garantiza que la población que no cuenta con seguridad social, mantenga su acceso a la salud a través del “seguro popular”.

Finalmente, se observa que la reafiliación genera al propósito, siempre y cuando se cumpla la condición de que las personas acuden a renovar la vigencia de sus derechos en el seguro popular; por lo que se concluye que este componente cumple con d.

Componente 3: Personas nuevas al seguro popular, afiliadas

La afiliación de las personas que carecen del Seguro Popular es un servicio que produce el programa, con lo que el componente cumple con a.

También se observa que está redactado como un resultado logrado, acreditando el segundo inciso. Por su parte, se considera que es necesario y contribuye a generar al propósito, pues es mediante la afiliación que se da el acceso a la atención médica a las personas que no cuentan con seguridad social, por lo que se concluye que cumple con c y d

De acuerdo con el análisis anterior, el 66 por ciento de los componentes de la MIR del programa E025 cumplen con las características solicitadas en la pregunta, por lo que el equipo consultor sugiere replantear el componente 1, de tal forma que cumpla con dichos atributos.

Pregunta 9

El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.
- b) Su logro está controlado por los responsables del programa.
- c) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- d) Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.
- e) Incluye la población objetivo.

Respuesta	Sí.
Nivel	2
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • El Propósito cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

Según el documento “Matriz de Indicadores para Resultados” el Propósito del programa es el siguiente: La población que carece de seguridad social accesa a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención medica curativa.

- a) El Propósito no cumple con el presente inciso, debido al componente 1: “Usuarías y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico, encuestados”, ya que la participación del componente no contribuye a que se logre el objetivo del programa, es decir, las encuestas a los usuarios sólo reflejan la calidad del servicio, pero no se promueve en sí el acceso al Seguro Popular.
- b) El propósito depende en gran medida de los responsables del programa ya que según los distintos supuestos que proponen los componentes, el logro depende de que las personas que no tienen acceso a seguridad social se afilien al Seguro Popular o en ciertos casos renueven su póliza, con lo que no cumple con el segundo punto solicitado en la pregunta.
- c) Es único, ya que está enfocado en el acceso a los servicios de salud.
- d) No se encuentra redactada como situación alcanzada, para ello el resumen narrativo tendría que tener algunas modificaciones, por ejemplo: Población del estado de Puebla que carece de seguridad social con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención medica curativa, incrementada.
- e) El Propósito cumple con el inciso siendo la “población que carece de seguridad social” la población objetivo del programa.

Pregunta 10

El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:

- Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.

Respuesta	Sí.
Nivel	3
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> El Fin cumple con cuatro de las características establecidas en la pregunta.

Según el documento “Matriz de Indicadores para Resultados” el Fin establece: Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social, con mecanismos financieros e intervenciones esenciales en salud.

- El resumen narrativo del nivel Fin no presenta ambigüedad en su redacción.
- No se considera un objetivo superior, de hecho, el planteamiento es muy similar al resumen narrativo del propósito. Se considera que “evitar el empobrecimiento por motivos de salud” es justamente lo que se busca con la ejecución del programa, mientras que su efecto de largo plazo sería **“contribuir a la disminución de la pobreza multidimensional por acceso a la salud”**, lo cual no se espera se logre con la ejecución del programa.
- El logro no está controlado por los responsables, ya que depende de que la población menos favorecida reciba los beneficios del Seguro Popular como lo marca el supuesto a ese nivel. No obstante, como se comentó en el ítem anterior, no se trata de un objetivo de largo plazo.
- El objetivo planteado es único: “evitar el empobrecimiento por motivos de salud”.
- El resumen narrativo del nivel Fin contribuye al logro de los objetivos del PED 2011-2017y de los instrumentos de planeación, pues en estos se propone “Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población”, mientras que el “Seguro Popular” es un mecanismo para lograr dicho objetivo, al brindar atención médica a la población que carece de seguridad social.

Pregunta 11

En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades), existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

- a) Claros.
- b) Relevantes.
- c) Económicos.
- d) Monitoreables.
- e) Adecuados.

Respuesta	Sí.
Nivel	1
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Del 0% al 49% de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

El análisis de este reactivo se llevó a cabo con base en las pautas establecidas por la SHCP (s/f) y el CONEVAL (2013, 2014) las cuales señalan lo siguiente:

- a) **Claridad:** el indicador deberá ser preciso e inequívoco;
- b) **Relevancia:** el indicador deberá reflejar una dimensión importante del logro del objetivo;
- c) **Economía:** la información necesaria para generar el indicador deberá estar disponible a un costo razonable;
- d) **Monitoreable:** el indicador debe poder sujetarse a una verificación independiente; y
- e) **Adecuado:** el indicador debe aportar una base suficiente para evaluar el desempeño.

De acuerdo con la información de los indicadores del programa E025, se tiene que ninguno de estos cumple con todas las características solicitadas en los incisos. A continuación se presenta el examen de cada uno de los indicadores del programa:

- **Fin:** Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social, con mecanismos financieros e intervenciones esenciales en salud.
 - **Indicador:** Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.
- **Claridad:** El indicador es claro, se enfoca en el gasto de los hogares en salud.
 - **Relevancia:** Es relevante ya que el indicador refleja la proporción del gasto que hacen los hogares en salud, en concordancia con lo establecido en el resumen narrativo.
 - **Económico:** Según la ficha técnica “la información que se requiere para generar el indicador tiene un costo razonable”. Sin embargo, no es un indicador sencillo de construir, ya que se

