



Resumen Ejecutivo

El Programa del Seguro Popular surge en la búsqueda de dar solución a que mujeres y hombres carecen de seguridad social tanto a nivel nacional, como estatal y a partir de ahí, con base en las características sociales y económicas que produce esa falta de facilidad para acceder a servicios médicos por parte de la población; por ello, es que se emprenden una serie de acciones de acuerdo a las campañas de atención emprendidas en todo el Estado.

Se analiza la documentación presentada para realizar la evaluación del Programa, desprendiéndose algunas observaciones: el problema no se redacta como una situación que puede ser revertida, por lo que es incongruente en su diseño con lo establecido en la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)¹.

Por su parte, el Propósito se enfoca en atender a la Población Objetivo mediante los componentes y actividades previstas para ello, incluyendo un verbo en presente y un complemento y el indicador mide lo determinado en el Resumen Narrativo. En el mismo sentido se define a la Población Objetivo dentro del documento de focalización de manera incorrecta, toda vez que se efectúa mal la suma de los datos de mujeres y hombres para sacar el total.

El Programa se alinea al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 y; al Programa Sectorial de Salud 2011-2016, siendo las alineaciones congruentes con el Fin, Propósito, Componentes y Actividades del Programa; y cumpliendo así con la normatividad estatal: Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015.

Asimismo, derivado del análisis se detecta que el Seguro Popular es complementario con el Seguro Médico Siglo XXI, ya que se rigen por la mismas normatividad, aplican un mismo Manual de Afiliación, trabajan

¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2013, Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, Consultada en: http://planeacion.uaemex.mx/docs/Capacitacion/MGR/2_Guia_para_la_elaboracion_de_matriz_de_indicadores_CONEVAL.pdf



con los mismos Módulos de Afiliación y son ejecutados por las mismas autoridades del Ejecutivo Estatal en Materia de Salud, sin embargo su población objetivo es distinta.

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; los criterios de elegibilidad para la selección de los beneficiarios tienen claramente definidos sus características y son difundidos a través de los medios personales, masivos, así como digitales de comunicación, en virtud de las campañas de publicidad emprendidas por el Ejecutivo del Estado y cumplen con lo dispuesto en los manuales y reglamentos operativos; se cuenta actualmente con un registro de beneficiarios, administrado y actualizado en relación a la información que se recibe por los Módulos de Afiliación que se dirige al Sistema de Administración del Padrón; existen a su vez mecanismos diversos para el conocimiento de la percepción de los beneficiarios.

Finalmente, se observará que no se atendieron todos los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de las evaluaciones realizadas previamente al Programa.





ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
TEMA I. DATOS GENERALES.....	7
A. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.....	7
B. ALINEACIÓN DEL PROGRAMA A PLANES Y PROGRAMAS	18
C. ANÁLISIS DE COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS	25
D. FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	27
TEMA II. OPERACIÓN, RESULTADOS Y PRODUCTOS.....	29
A. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA.....	29
B. ENTREGA DE BIENES Y/O SERVICIOS A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.....	35
C. SEGUIMIENTO A BENEFICIARIOS ATENDIDOS	42
D. FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y EJERCICIO DEL RECURSO FINANCIERO	43
E. CUMPLIMIENTO DE RESULTADOS	46
F. EJERCICIO DE LOS RECURSOS	59
TEMA III. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA	68
A. COBERTURA DEL PROGRAMA.....	68
TEMA IV. SEGUIMIENTO A ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA	72
A. SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES DE EVALUACIONES REALIZADAS.....	72
V. HALLAZGOS.....	76
VI. ANÁLISIS INTERNO	78
VII. CONCLUSIONES	81
VIII. ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA	84
ANEXOS	87
ANEXO I. COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS FEDERALES O ESTATALES.....	88
ANEXO II. GUÍA DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD O SEMI-ESTRUCTURADA.....	90
ANEXO III. FORMATO PARA LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES..	91



INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, encargada de atender el bienestar de los chihuahuenses, mediante la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, implementa Programas como el Seguro Popular, que dio inicio en el año de 2005; éste trabaja en “conjuntar acciones institucionales destinadas a proporcionar el acceso a la atención médica de manera efectiva a mujeres y hombres sin derechohabencia a alguna seguridad social, de manera que se satisfagan sus necesidades de salud y se resguarde el patrimonio de las familias contra gastos de la misma índole. De esta forma, se garantiza que toda la población cuente con un medio de protección social que les brinde atención médica adecuada”². Es por esto que contempla dentro de sus Componentes la continua reafiliación, así como el brindar atenciones médicas de segundo nivel a la población afiliada, el cual se desglosa en las actividades.

Por otra parte, y con base en lo establecido en los Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño (TdR1), el Objetivo General de la presente 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).

² Información obtenida del Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2015, proporcionado por el Ente Público.



Finalmente se hace del conocimiento, el empleo de la metodología “Análisis de Gabinete” por parte de Integram Administración y Finanzas S.A. de C.V., 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, 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 realizado”³.

³ Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño 2016.





