



Resumen Ejecutivo

El Seguro Médico Siglo XXI tiene como objetivo brindar una asistencia médica continua a niñas y niños menores de cinco años que, por razones de condiciones sociales, económicas, no cuentan con la facilidad de acceder a alguna institución de seguridad social o asistencia médica. Esta situación genera un incremento en las enfermedades que padece la población del país; enfermedades que en muchas ocasiones, con una atención oportuna, podrían ser solventadas e incluso erradicadas, lo que devendría en un beneficio para la calidad de vida del país y reduciría el índice de mortalidad infantil que existe en México.

Dentro de la documentación que se proporciona por parte de la Secretaría de Salud se advierten diferentes aspectos a los cuales se les realizan observaciones para conocer si la información es consistente entre sí, si existen errores o defectos en los contenidos, donde existen incongruencias entre los documentos de Seguimiento de Metas de Indicadores, toda vez que este no contiene las fórmulas y datos del indicador de Propósito.

El Programa presenta alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el Eje N2 “México Incluyente”, en el Tema 03 y Subtema 00: Salud, bajo el Objetivo 001, Objetivo 001 Asegurar el acceso a los servicios de salud, dentro de la Estrategia 002: “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” y la Línea de Acción 001: “Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud”. En relación al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016, los objetivos que se detallan, contenidos dentro de él, son congruentes con los Componentes y las Actividades del Programa, aunque se carece de alineación que alcance el Nivel de Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo y con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016.

Con base en los recursos que se perciben, provenientes de la Secretaría de Salud a Nivel Federal, se llevan a cabo las Actividades y Componentes del Programa. Estos recursos se encuentran distribuidos como se indica en los documentos y diagramas que se exhiben por el Ente Público.

Se cuenta con criterios de elegibilidad para la selección de beneficiarios, correspondiendo estos a los afiliados en relación con el Problema atendido, que a su vez se relaciona con la Población Objetivo: Niñas y



Niños menores de cinco años afiliados al SMSXXI. A la vez, estos criterios establecen requisitos, que se estipulan dentro del Reglamento concerniente al Programa y el Manual de Afiliación y Operación; los criterios evalúan las características socioeconómicas de los beneficiarios del sector al que se atiende. Posteriormente los afiliados, a la par de sus datos de registro, ingresan al padrón de afiliación que será la base de datos mediante la cual se obtienen las cifras de alcance que tiene el Seguro Médico Siglo XXI y sobre las cuales se determina la cantidad de usuarios que son atendidos durante el transcurso del año, así como los Módulos Afiliación y Orientación y unidades médicas donde se les atiende.

El Programa cuenta con una estrategia de cobertura que detalla el alcance geográfico, siendo este de carácter nacional y enfocado en aquellas áreas poblacionales donde se genera la necesidad de un Servicio de Seguridad Médica y Social, para así llevar a cabo las acciones pertinentes que se detallan en la estrategia.

El Programa está debidamente Reglamentado para su Operatividad, a través del Reglamento del Servicio Médico Siglo XXI; se cuenta a la vez con el Manual de Afiliación, encargado de detallar los procedimientos para el ejercicio del Programa.

Las ayudas que se entregan por concepto de atención médica cumplen con los procedimientos para la recepción, registro y trámite establecidos por la documentación y normatividad aplicable. Se cuenta con un padrón de beneficiarios, administrado y actualizado en relación a la información que recibe por los Módulos de Orientación y Afiliación y se encuentra normado y regulado. Existen mecanismos para el conocimiento a la percepción de los beneficiarios, consistentes en encuestas de satisfacción.





INTRODUCCIÓN

Seguro Médico Siglo XXI, inicio operación en 2006; realiza un “conjunto de acciones institucionales destinadas a proporcionar el acceso a la atención médica de manera efectiva a la población abierta, específicamente niños mexicanos de entre cero a cinco años de edad que no sean derechohabientes de la seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud y se resguarde el patrimonio de las familias contra gastos de salud. De esta forma se garantiza que toda la población cuente con un medio de protección social que les brinde la atención médica adecuada” buscando “contribuir a la disminución del índice de mortalidad en todos los grupos de edad de la población mediante la afiliación a los servicios de salud”¹.

Por otra parte, y con base en lo establecido en los Términos de Referencia para la Evaluación Especifica del Desempeño (TdR1), el Objetivo General de la evaluación se define: “Valorar el avance del cumplimiento de objetivos y metas Programadas, que permita retroalimentar la operación y la gestión del mismo, de manera que se cuente con información que contribuya a mejorar la toma de decisiones y uso eficiente y eficaz de los recursos.”

Mientras, que como Objetivos Específicos se enlistan los siguientes:

- I. Reportar los resultados de la gestión mediante un análisis de los indicadores de desempeño;
- II. Analizar el avance de las metas de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2015, respecto de años anteriores a su relación con el avance en las metas establecidas;
- III. Analizar la evolución de la cobertura y el presupuesto;
- IV. Analizar los hallazgos relevantes derivados de la evolución;
- V. Identificar las principales fortalezas y debilidades para emitir recomendaciones pertinentes; e
- IV. Identificar los principales Aspectos Susceptibles de Mejora. (ASM).

Finalmente se hace del conocimiento, el empleo de la metodología “Análisis de Gabinete” para el desarrollo de la presente evaluación; descrita como “el conjunto de actividades que involucra el acopio, la organización, la sistematización y la valoración de información contenida en registros administrativos,

¹ Información obtenida del Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2015, proporcionado por el Ente Público.



bases de datos, evaluaciones, documentos oficiales, documentos normativos y sistemas de información; valorando, los aspectos normativos, el marco contextual en el que se desarrolla el Programa y la información recabada en el trabajo de campo en caso de haberse realizado².

² Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño 2015.





TEMA I. DATOS GENERALES

A. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

1. Descripción del Programa

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

i. Identificación del Programa³

- a. Nombre y Clave: Seguro Médico Siglo XXI 5960215/E10201
- b. Siglas: SMSXXI
- c. Dependencia y/o entidad responsable: Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chihuahua.
- d. Área Responsable: Régimen Estatal de Protección Social en Salud
- e. Año de inicio de operación: 2006
- f. Fuente de Financiamiento: Recurso de Origen Federal

ii. Definición del Programa⁴

Con base en el Formato SH-PRG1 Definición del Programa – Planteamiento del Problema, define al Programa como: “Conjunto de acciones institucionales destinadas a proporcionar el acceso a la atención médica de manera efectiva a la población abierta, específicamente niños mexicanos de entre cero a cinco años de edad que no sean derechohabientes de la seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud y se resguarde el patrimonio de las familias contra gastos de salud. De esta forma se garantiza que toda la población cuente con un medio de protección social que les brinde la atención médica adecuada”.

³ Información obtenida del Anexo 1. Documento Formalizado con los datos generales del Programa evaluado, proporcionado por el Ente Público.

⁴ Información obtenida del Formato SH-PRG1 Definición del Programa – Planteamiento del Problema, proporcionado por el Ente Público.



iii. Objetivo a nivel de Fin del Programa⁵

El Fin del Programa se detalla en su Resumen Narrativo como: “Contribuir a la disminución del índice de mortalidad en todos los grupos de edad de la población mediante la afiliación a los servicios de salud”.

⁵ Información obtenida del Formato SH-PRG5 Diseño Inverso de la Matriz de Marco Lógico, proporcionado por el Ente Público.





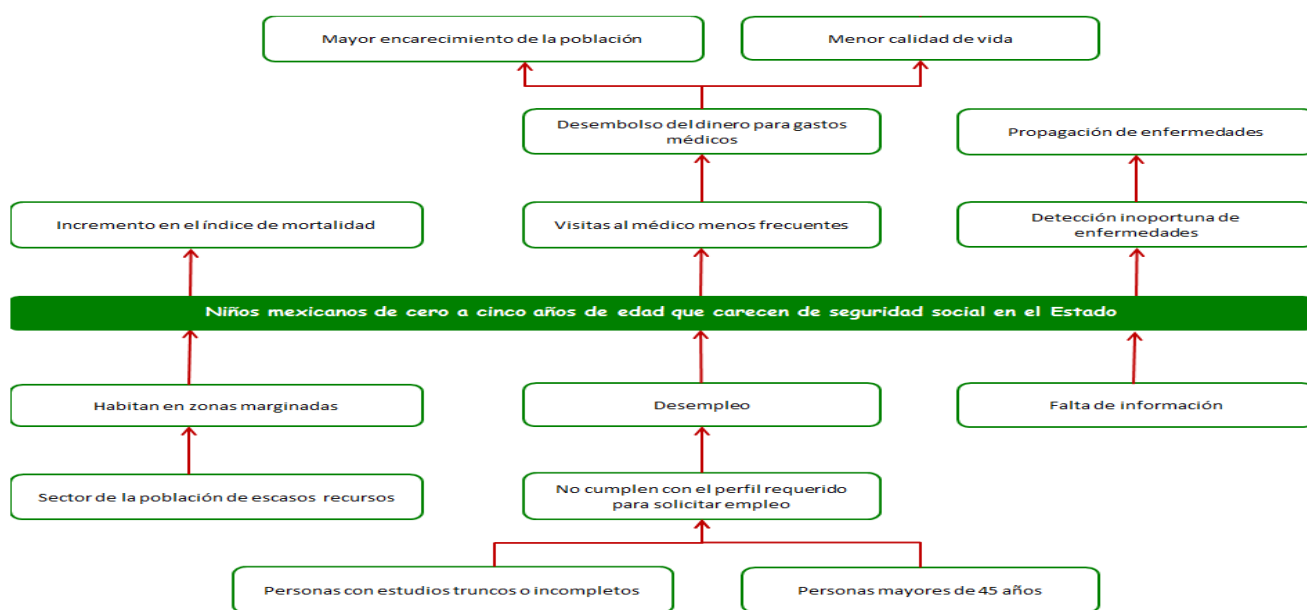
2. ¿Cuál es el problema que intenta resolver el Programa a través de los bienes y servicios que se brindan?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Problema a tratar se define como: “Niños mexicanos de cero a cinco años de edad que carecen de seguridad social en el Estado”⁶. A ese respecto el problema no se plantea conforme lo establece la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, toda vez que esta indica “el problema es la respuesta a una pregunta analítica. La respuesta resume la situación problemática de forma clara y breve; se formula como un hecho negativo o como una situación que debe ser revertida”⁷. Por lo que no puede ser la ausencia de un servicio o de un bien; es decir no se debe confundir el problema con la falta de una solución⁸.



⁶ Información obtenida del Formato SH-PRG3 Árbol del Problema, proporcionado por el Ente Público.

⁷ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, S.F.

⁸ CONEVAL, Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados, 2013.



Del Árbol del Problema que se expone, se deriva lo siguiente⁹:

Las causas que dan lugar al Problema en cuestión, son la situación social y económica de personas con estudios incompletos, de edad avanzada (mayores de 45 años, de acuerdo al Formato SH-PRG3 Árbol del Problema) o bien que están fuera de los requisitos para solicitar un empleo, que al carecer de uno, también se ven imposibilitados para acceder a un Servicio Médico. Lo que resume las causas en lo general al Desempleo, la Escasez de Recursos y se agrega la Falta de Información por parte de los sectores afectados.

Los efectos que se producen son: el incremento del índice de mortalidad; detección inoportuna de enfermedades, implicando la propagación de las mismas; y visitas menos frecuentes con un médico, teniendo como efectos secundarios el desembolso del dinero para gastos médicos, el encarecimiento de la población y un decremento en la calidad de vida de la población.

⁹ *Ibidem*.





3. ¿Cuál es el propósito del Programa?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Programa tiene como Propósito: “Las niñas y niños sin derechohabiencia a la seguridad social son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI”¹⁰, y este describe un cambio directo en sentido positivo sobre la Población Objetivo, al ver estas mejoras en su condición de vida y acercamiento a la atención médica oportuna y de calidad. Siendo esto generado por el uso de los bienes y servicios generados para el Programa.

La redacción del Propósito hace referencia al sujeto “niñas y niños sin derechohabiencia” (población y área de enfoque), emplea el uso del verbo en presente “son”, así como presenta un complemento consistente en afiliarse a un Servicio de Protección Social a niñas y niños que no gocen de uno.

¹⁰ Información obtenida del Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.



4. ¿El indicador a nivel propósito permite medir lo determinado en el Resumen Narrativo?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

El indicador referenciado para el Propósito del Programa consiste en el “Porcentaje de niñas y niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI”, obtenido de la comparación entre aquellas niñas y niños afiliados y los programados para afiliarse, lo que permite obtener lo establecido por el Resumen Narrativo¹¹.

En el Reporte PRBRREP102 Seguimiento de Metas de Indicadores Cierre Anual 2015¹² el Propósito del Programa no presenta indicador, ni establece las metas a alcanzar; tampoco se reportó sobre las metas logradas, únicamente el Resumen Narrativo.

Para analizar la congruencia del indicador del propósito con el Resumen Narrativo se anexan las siguientes Tablas de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), Manual 42 de la CEPAL (p.85) “Evaluación de la Columna de Indicadores”¹³:

| Condiciones | Sí | No | No aplica |
|---|----|----|-----------|
| El indicador de Propósito no es un resumen de los Componentes, sino una medida del resultado de tener los Componentes en operación. | X | | |
| El indicador de Propósito mide lo que es importante. | X | | |
| Todos los indicadores estén especificados en términos de cantidad, calidad y tiempo. | X | | |
| Los indicadores para cada nivel de objetivo son diferentes a los | X | | |

¹¹ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

¹² Información obtenida del Reporte PRBRREP102 Seguimiento de Metas de Indicadores Cierre Anual 2015, proporcionado por el Ente Público.

¹³ Información obtenida del Manual 42 de la CEPAL, “Metodología de Marco Lógico”, 2005.



5. En caso de Programas con gasto federalizado, ¿existe una congruencia lógica entre la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) Federal con la Matriz de Indicadores para Resultados estatal del Programa o Programas interrelacionados?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

La Matriz de Indicadores para Resultados Estatal y Federal 2015, contienen los siguientes indicadores, los cuales se comparan en busca de la congruencia lógica¹⁴:

Fin MIR Estatal: “Contribuir a la disminución del índice de mortalidad en todos los grupos de edad de la población mediante la afiliación a los servicios de salud”.