- requieren de una encuesta específica, no solo a los afiliados del programa, sino a una muestra de la población en general.
- **Monitoreable:** No cumple con este atributo, pues la fuente que se propone en la ficha técnica es una encuesta realizada en 2002, ni se dispone de un portal donde se pueda consultar la información del indicador, por lo que no es posible someterlo a una verificación independiente.
 - **Adecuado:** El indicador tampoco cumple con esta característica, pues al no contar con datos anuales, el indicador no aporta una base suficiente para evaluar el desempeño del nivel Fin.
- **Propósito:** La población que carece de seguridad social accesa a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa.
- **Indicador:** Eficiencia de afiliación al seguro popular.
- **Claridad:** No se considera claro, puesto que la expresión de “eficiencia” da cuenta de la relación entre presupuesto y metas; por lo que tal y como está redactado el nombre del indicador, se entiende que se está midiendo la mejor utilización de los recursos para alcanzar los objetivos de afiliación al seguro popular (ya sea incrementar el número de afiliados con la misma cantidad de recursos, o bien, utilizar cada vez menos recursos para la misma cantidad de personas afiliadas); cuando el método de cálculo que se encuentra en la Ficha Técnica de Indicadores 2015, dice: (número de personas incorporadas en el año/total de personas programadas a incorporar). Dicha fórmula no da información acerca de la eficiencia en la afiliación, por lo que se concluye que el nombre del indicador, da a lugar a diferentes interpretaciones, y en consecuencia, el primer criterio no se cumple.
 - **Relevancia:** Se considera relevante, pues el punto nodal del resumen narrativo de este nivel de la MIR es que la población que carece de seguridad social tenga acceso a la atención médica. Al revisar el método de cálculo, se observa que lo que está midiendo el indicador es el progreso de las metas de afiliación que se establecieron; lo cual refleja una dimensión relevante del objetivo al cual está vinculado.
 - **Económico:** Es información que recaba la unidad responsable, la cual no implica una inversión onerosa de recursos, por lo que este criterio se cumple
 - **Monitoreable:** El indicador no cumple con esta característica, puesto que la información para la obtención de sus resultados no son de acceso público, por lo que no es susceptible de una verificación independiente.
 - **Adecuado:** Aunque el nombre del indicador da a lugar a confusiones acerca de lo que mide, al observar su método de cálculo se observó que este sí refleja la esencia del objetivo de nivel propósito; y el equipo consultor considera que la información que aporta es adecuada para valorar su desempeño.
- **Componente 1:** Usuarías y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico, encuestados.
- **Indicador:** Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico.
- **Claridad:** El indicador deja claro que pretende medir.
 - **Relevancia:** El indicador no refleja al componente al cual está vinculado, pues este sólo expresa “usuarios encuestados”, mientras que el método de cálculo da cuenta de la satisfacción de estos. No obstante, se concuerda con la unidad responsable en que lo

importante es medir el grado de satisfacción y no la acción de encuestar, por lo que la recomendación del equipo consultor es cambiar el resumen narrativo del componente:

- Calidad de la actuación del gestor médico, incrementada.
 - Percepción de los usuarios acerca de la calidad del gestor médico, mejorada.
 - Económico: Es una encuesta que se hace a nivel nacional cada año, por parte de la Secretaría de Salud con una muestra representativa nacional de casi 30 mil personas, sin embargo, en la ficha técnica se declara que la información tiene un costo razonable, por lo que este atributo se cumple..
 - Monitoreable: No se encontró la información de las variables para poder calcular los resultados del indicador, de manera independiente a la Dependencia, por lo que no se cumple este criterio.
 - Adecuado: Si bien, se concluyó que el indicador no refleja al resumen narrativo del indicador, se considera que es adecuado, puesto que aporta bases suficientes para evaluar el desempeño del programa, en cuanto a la calidad de los gestores médicos.
-
- **Componente 2:** Personas con póliza vencida, reafiliadas.
 - Indicador: Porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas.
-
- Claridad: El indicador es claro en lo que desea medir.
 - Relevancia: Es relevante en virtud de que refleja una dimensión esencial del objetivo al cual está vinculado, el cual es la cobertura de reafiliación.
 - Económico: La recopilación de la información es tarea de la unidad responsable, misma que expresa que la recopilación de los datos no representa una inversión de recursos que comprometa las finanzas de la institución.
 - Monitoreable: No cumple con este criterio, debido a que la base de datos del sistema de administración del padrón del sistema de protección social en salud, no es de acceso público, por lo que los resultados del indicador no son susceptibles de una comprobación independiente a los responsables del programa.
 - Adecuado: Es adecuado ya que proporciona información con la cual se puede reconocer el desempeño que tiene el programa presupuestario.
-
- **Componente 3:** Personas nuevas al Seguro Popular afiliadas.
 - Indicador: Porcentaje de personas nuevas afiliadas al Seguro Popular.
-
- Claridad: Deja claro lo que desea medir.
 - Relevancia: Dado que da cuenta del punto central del resumen narrativo al cual está midiendo (a las personas nuevas afiliadas al seguro popular), se considera que este indicador sí cumple con esta característica.
 - Económico: Es información que recopila la unidad responsable, la cual no compromete las finanzas de esta.
 - Monitoreable: Debido a que la base de datos del sistema de administración del padrón del sistema de protección social en salud, no es de acceso público, este indicador no puede ser sometido a una verificación independiente, por lo que no cumple con este ítem.
 - Adecuado: Sí, debido a que con él se puede observar el rendimiento del programa.

Pregunta 12

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

- a) Cuentan con unidad de medida.
- b) Cuentan con método de cálculo bien definido, es decir, se deberá verificar que el cálculo corresponda al indicador que se está analizando
- c) Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.
- d) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.

Respuesta	Sí.
Nivel	1
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Del 0% al 49% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

- a) Con base en las Fichas Técnicas y las Actividades Programa Presupuestario exponemos la unidad de medida de cada nivel de objetivo.