TEMA I. DATOS GENERALES

A. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

1. Descripción del Programa

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

i. Identificación del Programa, y en caso de aplicar, los Programas estatales en donde se interrelacionan los recursos del Programa, Fondo, Convenio o Subsidio sujeto a evaluación:

a. Nombre y clave: Seguro Popular

b. Siglas: SP

c. Dependencia y/o entidad coordinadora: 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: 2005

f. Fuente de financiamiento: Recursos de origen Federal Secretaría de Salud, y Reasignaciones de Terceros a Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009.

ii. Definición del Programa

El Programa se define como “Conjuntar acciones institucionales destinadas a proporcionar el acceso a la atención médica de manera efectiva 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 salud. De esta forma se garantiza que toda la población cuente con un medio de protección social que les brinde atención médica adecuada”⁴.

⁴ Información obtenida de la fuente 11 “Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2015”, proporcionada por el Ente Público.



iii. Objetivo a nivel de Fin del Programa

El objetivo a nivel de Fin del Programa es, por tanto, “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.

⁵ Ibídem.





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:

Con base en la información proporcionada por el Ente Público en el Formato SH-PRG3 Árbol del Problema⁶, a través de los bienes y servicios que se brindan se pretende resolver el siguiente problema: “hombres y mujeres que carecen de seguridad social en el Estado”. 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.

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,

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

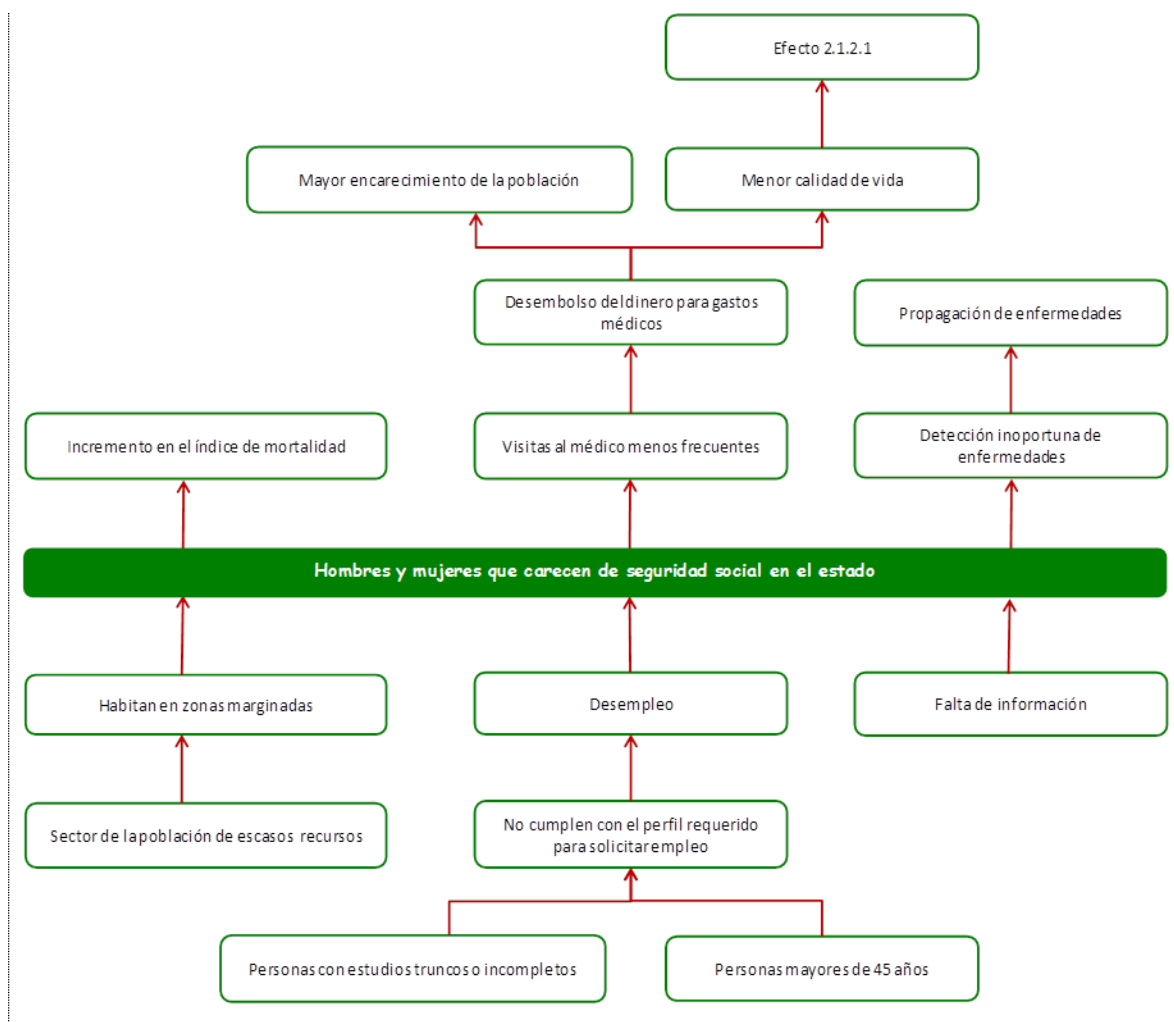
⁷ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, s.f., Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, Consultada en: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/Guia%20MIR.pdf>

⁸ CONEVAL, 2013, Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados, Consultada en: http://planeacion.uaemex.mx/docs/Capacitacion/MGR/2_Guia_para_la_elaboracion_de_matriz_de_indicadores_CONEVAL.pdf

⁹ Ibídem.