Fin MIR Federal: “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin acceso a la seguridad social”.

- **Congruencia:** Existente. Ambos fines buscan mediante los servicios de salud alcanzar una mayor calidad en los servicios médicos y reducir los índices de mortalidad.

Propósito MIR Estatal: “Las niñas y niños sin derechohabencia a la seguridad social son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI”.

Propósito MIR Federal: “La población afiliada menor de cinco años de edad, cuenta con un esquema de aseguramiento en salud con cobertura amplia, sin desembolso en el momento de la atención”.

- **Congruencia:** Existente. Se hace hincapié en que las acciones tomadas corresponden sobre la Población Objetivo, definida como aquellas niñas y niños menores de cinco años sin una seguridad médica serán afiliados al SMSXXI. A nivel federal se hace entrega de un servicio entregado siendo

¹⁴ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, así como de la MIR Federal, proporcionados por el Ente Público.



este el aseguramiento gratuito, al momento de la atención.

Componente 01 MIR Estatal: “Financiamiento a los organismos públicos descentralizados de salud por la atención en unidades médicas otorgado”

Componente 02 MIR Estatal: “Financiamiento por beneficiario al Seguro Médico Siglo XXI otorgado”.

Componente MIR Federal: “A Acceso a una red de prestadores de servicios con cobertura nacional previstas en la línea de vida durante el primer año de edad otorgados a los niños menores de cinco años de edad afiliados a los servicios de salud financiados por la cápita adicional”.

El Componente C02 de la MIR Estatal guarda cierta relación con el Componente Federal, en relación “a los servicios de salud financiados per cápita adicional”, toda vez que el Componente Estatal referido va en el sentido del financiamiento que brinda el SMSXXI por beneficiario.



6. ¿Cuáles son los Componentes (bienes y servicios) que brinda el Programa para resolver el problema y cumplir con el Propósito?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Programa cuenta con los Componentes y Actividades siguientes¹⁵:

Componente C01: Financiamiento a los organismos públicos descentralizados de salud por la atención en unidades médicas otorgado.

Supuesto: Vigencia del Programa.

Componente C02: Financiamiento por beneficiario al Seguro Médico Siglo XXI otorgado.

Supuesto: Existencia de interés por parte de las personas a afiliarse.

Actividad C0101: Revisión de casos y/o intervenciones con cargo al Seguro Médico Siglo XXI.

Supuesto: Existencia de casos.

Actividad C0102: Revisión de expedientes presentados por las unidades medicas

Supuesto: Existencia de casos.

Actividad C0103: Pago a los Organismos Públicos Descentralizados de los casos validados.

Supuesto: Existencia de casos.

Actividad C0201: Verificación de la documentación de personas a ser afiliados por el Seguro Médico Siglo XXI.

Supuesto: (No presenta).

¹⁵ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.



Actividad C0202: Registro en el padrón de beneficiarios.

Supuesto: Existencia de interés por parte de las personas por afiliarse.

Los Componentes y Actividades se encuentran dentro de los límites de dos y máximo seis componentes, así como al menos dos y máximo tres actividades por componente, establecidos por los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal 2015, en sus artículos 58 y 59.

Para analizar la lógica vertical y horizontal, se anexan las siguientes Tablas contenidas en la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público¹⁶:

Para lógica vertical:

| Revisión de la lógica vertical | |
|---|------------------|
| Preguntas | Respuesta |
| ¿Las actividades detalladas son las necesarias y suficientes para producir o entregar cada componente? | Sí |
| ¿Los componentes son los necesarios y suficientes para lograr el propósito del programa? | No |
| ¿El propósito es único y representa un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo? | Sí |
| ¿Es razonable esperar que el logro del propósito implique una contribución significativa al logro del fin? | Sí |
| ¿El fin está claramente vinculado a algún objetivo estratégico de la institución que opera el programa? | Sí |

| Preguntas | Respuesta |
|--|------------------|
| ¿Los supuestos de sustentabilidad en el fin representan situaciones externas al ámbito del control del programa? | No |

¹⁶ Información obtenida de las Tablas contenidas en la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, desprendidas del siguiente Portal de Internet: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/Guia%20MIR.pdf>



| | |
|--|----|
| ¿Los supuestos en los componentes representan situaciones externas al ámbito de control del programa? | Sí |
| ¿Los supuestos en las actividades representan situaciones externas al ámbito de control del programa? | Sí |
| ¿Existe duplicidad entre los cuatro niveles de objetivos (mismo objetivo en dos niveles con distintas palabras)? | No |

- En cuanto a la lógica vertical, que se busca a modo de contribuir, al cumplimiento del Programa, se advierte que se alcanza, en razón de la estructura de sus Actividades que son necesarias para alcanzar los Componentes, más se advierte que los supuestos, son necesarios para concretar la lógica, toda vez que se carece en la Actividad C0201 de uno. De acuerdo con el Manual No. 42 de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) sobre la “Metodología del Marco Lógico”, se establece que *“la lógica vertical del proyecto, considerando los supuestos, es la siguiente: Si se completan las Actividades programadas y se cumplen los supuestos asociados a estas, se logrará producir los Componentes; si se producen los Componentes detallados en la MML y se cumplen los supuestos asociados a estos, se logrará el Propósito del proyecto; si se logra el Propósito del proyecto y se cumplen los supuestos asociados a éste, se contribuirá al logro del Fin; si se contribuyó al logro del Fin y se mantienen vigentes los supuestos asociados a este, se garantizará la sustentabilidad de los beneficios del proyecto”*¹⁷. Igualmente el Manual referido puntualiza que *“a nivel de las Actividades, los supuestos corresponderán a acontecimientos, condiciones o decisiones que tienen que suceder para que sea posible completar los Componentes según lo planificado”*¹⁸.

¹⁷ Manual N° 42 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la “Metodología de Marco Lógico”, 2005.

¹⁸ *Ibíd.*



Para lógica horizontal:

| Revisión de la lógica horizontal | |
|--|------------------|
| Preguntas | Respuesta |
| ¿Los indicadores en el fin permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro del fin? | Sí |
| ¿Los indicadores en el propósito permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro del propósito? | Sí |
| ¿Los indicadores en los componentes permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada uno de los componentes? | Sí |
| ¿Los indicadores en las actividades permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada una de las actividades? | Sí |

| Preguntas | Respuesta |
|---|------------------|
| ¿Los medios de verificación identificados para los indicadores de fin son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)? | No |
| ¿Los medios de verificación identificados para los indicadores de propósito son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)? | No |
| ¿Los medios de verificación identificados para los indicadores de componentes son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)? | No |
| ¿Los medios de verificación identificados para los indicadores de actividades son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)? | No |

- Los medios de verificación para los cuatro niveles de la Matriz de Indicadores para Resultados, no son suficientes ni necesarios para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa, toda vez que se presentan portales de internet genéricos. Solamente para las Actividades AC0201 y AC0202 se establece como medio de verificación el “Padrón de



Beneficiarios”, sin embargo, de éste no se presenta evidencia o portal de internet donde pueda ser consultado. A ese respecto la Guía de la SHCP indica que los medios mencionados: “son las fuentes de información que se pueden utilizar para verificar el logro de los objetivo a través del cálculo de los indicadores. Pueden incluir estadísticas, material publicado, inspección, encuestas, informes de auditoría, registros contables. Deben proporcionar la información necesaria para que cualquier persona pueda tener acceso a los datos”.

En virtud de lo anterior, el Programa presenta congruencia en la lógica vertical, más no en la horizontal, toda vez que los medios de verificación no permiten conocer los resultados del cálculo de los indicadores, siendo incongruente así, con la Guía de la SHCP.





B. ALINEACIÓN DEL PROGRAMA A PLANES Y PROGRAMAS

7. ¿Cuál es la alineación del Programa al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Programa Seguro Médico Siglo XXI se alinea al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el Eje N2 “México Incluyente”, en el Tema 03 y Subtema 00 “Salud”; dentro del Objetivo 001 Asegurar el acceso a los servicios de salud, dentro de sus alienaciones, que contienen las Estrategias y Líneas de Acción correspondientes a¹⁹:

Línea de Acción 001: “Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud”.

Estrategia 002: “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”.

Prioridad 1.

Línea de Acción 005: “Contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud”.

Estrategia 001: “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”.

Prioridad 2.

Línea de Acción 001: “Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral”.

Prioridad 3.

Se prioriza adecuadamente, toda vez que la alienación marcada como 1 permite dar lugar a las demás.

¹⁹ Información obtenida del Reporte PRBRREA501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades, así como del Reporte PRBRREP510 Alineaciones de los Programas Presupuestarios a Planes y Programas 2015, proporcionado por el Ente Público.



Asimismo, existe congruencia el Fin del Programa, consistente en “Contribuir a la disminución del índice de mortalidad en todos los grupos de edad de la población mediante la afiliación a los servicios de salud”²⁰, y el Propósito, establecido como “Las niñas y niños sin derechohabiencia a la seguridad social son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI”²¹, toda vez que con esto se busca garantizar el acceso a la seguridad médica de calidad.

En sintonía con las alineaciones de prioridad 2 y 3 se encuentra el Seguro Médico Siglo XXI, al ser un Programa que acerca el alcance de los Servicios de Salud en toda la Nación para aquellos que por su condición social, laboral y económica se encuentran en limitadas posibilidades de percibir de estos servicios²².

Adicionalmente de las priorizaciones ya referidas, las alineaciones se encuentran debidamente autorizadas²³.

²⁰ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

²¹ *Ibídem*.

²² *Ídem*, Reporte PRBRREA501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades.

²³ *Ibídem*.



8. ¿Cuál es la alineación del Programa al Plan Estatal de Desarrollo?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Programa al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016, en el Eje E1 “Desarrollo Humana y Calidad de Vida”; Tema 02 y Subtema 01 “Salud”, desprende tres alineaciones, con sus respectivas priorizaciones, de las cuales se carece de alineación que alcance el Nivel de Línea de Acción, como se muestra a continuación²⁴:

Objetivo 008: “Impulsar una estrategia efectiva de financiamiento de los proyectos del Sector Salud”.

Prioridad 1.

Objetivo 001: “Brindar atención médica de calidad a los diferentes grupos de edades de la población mediante una serie de programas de salud eficientes y efectivos”.

Prioridad 2.

Objetivo 002: “Ofrecer un servicio de salud que se destaque por su nivel de atención médica y humana, y se caracterice por su calidad, seguridad y calidez”.

Prioridad 3.

El Programa no se encuentra alineado a Nivel de Línea de Acción del PED. El Fin y Propósito del Programa son congruentes en lo general, con la alineación establecida como Prioridad 1, con respecto al enfoque que se tiene en el financiamiento de los Proyectos del Sector Salud de los que emana el Programa y por consiguiente los rubros referidos del mismo²⁵; asimismo se incumple con los Lineamientos para el Ciclo Presupuestario 2015, toda vez que el Artículo 31 refiere a que los Componentes y Actividades de cada

²⁴ Información obtenida del Reporte PRBRREA501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades, así como del Reporte PRBRREP510 Alineaciones de los Programas Presupuestarios a Planes y Programas 2015, proporcionado por el Ente Público.

²⁵ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.



Programa Presupuestario deberán estar alineados al PED.

Los objetivos que se detallan, contenidos dentro del Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016, son congruentes con los Componentes y las Actividades del Programa.

Las alineaciones se encuentran autorizadas.



9. En caso de aplicar, ¿cuál es la alineación del Programa al Programa Sectorial, Estatal y/o Institucional?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Programa Sectorial de Salud 2011-2016, dentro del Tema 00 y Subtema 00: “Programa Sectorial de Salud”, plantea igualmente tres alienaciones, las cuales no se efectuaron a nivel de Línea de Acción; A continuación se plasman con sus objetivos y sus respectivas priorizaciones²⁶:

Objetivo 08: Impulsar una estrategia efectiva de financiamiento de los proyectores del Sector Salud.

Prioridad 1.

Objetivo 01: “Brindar atención médica de calidad a los diferentes grupos de edad de la población mediante una serie de programas de salud eficientes y efectivos”.

Prioridad 2.

Objetivo 02: “Ofrecer un servicio de salud que destaque por su nivel de atención médica y humana y se caracterice por su calidad, seguridad y calidez”.

Prioridad 3.

El Programa no se encuentra alineado a Nivel de Línea de Acción del Programa Sectorial de Salud. El Fin y Propósito del Programa son congruentes en lo general, con la alineación establecida como Prioridad 1, con respecto al enfoque que se tiene en el financiamiento de los Proyectos del Sector Salud de los que emana el Programa y por consiguiente los rubros referidos del mismo²⁷; asimismo se incumple con los Lineamientos para el Ciclo Presupuestario 2015, toda vez que el Artículo 31 refiere a que los Componentes

²⁶ Información obtenida del Reporte PRBRREA501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades, así como del Reporte PRBRREP510 Alineaciones de los Programas Presupuestarios a Planes y Programas 2015, proporcionado por el Ente Público.

²⁷ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.



y Actividades de cada Programa Presupuestario deberán estar alineados al Programa Sectorial. El total de las alineaciones están autorizadas²⁸.

²⁸ Ibidem.





C. ANÁLISIS DE COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS

10. Analizar las complementariedades o coincidencias del Programa con otros Programas federales o estatales.

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Seguro Médico Siglo XXI presenta complementariedad con el Programa Seguro Popular, principalmente derivadas del enfoque en materia de Salud Pública que ambos programas manejan, así como la correlación y la coordinación interinstitucional de ambos programas.

El Seguro Popular tiene como definición: el conjunto de acciones institucionales destinadas a proporcionar el acceso a la atención médica de manera efectivo a mujeres y hombres sin derechohabiencia a alguna seguridad social de manera que se satisfagan sus necesidades de salud y se resguarde el patrimonio de las familias contra gastos de salud²⁹; la definición del SMSXXI es similar con diferencia de la generalidad que en la población objetivo que maneja el Seguro Popular, que es de alcance universal en relación a la edad de los afiliados, siendo que el Seguro Médico Siglo XXI se focaliza únicamente sobre menores de cinco años en los mismos supuestos³⁰.