Nivel del Objetivo	Unidad de Medida
Fin	Porcentaje
Propósito	Porcentaje
Componente 1	Porcentaje
Componente 2	Porcentaje
Componente 3	Porcentaje
Actividad 1.1	Encuesta
Actividad 2.1	Persona
Actividad 3.1	Persona

- b) Basándonos en los mismos documentos antes mencionados, mostramos los métodos utilizados para cada nivel de objetivo y las variables que componen al indicador.

Nivel	Indicador	Método de cálculo	Variables	¿Es coherente el método de cálculo con el indicador?
Fin	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.	Dato absoluto de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud Federal.	V1: Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.	Sí
Propósito	Eficiencia de afiliación al seguro popular.	$(V1/V2) * 100$	V1: Número de personas incorporadas en el año. V2: Total de personas programadas a incorporar.	No
Componente 1	Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico.	$(V1/V2) * 100$	V1: Número de encuestas con calificación aprobatoria. V2: Total de encuestas aplicadas.	No
Componente 2	Porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas.	$(V1/V2) * 100$	V1: Número de personas reafiliadas en el año. V2: Población objetivo para su reafiliación.	Sí
Componente 3	Porcentaje de personas nuevas afiliadas al seguro popular.	$(V1/V2) * 100$	V1: Número de personas nuevas afiliadas a registrar en el año. V2: Total de personas nuevas programadas para su afiliación en el año.	Sí

- De acuerdo con la tabla anterior, todos los indicadores cuentan con un método de cálculo bien definido, y tres de ellos son coherentes con el nombre del indicador.
- Los indicadores del propósito y del componente 1, tienen fórmulas que no corresponden con el nombre del indicador respectivo. Para el caso del primero, se recomienda (como se comentó en la pregunta anterior) definir un nuevo indicador que dé cuenta de la cobertura del programa.
- En relación con el componente 2, la recomendación es ajustar la redacción del resumen narrativo del objetivo, debido a que el método de cálculo da cuenta del grado de satisfacción de los usuarios con la actuación del gestor médico (lo cual es relevante) mientras que la redacción del objetivo se enfoca a la acción de encuestar.
- Con respecto a si las metas están orientadas a impulsar el desempeño, en el caso de los indicadores del componente 2 y 3, así como del Propósito, se considera que están orientadas a impulsar el desempeño, puesto que las metas del programa se establecen previamente, entre la Secretaría de Salud y el gobierno estatal, establecidas en el “Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud”, por lo que estas no están diseñadas de tal forma que la unidad responsable obtenga buenos niveles de cumplimiento, sino que obedecen a una estrategia de cobertura diseñada desde el gobierno federal.
- En cuanto al componente 1, en virtud de que el análisis de la satisfacción de las usuarias y usuarios, es realizado por instancias diferentes a las estatales; y que de dicho análisis se deriva el

establecimiento de metas de satisfacción de usuarios, se concluye que este indicador también tiene metas no laxas.

- Respecto de la meta del indicador del Fin, se tiene que esta no está orientada a impulsar el desempeño, pues la dependencia sabe previamente que dicho dato no se emite desde 2013, por lo que el plantear esta meta en su programación de manera reiterada, es consiente que no es sujeta de valoraciones bajas.
- Sobre la factibilidad de las metas, se elaboró una tabla que muestra la justificación de la factibilidad en cada nivel de la MIR. En resumen, podemos indicar que a juicio de la unidad responsable, las metas que se propone el programa son factibles, ya que sí se cuentan con los recursos materiales, técnicos y humanos para su cumplimiento.
- La unidad contratante no proporcionó mayor información para la valoración de la factibilidad según los recursos disponibles del programa.

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Factibilidad	Justificación
Fin	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.	Media	Es un indicador que no depende estrictamente de la Secretaría de Salud, sino que es sectorial, es una referencia a nivel de Fin por lo que no podemos calificar la factibilidad en este nivel.
Propósito	Eficiencia de afiliación al seguro popular.	Alta	Es alta porque se cuenta con todos los recursos materiales, técnicos y humanos para lograr la meta estipulada.
Componente 1	Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico.	Media	La factibilidad es media ya que el cálculo de las encuestas a aplicar esta en función de consultas y egresos hospitalarios, en las unidades médicas en las que haya gestor.
Componente 2	Porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas.	Media	La factibilidad es media ya que, a pesar de contar con la asignación de recursos humanos, técnicos y financieros para el logro del indicador, existe una cantidad importante de personas a las que no se les puede reafiliar (defunciones, migración a otros estados y/o países, personas que adquieren derechohabiencia, personas que ya no están interesadas en renovar su seguro.
Componente 3	Porcentaje de personas nuevas afiliadas al seguro popular.	Alta	La factibilidad es alta ya que su cumplimiento depende de la asignación de recursos humanos, técnicos y financieros que se planean en las estrategias para el logro del indicador.

Pregunta 13

Considerando el conjunto Objetivo-Indicadores-Medios de verificación, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:

- a) Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
- b) Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
- c) Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Respuesta	No.
Nivel	0
Criterios	N.A

En todos los conjuntos Objetivo-Indicadores- Medios de verificación de la MIR, se observó que no se cuenta con los medios de verificación suficientes y necesarios. Mientras que para algunos niveles, se encontró que sí miden al objetivo al que se les vinculó. El análisis a detalle se muestra a continuación:

Nivel Fin:

Como medio de verificación en este nivel, la unidad responsable propone una liga electrónica para consultar el dato de la proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares. Dicha fuente fue consultada y encontramos que no tiene coherencia con la información requerida para el indicador, pues la liga electrónica dirige a un documento llamado “Monto y distribución del gasto de bolsillo en salud por entidad federativa, México 2002 – 2003, fuente que evidentemente no resulta de utilidad para la medición del objetivo del programa. Por lo anterior, este nivel no cumple con las características descritas en los incisos a y b del presente reactivo.