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.





3. ¿Cuál es el propósito del Programa?

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Con base en la información presentada por el Ente Público en el Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2015, el propósito es: “mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud”¹⁰.

A ese respecto, éste describe el cambio en la Población Objetivo como resultado directo de la utilización de los Componentes que entrega el Programa. Asimismo, su redacción incluye un sujeto (población / área de enfoque) “mujeres y hombres sin derechohabencia social”; un verbo en presente “son” y un complemento (solución del problema) “afiliadas al sistema de protección social en salud”.

¹⁰ Información obtenida del Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2015, proporcionada 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 a nivel propósito permite medir lo determinado en el Resumen Narrativo, toda vez que se define como el “porcentaje de mujeres y hombres sin derechohabencia son afiliados al Seguro Popular”. A ese respecto, la fórmula del indicador $(MHSDA/MHSDPA)*100$, mide a las personas sin derechohabencia afiliados, respecto a los programados a afiliarse¹¹.

Para analizar la congruencia del indicador del propósito con el Resumen Narrativo se utiliza la tabla del Manual 42 de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe “Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas¹²”:

Condiciones	Sí	No
El indicador de Propósito no sea 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	
El indicador está especificado en términos de cantidad, calidad y tiempo.	X	
El presupuesto es suficiente para llevar a cabo las Actividades identificadas.	X	

¹¹ Información obtenida de la fuente número 12 “Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015”, proporcionada por el Ente Público.

¹² Información obtenida del Manual 42 de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) “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 resúmenes narrativos, los cuales se comparan en busca de la congruencia lógica¹³:

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 avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social .

- **Congruencia:** Existente. Ambos fines buscan mediante los servicios de seguridad social un mayor alcance en la cobertura de la atención médica.

Propósito MIR Estatal: Mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud.

Propósito MIR Federal: La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad.

- **Congruencia:** Existente. Se busca ampliar el acceso a la seguridad social y todos los servicios de salud.

¹³ Información obtenida de la fuente número 12 “Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015”, así como de la Fuente 16 Matriz de Indicadores para Resultados Federal, proporcionadas por el Ente Público.



Componente 01 MIR Estatal: Mujeres y hombres que cuentan con una póliza de seguro vencida son reafiliados.

Componente 02 MIR Estatal: Atenciones médicas de 2° nivel entregadas a la población afiliada.

Componente MIR Federal: Acceso efectivo y de calidad a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud otorgadas a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

- **Congruencia:** Existente. Los Componentes manejan la permanencia y constancia en brindar atención médica constante.



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:

Con base en la información proporcionada por el Ente Público en el Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015, los Componentes que brinda el Programa para resolver el problema y cumplir con el Propósito son los siguientes¹⁴:

- Componente C01 Mujeres y hombres que cuentan con una póliza de seguro vencida son reafiliados.
- Componente C02 Atenciones médicas de segundo nivel, entregadas a la población afiliada.

A ese respecto, el Programa incluye dos Componentes, y cada componente identifica y enuncia dos y cuatro Actividades, respectivamente; por lo que se incumple en el C02 con lo establecido en el artículo 55 de los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015, en donde se indica que “se deberá identificar y enunciar cuando menos 2, máximo 3 actividades principales que implican costos, y presentadas en orden cronológico; siendo éstas las tareas a cumplir para lograr cada uno de los componentes”.

Con el fin de determinar la congruencia en la lógica vertical y horizontal de la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, se hace uso de las Tablas contenidas en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público:

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?	Sí

¹⁴ Información obtenida de la fuente número 12 “Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015”, proporcionada por el Ente Público.



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

- Los supuestos de sustentabilidad se presentan solamente a nivel Propósito y Componente C01, omitiendo la importancia de éstos al validar la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados. A ese respecto, la Guía de la SHCP indica: “A cada objetivo le corresponde un riesgo que podría derivar en un incumplimiento que se describe en la columna de supuestos. Dependiendo del impacto del riesgo, el programa puede demorarse, incrementar su costo, cumplir parcialmente sus objetivos, o puede fracasar del todo”.

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

- Si bien, los indicadores para todos los niveles permiten monitorear el programa, éstos sólo son de eficacia, y registran solamente la variación porcentual entre un ejercicio fiscal y otro.
- Los medios de verificación identificados para los indicadores en todos los niveles no son los necesarios ni suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa, toda vez que sólo se limitan a: “CONAPO” y “Registros Internos”; incumpliendo así con lo establecido en la Guía de la SHCP, la cual indica que “son las fuentes de información que se pueden utilizar para verificar el logro de los objetivos 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, se indica que no se presenta congruencia en la lógica vertical ni en la horizontal, toda vez que no se cumple con lo indicado en la Guía de la SHCP en lo que a supuestos, y medios de verificación, se refiere.



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:

La alineación del programa al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es la siguiente:

Eje	N2 México Incluyente.
Tema	03 Salud.
Subtema	00 Salud.
Objetivo	001 Asegurar el acceso a los servicios de salud.
Estrategia	002 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
Línea de Acción	001 Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
Prioridad	1
Eje	N2 México Incluyente.
Tema	03 Salud.
Subtema	00 Salud.
Objetivo	001 Asegurar el acceso a los servicios de salud.
Estrategia	004 Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad. 002 Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimiento de atención
Línea de Acción	médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
Prioridad	2
Eje	N2 México Incluyente.
Tema	03 Salud.
Subtema	00 Salud.
Objetivo	001 Asegurar el acceso a los servicios de salud.
Estrategia	004 Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad.