El Seguro Popular se compone de los siguientes indicadores³¹:

Fin: “Contribuir a la disminución del índice de mortalidad en todos los grupos de edad de la población mediante la afiliación a los servicios de salud”.

Similar al SMSXXI en: La redacción es igual en ambos Programas.

²⁹ Información obtenida del SH-ASM2 Matriz de Indicadores para Resultados 2015 del Seguro Popular, proporcionado por el Ente Público.

³⁰ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

³¹ Ídem, SH-ASM2 Matriz de Indicadores para Resultados 2015 del Seguro Popular, Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales



Propósito: “Mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud”.

Coincidente al SMSXXI en: “Las niñas y niños sin derechohabencia son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI, lo que también deriva en la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud”.

Componentes:

C01: “Mujeres y hombres que cuentan con una póliza de seguro vencida son reafiliados”.

C02: “Atenciones médicas de 2° nivel entregadas a la población afiliada”.

Diferentes al SMSXXI en: No hay coincidencias en los componentes toda vez que los propios del Seguro Médico Siglo XXI únicamente refieren al financiamiento del Programa y de Organismos Públicos Descentralizados de Salud.

Actividades:

C0101: “Personas reafiliadas en zonas urbanas mediante brigadas”.

C0102: “Personas reafiliadas en zonas rurales mediante brigadas”.

C0201: “Consultas médicas brindadas”.

C0202: “Hospitalizaciones brindadas”.

C0203: “Cirugías brindadas”.

C0204: “Urgencias médicas atendidas”.

Diferentes al SMSXXI en: no existen coincidencias directas.

En el caso de los componentes y actividades del SMSXXI, estos presentan complementariedades con los del Seguro Popular, atienden Poblaciones Objetivo similares en relación a quienes las constituyen, más no son iguales en su redacción y alcance³².

Población Objetivo Seguro Popular: 1,399,997 Mujeres y Hombres Afiliados.

³² Ídem, SH-ASM2 Matriz de Indicadores para Resultados 2015 del Seguro Popular, Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales.



Población Objetivo SMSXXI: 131,791 Niñas y Niños Afiliados.

Para más información se debe consultar el Anexo 1.

Por lo tanto, se concluye que los Programas Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, son complementarios ya que atienden a la misma población pero los apoyos son diferentes y por lo tanto, pueden ser complementarios.





D. FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

11. ¿La población potencial y la población objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema? Asimismo, llenar la siguiente tabla:

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

- i. **Unidad de Medida:** Niñas y Niños menores de cinco años³³.
- ii. **Cuantificación de la Población Potencial y la Población Objetivo:** Cuantificación en la Tabla 1.
- iii. **Metodología para su cuantificación:** No se encontró evidencia de que exista una metodología para la cuantificación de las poblaciones del Programa evaluado.

Tabla 1. Definición y cuantificación de las poblaciones del Programa

| Concepto | Definición de la Población (descripción de características y unidad de medida) | Hombres (cantidad) | Mujeres (cantidad) | Total |
|-----------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Población Potencial 2015 | Aquellas niñas y niños que podrían ser atendidos por el Programa. | 66,879 Niños | 125,276 Niñas | 192,155 Niñas y Niños |
| Población Objetivo 2015 | Aquellas niñas y niños que fueron atendidos por el Programa. | 66,879 Niños | 64,912 Niñas | 131,791 Niñas y Niños |

³³ Información obtenida del Formato SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, proporcionado por el Ente Público.



TEMA II. OPERACIÓN, RESULTADOS Y PRODUCTOS

A. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

12. ¿El Programa cuenta con Reglas de Operación o manual de procedimientos de los procesos principales para la administración y operación del Programa establecidos formalmente?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

Se cuenta con Reglas de Operación del Seguro Médico Siglo XXI, emitido el 28 de diciembre de 2014 por Decreto Federal, del cual se desprenden los siguientes procesos³⁴:

- Requisitos de afiliación:

“El titular de la familia, solicitará voluntariamente la afiliación del menor, y b) Entregar en el MAO (Modulo de Afiliación y Orientación) al momento de su afiliación, copia de la CURP o en caso de no contar con la misma, podrá presentar copia certificada del Acta de Nacimiento o, del Certificado de Nacimiento expedido conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Para el caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO procederá a llevar a cabo una afiliación temporal, a fin de que el titular o representante de la familia entregue el documento faltante en un plazo no mayor de 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación. En caso de presentar únicamente el Certificado de Nacimiento, se podrá afiliar de manera provisional al menor por 365 días naturales, plazo en el cual se deberá entregar el acta de nacimiento o CURP respectiva. El personal del MAO emitirá la póliza de afiliación la que iniciará su vigencia el mismo día de la afiliación o incidencia, sin perjuicio de que se trate de una afiliación

³⁴ Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionadas por el Ente Público.



nueva o de la incorporación de un menor de cinco años de edad en familias ya afiliadas al SPSS”.

- Mecánica de operación:

5. El Programa Seguro Médico Siglo XXI, no se contrapone, afecta o presenta duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo. Los recursos y las acciones destinadas a solventar los efectos ocasionados por desastres naturales, deberán apegarse a lo que, en el ejercicio de sus atribuciones, determinen la Secretaría de Gobernación y la SHCP, en sus ámbitos de competencia.

Operación del SMSXXI:

5.2 Para lograr la adecuada operación del SMSXXI y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los SESA no cuentan con unidades médicas instaladas, la CNPSS y/o las entidades federativas podrán suscribir convenios con el IMSS, tanto en su régimen obligatorio como con el IMSSPROSPERA, con el ISSSTE, y con otras instituciones públicas proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud. En casos justificados por ausencia de algún otro proveedor público del Sistema Nacional de Salud o por problemas de capacidad de atención, también se podrán suscribir convenios con prestadores de índole privado; en este último caso la solicitud deberá ser a través de los SESA al REPSS, quien hará las gestiones ante la CNPSS.

- Beneficios:

“Los menores beneficiarios del SMSXXI recibirán servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles, a partir del día de su afiliación al SPSS y durante la vigencia de sus derechos sin ningún desembolso por el servicio, mediante un paquete de acciones integrado de la siguiente manera:

Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;

Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;

Atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a beneficiarios del SMSXXI, en el segundo y tercer niveles de atención”.



Considerando que los menores beneficiarios del SMSXXI también están afiliados al SPSS, tendrán, en adición a lo señalado en los incisos anteriores, derecho a:

Las intervenciones correspondientes al primer y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS, descritas en el Anexo 3, así como los medicamentos asociados; y

Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a niños, descritas en el Anexo 4, así como a los medicamentos asociados.

Los recién nacidos conforme a lo definido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, o la que en su caso, le sustituya, recibirán los servicios en las condiciones antes mencionadas a partir del día de su nacimiento”.

▪ Derechos y Obligaciones de los Afiliados:

El Reglamento establece bajo que deberes se conducirán los afiliados, así como que prestaciones podrán exigir del Servicio de Seguridad Social materia del Programa.

Se encontró además en la fuente de información correspondiente al Manual de Procedimientos, que para dicho documento, como se menciona en el oficio, se inició con las gestiones pertinentes para su elaboración y validación, sin embargo “no se implementó para su operatividad debido a que para el ejercicio fiscal 2015 aún estaban realizando los ajustes y modificaciones requeridos por la Secretaría de la Contraloría”, como a la letra dice el documento en mención.



13. Describir el proceso que indique el flujo de los recursos financieros.

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establece las metas de afiliación para el año en curso y posteriormente calcula el Techo Presupuestal con el que va a trabajar, que deberá transferir por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal recursos líquidos y en especie³⁵.

Posteriormente el Departamento de Administración de Fondos y Presupuesto con la aprobación de la Subdirección de Administración y Financiamiento establece las variables y los porcentajes que se asignarán a cada una; para la distribución del recurso por concepto de Cuota Social y Aportación Federal.

Una vez designadas las variables, se giran oficios a los Organismos Públicos Descentralizados para recursos que percibieron por concepto de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del SMSXXI, estos deberán ir sustentados por los estados de cuenta bancarios que amparen los ingresos. Se procede entonces a retirar el porcentaje correspondiente al manejo del REPSS de la totalidad del Techo Presupuestal.

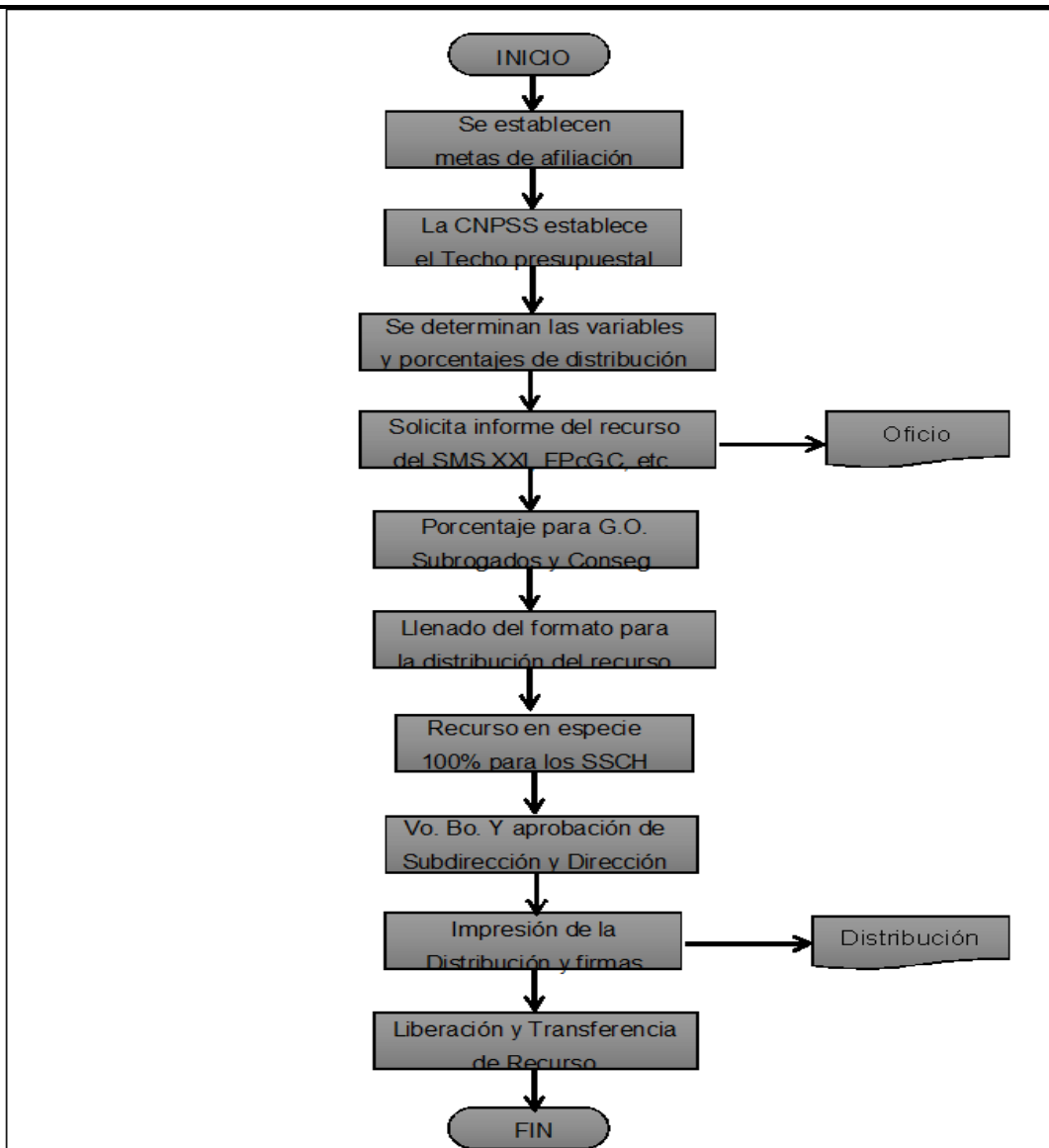
La distribución del recurso en especie se dirige en su totalidad a los SSCH, ya que este organismo es el que maneja Prevención y Promoción. Hecho esto se presenta la distribución realizada a la Subdirección de Administración y Financiamiento del REPSS y posteriormente a la Dirección General para la aprobación de ambas instancias.

La propuesta se plasmará en tres hojas opalina a color, para que incluya la firma del Secretario de Salud y el Director General del REPSS y una vez firmadas las correspondientes el Departamento de Administración de Fondos y Presupuesto se encarga de la liberación del recurso al Sistema de Protección Social en Salud, para la atención de los Afiliados al Seguro Popular y posteriores Programas correlacionados.

³⁵ Información obtenida de la Documentación interna formalizada que describa la situación financiera o registros contables del Programa, proporcionada por el Ente Público.



La fuente de información número 36, “Entrega – Recepción de Recursos se presenta el Diagrama de Flujo de la Distribución del Recurso, que se ha descrito y se expone a continuación:



Asimismo se expone el siguiente diagrama de flujo donde se expone la transferencia del Recurso Liquido.



14. ¿Existe congruencia entre las ROP y/o normatividad aplicable respecto a cómo se realizan las actividades o procesos para generar los componentes que integran el Programa?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

Los Componentes del Programa tienen establecido dentro de sus indicadores el financiamiento del Seguro Médico Siglo XXI, así como a los Organismos Descentralizados de Salud³⁶, lo que es congruente a las Normas que se aplican al Programa vinculadas al manejo y circulación de los fondos federales recibidos, como son el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015 y el Reglamento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud³⁷.

Las Actividades por su parte atienden más al fondo de los casos atendidos por las unidades médicas, la documentación correspondientes y el registro de beneficiarios, por lo que se compaginan con el Manual de Afiliación y Operación; con las Reglas de Operación del Seguro Médico Siglo XXI³⁸; la Ley General de Salud; y las demás disposiciones de carácter reglamentario o Legislaciones locales que se incluyen en la Normatividad Aplicable al Programa³⁹.