Sobre el inciso c, se tiene que en este nivel este se cumple, pues tal y como se analizó en el reactivo 11, el indicador establecido para medir al nivel fin, refleja la proporción del gasto que hacen los hogares en salud, en concordancia con lo establecido en el resumen narrativo. No obstante, el último dato publicado para ese indicador fue en 2013.

Nivel Propósito:

El objetivo de este nivel es la “La población que carece de seguridad social accesa a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención medica curativa” para el cual se señala como medio de verificación, el padrón de beneficiarios del Seguro Popular, consultando dicho documento en

la página web de transparencia del estado de Puebla en la sección “padrones” de la Secretaría de Salud, observamos que únicamente se presenta la clave de afiliación y el nombre completo. Basándonos en la evidencia consultada, podemos mencionar que la información es insuficiente ya que no se presenta el resumen de los datos y tampoco se sabe el año al que pertenecen, información necesaria para establecer las variables del indicador. Por lo anterior, no se cumplen las características señaladas en a y b.

Por su parte, se tiene que el inciso c se cumple, en virtud de que el punto nodal del resumen narrativo de este nivel de la MIR es que la población que carece de seguridad social tenga acceso a la atención médica. Al revisar el método de cálculo, se observa que lo que está midiendo el indicador es el progreso de las metas de afiliación que se establecieron; lo cual refleja una dimensión relevante del objetivo al cual está vinculado.

En este punto se recomienda cambiar el nombre del indicador (eficiencia de afiliación al seguro popular) pues este expresa puesto que la expresión de “eficiencia” da cuenta de la relación entre presupuesto y metas; por lo que tal y como está redactado el nombre del indicador, se entiende que se está midiendo la mejor utilización de los recursos para alcanzar los objetivos de afiliación al seguro popular (ya sea incrementar el número de afiliados con la misma cantidad de recursos, o bien, utilizar cada vez menos recursos para la misma cantidad de personas afiliadas).

Componente 1:

El objetivo de este nivel es la satisfacción de los beneficiarios con el servicio que les brinda el gestor médico, como medio de verificación la unidad responsable propone el “concentrado de encuestas de percepción del afiliado sobre el gestor de servicios”, referencia que carece de claridad y no es específica. Cabe mencionar que en el documento “Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2015” proporciona el nivel de satisfacción de la población con el programa dependiendo la entidad federativa, sin embargo, dicho documento no contiene los datos de las variables necesarias para construir el indicador que propone el programa.

Asimismo, sobre la tercera característica solicitada, esta no se cumple pues el indicador no mide al componente al cual está vinculado, pues el objetivo sólo expresa “usuarios encuestados”, mientras que el método de cálculo da cuenta de la satisfacción de estos. No obstante, se concuerda con la unidad responsable en que lo importante es medir el grado de satisfacción y no la acción de encuestar, por lo que la recomendación del equipo consultor es cambiar el resumen narrativo del componente:

Calidad de la actuación del gestor médico, incrementada.

Percepción de los usuarios acerca de la calidad del gestor médico, mejorada.

Componente 2:

El medio de verificación que propone la unidad responsable en este nivel es el reporte del sistema de administración del padrón del sistema de protección social de salud, dicha referencia por ser poco precisa, hace que no se pueda verificar el indicador del porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas, así como las variables que lo componen.

Sobre si el indicador mide al objetivo, la respuesta es positiva, pues el indicador mide el porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas, lo cual está solicitado en el resumen narrativo del segundo componente.

Componente 3:

El objetivo de este nivel es la afiliación de personas nuevas al seguro popular, un indicador que muestra el porcentaje de las personas nuevas afiliadas al programa y el medio de verificación que sugiere la unidad responsable es consultar la base de datos del sistema de administración del padrón del sistema de protección social en salud. El medio de verificación propuesto resulta impreciso de localizar, si se quiere construir el indicador por cuenta propia.

Este componente cumple con c, dado que el indicador que se asignó para su monitoreo da cuenta del punto central del resumen narrativo al cual está midiendo (a las personas nuevas afiliadas al seguro popular).

Pregunta 14

Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.

No procede valoración cuantitativa

Según la información documental revisada del PP E015 se logró establecer las siguientes recomendaciones para la mejora del mismo, las cuales se podrán consultar de manera más detallada en el Anexo 7.

Nivel	Resumen narrativo (propuesta)	Indicador (propuesta)	Supuesto
Fin	Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población que vive en pobreza en el estado de Puebla mediante el acceso efectivo y con calidad a los beneficiarios del sistema de protección social en salud otorgado a los beneficiarios del Seguro Popular.	Carencia por acceso a los servicios de salud.	La población que no cuenta con seguridad social se afilia al Seguro Popular.
Propósito	Población del estado de Puebla que carece de seguridad social con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa, incrementada.	Eficiencia de afiliación al Seguro Popular.	La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular.
Componente 1	Personas con pólizas vencidas, reafiliadas.	Porcentaje de cumplimiento respecto a la meta de personas con pólizas vencidas, reafiliadas.	Las personas acuden a renovar la vigencia de sus derechos en el Seguro Popular.
Componente 2	Personas nuevas al Seguro Popular, afiliadas	Porcentaje de cumplimiento respecto a la meta de personas nuevas afiliadas al Seguro Popular.	Las personas acuden a afiliarse al Seguro Popular.
Componente 3	Satisfacción de usuarias y usuarios por la actuación del gestor médico, incrementada.	Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico	Usuarias y usuarios contestan verazmente la encuesta

1.6. GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pregunta 15

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	2
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • El programa recolecta información acerca de dos de los aspectos establecidos.

El programa no cuenta con un documento donde exponga la contribución que aporta con los diferentes programas tanto sectoriales como institucionales; como antes se mencionó, por lo que no cumple con el primer inciso.