Línea de Acción	Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.
Prioridad	3
Eje	N2 México Incluyente.
Tema	04 Sistema de Seguridad Social.
Subtema	00 Sistema de Seguridad Social.
Objetivo	001 Ampliar el acceso a la seguridad social.
Estrategia	002 Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.
Línea de Acción	002 Promover la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral y tomando en cuenta a las personas adultas mayores.
Prioridad	4
Eje	N2 México Incluyente.
Tema	04 Sistema de Seguridad Social.
Subtema	00 Sistema de Seguridad Social.
Objetivo	001 Ampliar el acceso a la seguridad social.
Estrategia	003 Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.
Línea de Acción	001 Reordenar los procesos que permitan el seguimiento del ejercicio de recursos con apego fiel al logro de resultados.
Prioridad	5

El Fin y el Propósito del Programa, definidos en el siguiente párrafo, son congruentes con la prioridad 1, toda vez que si se garantiza el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, se estará contribuyendo a la disminución del índice de mortalidad en la población, mediante la afiliación de aquellos





que no cuentan con derechohabencia a la seguridad social¹⁵.

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.

Propósito: Mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud

Asimismo, el Programa es congruente con las alineaciones al PND, ya que las consultas médicas, la afiliación, la re afiliación, las atenciones médicas de segundo nivel brindadas, y las urgencias médicas atendidas coadyuvan al desarrollo del país mediante las líneas de acción.

Finalmente, la totalidad de las alineaciones se encuentran priorizadas de manera adecuada a su relevancia y autorizadas, como se muestra en el Reporte PRBRREP501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades 2015.

¹⁵ Información obtenida de la fuente número 9 Reporte “PRBRREP501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades 2015”, proporcionada por el Ente Público.



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

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

El Programa se alinea al Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2010-2016. A ese respecto, el Fin y el Propósito del Seguro Popular son congruentes con la prioridad 1, ya que las definiciones de los mismos son las siguientes:

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.

Propósito: Mujeres y hombres sin derechohabiencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud

Asimismo, el Programa es congruente con las alineaciones al PED, como lo muestra el Reporte PRBRREP510 Alineaciones de los Programas Presupuestarios a Planes y Programas 2015:

Eje	E1 Desarrollo Humano y Calidad de Vida.
Tema	02 Salud.
Subtema	01 Salud.
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.
Estrategia	002 Diseñar programas de salud que permitan mejorar la salud materna y de las mujeres en las diferentes etapas de su vida.
Línea de Acción	002 Impulsar un programa de atención prenatal en los servicios de salud proporcionados por el Gobierno Estatal.
Prioridad	1
Eje	E1 Desarrollo Humano y Calidad de Vida.
Tema	02 Salud.
Subtema	01 Salud.



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.
Estrategia	003 Diseñar programas de atención médica para las personas adultas mayores. Impulsar el Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Adulto Mayor, el cual comprende campañas de prevención, orientación alimentaria y médica en diabetes, riesgo cardiovascular, así como la detección de tumores malignos en las mujeres y los hombres.
Línea de Acción	
Prioridad	2

Los Componentes y Actividades, por su parte, se encuentran alineados a nivel Línea de Acción como se visualiza en el Reporte PRBRREA501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades 2015. Finalmente, la totalidad de las alineaciones se encuentran priorizadas adecuadamente a su relevancia y 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 Seguro Popular se alinea al Programa Sectorial de Salud (PS05) 2011-2016. A ese respecto, el Fin y el Propósito del Programa son congruentes con la alineación prioridad 1, toda vez que se centran en resolver la derechohabiencia a la seguridad social¹⁶.

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.

Propósito: Mujeres y hombres sin derechohabiencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud

De la misma forma, el Programa es congruente con las alineaciones al Programa Sectorial de Salud, toda vez que su población objetivo son las personas sin derechohabiencia a la seguridad social, incluyendo a las de mayor vulnerabilidad: adultos mayores, indígenas y mujeres:

Programa	PS05 Programa Sectorial de Salud 2011-2016
Tema	00 Programa Sectorial de Salud
Sub-Tema	00 Programa Sectorial de Salud
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.
Estrategia	02 Diseñar programas de salud que permitan mejorar la salud materna y de las mujeres en las diferentes etapas de su vida. 007 Impulsar un programa de atención prenatal en los servicios de salud

¹⁶ Información obtenida de la fuente número 10 Reporte "PRBRREP510 Alineaciones de los Programas Presupuestarios a Planes y Programas 2015", proporcionada por el Ente Público.