El Manual, las Reglas de Operación, la Legislación Local y Federal en materia de administración y salud, son ejecutados por las instancias del Programa, que van desde las Unidades Médicas hasta las los Entes Públicos correspondientes a la Secretaria de Salud Estatal, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Secretaria de Salud Federal⁴⁰.

³⁶ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

³⁷ Información obtenida de la Normatividad Aplicable al Programa, proporcionado por el Ente Público.

³⁸ Información obtenida del Manual de Procedimientos Inherente al Programa, proporcionado por el Ente Público.

³⁹ Ídem, Normatividad Aplicable al Programa.

⁴⁰ Íbidem.



Las Reglas de Operación fueron publicadas el 28 de diciembre de 2014 en el Diario Oficial de la Federación⁴¹.

Con respecto al proceso general de generación de los componentes, no se establece dentro de las Reglas y Manuales de Operación⁴², así como tampoco se estipulan dentro del Documento metodológico formalizado que describa como se generan los componentes y las actividades que integran el Programa, ya que dichas reglas son de origen federal; documento en el cual el Ente Público colocó la descripción que exponga ampliamente el proceso mediante el cual se llegó a la fabricación de los Componentes y las Actividades que conforman el Programa para alcanzar el Propósito y el Fin que se tiene, respondiendo únicamente que se “requiere de medios materiales, no materiales y servicios necesarios para ejecutar las actividades, las cuales son tareas ejecutadas como parte integrante del proyecto para producir resultados, y de aquí se derivan los componentes”⁴³, siendo esto insuficiente para conocer el proceso general de generación de los componentes.

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² Información obtenida de las Reglas Operativas del Programa, así como del Manual de Procedimientos Inherente al Programa, proporcionados por el Ente Público.

⁴³ Información obtenida del Documento metodológico formalizado que describa como se generan los componentes y las actividades que integran el Programa, proporcionado por el Ente Público.



15. ¿Existe congruencia entre los componentes del Programa y la normatividad aplicable?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

Justificación:

Los Componentes se relacionan con la siguiente normatividad aplicable:

Componente C01: Financiamiento a los organismos públicos descentralizados de salud por la atención en unidades médicas otorgado.

Componente C02: Financiamiento por beneficiario al Seguro Médico Siglo XXI otorgado⁴⁴.

Normatividad Aplicable⁴⁵:

Reglas de Operación:

Se desprende la Introducción lo siguiente: “El objetivo del SMSXXI y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años es asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación esté más capacitada, preparada y activa”.

Dentro de los Objetivos del Programa:

“3. Objetivos.

3.1. Objetivo general. Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos

⁴⁴ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

⁴⁵ Información obtenida de la Normatividad Aplicable al Programa, proporcionado por el Ente Público.



de salud.

3.2. Objetivo específico. Otorgar el financiamiento para que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva, complementaria a la contenida en el CAUSES y el FPGC”.

De esto se obtiene la congruencia entre las Reglas de Operación y los Componentes del Programa.





B. ENTREGA DE BIENES Y/O SERVICIOS A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

16. ¿La selección de beneficiarios cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en las ROP y/o en la normatividad aplicable?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

La selección de beneficiarios primeramente filtra lo establecido por el indicador del Propósito del Programa con relación a su Población Objetivo⁴⁶, definiéndose esto como aquellas Niñas y Niños con una edad entre los cero y los cinco años que se encuentran afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. Partiendo de ahí, se va a tomar en cuenta la “afiliación” o el “afiliar” a los menores encuadrados dentro del supuesto mencionado, como selección de beneficiarios. Bajo esta premisa es que las Reglas de Operación del Programa presenta una serie de disposiciones y pasos a los que se hace mención y se les describe a continuación⁴⁷:

En el punto 4.3. Se entablan “criterios de elegibilidad” de los cuales se designan el ser residente en el territorio nacional, estar dentro de la edad mencionada y carecer de algún tipo de seguridad social; en el punto 4.4. Se plasman los “requisitos de afiliación”, descritos con posterioridad en la evaluación y a grandes rasgos, estos señalan el deber del titular de la familia de solicitar voluntariamente la afiliación del menor ante el Modulo de Afiliación y Orientación, presentando documentación del menor consistente en: Copia de la CURP o bien Copia Certificada del Acta de Nacimiento o, del Certificado de Nacimiento. Estos punto a la letra dicen:

“4.3. Criterios de elegibilidad. Para ser elegibles como beneficiarios del SMSXXI, los niños, deberán:

- a) Ser residentes en el territorio nacional;
- b) Ser menor de cinco años de edad, y

⁴⁶ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

⁴⁷ Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionadas por el Ente Público.



c) No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

4.4. Requisitos de afiliación. Requisitos de afiliación: a) El titular de la familia, solicitará voluntariamente la afiliación del menor, y b) Entregar en el MAO al momento de su afiliación, copia de la CURP o en caso de no contar con la misma, podrá presentar copia certificada del Acta de Nacimiento o, del Certificado de Nacimiento expedido conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Para el caso de no proporcionar alguno de estos documentos, el MAO procederá a llevar a cabo una afiliación temporal, a fin de que el titular o representante de la familia entregue el documento faltante en un plazo no mayor de 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación. En caso de presentar únicamente el Certificado de Nacimiento, se podrá afiliar de manera provisional al menor por 365 días naturales, plazo en el cual se deberá entregar el acta de nacimiento o CURP respectiva.

El personal del MAO emitirá la póliza de afiliación la que iniciará su vigencia el mismo día de la afiliación o incidencia, sin perjuicio de que se trate de una afiliación nueva o de la incorporación de un menor de cinco años de edad en familias ya afiliadas al SPSS.”

En el mismo tenor las Reglas de Operación presentan dos Anexos de nomenclatura 9 (nueve) y 10 (diez), el primero relativo al flujograma de afiliación al SMSXXI y el siguiente contiene los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2015, conteniendo, entre otros aspectos concernientes al Programa, los estatutos de afiliación, reafiliación y regulación de los MAO, toda vez que el SMSXXI depende directamente del Sistema de Protección Social de la Salud, que tiene facultades para delegar a las entidades federativas funciones para su aplicación y Gobierno del Estado lo realiza mediante su Secretaria de Salud; los requisitos de operatividad deberán ir en apego a estos lineamientos, siendo ese el caso.



Dentro de lo dispuesto por el Manual de Afiliación y Operación⁴⁸, emitido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, bajo la Dirección General de Afiliación y Operación, se desglosan todos los mecanismos de afiliación, reafiliación, procedimientos específicos de afiliación y de esa misma manera se incluye dentro de los contenidos del manual información gráfica de la documentación necesaria, así de los formatos para llevar a cabo los procedimientos a los que se hace mención, como es el caso de los documentos de solicitud y la Póliza de Afiliación. El manual contiene flujogramas explicativos, criterios normativos y descripciones de actividades que contextualizan de manera ordena y completa los criterios de elegibilidad para la selección de los beneficiarios, por lo están claramente especificados y no existe ambigüedad en su redacción.

Las Reglas de Operación fueron publicadas el 28 de diciembre de 2014 en el Diario Oficial de la Federación⁴⁹.

⁴⁸ Información obtenida del Manual de Procedimientos Inherente al Programa, proporcionado por el Ente Público.

⁴⁹ Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionadas por el Ente Público.



17. En caso de que los componentes contemplen la entrega de ayudas y/o subsidios, analizar los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes.

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Con base en el fuente 37 de la información aportada por el Ente Público, se contesta lo siguiente⁵⁰:

- a. **Contienen las características de la población objetivo (incluye socioeconómicas):** El trámite de solicitud incluye la presentación de la Cedula de las Características Socioeconómicas del Programa, que deberá contener las una serie de datos de los solicitantes: el total de personas que viven en el hogar; la fecha de nacimiento; CURP; parentesco; Estado Civil; sexo; discapacidad alguna; habla de Lengua Indígena; trabajo actual; y nivel de estudios; e ingresos de todos los integrantes del grupo familiar. La evaluación socioeconómica a las familias se realizará en los MAO incorporando la información obtenida en la CECASOEH (Cedula de las Características Socioeconómicas del Hogar) al Sistema de Administración del Padrón, mismo que arrojará como resultado el Decil de ingreso a que corresponde la familia. Asimismo se deben circunstanciar las condiciones y características de la vivienda.
- b. **Existen formatos definidos:** Se observan el formato de solicitud, plasmado de forma digital dentro de la fuente de información referida.
- c. **Están disponibles para la población objetivo y son del conocimiento público:** Se encuentran al alcance de la Población Potencial cuando esta acude a solicitar la afiliación y es indispensable para hacerse acreedor del Seguro Médico Siglo XXI, toda vez que este es un Seguro diseñado para menores de cinco años que sus condiciones sociales y económicas no les permiten acceder fácilmente a la seguridad social.
- d. **Están apegados al documento normativo:** La Cedula está disponible en todos los Módulos de Afiliación y Orientación por disposición de las Reglas de Operación y el Manual de Afiliación y

⁵⁰ Información obtenida de la Documentación interna formalizada que describe las características socioeconómicas de los beneficiarios del Programa, proporcionado por el Ente Público.



Procedimientos, así como por las disposiciones legales que les rigen, al ser un requisito fundamental para llevar a cabo el trámite⁵¹.

- e. **Cuenta con mecanismos para llevarlos a cabo:** Se cuenta con el Procedimiento de Afiliación, contenido en el Anexo 9 de las ROP, el corresponde a los pasos descritos en los Requisitos de Afiliación de las ROP, en el punto 4.4., así como los datos que se han proporcionado para dar respuesta a la presente pregunta metodológica.
- f. **Los mecanismos están estandarizados:** Con base en lo planteado dentro de las Reglas de Operación, es que el Ente Público titular de la ejecución del Programa, en cualquiera de sus instancias, principalmente los módulos de afiliación, están en la situación de observar el cumplimiento de los mencionados procedimientos⁵².

⁵¹ Información obtenida del Manual de Procedimientos Inherente al Programa, proporcionado por el Ente Público.

⁵² Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionado por el Ente Público.



18. ¿Los procedimientos para la selección de beneficiarios de las ayudas y/o subsidios que entrega el Programa cuentan con las siguientes características?:

- a. Permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos;
- b. Están estandarizados, es decir, son utilizados por la instancia ejecutora; y
- c. Están difundidos, disponibles y publicadas.

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

Los procedimientos para la selección de beneficiarios de las ayudas y/o subsidios que entrega el Programa cuentan con las siguientes características:

- a. Los criterios de elegibilidad son en completo apego a los documentos operativos y normativos con los que cuenta el Programa; las reglas y el manual operativo definen detalladamente estos criterios, la documentación necesaria, los pasos a seguir mediante flujogramas, tablas de actividades e incorporación de imágenes digitales que hacen de fácil comprensión y determinación todo lo relativo al seguimiento que se debe tener de los criterios de selección de los beneficiarios⁵³.
- b. Los procedimientos de elegibilidad son ejecutados directamente por los Módulos de Afiliación y Orientación, los cuales llevan a cabo la afiliación e incorporación de beneficiarios al Seguro Médico Siglo XXI. Posteriormente esa información, así como todo dato complementario es remitido, en apego a la normatividad a las instancias superiores⁵⁴.

⁵³ Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, así como del Manual de Procedimientos Inherente al Programa, proporcionados por el Ente Público.

⁵⁴ Ibídem.



- c. La difusión se realiza mediante el telefónico gratuito (01 800 5607410) para consultas y se agregan por parte de las fuentes que se aportan por el Ente Público las páginas de internet donde puede obtener más información respecto al Programa, además de la ya entregada y evaluada⁵⁵:
- www.chihuahua.gob.mx/seguropopular
 - www.seguro-popular.gob.mx

⁵⁵ Información obtenida de la Evidencia documental de la implementación de acciones para la optimización de la operación del Programa, proporcionado por el Ente Público.



19. En caso de que el Programa entregue ayudas y/o subsidios, ¿cuenta con registro o padrón de beneficiarios? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿existen mecanismos de actualización y depuración?

Tipo de pregunta:

Binaria / análisis descriptivo.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

El Ente Público menciona en la información que se refiere a continuación que se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo.

Las Reglas de Operación definen Padrón como la “relación nominal que contiene los elementos señalados en las disposiciones jurídicas aplicables, de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación”, en el mismo glosario se define a la Póliza de Afiliación como el “Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al SPSS”⁵⁶ y es de esta definición de donde se parte por parte de las ROP para definir la existencia de un padrón regido por el Sistema de Administración del Padrón (SAP), que se encarga del conjunto de procesos, procedimientos, herramientas y componentes para la administración e integración nominal de la información socioeconómica, de salud, biométrica y toda aquella relacionada con el Padrón de Beneficiarios, conforme a lo que dispone el artículo 50 del Reglamento y demás disposiciones jurídicas y administrativas aplicables⁵⁷:

“Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Capítulo IV, Del Padrón De Beneficiarios:

Artículo 50. El Padrón será de tipo nominal y deberá contener, al menos, los siguientes elementos: nombre,

⁵⁶ Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionadas por el Ente Público.

⁵⁷ Información obtenida del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.



apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción”.

El Manual de Afiliación se encarga de detallar las cuestiones relativas al SAP, de su funcionamiento, coordinación con las instancias, de la base de datos que consta de medios magnéticos de información de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y su difusión que se realiza de la base de datos de la información del padrón, la cual se hace por internet, en el portal⁵⁸: <http://www.cnpss.gob.mx/SAP>

La depuración y la actualización se realizan en respuesta a los datos que se aportan por parte de los MAO al SAP y esta dependencia se encarga de dar periódica modificación a la base de datos, así como de reportar al portal señalado las modificaciones a la brevedad⁵⁹.

Asimismo las ROP establecen⁶⁰:

“5.5. Padrón de beneficiarios. Para la instrumentación y operación del SMSXXI se integrarán al Padrón los componentes que resulten necesarios a fin de estar en posibilidad de registrar y generar la información específica de los beneficiarios del SMSXXI. El Padrón será integrado y administrado de conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2005 y sus reformas, y demás ordenamientos que resulten aplicables. La CNPSS, a través de la DGAO, será responsable de mantener el Padrón de Beneficiarios actualizado, referenciando a los beneficiarios, por localidad, municipio y entidad federativa, de acuerdo a las claves del INEGI. Para tales efectos, los REPSS deberán remitir, conforme al calendario autorizado por la DGAO, la información relativa a las incidencias de los beneficiarios del SMSXXI. Al Padrón de beneficiarios le será aplicable en términos de la Ley Federal de Transparencia y

⁵⁸ Información obtenida del Manual de Procedimientos Inherentes al Programa, proporcionado por el Ente Público.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionadas por el Ente Público.