En relación con b y c, se tiene lo siguiente: el equipo consultor tuvo acceso al padrón de beneficiarios del Seguro Popular, del cual se observa no se presenta información sobre los tipos y montos de los apoyos otorgados a los beneficiarios, ni de las características socioeconómicas de los beneficiarios. No obstante, de acuerdo con el documento “Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2015” se recolecta información sobre las condiciones socioeconómicas por quintiles (la cual se presenta de manera general), por lo que estos incisos se cumplen de manera parcial. Se recomienda a la unidad responsable hacer uso de esta información, haciendo un análisis global de esta, e incorporarla al diagnóstico del programa.

Por último, podemos agregar que no se encontró evidencia documental que acredite que la unidad responsable recopila información sobre las personas que no son parte de los beneficiarios del programa, por lo que no se cumple el inciso d.

Pregunta 16

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	3
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • La información que recolecta el programa cuenta con cuatro de las características establecidas.

El programa presupuestario E025 cuenta con mecanismos para la recolección y sistematización de información para monitorear su desempeño, de manera ágil, periódica, ordenada y homogénea. Estos mecanismos son: el Sistema de Monitoreo de Indicadores de Desempeño (SiMIDE) y el Sistema de Estatal de Evaluación (SEE).

El SiMIDE es una herramienta informática en el que se registra el cumplimiento de los avances físicos y financieros de los programas presupuestarios, así como de los porcentajes de cumplimiento de sus indicadores estratégicos definidos en las MIR; este sistema es administrado por la Secretaría de Finanzas y Administración estatal.

Por su parte, en el SEE se registra y concentra la información relativa los porcentajes de cumplimiento de los componentes y actividades de los programas presupuestarios; el cual es administrado por la Secretaría de la Contraloría.

Se considera que la información que las unidades responsables reportan a estos sistemas, cumple con el primer inciso, puesto que ésta se registra de manera trimestral; lo cual da oportunidad a los ejecutores analizarla periódicamente para la toma de decisiones.

Asimismo, la información recolectada es reportada y validada a dichas Secretarías por parte de las unidades responsables, con lo que se acredita el inciso b.

Igualmente, se considera que la información derivada del monitoreo del programa está sistematizada, pues esta se concentra en los sistemas antes descritos, lo que permite que el registro, control y resguardo de la información se realice de manera homogénea y ordenada. El proceso de recolección de

información se realiza periódicamente con lo que se posibilita el seguimiento puntual de los programas, con lo cual se da cumplimiento a los incisos c y e.

En cuanto al inciso d, se tiene que las unidades responsables cuentan con un documento denominado “Evaluación de la Gestión a los Programas Presupuestarios 2015” emitido trimestralmente por la Secretaría de la Contraloría. En dicho informe se señala el nivel de cumplimiento de los indicadores del programa a nivel de componentes y actividades. No obstante, este documento únicamente reporta el nivel de cumplimiento, sin considerar si los indicadores cuentan con los criterios de Claridad, Relevancia, Economía, Monitoreabilidad, Adecuado (CREMA), por lo que para el caso de aquellos que no cumplen con estas características, pierde sentido el saber que cumplieron al 100 o al 30 por ciento. Por ello, el equipo consultor considera que no se acredita con el último inciso.

En conclusión, las unidades responsables cuentan con mecanismos que lo dotan de información para monitorear el desempeño de sus indicadores; sin embargo, para que la información que se concentra en los sistemas anteriormente descritos, sea de utilidad para la toma de decisiones, es importante que se verifique que la calidad de los indicadores sea la adecuada, por lo que se recomienda a las áreas competentes, llevar a cabo las acciones necesarias para la verificación de la calidad de los indicadores se lleve a cabo.

Pregunta 17

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

- a) Disponibilidad de los principales resultados del programa.
- b) La información es sencilla de explorar y de fácil localización.
- c) Se identifican instrumentos de difusión.
- d) Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar a la ciudadanía.

Respuesta	Sí.
Nivel	3
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tiene tres de las características establecidas.

El programa E025 cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con disponibilidad de los principales resultados. En la Cuenta de la Hacienda Pública del Estado de Puebla, 2015; se identificó un documento que contiene información de los resultados del programa, titulado “Indicadores para Resultados”, el cual contiene información sobre las metas (aprobadas, modificadas y alcanzada) de los indicadores de nivel fin y propósito, así como el presupuesto (aprobado, modificado y devengado). Este documento se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: http://cuentapublica.puebla.gob.mx/images/informacion-programatica-copy/ind._de_resultados.pdf Asimismo, en el portal <http://www.transparenciafiscal.puebla.gob.mx/> en la sección Sistema Integral de Indicadores en Avance observado 2015, se publicó el reporte titulado “Evaluación de la Gestión a los Programas Presupuestarios 2015” elaborado por la Secretaría de la Contraloría, en el cual se abordan los otros dos niveles restantes de la MIR (Componente y Actividad) y se señala la unidad responsable, el indicador, su descripción, su meta programada y su logro, esto para todos los indicadores.

Con ello, el programa cubre el punto “a” de esta pregunta.

La unidad evaluadora percibió que la página de la Cuenta Pública y la de Transparencia no son sencillas de explorar ni intuitivas y la información no es fácil de localizar a menos que se tenga la ruta a seguir. Derivado de lo anterior, se recomienda que en el portal del Sistema de Estatal de Evaluación del Desempeño (<http://www.evaluacion.puebla.gob.mx/>) se incluya una sección en la que se enlisten los vínculos dónde se encuentran publicados los informes antes reseñados.