Línea de Acción	proporcionados por el Gobierno Estatal.
Prioridad	1
Programa	PS05 Programa Sectorial de Salud 2011-2016
Tema	00 Programa Sectorial de Salud
Sub-Tema	00 Programa Sectorial de Salud
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. 03 Diseñar programas de atención médica para las personas adultas mayores.
Estrategia	003 Impulsar el Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Adulto Mayor, el cual comprende campañas de prevención, orientación alimentaria y médica en diabetes, riesgo cardiovascular, así como la detección de tumores malignos en las mujeres y los hombres.
Línea de Acción	
Prioridad	2
Programa	PS05 Programa Sectorial de Salud 2011-2016
Tema	00 Programa Sectorial de Salud
Sub-Tema	00 Programa Sectorial de Salud
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. 06 Implementar Programas de Salud para la Atención de Personas en Situación de Vulnerabilidad.
Estrategia	001 Desarrollar un Programa de Promoción de la Salud Indígena con folletos en la lengua autóctona de las cuatro etnias que conforman el Estado de Chihuahua: Tarahumaras, Pimas, Guarijíos y Tepehuanes del norte.
Línea de Acción	
Prioridad	3

Asimismo, los Componentes y Actividades se encuentran alineados a nivel Línea de Acción como se puede consultar en el Reporte PRBRREA501 Alineaciones de los Programas Presupuestarios, Componentes y Actividades 2015. La totalidad de dichas alineaciones se encuentran priorizadas adecuadamente a su relevancia y autorizadas.





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 Programa Seguro Popular es complementario con el Programa Seguro Médico Siglo XXI Federal, ambos coordinados por la Secretaría de Salud, según lo siguiente:

	Seguro Popular¹⁷	Seguro Médico Siglo XXI¹⁸
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.	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 de salud.
Propósito	Mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud.	Los niños y niñas sin derechohabencia a la seguridad social son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI.
Población objetivo	Total de la población en el Estado que se encuentra afiliada, según el padrón de beneficiarios del REPSS al 30 de junio del 2014.	El 80% de los niños menores de cinco años de edad, proyectados por el Consejo Nacional de Población para el año de vigencia de las Reglas de Operación, y con base en el Censo

¹⁷ Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico del Programa, proporcionado por el Ente Público.

¹⁸ Ibídem.



		General de Población y Vivienda del INEGI 2010, y que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social o que no cuentan con algún otro mecanismo de previsión social en salud.
Componente C01	Mujeres y hombres que cuentan con una póliza de seguro vencida, son reafiliados.	Financiamiento a los organismos públicos descentralizados de salud por la atención en unidades médicas otorgado.
Componente C02	Atenciones médicas de segundo nivel entregadas a la población afiliada.	Financiamiento por beneficiario al Seguro Médico Siglo XXI, otorgado.

Al analizar sus componentes, estos son similares pero atienden a diferente población y por lo tanto son complementarios.

Ver **Anexo I. Complementariedad y Coincidencias entre Programas federales o estatales.**





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:

La población potencial y la población objetivo, se encuentran definidas en el Formato SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, como se muestra a continuación¹⁹:

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.	Total de la población sin algún tipo de seguridad médica según el informe de CONEVAL 2012.	896,154	993,543	1,889,697
Población Objetivo 2015.	Total de la población en el Estado que se encuentra afiliada, según el padrón de beneficiarios del REPSS al 30 de junio del 2014.	639,440	764,842	1,404,282

Cabe destacar, que la información presentada en dicho formato, y la Matriz de Marco Lógico, la Matriz de Indicadores para Resultados, y el Anexo 2 Documento formalizado con información de las poblaciones del Programa, es inconsistente, ya que presentan distintas cifras: 1,399,997²⁰, siendo ésta su meta de afiliación y no su población objetivo.

Por otra parte, algunas de las cifras del Formato SH-PRG2, presentadas en la tabla, no se encuentran

¹⁹ Información obtenida del Formato SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, proporcionado por el Ente Público.

²⁰ Información obtenida de la Matriz de Marco Lógico, la Matriz de Indicadores para Resultados, y el Anexo 2 Documento formalizado con información de las poblaciones del Programa, proporcionados por el Ente Público.



correctamente capturadas, puesto que no pueden existir 0.28 mujeres y 0.72 hombres. Asimismo, el resultado de la suma de mujeres y hombres es incorrecto en el Formato SH-PRG2.

Finalmente, en lo que respecta a la metodología para la cuantificación de las poblaciones, el Ente Público no proporciona evidencia que permita dar cuenta de ello.





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:

No.

Justificación:

El Programa no cuenta con Reglas de Operación ni Manual de Procedimientos. Sin embargo, el Ente Público adjunta en sus fuentes de información los siguientes documentos: los “Criterios generales para la programación y ejercicio de las aportaciones federales transferidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud”; el “Manual de Afiliación y Operación de la misma Comisión”; y el “Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud”²¹. A ese respecto, se identifican los siguientes procesos:

- Gestión de recursos: contenido dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015, artículo 36 y Anexo 19.
- Selección de beneficiarios: dentro de las Reglas de Operación, estipulados como afiliados al Programa, así como en el Manual de Afiliación y Operación que rige al Programa.
- Criterios y procedimientos de afiliación: Razón y motivo que regula el Manual de Afiliación y Operación.
- Documentación de la entrega: corresponde a los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud, así como a las legislaciones en materia hacendaria y administrativa para los organismos de salud, a niveles Estatal y Federal.

²¹ Información obtenida de la fuente número 19, proporcionada por el Ente Público.