Acceso a la Información Pública Gubernamental, lo previsto en el artículo 51, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, toda vez que los datos del menor y los de sus familiares se incorporan al Padrón. La construcción del Padrón de Beneficiarios del SMSXXI se llevará a cabo conforme al modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido en el Acuerdo por el que se aprueba la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos, emitida por la Junta de Gobierno del INEGI de fecha 8 de noviembre de 2010 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2010. Lo anterior en estricta observancia al Acuerdo antes referido y al oficio circular con números 801.1.-279 y SSFP/400/124/2010 emitido por las SHCP y la SFP, respectivamente”.





C. SEGUIMIENTO A BENEFICIARIOS ATENDIDOS

20. ¿El Programa cuenta con mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

Sí.

Justificación:

Se anexa en la información que aporta el Ente Público, en la Fuente 34, encuestas de satisfacción que realiza el Seguro Popular a sus beneficiarios en los hospitales, centros de salud y unidades médicas donde se atiende a los afiliados. Si bien el Programa a evaluar no corresponde al Seguro Popular, sino al Seguro Médico Siglo XXI, este depende y trabaja directamente con el primero, así como se recurre a los mismos hospitales, centros de salud y unidades médicas para la atención que brinda el SMSXXI, por lo que las encuestas de satisfacción y percepción que tienen los beneficiarios cumplen los efectos que se buscan alcanzar a modo de mejorar la atención que se brinda a los afiliados y de esta forma optimizar la operación que tiene el Programa⁶¹.

Las ROP contemplan lo siguiente⁶²:

“8. Seguimiento Operativo, Control y Auditoría.

8.1. Seguimiento operativo. El SMSXXI cuenta con un esquema de seguimiento operativo que permite obtener información detallada sobre el estado de la operación a través de la generación y análisis de indicadores, con el propósito de apoyar la toma de decisiones; detectar y resolver oportunamente problemas y desviaciones operativas; e, implementar, en su caso, acciones de mejora continua en los procesos operativos, tales como, la inclusión de capacitación sobre el contenido del SMSXXI, fortalecimiento del rol rector y financiador de la CNPSS, para la operación del SMSXXI, entre otras.

⁶¹ Información obtenida de la Documentación interna formalizada que describa los mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios del Programa, proporcionado por el Ente Público.

⁶² Información obtenida de las Reglas de Operación del Programa, proporcionadas por el Ente Público.



D. FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y EJERCICIO DEL RECURSO FINANCIERO

21. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del Programa? Completar la Tabla 2. Análisis del recurso.

| Tabla 2. Análisis del recurso | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| Ejercicio fiscal analizado | Fuente de Financiamiento | Total Anual | Autorizado | Modificado |
| 2014 | No se cuenta con información proporcionada por el Ente Público. | No se cuenta con información proporcionada por el Ente Público. | No se cuenta con información proporcionada por el Ente Público. | No se cuenta con información proporcionada por el Ente Público. |
| 2015 | 555415 Reasignaciones Federales Seguro Médico Siglo XXI | 81,764,333 | 55,000,000 | 81,764,333 |

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

La totalidad del ingreso corresponde recurso de origen federal a través de las reasignaciones que hace la Secretaria de Salud.

Se autoriza para el ejercicio fiscal 2015, primeramente un presupuesto de 55,000,000 M.N. (cincuenta millones de pesos expresados en moneda nacional) y posteriormente se amplía la cantidad, aportándose otros 26,764,333 M.N. (veintiséis millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional), dando así un total de 81,764,333 M.N. (ochenta y un millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional) por



concepto de Presupuesto Modificado Total Anual⁶³.

Para efectos de lo solicitado en Presupuestos de 2014, no fue posible dar respuesta, que en el Presupuesto de Egresos del Estado para 2014 no se contempla información relativa al Seguro Médico Siglo XXI.

⁶³ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.





E. CUMPLIMIENTO DE RESULTADOS

22. ¿Cuál fue el porcentaje de logro de las metas establecidas en los componentes del Programa?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

$$\% \text{ Cumplimiento del Componente } Cn = \frac{\text{Metas logradas}}{\text{Metas programadas}} \times 100$$

$$50\% \text{ Cumplimiento del Componente } Cn = \frac{1}{2} \times 100$$

$$158.24\% \text{ Cumplimiento del Componente } C01 = \frac{79,082,633.48}{49,975,304.00} \times 100$$

| | | |
|-----------------------|---|---------------|
| Componente C01 | Financiamiento a los organismos públicos descentralizados de salud por la atención en unidades médicas otorgados. | |
| Unidad de Medida. | Recursos Financieros. | |
| Meta Programada | | 49,975,304.00 |
| Meta Lograda | | 79,082,633.48 |
| Avance de la Meta | | 158.24% |

Actividad C0101: Revisión de casos y/o intervenciones con cargo al Seguro Médico Siglo XXI.

Avance la Meta: 142.98%

Actividad C0102: Revisión de expedientes presentados por las unidades médicas Avance la Meta:

144.56%

Actividad C0103: Pago a los Organismos Públicos Descentralizados de los casos validados.



Avance la Meta: 128.69%

El Componente C01 cuenta con tres actividades, de las cuales se desprende del Seguimiento al Programa Operativo Anual Cierre Anual 2015, que se ha alcanzado en la totalidad de las mismas, porcentajes en el avance de las metas, superiores al cien por ciento, lo que deviene en la consecución congruente del resultado que se obtiene en el cumplimiento del Componente, correspondiente a ciento cincuenta y ocho punto veinticuatro por ciento.

$$51.75\% \text{ Cumplimiento del Componente C02} = \frac{1,533,940.00}{2,968,150.00} \times 100$$

| | | |
|-----------------------|---|--------------|
| Componente C02 | Financiamiento por beneficiario al Seguro Médico XXI otorgado | |
| Unidad de Medida. | Recursos Financieros. | |
| Meta Programada | | 2,968,150.00 |
| Meta Lograda | | 1,533,940.00 |
| Avance de la Meta | | 51.75% |

Actividad C0201: Verificación de la documentación de personas a ser afiliados por el Seguro Médico Siglo XXI.

Avance la Meta: 7.59%

Actividad C0202: Registro en el padrón de beneficiarios.

Avance la Meta: 111.05%

En el caso del Componente C02, este cuenta con dos actividades, dentro de las que se analiza en el Seguimiento ya referido, que solo una de estas alcanza un porcentaje cumplimiento de su meta y esto se refleja de manera congruente en el hecho de que el Componente no logra dar cumplimiento a su meta.



23. Para el caso de Programas de Inversión, realizar un análisis de los resultados finales alcanzados por el Programa evaluado de acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas en el convenio vinculado al mismo.

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

No aplica al no ser un Programa de Inversión.

**Tipo de pregunta:**

Análisis descriptivo.

Respuesta:**Tabla explicativa de valores del Gráfico 1. Derivados de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados de 2015.****Gráfico 1.**

| Nivel | Nombre del Indicador | 2014* | 2015 |
|----------------|---|-------|---------------|
| Fin | Variación porcentual del índice de mortalidad en el estado. | N/A | 100 |
| Propósito | Porcentaje de niñas y niños afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. | N/A | No se aportó. |
| Componente C01 | Variación porcentual de financiamientos otorgados a los Organismos Públicos Descentralizados | N/A | 158.24 |
| Componente C02 | Variación porcentual del financiamiento otorgado por cada beneficiario del Seguro Médico Siglo XXI. | N/A | 51.74 |

* No se cuenta con datos o información aportada para el Ejercicio Fiscal 2014, lo que deriva en una falta de indicadores de dicho año.

Al no contarse con los indicadores del año 2014, es imposible la ponderación de los avances o mejoras en los porcentajes de resultados obtenidos, toda vez que no existe punto de comparación del cual se pueda partir⁶⁴.

Tabla explicativa de valores del Gráfico 2. Derivados de los indicadores de los Componentes, contenidos en el Seguimiento a las Metas del Programa Operativo Anual, Cierre 2015 y a la Matriz de Indicadores de Resultados 2015.

⁶⁴ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, así como de los Informes de la Evaluación, proporcionados por el Ente Público.



Gráfico 2.

| Componente | Nombre del Indicador | POA | MIR |
|----------------|---|--------|--------|
| Componente C01 | Variación porcentual de financiamientos otorgados a los Organismos Públicos Descentralizados | 158.24 | 158.24 |
| Componente C02 | Variación porcentual del financiamiento otorgado por cada beneficiario del Seguro Médico Siglo XXI. | 51.74 | 51.74 |

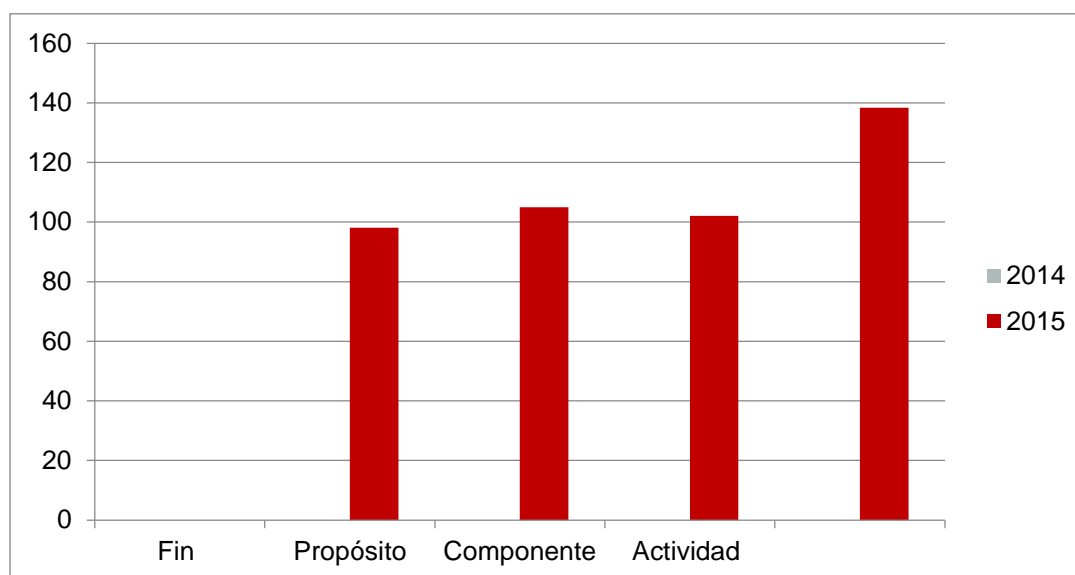
Se puede observar que existe congruencia entre lo que se establece en los Reportes PRBRREP 101 Seguimiento de Metas del Programa Operativo Anual, Cierre 2015 y el PRBERREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015⁶⁵.

⁶⁵ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, así como del Reporte PRRREP101 Seguimiento de Metas del Programa Operativo Anual, Cierre 2015, proporcionados por el Ente Público.



25. En caso de aplicar, ¿cuál es el porcentaje de avance de los indicadores de la MIR Federal del Programa?

Grafica 1. Comparativo 2014 y 2015 en el cumplimiento de metas de los indicadores.



Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Tabla explicativa del Grafico 1.

Datos obtenidos de la Matriz de Indicadores para Resultados Federal.

| Nivel | Resumen Narrativo | 2014 | 2015 |
|------------|--|------|-------|
| Fin | Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin acceso a la seguridad social | N/A | 0.0 |
| Propósito | La población afiliada menor de cinco años de edad, cuenta con un esquema de aseguramiento en salud con cobertura amplia, sin desembolso en el momento de la atención | N/A | 98.1 |
| Componente | A Acceso a una red de prestadores de servicios con cobertura nacional previstas en la línea de vida durante el primer año de edad otorgados a los niños menores de cinco años de edad afiliados a los servicios de salud financiados por la cápita adicional | N/A | 105.0 |



| | | | |
|-----------|--|-----|--------|
| Actividad | A 1 Afiliación de los menores de cinco años de edad sin seguridad social en salud, para proporcionar un aseguramiento en salud de cobertura amplia y sin desembolso en el momento de la atención | N/A | 102.1 |
| | | N/A | 138.35 |

Se hace nuevamente referencia a la inexistencia de datos del ejercicio fiscal 2014, así como a la imposibilidad que de ello emana para poder realizar un comparativo que brinde como resultado conocer el crecimiento y en el sentido del mismo, que ha tenido el Programa en el transcurso de un año⁶⁶.

⁶⁶Información obtenida de la MIR Federal 2015, así como la Información de la Evaluación, proporcionados por el Ente Público.





26. ¿Los resultados de las metas de los indicadores de la MIR son congruentes con las metas programadas?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

No.

Justificación:

De la información aportada por el Ente Público, en la Fuente 40, correspondiente a las Variaciones entre los resultados obtenidos en los indicadores de la MIR del Programa contra los Programadas⁶⁷, únicamente se puntualiza lo siguiente: “Las variaciones generadas en los indicadores de la MIR (Matriz de Indicadores para Resultados) se deben a que el REPSS depende de las metas de afiliación para dar cumplimiento a los objetivos presupuestarios. Bajo este concepto, si las metas de afiliación disminuyen o aumentan, los indicadores y sus porcentajes se ven afectados por estas variaciones”.