El programa cumple con c, pues los instrumentos de difusión revisados por esta unidad evaluadora son las siguientes páginas de internet:

www.transparenciafiscal.puebla.gob.mx

<http://transparencia.puebla.gob.mx/>

<http://cuentapublica.puebla.gob.mx/>

En relación con el inciso d, se tiene que el programa cuenta con información para el público en general en el portal <http://ss.puebla.gob.mx/index.php/seguro-pop-front>, la cual contiene información de números a la vista de la ciudadanía para informar y orientar acerca del programa.

1.7. RESULTADOS DEL PROGRAMA

Pregunta 18	
¿Cuáles han sido los resultados obtenidos por el pp, con base en los indicadores a nivel de Fin y Propósito?	
Respuesta	Sí.
Nivel	2
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados de uno de los indicadores de Fin o de Propósito son positivos (cumplimientos de meta mayores al 90% hasta 130%).

Basándonos en la información del logro de las metas del programa presupuestario, contenida en el cuestionario de información complementaria, construimos la siguiente tabla donde se expresa el nivel de cumplimiento para cada indicador. La información fue verificada con apoyo del avance programático 2015 y el análisis del cumplimiento de los indicadores para resultados del año 2014 y 2015.

Año	Nivel de Objetivo	Nombre del indicador	Meta	Valor alcanzado	Nivel de cumplimiento
2014	Fin	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	58.40%	43.98%	75%
	Propósito	Eficiencia de afiliación al Seguro Popular	100%	113%	113%
2015	Fin	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	N.D	N.D	N.D
	Propósito	Eficiencia de afiliación al Seguro Popular	100%	106%	106%

En relación con el indicador de nivel Fin, se tiene que el nivel de cumplimiento se encuentra muy por debajo del rango catalogado como “positivo” (90-130 por ciento), además, no se cuenta con información para el año que es objeto de la presente evaluación, por lo que no es posible hacer un análisis de mayor alcance.

Además, este indicador no cumple con todas las características solicitadas en la pregunta 11 del presente informe (Claridad, Relevancia, Económico, Monitoreable y Adecuado), puesto que, al no contar con datos anuales, el indicador no aporta una base suficiente para evaluar el desempeño del nivel Fin.

Sobre el indicador de nivel propósito, el resultado se encuentra en la categoría “positiva” pues en promedio para los años 2014 y 2015, el programa presenta el 109 por ciento en su nivel de cumplimiento en las metas afiliación/re-afiliación definidas por el gobierno federal.

Asimismo, se tiene que en el análisis de la pregunta 11, se consideró que, aunque el nombre del indicador da a lugar a confusiones acerca de lo que mide, al observar su método de cálculo se observó que este sí refleja la esencia del objetivo de nivel propósito; y el equipo consultor considera que la información que aporta es adecuada para valorar su desempeño.

En suma, sólo un indicador estratégico se encontró en el rango de 90 al 130 de cumplimiento, por lo que la valoración obtenida en esta pregunta es de 2, por lo que se sugiere a la unidad responsable del programa, considerar un nuevo indicador para nivel de Fin, tal que permita la valoración del programa.

Pregunta 19

¿Cuáles han sido los resultados obtenidos por el pp, con base en los indicadores de Componentes?

Respuesta	Sí.
Nivel	3
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de la mayoría de los componentes son positivos (cumplimientos de meta mayores al 90 por ciento y hasta 130 por ciento), y • cuentan con todos los elementos señalados en el reactivo 11.

La presente información se extrajo de la página web Transparencia Fiscal del estado de Puebla, específicamente de la sección Avance Observado del Sistema Integral de Indicadores, para los años de 2015 y 2014.

Año	Nivel de Objetivo	Nombre del indicador	Meta	Valor alcanzado	Nivel de cumplimiento
2014	Componente 1	Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico.	87.00%	88.41%	101.6%
	Componente 2	Porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas.	100.00%	93.66%	93.7%
	Componente 3	Porcentaje de personas nuevas afiliadas al seguro popular.	100.00%	130.38%	130.4%
2015	Componente 1	Porcentaje de usuarias y usuarios satisfechos por la actuación del gestor médico.	89.99%	90.01%	100.0%
	Componente 2	Porcentaje de personas con póliza vencida reafiliadas.	85.00%	101.33%	119.2%
	Componente 3	Porcentaje de personas nuevas afiliadas al seguro popular.	100.00%	137.77%	137.8%

En la tabla se puede observar que para el caso de los componentes 1 y 2 se obtuvieron niveles de cumplimiento catalogados como positivos (entre 90 y 130 por ciento), mientras que el porcentaje de personas nuevas afiliadas al seguro popular, ligeramente rebasó el límite superior establecido. Aunado a lo anterior, se tiene que estos indicadores cumplen con la mayoría de los criterios CREMA analizados en la pregunta 11, por lo que es posible concluir que el desempeño del programa en relación con sus entregables es positivo.

Pregunta 20

Existe congruencia entre los resultados obtenidos del pp y los recursos ejercidos, es decir, del ejercicio de los recursos presupuestales con relación al nivel de cumplimiento de las metas considerando todos los ejercicios fiscales desde la creación del pp.

No procede valoración cuantitativa

El análisis de este reactivo sólo se realizó para el año 2015, pues debido a que este paso de estar bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud, a la tutela del organismo público Régimen de Protección Social en Salud, el programa sufrió modificaciones, por lo que no se dispone de información que abraque todo el periodo.

Con base en la información contenida en el avance programático del año 2015 del programa presupuestal PP E025, donde se encuentra información sobre el presupuesto aprobado y ejercido, el cual también incluye el nivel de cumplimiento de la meta correspondiente al Propósito del programa, se construyó la siguiente tabla:

Año	Presupuesto (miles de pesos)		Indicador	Metas		Indicador	
	Aprobado	Ejercido		Aprobada	Alcanzada		
2015	1,657,682	1,567,948	Fin	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.	58.4	N.D	N.D
			Propósito	Eficiencia de afiliación al Seguro Popular.	100%	106%	100.26%

Como podemos observar en la tabla, no se ocuparon el 5.41% de los recursos aprobados, sin embargo, se pudo cumplir con la meta del propósito del programa en un 106%, lo que estaría indicando que con un menor presupuesto se pueden realizar las metas planteadas por la unidad responsable. No obstante, la relación (metas/presupuesto) se encuentra en un rango positivo, al ser equivalente al 100.26%.