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

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Desprendiéndose del Documento interno formalizado que refleje el flujo de la entrega/recepción de los recursos, así como la descripción de la planeación de la asignación de los mismos, se obtiene el siguiente procedimiento para el ingreso de recursos aplicables al Programa²²:

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 especie.

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.

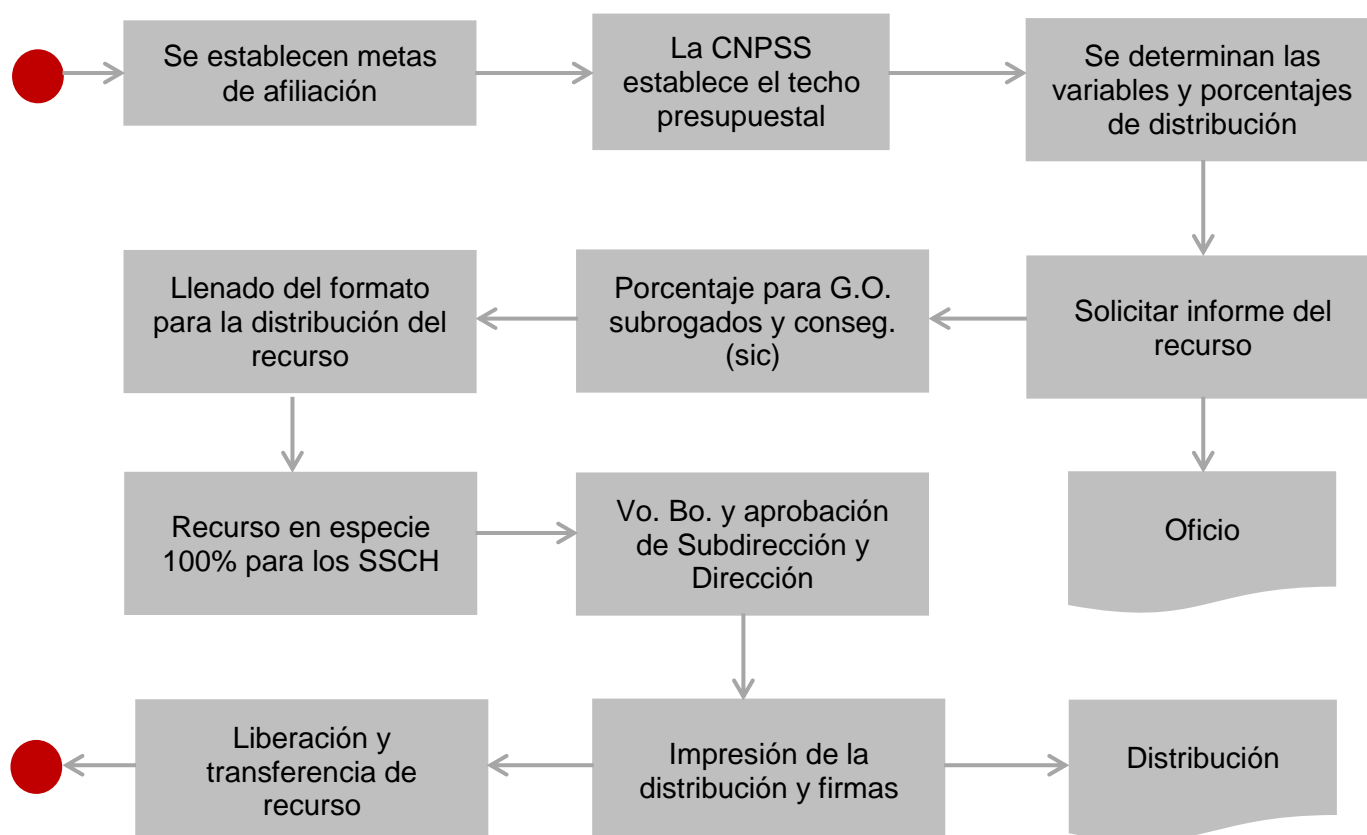
La propuesta se plasmará en tres hojas opalina a color, para que incluya la firma del Secretario de Salud y

²² Información obtenida de la fuente número 36 “Documentación Interna Formalizada que refleje el flujo de la entrega/recepción de los recursos”, proporcionada por el Ente Público.



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.

La fuente de información número 36, “Entrega – Recepción de Recursos” presenta el Diagrama de Flujo de la Distribución del Recurso, que se ha descrito y se expone a continuación²³:



²³ Información obtenida de la fuente número 36 “Documentación Interna Formalizada que refleje el flujo de la entrega/recepción de los recursos”, proporcionada por el Ente Público.



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:

No.

Justificación:

El Ente Público no presenta evidencia que permita conocer las actividades o procesos para generar los Componentes que integran el Programa. A ese respecto no se cuenta con Reglas de Operación o normatividad aplicable que pueda determinar los mismos²⁴. De lo anterior se obtiene que:

- No existe congruencia al no existir ROP, así como evidencia de la normatividad aplicable para la generación de los Componentes.
- No se encuentran estandarizados.
- No son difundidos públicamente.

No se estipula dentro de la Fuente de Información “Documento metodológico formalizado que describa como se generan los componentes y las actividades que integran el Programa”, aportado por el Ente Público, una 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”, siendo esto incongruente con el proceso requerido para dar generación a los componentes.

²⁴ Información obtenida de la fuente número 19, proporcionada por el Ente Público.