A continuación se describen los valores programados y logrados de los indicadores⁶⁸:

| | | |
|----------------------|---|---------------|
| Fin | “Contribuir a la disminución del índice de mortalidad en todos los grupos de edad de la población mediante la afiliación a los servicios de salud”. | |
| Valores Programados | INDICE | 6.20 |
| Valores Logrados | INDICE | 6.20 |
| Propósito | “Las niñas y niños sin derechohabencia a la seguridad social son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI”. | |
| Valores Programados | | 0* |
| Valores Logrados | | 0* |
| Componente 01 | “Financiamiento a los organismos públicos descentralizados de salud por la atención en unidades médicas otorgado” | |
| Valores Programados | RECURSOS FINANCIEROS | 49,975,304.00 |
| Valores Logrados | RECURSOS FINANCIEROS | 79,082,633.00 |
| Componente 02 | “Financiamiento por beneficiario al Seguro Médico Siglo XXI otorgado”. | |

⁶⁷ Información obtenida de las Variaciones entre los resultados obtenidos en los indicadores de la MIR del Programa contra los Programadas, proporcionadas por el Ente Público.

⁶⁸ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.





| | | |
|------------------------|--|--------------|
| Valores Programados | RECURSOS FINANCIEROS | 2,968,150.00 |
| Valores Logrados | RECURSOS FINANCIEROS | 1,535,940.00 |
| Actividad C0101 | Revisión de casos y/o intervenciones con cargo al Seguro Médico Siglo XXI. | |
| Valores Programados | CASOS ATENDIDOS | 1,880 |
| Valores Logrados | CASOS ATENDIDOS | 2,688 |
| Actividad C0102 | Revisión de expedientes presentados por las unidades médicas. | |
| Valores Programados | UNIDADES MÉDICAS | 1,800 |
| Valores Logrados | UNIDADES MÉDICAS | 2,602 |
| Actividad C0103 | Pago a los Organismos Públicos Descentralizados de los casos validados. | |
| Valores Programados | CASOS ATENDIDOS | 1,757 |
| Valores Logrados | CASOS ATENDIDOS | 2,261 |
| Actividad C0201 | Verificación de la documentación de personas a ser afiliados por el Seguro Médico Siglo XXI. | |
| Valores Programados | EXPEDIENTES | 290 |
| Valores Logrados | EXPEDIENTES | 22 |
| Actividad C0202 | Registro en el padrón de beneficiarios. | |
| Valores Programados | AFILIADOS | 130,571 |
| Valores Logrados | AFILIADOS | 145,001 |

*El indicador del Propósito no describe en la Matriz de Indicadores para Resultados valores logrados o programados.



F. EJERCICIO DE LOS RECURSOS

27. ¿En qué porcentaje se gastó el Presupuesto Modificado del Programa? Considerar únicamente recursos que sean administrados por la Secretaría de Hacienda, sean Federales, Estatales u otros.

$$\% \text{ del Gasto} = \frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Presupuesto Modificado}} \times 100$$

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

$$100\% = \frac{81,764,333}{81,764,333} \times 100$$

De la ecuación que compara el Presupuesto Modificado Total Anual con el que contaba el Programa para la realización de sus operaciones contenidas en sus Componentes y Actividades, cantidad correspondiente a 81, 764, 333 M.N. (ochenta y un millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional), contra el Gasto Total que se realizó por el Programa, cantidad que alcanzó los 81, 764, 333 M.N. (ochenta y un millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional), se desprende que se efectuó un 100% (cien por ciento) del Gasto.

Los valores fueron obtenidos del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, 2015⁶⁹.

⁶⁹ Información obtenida del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, 2015, proporcionado por el Ente Público.



28. Para los programas de inversión en los que la Secretaría de Hacienda transfiera los recursos a entidades paraestatales o municipios y estos sean responsables de la administración del recurso. ¿En qué porcentaje se gastó el recurso del Programa? Considerar la totalidad de las fuentes de financiamiento del Programa.

$$\% \text{ del Gasto} = \frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Presupuesto Autorizado}} \times 100$$

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

No aplica al no tratarse de un Programa de Inversión.



29. Para los programas de inversión en que el ejecutor sea del Poder Ejecutivo. ¿En qué porcentaje se gastó el recurso del Programa? Considerar la totalidad de las fuentes de financiamiento del Programa.

$$\% \text{ del Gasto} = \frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Presupuesto Autorizado}} \times 100$$

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

No aplica al no tratarse de un Programa de Inversión.



30. ¿Cuál es la relación costo-efectividad del gasto del Programa?

$$\text{Costo Efectividad} = \frac{\frac{\text{Presupuesto Autorizado}}{\text{Población Objetivo}}}{\frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Población Atendida}}}$$

| Rechazable | Débil | Aceptable | Costo-efectividad esperado | Aceptable | Débil | Rechazable |
|------------|-------|-----------|----------------------------|-----------|-------|------------|
| 0 | 0.49 | 0.735 | 1 | 1.265 | 1.5 | 2 |

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Se hace la colocación de los datos señalizados en la fórmula planteada por la Pregunta y se obtiene lo siguiente:

$$0.689 = \frac{55,000,000}{\frac{131,791}{87,764,333} \cdot 145,001}$$

Se desprende de la fórmula un Resultado: 0.689

Índice arrojado: Débil.

La información presupuestal, tanto del Presupuesto Autorizado como del Gasto Total del Programa, provienen del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores de Resultados Cierre Anual 2015 y del



PRBRREP102 Seguimiento de las Metas del Programa Operativo Anual, Cierre 2015.⁷⁰

Con respecto a las poblaciones que se solicitan, teniendo en cuenta que se tiene una focalización de la Población Objetivo, correspondiente a 131,791 niñas y niños afiliados⁷¹, más no se cuenta con un documento o anexo adicional que cuantifique a la Población Atendida; no obstante y apelando al Glosario contenido en los Términos de Referencia del PAE 2016, se define Población Atendida como: “*Aquella población que recibió el beneficio del Programa*”, se recurre a la Actividad C0202 del Reporte Seguimiento a las Metas del Programa Operativo Anual “Registro en el Padrón de Beneficiarios”, el cual refleja la cantidad de 145,001 afiliados registrados totales en el año de 2015 en el Padrón en sus valores logrados, motivo por el que se designa esta cifra para dar respuesta⁷².

El resultado obtenido se asocia a las ampliaciones presupuestales que recibió el Programa, toda vez que su presupuesto modificado con el que finalmente se opera, es superior al autorizado por 26,764,333 pesos; la población que se atiende alcanza y rebasa a la que se planeó como objetivo, esto en contraste con la ampliación y en virtud de la formula solicitada, deriva en un índice débil.

⁷⁰ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores de Resultados Cierre Anual 2015 y del PRBRREP102 Seguimiento de las Metas del Programa Operativo Anual, Cierre 2015, proporcionados por el Ente Público.

⁷¹ Información obtenida del Formato SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, proporcionado por el Ente Público.

⁷² Información obtenida del Reporte PRBRREP102 Seguimiento a la Matriz de Indicadores para Resultados, Cierre Anual 2015, proporcionado por el Ente Público.



31. ¿El gasto del Programa es congruente con el cumplimiento de las Metas?

Gasto esperado de acuerdo a las metas programadas:

$$\sum_{i=C}^n \left(\frac{\text{Gasto} \times \text{Valor Logrado}}{\text{Valor Programado}} \right) + \\ = \left(\frac{\text{Gasto} \times \text{Valor Logrado}}{\text{Valor Programado}} \right) C_1 + \left(\frac{\text{Gasto} \times \text{Valor Logrado}}{\text{Valor Programado}} \right) C_2 + \left(\frac{\text{Gasto} \times \text{Valor Logrado}}{\text{Valor Programado}} \right) C_3$$

Componente C01

$$\$82,286,581.80 = \frac{\$52,000,000.00 \times \$79,082,633.48}{\$49,975,304.00}$$

Componente C02

$$\$15,402,263.91 = \frac{\$29,764,333.00 \times \$1,535,940.00}{\$2,968,150.00}$$

Valores Globales obtenidos por Componente

$$\$97,688,845.71 = \$82,286,581.80 + \$15,402,263.91$$

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Relacionado de los valores logrados por Componente, se desprende del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, 2015⁷³, que el Gasto del Programa, correspondiente a \$81,764,333.00 M.N. (ochenta y un millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional) es menor a lo que, con base en las fórmulas de la pregunta metodológica, debiere ser aplicado, toda vez que las ecuaciones a las que se hace alusión arrojan como resultado, en virtud de los porcentajes logrados de cumplimiento, en contraste con las metas programadas, un valor de gasto esperado de \$97,688,845.71 M.N. (noventa y siete millones seiscientos ochenta y ocho

⁷³ Información obtenida del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, 2015, proporcionado por el Ente Público.



mil ochocientos cuarenta y cinco pesos y setenta y un centavos, expresados en moneda nacional).

El valor referido es congruente al cumplimiento de los indicadores de actividades, de los cuales únicamente uno no alcanzó el resultado esperado, en contraste con el otro, mismo que alcanzó valores superiores al cien por ciento del cumplimiento que tenían previsto.

Por lo que se concluye que el Gasto Esperado del Programa, obtenido a través de la fórmula, es de \$97,688,845.71 M.N. mientras que el gasto total del programa fue de \$81,764,333.00 M.N., según el Reporte del Seguimiento a las Metas del POA. Por lo que puede observarse un subejercicio de \$15,924,512.71 M.N. Sin embargo, en el caso de una meta a nivel componente, no fue cumplida.

Del análisis realizado se hace un planteamiento de FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas):

| | Positivos (para alcanzar el objetivo) | Negativos (para alcanzar el objetivo) |
|-----------------------|--|--|
| Origen Interno | Fortalezas: <ul style="list-style-type: none">El gasto esperado es mayor, en relación al total implementado, al haberse alcanzado un porcentaje mayor en el cumplimiento de las metas programadas. | Debilidades: <ul style="list-style-type: none">El indicador de la Actividad C0201 y derivado de esto el indicador del Componente C02, no alcanzan los valores programados. |
| Origen Externo | Oportunidades: <ul style="list-style-type: none">No se encontró oportunidad | Amenazas: <ul style="list-style-type: none">En ambos Componentes del Programa, la meta de otorgar “financiamiento”, constituye una amenaza por una posible falta de recepción del recurso necesario para llevar a cabo las acciones. |



32. ¿El gasto promedio es congruente con el gasto programado por beneficiario del Programa?

$$\text{Gasto Promedio por Beneficiario (GPB)} = \frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Población Atendida}}$$

$$\text{Gasto Promedio Programado por Beneficiario (GPPB)} = \frac{\text{Presupuesto Modificado}}{\text{Población Objetivo}}$$

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Resultado del Gasto Promedio por Beneficiario (GPB): del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, 2015⁷⁴, se obtiene el Gasto del Programa, siendo de \$81, 764, 333 M.N. (ochenta y un millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional).

En cuanto a la Población Atendida, no se cuenta con un documento o anexo adicional que la cuantifique, no obstante y con referencia en el Glosario contenido en los Términos de Referencia del PAE 2016, se define Población Atendida como: “*Aquella población que recibió el beneficio del Programa*”, se recurre a la Actividad C0202 del Reporte de Seguimiento a las Metas del POA, el cual refleja la cantidad de 145,001 afiliados registrados totales en el año de 2015 en el Padrón de beneficiarios, en sus valores logrados, motivo por el que se designa esta cifra para dar respuesta⁷⁵.

De estos valores se obtiene que el GPB sea de 563.88 pesos por beneficiario.

⁷⁴ Información obtenida del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, 2015, proporcionado por el Ente Público.

⁷⁵ Información obtenida del Reporte PRBRREP102 Seguimiento a la Matriz de Indicadores para Resultados, Cierre Anual 2015, proporcionado por el Ente Público.



Gasto promedio por Beneficiario:

$$563.88 \text{ pesos por beneficiario (GPB)} = \frac{81,764,333}{145,001}$$

Resultado del Gasto Promedio Programado por Beneficiario (GPPB): Se obtuvo contraponiendo al Presupuesto Modificado, correspondiente al total del recurso con el que conto el Programa para su realización, el cual alcanzo un total de 81, 764, 333 M.N. (ochenta y un millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos treinta y tres pesos expresados en moneda nacional)⁷⁶, en contraste con la Población Objetivo del Programa⁷⁷. El dato obtenido arroja la cantidad de 620.40 pesos por beneficiario.

Gasto Promedio Programado por Beneficiario:

$$620.40 \text{ pesos por beneficiario (GPPB)} = \frac{81,764,333}{131,791}$$

El programa evaluado, atendió a un mayor número de personas, es decir la población que se atendió con respecto a la cantidad que se programó atender fue mayor, por lo que es congruente el hecho de que el resultado del GPB, sea inferior al del GPPB, toda vez que el Presupuesto Modificado se ejerció en su totalidad; Sin embargo, como se mencionó en la pregunta anterior, algunas de las metas no fueron cumplidas según lo que se programó.

⁷⁶ Información obtenida del Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública Clasificación por Fuente, proporcionado por el Ente Público.

⁷⁷ Información obtenida del Formato SH-PRG02 de Focalización de la Población Objetivo, proporcionados por el Ente Público.



TEMA III. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA

A. COBERTURA DEL PROGRAMA

33. Describir la estrategia de cobertura del Programa para atender a su población objetivo.

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Los ejecutores del Programa del Seguro Médico Siglo XXI adjuntaron al documento que hace referencia a la estrategia de cobertura, contenida en la Fuente 33, un documento de Word, donde se establece que se tiene alcance “en todo el territorio nacional, donde habiten familias con niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud”⁷⁸.

Dentro de dicho documento del Seguro Médico Siglo XXI, se establece que los afiliados reciben “servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles, a partir del día de su afiliación al Servicio Médico Siglo XXI y durante la vigencia de sus derechos sin ningún desembolso por el servicio, mediante un paquete de acciones integrado de la siguiente manera⁷⁹:

1. Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida.
2. Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos.
3. Atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a beneficiarios del SMSXXI en el segundo y tercer nivel de atención.
4. Las intervenciones correspondientes al primero y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS, así como los medicamentos asociados.
5. Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a niños menores de cinco años de edad.
6. Fomento a la lactancia materna exclusiva con el equipamiento de bancos de leche humana.

⁷⁸ Información obtenida de la Documentación interna formalizada que especifique la estrategia de cobertura del Programa.

⁷⁹ *Ibidem*.