Para consolidar esta conclusión se requiere de otro tipo de evaluación (mayormente enfocada al aspecto financiero y procesos) la cual rebasa los alcances de este informe; tampoco se está sugiriendo la implementación de este tipo de evaluación para el programa en años subsecuentes, pues lo recomendable es que cuente con mayor solidez en su diseño, lo cual también debió cumplirse para esta evaluación, sin embargo, se desconocen los argumentos por los que la unidad contratante decidió que el programa contaba con los rasgos para ser sujeto de una evaluación de indicadores. En todo caso, la sugerencia para la unidad contratante es que, en los próximos años, analice con mayor rigor técnico los programas que serán sometidos a evaluaciones de resultados.

Pregunta 21

Con base en los indicadores de Fin y Propósito de la propuesta de MIR de la pregunta 13, analice el comportamiento de los indicadores propuestos desde 2010 a la fecha.

No procede valoración cuantitativa

Las propuestas que se han expresado en la presente evaluación se enfocan en el cambio en el indicador del nivel Fin, el cual se propuso modificar por uno de los indicadores de carencia social en la sección de medición de la pobreza que publica el CONEVAL, específicamente la “Carencia por acceso a los servicios de salud”, cuyos resultados para el estado de Puebla son altamente positivos, pues el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud se redujo significativamente, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Carencia por acceso a los servicios de Salud, Puebla.		
2010	2012	2014
40.40%	29.60%	21.20%

Elaboración propia con datos del CONEVAL.

No se realizó una propuesta de indicador distinto al que actualmente tiene este programa a nivel de propósito, por lo que este reactivo no aplica para este nivel de la MIR.

Es importante señalar lo siguiente: se sugiere a la unidad contratante valorar la incorporación de este reactivo en subsecuentes evaluaciones de este tipo, puesto que, si bien el indicador está relacionado en el ámbito de acción del programa presupuestario evaluado, el esquema establecido y las acciones no fueron diseñados para estar vinculados a este indicador; es decir, valorar el desempeño de un programa a través de un indicador que no le fue vinculado de origen no es adecuado, pues los resultados del indicador no son atribuibles al programa presupuestario.

Por lo anterior, se recomienda a la unidad contratante que se siga la lógica de implementación de evaluaciones; comenzando por una de diagnóstico con la cual se analice si los programas tienen adecuadamente identificado y caracterizado el problema central que se pretende atender; posteriormente (una vez que el diagnóstico es robusto) estos serán susceptibles de ser sujetos de una evaluación de diseño, a fin de examinar el esquema con el que el gobierno estatal pretende resolver el problema central, causas y consecuencias, de lo plasmado en el diagnóstico. Una vez que la teoría de cambio de los programas cuenta con solidez, estas son susceptibles de evaluaciones de resultados. El método que se recomienda para ello es el Modelo de Términos de Referencia para la evaluación de

consistencia y resultados, propuesto por el CONEVAL; pues este permite analizar si las consistencias de las relaciones establecidas en las diferentes etapas de la Metodología del Marco Lógico son coherentes, así como la capacidad institucional y organizacional para la incorporación de los resultados derivados de las evaluaciones previas.

Y sólo hasta que los programas cuenten con suficiente información para un periodo de al menos 6 años (tales como padrón de beneficiarios, de no beneficiarios, reglas de operación, sistemas de información) y con valoraciones altas en las evaluaciones previas (que indiquen robustez en su diagnóstico, MIR e indicadores) deberían implementarse evaluaciones estratégicas e incluso de impacto.

II. FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS

General

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con los recursos materiales, técnicos y humanos para el cumplimiento de los indicadores de la MIR. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar el vínculo del Propósito con los programas de desarrollo sectoriales, estatales y nacional.
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • La falta de un análisis diagnóstico del problema central del programa, así como de la población objetivo. • Los indicadores no están vinculados a las nuevas metas de afiliación establecidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. • No se hace un buen uso de la información almacenada en el padrón de beneficiarios del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • La demanda de afiliación aumenta cada año, mientras que el subsidio por parte de la federación no crece de la misma manera.

Por sección temática

Tema	FODA	Descripción	Recomendación
Justificación de la creación y diseño del programa	Debilidad	La información del programa no se encuentra homologada, y las relaciones causales del árbol de problemas son débiles	Generar un diagnóstico profundo del problema central y homologar en un documento las causas de primer y segundo nivel.

Tema	FODA	Descripción	Recomendación
Contribución del programa a las metas y estrategias estatales	Fortaleza	El vínculo que guarda el Propósito con las metas establecidas en los planes de desarrollo estatal y nacional.	Generar vínculos con los distintos niveles de gobierno para facilitar el cumplimiento de las metas establecidas en el programa.

Tema	FODA	Descripción	Recomendación
Análisis de la población potencial y objetivo	Fortaleza	Se cuenta con una estrategia de cobertura documentada.	Actualizar la estrategia contemplando no solo las metas de afiliación y reafiliación, sino también la población objetivo que se propone atender el programa.
	Oportunidad	La creación del REPSS, organismo descentralizado, con patrimonio propio y personalidad jurídica.	Aprovechar las nuevas condiciones que representa la creación del REPSS en apoyo a los beneficiarios.
	Debilidad	No se documenta la metodología necesaria para obtener la población objetivo.	Generar un documento de análisis de la población objetivo único que contenga la metodología y referencias ocupadas.