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

Tipo de pregunta:

Binaria.

Respuesta:

No.

Justificación:

El Programa evaluado no presenta evidencia que permita conocer si existe congruencia entre los Componentes que integran el Programa y la normatividad aplicable, toda vez que no se cuenta con Reglas de Operación o documentos normativos que puedan determinar los mismos²⁵.

²⁵ Información obtenida de la fuente número 19, proporcionada por el Ente Público.



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:

El Programa no cuenta con Reglas de Operación, sin embargo en el Manual de Afiliación y Operación, emitido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, bajo la Dirección General de Afiliación y Operación, documento de carácter oficial y reglamentario, que expone y detalla los mecanismos de afiliación, reafiliación, procedimientos específicos de afiliación e información gráfica de la documentación necesaria, así como de los formatos para llevar a cabo los procedimientos.

Con base en el Manual de Afiliación, se realiza un análisis acerca de los beneficiarios del Programa, correspondiendo estos a los Afiliados con los que cuenta, esto respondiendo tanto al Propósito del Programa en razón de aquellas Mujeres y Hombres sin derechohabencia de alguna institución de Servicio Médico, así como a los Criterios de afiliación, establecidos en el punto 1.1, del Manual antes mencionado.

Los Módulos de Afiliación, de los cuales la Secretaría de Salud dispone para la aplicación del Programa, se encargan de la recepción de todas aquellas personas que, bajo la premisa inicial, requieran y soliciten sus incorporaciones como afiliadas al Seguro Popular. Todo este trámite se realizará de acuerdo al Manual de Afiliación y Operación, emitido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, bajo la Dirección General de Afiliación y Operación. Este documento de carácter oficial y reglamentario, expone y detalla 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 como de los formatos para llevar a cabo los procedimientos, como es el caso de la CECASOEH 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.

La difusión se realiza mediante el número telefónico gratuito para consultas (01 800 5607410), y los portales de internet donde se puede obtener más información respecto al Programa, siendo éstos:

- http://www.chihuahua.gob.mx/seguropopular/Contenido/plantilla5.asp?cve_canal=15273&Portal=seguropopular; y
- <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/como-me-afilio/proceso-de-afiliacion>.



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, el trámite de solicitud de afiliación al Seguro Popular incluye la presentación de la Cédula de las Características Socioeconómicas del Programa, documento en el que el beneficiario deberá proporcionar sus datos personales solicitados, detallando las condiciones y características de la vivienda.

Asimismo, se observan el formato de solicitud, plasmado de forma digital e igualmente se detallan los rubros que este documento solicita siendo: 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. Además, se realiza una evaluación socioeconómica a las familias, misma que se atiende en los Módulos de Afiliación y se incorporará a la información obtenida en la CECASOEH (Cédula de las Características Socioeconómicas del Hogar) al Sistema de Administración del Padrón, mismo que arrojará como resultado el decil de ingreso al que corresponde la familia.

Además, la Cédula está disponible en todos los Módulos de Afiliación y Orientación, así como las disposiciones legales que le rigen, toda vez que es un requisito fundamental para llevar a cabo el trámite. Las personas que no cuentan con Seguridad Social pueden acudir a los Módulos de Afiliación y obtener información del Programa, así como la CECASOEH.



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 características²⁶:

- a. Responden y se apegan a lo contenido en el Manual de Afiliación y Operación, mismo donde se detallan todos los procedimientos y pasos a llevarse a cabo para la formalización de la afiliación de toda persona que mediante estos mismos.
- b. El Manual expresamente, mediante los flujogramas que anexa, detalla los pasos y protocolos, a la par de las instancias que participan en los mismos para la afiliación, a cargo de los Módulos y su posterior alta en el padrón de beneficiarios, responsabilidad directa del SAP.
- c. La difusión de los procesos se encuentran en dicho Manual; de igual forma toda difusión se realiza a través de los Módulos de Afiliación, así como en la línea telefónica gratuita para atención y consultas de datos, marcando al 01 800 560 74 10; se cuenta también con los portales informativos de Internet que se exhiben en las fuentes:
 - http://www.chihuahua.gob.mx/seguropopular/Contenido/plantilla5.asp?cve_canal=15273&Portal=seguropopular; y

²⁶ Información obtenida del Manual de Afiliación y Operación correspondiente a la Fuente número 21, proporcionada por el Ente Público.



- <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/como-me-afilio/proceso-de-afiliacion>.





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:

Con base en la información presentada en la fuente número 47, proporcionada por el Ente Público, se establece que el Programa cuenta con un Formato de Registro de Beneficiarios del Programa, en el que se recaban los siguientes datos: folio, ID del Integrante, apellido paterno, apellido materno, nombre(s), CURP, colonia, calle, número, teléfono, CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud), sexo, y municipio²⁷.

Asimismo, el mecanismo para la actualización y depuración del mismo, se identifica en la fuente de información número 43 “Evidencia y formato que defina la metodología para la cuantificación, actualización y depuración del registro del padrón” como se muestra a continuación²⁸:

- Mensualmente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) informa al Ente de las últimas actualizaciones (catálogos, versión del Sistema de Administración al Padrón, SAP), script y cambios en procedimientos y procesos), estos son informados la mayoría de las veces por medio de oficio y descargados en el Protocolo de transferencia de archivos (ftp) que la CNPSS entrega.
- Los envíos de información del padrón, realizados a la CNPSS se llevan a cabo por medio de un calendario publicado a inicios de año, así también se publica el tiempo de entrega de otros documentos (correctas, incorrectas, subsidio, herramienta de validación, etc.) por parte de la CNPSS al Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS).