7. Realización del tamiz auditivo neonatal y tamiz metabólico semi ampliado sin costo adicional.
8. Colocación de implantes cocleares y su habilitación auditivo verbal para los niños con sordera.
9. Impartición de talleres de autocuidado de la salud a los padres o tutores y al personal de salud para la conservación de las mejores condiciones de salud en los niños”.

Con base en los lineamientos descritos por la Estrategia de Cobertura, es que se desprende que se da cumplimiento a la finalidad y propósito del Programa, así como se ataca al Problema expresado como objetivo a vencer en la Definición del Programa, en el sentido de acercar la asistencia médica a aquellos menores de cinco años, comprendidos como la Población Objetivo, en posibilidades limitadas, por razones sociales y económicas, de acceder a la seguridad social⁸⁰. Además las ROP establecen lo siguiente⁸¹:

“4.1. Cobertura. El SMSXXI tendrá cobertura en todo el territorio nacional donde habiten familias con niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del SMSXXI.”

⁸⁰ Información obtenida del Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, para Programas Estatales, proporcionado por el Ente Público.

⁸¹ *Ibíd.*



34. Analizar la evolución de la cobertura del Programa, y graficar los resultados.

| Población | 2014 | 2015 |
|---------------------|--------------|---------|
| Población Potencial | No se aportó | 192,155 |
| Población Objetivo | No se aportó | 131,791 |
| Población Atendida | No se aportó | 145,001 |

$$\text{Porcentaje de cobertura} = \left[\frac{\text{Población atendida}}{\text{Población objetivo}} \right] \times 100$$

$$\text{Variación Porcentual anual de la cobertura} = \left[\left(\frac{\text{Población Atendida 2015}}{\text{Población Atendida 2014}} \right) - 1 \right] \times 100$$

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Con base al Documento de Focalización de la Población Objetivo, se obtiene la cuantificación de la misma, definida como las niñas y los niños menores de cinco años, afiliados al SMSXXI, correspondiente a 131,791 niñas y niños. En cuanto a la Población Atendida, no se cuenta con un documento o anexo adicional que la cuantifique, no obstante, apelando al Glosario contenido en los Términos de Referencia del PAE 2016, se define Población Atendida como: “*Aquella población que recibió el beneficio del Programa*”, se recurre a la Actividad C0202 del Reporte de Seguimiento a las Metas del POA, el cual refleja la cantidad de 145,001 afiliados registrados totales en el año de 2015 en el Padrón, en sus valores logrados, motivo por el que se designa esta cifra para dar respuesta⁸².

⁸² Información obtenida del Reporte PRBRREP102 Seguimiento a la Matriz de Indicadores para Resultados, Cierre Anual 2015, proporcionado por el Ente Público.



Al haberse atendido a una población mayor de la que se estipulo dentro del objetivo, es que se obtiene un porcentaje de cobertura superior al cien por ciento.

$$110.02\% = \left[\frac{145,001}{131,791} \right] \times 100$$

Nuevamente se recalca la falta de información del ejercicio fiscal 2014, de modo que no es viable establecer un parámetro (variación) de comparación entre el año evaluado y el inmediato anterior, sobre el cual partir para analizar los avances o retrocesos que el Programa pudiera haber presentado en el lapso referido.



TEMA IV. SEGUIMIENTO A ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA

A. SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES DE EVALUACIONES REALIZADAS

35. ¿Fueron emitidas recomendaciones derivadas de evaluaciones realizadas al Programa? En caso que la respuesta sea afirmativa, ¿existe evidencia de que las recomendaciones fueron empleadas para mejorar su desempeño?

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

No aplica.

Justificación:

En la Fuente número 20 de las aportadas por el Ente Público, “Informes finales de evaluación en caso de aplicar”, se hace mención a que no se evaluó el ejercicio 2014 ni ha sido evaluado en otro periodo fiscal, razón por la cual no se cuenta con Aspectos Susceptibles de Mejora.



V. HALLAZGOS

Hallazgos derivados de la evaluación al Programa Seguro Médico Siglo XXI

- El problema que el Programa pretende resolver no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida, siendo así incongruente con lo establecido en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- En el Reporte PRBRREP102 Seguimiento de Metas de Indicadores – cierre anual 2015, no se presentan los datos ni fórmulas del indicador a nivel propósito.
- La Matriz de Marco Lógico presenta congruencia en la lógica vertical, más no en la horizontal, con base en lo establecido en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
- El Programa no presentó evidencia de que exista una metodología para la cuantificación de las poblaciones del Programa evaluado.
- No se presenta la alineación a nivel Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo, ni con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016, incumpliendo así con los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015.
- El Ente Público menciona que para este Programa, se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo.
- La relación costo – efectividad del Programa se sitúa en un nivel Débil (0.68).
- El porcentaje de cobertura de la población objetivo se cuantificó en 110.02%.
- Se efectuó un gasto del 100% del Presupuesto Modificado total.
- El Programa cuenta con Reglas de Operación vigentes, en las que se describen los requisitos de afiliación, la mecánica de operación, beneficios de los afiliados, y derechos y obligaciones de los mismos.
- El Gasto Promedio por Beneficiario (GPB) fue menor al Gasto Promedio Programado por Beneficiario, toda vez que el Programa atendió a una mayor cantidad de población objetivo que la que se había programado.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas a nivel Componente se cuantifica en 50%, toda vez que



el C01 se cumplió al 100%, sin embargo, el C02 sólo presentó un avance del 51.75%.

- Se cuenta con un documento donde se plantea la estrategia de cobertura que detalla el alcance geográfico, siendo este de carácter nacional y enfocado en aquellas áreas poblacionales donde se genera la necesidad de un Servicio de Seguridad Médica y Social, para así llevar a cabo las acciones pertinentes que se detallan en la estrategia. Además, en las Reglas de Operación de carácter Federal también se establece un apartado que refiere a dicha información.



VI. ANÁLISIS INTERNO

Fortalezas

Tema I. Datos Generales

- Se detallan adecuadamente la definición del Programa, las causas y efectos del problema y las generalidades del SMSXXI.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- El Programa cuenta con Reglas de Operación vigentes, en las que se describen los requisitos de afiliación, la mecánica de operación, beneficios de los afiliados, y derechos y obligaciones de los mismos.
- El Gasto Promedio por Beneficiario (GPB) fue menor al Gasto Promedio Programado por Beneficiario, toda vez que el Programa atendió a una mayor cantidad de población objetivo que la que se había programado.

Tema III. Evolución de la Cobertura

- El porcentaje de cobertura de la población objetivo fue de 110.02%.
- Se cuenta con un documento donde se plantea la estrategia de cobertura que detalla el alcance geográfico, siendo este de carácter nacional y enfocado en aquellas áreas poblacionales donde se genera la necesidad de un Servicio de Seguridad Médica y Social, para así llevar a cabo las acciones pertinentes que se detallan en la estrategia. Además, en las Reglas de Operación de carácter Federal también se establece un apartado que refiere a dicha información.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- No se encontraron fortalezas (al no haber ASM a ser atendidos).

Oportunidades

Tema I. Datos Generales

- No se encontraron Oportunidades.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- Mayor demanda del Programa expresada en las afiliaciones.

Tema III. Evolución de la Cobertura

- Mayor número de afiliados acuden a las revisiones periódicas.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora



- No se encontraron Oportunidades (al no haber ASM a ser atendidas).

Debilidades

Tema I. Datos Generales

- La Matriz de Marco Lógico presenta congruencia en la lógica vertical, más no en la horizontal, con base en lo establecido en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
- No se presenta la alineación a nivel Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo, ni con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016, incumpliendo así con los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015.
- El problema que el Programa pretende resolver no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida, siendo así incongruente con lo establecido en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- El Ente Público menciona que se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo; incumpliendo así con las Disposiciones Específicas para Elaboración del Padrón de Beneficiarios de los Programas Presupuestarios del Estado de Chihuahua, con enfoque social y económico que entregan ayudas y/o subsidios a la población en forma directa o indirecta y que ejerzan recurso público en el ámbito de su competencia.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas a nivel Componente se cuantifica en 50%, toda vez que el C01 se cumplió al 100%, sin embargo, el C02 sólo presentó un avance del 51.75%.
- La relación costo – efectividad del Programa se sitúa en un nivel Débil (0.68).

Tema III. Evolución de la Cobertura

- No se encontraron debilidades.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- No se encontraron debilidades (al no haber ASM a ser atendidas).

Amenazas

Tema I. Datos Generales

- Falta de ministración de los recursos que sustentan al Programa.



Tema II. Operación, Resultados y Productos

- Los resultados negativos del Programa impliquen que se provea de menor recurso al Programa.

Tema III. Evolución de la Cobertura

- Los posibles menores de cinco años, sin seguridad social se reduzcan o incrementen de modo que el Programa no sea capaz de dar abasto o no tenga población a la cual atender.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- El Recurso Federalizado, en caso de auditoría, podría tener una observación al no haber sido evaluado según lo estipula la normatividad aplicable.



VII. CONCLUSIONES

Conclusiones específicas

Tema I. Datos Generales

El Seguro Médico Siglo XXI brinda una asistencia médica continua a niñas y niños menores de cinco años que no cuentan con la facilidad de acceder a alguna institución de seguridad social o asistencia médica. No se establece adecuadamente el problema del Programa y solo se hace referencia a una población y sus características.

La Secretaría de Salud proporciona la documentación pertinente para la evaluación del Programa; existen incongruencias entre los documentos de Seguimiento de Metas de Indicadores, toda vez que este no contiene las fórmulas y datos del indicador de Propósito. En la Matriz de Marco Lógico se observa falta del Supuesto de Propósito y Fin.

El Programa presenta alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; se carece de alineación que alcance el Nivel de Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo y con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

Con base en los recursos que se perciben, provenientes de la Secretaría de Salud a Nivel Federal, se llevan a cabo las Actividades y Componentes del Programa. Estos recursos se encuentran distribuidos como se indica en los documentos y diagramas que se exhiben por el Ente Público.

Se cuenta con criterios de elegibilidad para la selección de beneficiarios, correspondiendo estos a los afiliados en relación con el Problema atendido.

El Ente Público menciona en la información que se refiere a continuación que se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo. Menciona que este es administrado y actualizado en relación a la información que se recibe por los Módulos de Orientación y Afiliación y se encuentra normado y regulado. Existen mecanismos para el conocimiento a la percepción de los



beneficiarios, consistentes en encuestas de satisfacción.

Tema III. Evolución de la Cobertura

El SMSXXI tendrá cobertura en todo el territorio nacional donde habiten familias con niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del SMSXXI.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

El Programa no ha sido evaluado con anterioridad, por lo que no cuenta con ASM a atender.

Conclusión general

El Seguro Médico Siglo XXI brinda una asistencia médica continua a niñas y niños menores de cinco años que no cuentan con la facilidad de ser derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y carezcan de la posibilidad de acceder a los servicios de salud, permitiendo a estos ser parte del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del Programa. El Programa se alinea a Nivel de Línea de Acción con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, no siendo así con el Plan Estatal de Desarrollo, ni con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016, incumpliendo así con los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015.

Dentro de la evaluación del Programa se encontró que el problema que se busca resolver no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida; la Matriz de Marco Lógico presenta congruencia en la lógica vertical, más no en la horizontal, en virtud de la falta del Supuesto de Propósito y Fin, siendo estos dos aspectos incongruentes con lo establecido en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Asimismo en el Reporte PRBRREP102 Seguimiento de Metas de Indicadores – cierre anual 2015, no se presentan los datos ni fórmulas del indicador a nivel propósito.

Se obtuvo que el porcentaje de cobertura de la población objetivo se cuantificó en 110.02%, toda vez que el Programa cuenta con una estrategia de cobertura que detalla el alcance geográfico, siendo este de carácter nacional y enfocado en aquellas áreas poblacionales donde se genera la necesidad de un Servicio



de Seguridad Médica y Social, para así llevar a cabo las acciones pertinentes que se detallan en la estrategia; además, en las Reglas de Operación de carácter Federal también se establece un apartado que refiere a dicha información. No obstante el Ente Público no presentó evidencia de que exista una metodología para la cuantificación de las poblaciones del Programa evaluado y de igual forma, se referencia, dentro de las ROP y el Manual de Afiliación y Operación que, para este Programa, se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo. Menciona que este es administrado por los Módulos de Orientación y Afiliación, a través del SAP.

El Programa cuenta con Reglas de Operación vigentes, en las que se describen los requisitos de afiliación, la mecánica de operación, beneficios de los afiliados, y derechos y obligaciones de los mismos, así como los criterios de elegibilidad para la selección de beneficiarios, correspondiendo estos a los afiliados en relación con el Problema atendido. Estos criterios son igualmente desarrollados en el Manual de Afiliación y Operación.

El porcentaje de cumplimiento de las metas a nivel Componente se cuantifica en 50%, toda vez que el C01 se cumplió al 100%, sin embargo, el C02 sólo presentó un avance del 51.75%, lo que no es congruente con el hecho de que se efectuó un gasto del 100% del Presupuesto Modificado total, siendo este el total con el que el Programa dispuso para dar cumplimiento a todas sus metas.

El Gasto Promedio por Beneficiario (GPB) fue menor al Gasto Promedio Programado por Beneficiario, toda vez que el Programa atendió a una mayor cantidad de población objetivo que la que se había programado. Sin embargo, esto la relación costo – efectividad del Programa se sitúa en un nivel Débil (0.68) y este resultado se asocia a las ampliaciones presupuestales que recibió el Programa, toda vez que su presupuesto modificado con el que finalmente se opera, es superior al autorizado por 26,764,333 pesos; la población que se atiende alcanza y rebasa a la que se planeó como objetivo, esto en contraste con la ampliación y en virtud de la formula solicitada, deriva en el resultado ya referido.

Sírvanse las conclusiones del presente informe de evaluación para observar lo dispuesto en el numeral 28 del “Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del



Desempeño que a la letra dice:

“La información de los resultados alcanzados en el cumplimiento de los objetivos y metas y la obtenida de las evaluaciones realizadas en los ejercicios fiscales anteriores y en curso, será un elemento a considerar, entre otros derivados de los diversos sistemas o mecanismos de evaluación, para la toma de decisiones para las asignaciones de recursos y la mejora de las políticas, de los Programas presupuestarios y del desempeño institucional. (...)”.