Tema	FODA	Descripción	Recomendación
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Fortaleza	El Propósito y el Fin cumplen con la mayoría de las características necesarias	Considerar las recomendaciones realizadas.
	Debilidad	No todos los indicadores de la MIR cumplen con los requerimientos CREMA	Verificar que los indicadores de la MIR cumplan con este requerimiento.

Tema	FODA	Descripción	Recomendación
Generación y difusión de la información	Fortaleza	El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para monitorear su desempeño.	Publicar en la página web del Seguro Popular infografías que vuelvan más didáctica la información.
	Debilidad	No existe un documento que exponga la contribución del programa con los diferentes programas sectoriales e institucionales.	Generar el documento que muestren los resultados de los distintos programas vinculados a resolver el acceso a los servicios de salud en el Estado de Puebla.

Tema	FODA	Descripción	Recomendación
<p>Resultados del programa</p>	Fortaleza	Los resultados de las metas de los indicadores de la MIR son positivos.	Tomar en cuenta las modificaciones recomendadas y poner el mismo esfuerzo para el cumplimiento de los indicadores.
	Debilidad	Ninguno de los indicadores está vinculado a las nuevas metas de afiliación y reafiliación.	Vincular los indicadores con las metas publicadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

III. VALORACIÓN FINAL DEL PROGRAMA

La valoración del Programa Presupuestal E025 Seguro Popular alcanzó una calificación de 65 por ciento, identificando su mayor debilidad en la sección denominada MIR.

Tema	Nivel promedio obtenido	Nivel promedio máximo posible	Valoración promedio
Justificación de la creación y del diseño del programa.	2	4	50%
Contribución del programa a las metas y estrategias Estatales.	4	4	100%
Análisis de la población potencial y objetivo.	3	4	75%
Matriz de Indicadores para Resultados	1.5	4	38%
De la generación y difusión de la información	2.7	4	67%
Resultados del programa	2.5	4	63%
Valoración final	2.6	4	65%

Justificación de la creación y del diseño del programa

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 2, esto es una calificación de 50%. Esta calificación se explica a que la detección del problema como las causas de primer y segundo nivel son muy débiles y no se encontró un documento que contenga un diagnóstico profundo del problema que pretende atender el programa.

Contribución a las metas y estrategias nacionales.

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 4 (100%). Debido a que garantizar el acceso a los servicios de Salud, es una meta que comparten diferentes planes de desarrollo, tanto estatales como el plan nacional. Es por esto que en el apartado se consiguió la calificación máxima.

Población potencial, objetivo y estrategia de cobertura

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 3, lo que equivale al 75% de cumplimiento. Esto se debe a que no se contó con el documento oficial que indicara cual es la metodología ocupada para cuantificar a la población objetivo, esa fue la causa por la cual este apartado no alcanzó una mayor calificación. Por otro lado, el programa cuenta con una estrategia de cobertura la cual permitió aumentar la calificación de la sección.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 1.5, equivalente al 38%. Lo cual se explica porque no todos los indicadores de la MIR cumplían con los criterios CREMA y ninguno de los medios de verificación cumplieron con las características establecidas. Además tiene áreas de mejora en su lógica vertical y horizontal.

Generación y difusión de la información

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 2.7 equivalente al 67%. Esto debido a que no se encontró un documento que exponga la contribución del programa con los diferentes programas sectoriales a los cuales está vinculado. Cabe resaltar que cuenta con un padrón de beneficiarios, del cual se observa no presenta información sobre los tipos y montos de los apoyos otorgados a los beneficiarios, ni de sus características socioeconómicas. Por otra parte, se puede mencionar que el programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas y sistemas de información para monitorear su desempeño.

Resultados del programa

La valoración promedio obtenida en este apartado fue de 2 (50%). Esta calificación se explica porque los medios de verificación no se especifican en la MIR, lo cual debilita su lógica horizontal. Además, se identificaron debilidades en su lógica vertical.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). 2016. Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en materia de Diseño. CONEVAL, México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). 2016. Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en materia de Consistencia y Resultados.
- Dirección de Evaluación de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado de Puebla. 2015. Términos de Referencia para la Evaluación de Diseño de Programas Presupuestarios Estatales. Dirección de Evaluación de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado de Puebla, Puebla.
- Gobierno del Estado de Puebla. 2014. Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017. <http://www.transparenciafiscal.puebla.gob.mx/>. (Consultado el 22 de julio de 2016).
- Gobierno del Estado de Puebla. Transparencia. [http://www.transparencia.puebla.gob.mx/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=107&v=1#Gobierno Abierto-3](http://www.transparencia.puebla.gob.mx/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=107&v=1#Gobierno%20Abierto-3) (Consultado 19 de julio de 2016).
- Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. 2013. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, México.
- Programa Presupuestario E025. 2015. Análisis de la Población Objetivo. Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado de Puebla.
- Programa Presupuestario E025. 2015. Árbol del problema. Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado de Puebla.
- Programa Presupuestario E025. 2015. Árbol de solución. Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado de Puebla.

ANEXOS

(Ver disco compacto)

Anexo 1 “Descripción General del Programa”.

Anexo 2 “Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo”

Anexo 3 “Evolución de la Cobertura”

Anexo 4 “Información de la Población Atendida”

Anexo 5 “Indicadores”.

Anexo 6 “Metas de Programa”

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

Anexo 8 “Avance de los Indicadores respecto de sus metas de fin y propósito”.

Anexo 9 “Avance de los Indicadores respecto de sus metas de componentes”

Anexo 10 “Comportamiento de Indicadores Propuestos”.

Anexo 11 “Valoración final del diseño del programa”

Anexo 12 “Principales fortalezas, retos, y recomendaciones”.

Anexo 13 “Conclusiones”

Anexo 14 “Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación”.