VIII. ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA

| Aspectos Susceptibles de Mejora | | |
|--|---|--|
| Nombre del Ente Público evaluado: Secretaría de Salud de Gobierno del Estado | | |
| Nombre del Programa evaluado: Seguro Médico Siglo XXI | | |
| Tipo de evaluación realizada: Específica de Desempeño | | |
| Ejercicio fiscal evaluado: Ejercicio Fiscal 2015 | | |
| Tema | Aspectos Susceptibles de Mejora | Recomendaciones |
| Tema I. Datos Generales | <ul style="list-style-type: none">• Redefinir el problema que se pretende resolver.• Rediseñar la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados. | <ul style="list-style-type: none">• Redefinir el problema que se pretende resolver, con base en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, toda vez que éste no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida. Esto, con el fin de orientar el Programa de una forma más eficiente y mejora el diseño del mismo.• Rediseñar la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados. Con base en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP, agregando supuestos para los niveles de fin y propósito; y medios de verificación adecuados en todos los |



| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Susceptibles de Mejora | evaluación y de ejercicios subsecuentes. | con el fin de evitar sanciones administrativas e implementar acciones para la optimización del Programa. |
|-------------------------------|--|--|





IX. ANEXOS





ANEXO I. COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS FEDERALES O ESTATALES

| Nombre del Programa | Seguro Médico Siglo XXI | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| Ente Público | Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chihuahua. | | | | | | |
| Área Responsable | Régimen Estatal de Protección Social en Salud. | | | | | | |
| Tipo de Evaluación | Específica del Desempeño | | | | | | |
| Año de la Evaluación y ejercicio fiscal evaluado | Año de la evaluación: 2016 Ejercicio fiscal evaluado: 2015 | | | | | | |
| Nombre del Programa (complementario o coincidente) | Ente Público | Propósito | Población Objetivo | Tipo de Apoyo | Cobertura Geográfica | Fuentes de Información | Comentarios Generales |
| Seguro Popular. | Secretaría de Salud | Mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud. | 1,399,997 | Servicio Médico. | Nacional | MIR Seguro Popular. Cierre Anual 2015 | El Programa se coordina y correlaciona con el SMSXXI en los enfoques que plantean, |



| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | así como las áreas en las que se ejecutan ambos programas. |
|--|--|--|--|--|--|--|--|





ANEXO II. GUÍA DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD O SEMI-ESTRUCTURADA

No se llevaron a cabo entrevistas a profundidad o semi-estructuradas.

| |
|---|
| Datos del entrevistado |
| Nombre: |
| Puesto: |
| Antigüedad: |
| Fecha de la entrevista: |
| Documentos entregados: |
| Temas generales a cubrir: |
| <ul style="list-style-type: none">• |



ANEXO III. FORMATO PARA LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES

| 1. Descripción de la Evaluación | |
|--|--|
| 1.1 Nombre de la Evaluación: Especifica del Desempeño | |
| 1.2 Fecha de inicio de la evaluación (dd/mm/aaaa): 09/05/2016 | |
| 1.3 Fecha de término de la evaluación (dd/mm/aaaa): 31/08/2016 | |
| 1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece: | |
| Nombre: Dr. Basilio Ildelfonso Barrios Salas | Unidad Administrativa: Régimen Estatal de Protección Social en Salud. |
| 1.5 Objetivo general de la evaluación: Valorar el avance del cumplimiento de objetivos y metas Programadas, que permita retroalimentar la operación y la gestión del mismo, de manera que se cuente con información que contribuya a mejorar la toma de decisiones y uso eficiente y eficaz de los recursos. | |
| 1.6 Objetivos específicos de la evaluación: I. Reportar los resultados de la gestión mediante un análisis de los indicadores de desempeño; II. Analizar el avance de las metas de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2015, respecto de años anteriores a su relación con el avance en las metas establecidas; III. Analizar la evolución de la cobertura y el presupuesto; IV. Analizar los hallazgos relevantes derivados de la evolución; V. Identificar las principales fortalezas y debilidades para emitir recomendaciones pertinentes; e IV. Identificar los principales Aspectos Susceptibles de Mejora. (ASM) | |
| 1.7 Metodología utilizada en la evaluación: Cuestionario <input type="checkbox"/> Entrevistas <input type="checkbox"/> Formatos <input type="checkbox"/> Otros: Análisis de Gabinete. | |
| Descripción de las técnicas y modelos utilizados: Análisis de Gabinete.- Conjunto de actividades que involucran el acopio, la organización, la sistematización y la valoración de información contenida en registros administrativos, bases de datos, evaluaciones, documentos oficiales, documentos normativos y sistemas de información. | |



2. Principales Hallazgos de la Evaluación

2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

- El problema que el Programa pretende resolver no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida, siendo así incongruente con lo establecido en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- El porcentaje de cobertura de la población objetivo se cuantificó en 110.02%.
- Se efectuó un gasto del 100% del Presupuesto Modificado total.
- El Programa cuenta con Reglas de Operación vigentes, en las que se describen los requisitos de afiliación, la mecánica de operación, beneficios de los afiliados, y derechos y obligaciones de los mismos.
- El Gasto Promedio por Beneficiario (GPB) fue menor al Gasto Promedio Programado por Beneficiario, toda vez que el Programa atendió a una mayor cantidad de población objetivo que la que se había programado.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas a nivel Componente se cuantifica en 50%, toda vez que el C01 se cumplió al 100%, sin embargo, el C02 sólo presentó un avance del 51.75%.
- No se presenta la alineación a nivel Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo, ni con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016, incumpliendo así con los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015.
- El Ente Público menciona que para este Programa, se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo.
- La Matriz de Marco Lógico presenta congruencia en la lógica vertical, más no en la horizontal, con base en lo establecido en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.



2.2 Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, de acuerdo con los temas del Programa, estrategia o instituciones:

2.2.1 Fortalezas:

- Se detallan adecuadamente la definición del Programa, las causas y efectos del problema y las generalidades del SMSXXI.
- El Programa cuenta con Reglas de Operación vigentes, en las que se describen los requisitos de afiliación, la mecánica de operación, beneficios de los afiliados, y derechos y obligaciones de los mismos.
- El Gasto Promedio por Beneficiario (GPB) fue menor al Gasto Promedio Programado por Beneficiario, toda vez que el Programa atendió a una mayor cantidad de población objetivo que la que se había programado.
- El porcentaje de cobertura de la población objetivo fue de 110.02%.
- Se cuenta con un documento donde se plantea la estrategia de cobertura que detalla el alcance geográfico, siendo este de carácter nacional y enfocado en aquellas áreas poblacionales donde se genera la necesidad de un Servicio de Seguridad Médica y Social, para así llevar a cabo las acciones pertinentes que se detallan en la estrategia. Además, en las Reglas de Operación de carácter Federal también se establece un apartado que refiere a dicha información.

2.2.2. Oportunidades:

- Mayor demanda del Programa expresada en las afiliaciones.
- Mayor número de afiliados acuden a las revisiones periódicas.

2.2.3. Debilidades:

- La Matriz de Marco Lógico presenta congruencia en la lógica vertical, más no en la horizontal, con base en lo establecido en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
- No se presenta la alineación a nivel Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo, ni con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016, incumpliendo así con los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015.
- El problema que el Programa pretende resolver no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida, siendo así incongruente con lo establecido en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de



la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- El Ente Público menciona que se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo; incumpliendo así con las Disposiciones Específicas para Elaboración del Padrón de Beneficiarios de los Programas Presupuestarios del Estado de Chihuahua, con enfoque social y económico que entregan ayudas y/o subsidios a la población en forma directa o indirecta y que ejerzan recurso público en el ámbito de su competencia.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas a nivel Componente se cuantifica en 50%, toda vez que el C01 se cumplió al 100%, sin embargo, el C02 sólo presentó un avance del 51.75%.
- La relación costo – efectividad del Programa se sitúa en un nivel Débil (0.68).

2.2.4 Amenazas:

- Falta de ministración de los recursos que sustentan al Programa.
- Los resultados negativos del Programa impliquen se provea de menor recurso al Programa.
- Los posibles menores de cinco años, sin seguridad social se reduzcan o incrementen de modo que el Programa no sea capaz de dar abasto o no tenga población a la cual atender.
- El Recurso Federalizado, en caso de auditoría, podría tener una observación al no haber sido evaluado según lo estipula la normatividad aplicable.

3. Conclusiones y Recomendaciones de la Evaluación

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

El Seguro Médico Siglo XXI brinda una asistencia médica continua a niñas y niños menores de cinco años que no cuentan con la facilidad de acceder a alguna institución de seguridad social o asistencia médica.

Dentro de la documentación que se proporciona por parte de la Secretaría de Salud se encontraron diferentes aspectos a los cuales se les realizan observaciones de la existencia de errores o defectos en los contenidos, donde existen incongruencias entre los documentos de Seguimiento de Metas de Indicadores, toda vez que este no contiene las fórmulas y datos del indicador de Propósito. Asimismo en la Matriz de Marco Lógico se observa la de Falta del Supuesto de Propósito y Fin.

El Programa presenta alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016; los objetivos que se detallan, contenidos dentro del PED son congruentes con los



Componentes y las Actividades del Programa, aunque se carece de alineación que alcance el Nivel de Línea de Acción con el Plan Estatal de Desarrollo y con el Plan Sectorial de Salud 2011-2016.

Con base en los recursos que se perciben, provenientes de la Secretaría de Salud a Nivel Federal, se llevan a cabo las Actividades y Componentes del Programa. Estos recursos se encuentran distribuidos como se indica en los documentos y diagramas que se exhiben por el Ente Público.

Se cuenta con criterios de elegibilidad para la selección de beneficiarios, correspondiendo estos a los afiliados en relación con el Problema atendido, que a su vez se relaciona con la Población Objetivo: Niñas y Niños menores de cinco años afiliados al SMSXXI. A la vez, estos criterios establecen requisitos, que se estipulan dentro del Reglamento concerniente al Programa y el Manual de Afiliación y Operación.

El Ente Público menciona en la información que se refiere a continuación que se cuenta con un padrón de beneficiarios, sin embargo, no adjunta evidencia del mismo. Menciona que este es administrado por los Módulos de Orientación y Afiliación y se encuentra normado y regulado.

Existen mecanismos para el conocimiento a la percepción de los beneficiarios, consistentes en encuestas de satisfacción.

El Programa cuenta con una estrategia de cobertura que detalla el alcance geográfico, siendo este de carácter nacional y enfocado en aquellas áreas poblacionales donde se genera la necesidad de un Servicio de Seguridad Médica y Social, para así llevar a cabo las acciones pertinentes que se detallan en la estrategia.

3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:

- Redefinir el problema que se pretende resolver, con base en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, tosa vez que éste no se plantea como un hecho negativo o una situación que puede ser revertida. Esto, con el fin de orientar el Programa de una forma más eficiente y mejora el diseño del mismo.
- Rediseñar la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados. con base en la



Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP, agregando supuestos para los niveles de fin y propósito; y medios de verificación adecuados en todos los niveles. Esto, con la finalidad de que se alcance la lógica horizontal y vertical del Programa.

- Alinear a nivel Línea de Acción el Programa con el PED y el Programa Sectorial correspondientes, buscando que el Programa cumpla con los Lineamientos del Ciclo Presupuestal del año correspondiente, y evite por tanto sanciones administrativas.
- Proporcionar la información que dé evidencia del Padrón de Beneficiarios, corroborando lo establecido por la normatividad aplicable, para dar cumplimiento con los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal 2015.
- Complementar la estrategia de cobertura de la población objetivo, añadiendo metas a corto, mediano y largo plazo. Con el objetivo de incrementar la cartera de beneficiarios, y por ende, tener un mayor alcance en la operación del Programa.
- Atender los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la presente evaluación y de ejercicios subsecuentes, con el fin de evitar sanciones administrativas e implementar acciones para la optimización del Programa.

4. Datos de la Instancia Técnica Evaluadora

4.1 Nombre del Coordinador de la evaluación:

C.P. Silvano Robles Nuñez

4.2 Cargo:

Coordinador de la Evaluación.

4.3 Institución a la que pertenece:

INTEGRAM Administración y Finanzas S.A. de C.V.

4.4 Principales colaboradores:

Raúl Humberto Rodelo Sandoval y Natalia Villanueva Pérez.

4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación:

srobles.mamipa@gmail.com

4.6 Teléfono (con clave lada)

(627)102.80.39



5. Identificación del (los) Programa(s)

5.1 Nombre del (los) Programa(s) evaluado(s):

Seguro Médico Siglo XXI

5.2 Siglas: SMSXXI

5.3 Ente Público coordinador del (los) Programa(s):

Secretaria de Salud del Gobierno del Estado de Chihuahua.

5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) Programa(s):

Poder Ejecutivo: Poder Legislativo: Poder Judicial: Ente Autónomo:

5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) Programa(s):

Federal: Estatal: Local:

5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y del(los) titular(es) a cargo del (los) Programa(s):

5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo del (los) Programa(s):

Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

5.6.2 Nombre(s) del(los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) Programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):

Dr. Basilio Ildelfonso Barrios Salas

Régimen Estatal de Protección Social en Salud

basibs59basibs@gmail.com

(614).429.33.00 Ext. 17950

Nombre: Dr. Basilio Ildelfonso Barrios Salas

Unidad administrativa: Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

6. Datos de Contratación de la Evaluación

6.1 Tipo de contratación:

6.1.1 Adjudicación Directa 6.1.2 Invitación a tres 6.1.3 Licitación Pública Nacional

6.1.4 Licitación Pública Internacional 6.1.5 Otro (señalar):

6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación:

Dirección General de Administración de la Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado de Chihuahua.

6.3 Costo total de la evaluación:

\$385,741.28 pesos



6.4 Fuente de financiamiento:

Estatad.

7. Difusión de la Evaluación:

7.1 Difusión en internet de la evaluación:

<http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/sf/uploads/indtfisc/informe16ex.html>

7.2 Difusión en internet del formato:

<http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/cacech/uploads/anexos/2016/dquince.pdf>