²⁷ Información obtenida de la fuente número 47, “Formato de Registro o Padrón de Beneficiarios del Programa 2015”, proporcionada por el Ente Público.

²⁸ Información obtenida de la fuente número 43 “Evidencia documental formalizada que defina la metodología de la cuantificación, actualización y depuración del registro o padrón de beneficiarios, proporcionada por el Ente Público.



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:

Con base en la información proporcionada por el Ente en la fuente número 34, los mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios son los siguientes:

- Encuestas de satisfacción.
- Buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- Autoevaluación de la calidad de los servicios.
- Línea telefónica: capta peticiones de los usuarios, información, quejas y sugerencias.
- Centro de atención a clientes: se canalizan las quejas y se proporciona información acerca del Seguro Popular.

Por otra parte, no es posible identificar si se realizan acciones para la optimización de la operación del Programa a través de la fuente de información número 45 “Evidencia documental de la implementación de acciones para la optimización del Programa, realizadas a partir de la información derivada de los mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios” únicamente contiene un Oficio en donde se da la instrucción a la unidad de salud de que se atendieran las necesidades y se ejecutaran las acciones necesarias para satisfacer a los beneficiarios²⁹.

²⁹ Información obtenida de la fuente número 45, proporcionada 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	Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2014, clave 555414.	1,554,468.893	1,200,000,000	1,554,468.893
2015	Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2015, clave 555415	1,524,816,704	1,511,000,000	1,524,816,704
	Recursos de Terceros a Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2014, 755414	1,202,824.00	0.00	1,202,824.00
	Recursos de Terceros a Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2015, 755415	15,634,507.00	0.00	15,634,507.00
	Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2014 555414	436,274.00	0.00	436,274.00
	Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2013 555413	6,875.00	0.00	6,875.00



Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2012 555412	0.00	0.00	0.00
Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2011 555411	116,753.00	0.00	116,753.00
Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2010 555410	47,975.00	0.00	47,975.00
Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud 2009 555409	34,016.00	0.00	34,016.00

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

La totalidad del ingreso corresponde a la federación a través de las reasignaciones que hace la Secretaría de Salud Federal³⁰:

Se autoriza para el ejercicio fiscal 2015, primeramente un presupuesto de \$1,511,000,000.00 M.N. (mil quinientos once millones de pesos expresados en moneda nacional) y posteriormente se amplía la cantidad, en virtud de las reasignaciones que realiza la Secretaría de Salud Federal de los recursos, aumentando 13,816,704.00 M.N. (trece millones ochocientos dieciséis setecientos cuatro pesos expresados en moneda nacional) dando así un total de 1,524,816,704.00 M.N. (mil quinientos veinticuatro millones ochocientos dieciséis mil setecientos cuatro pesos expresados en moneda nacional) por concepto de Presupuesto Modificado Total Anual .

Esta información y la concerniente al Ejercicio Fiscal 2014 se obtienen de la documentación contable

³⁰ Información obtenida de la fuente número 6 "Reporte PRBRREP101 Seguimiento de las Metas del Programa Operativo Anual – Cierre 2014 y 2015, proporcionada por el Ente Público.



aportada por el Ente Público, así como de los Seguimientos de Metas, en sus cierres anuales 2014 y 2015³¹.

³¹ Ibidem.





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:

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

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

$$145.04\% \text{ Cumplimiento del Componente } C01 = \frac{397,017}{273,729} \times 100$$

Componente C01	Mujeres y hombres que cuentan con una póliza de seguro vencida son reafiliados.
Unidad de Medida.	Afiliados.
Meta Programada	273,729
Meta Lograda	397,017
Avance de la Meta	145.05%

Actividad C0101: Personas reafiliadas en zonas urbanas mediante brigadas.

Avance de la Meta: 181.47%

Actividad C0102: Personas reafiliadas en zonas rurales mediante brigadas.

Avance de la Meta: 115.03%

Dentro de la información que se obtiene del Seguimiento al Programa Operativo Anual Cierre Anual 2015,



se analiza que el Componente C01, cuenta con dos Actividades, las cuales han superado, con amplio margen de metas logradas, a aquellas que se programaron par ser cumplidas y esto se ve reflejado en una lógica vertical que permite al Componente igualmente de reflejo de un cumplimiento superior al esperado en sus metas.

$$100.00\% \text{ Cumplimiento del Componente C02} = \frac{752,090}{752,088} \times 100$$

Componente C02	Atenciones médicas de 2do nivel entregadas a población afiliada.	
Unidad de Medida.	Atenciones Médicas.	
Meta Programada		752,088
Meta Lograda		752,090
Avance de la Meta		100.00%

Actividad C0201; Consultas médicas brindadas.

Avance de la Meta: 103.92%

Actividad C0202: Hospitalizaciones brindadas.

Avance de la Meta: 182.89%

Actividad C0203: Cirugías brindadas.

Avance de la Meta: 138.55%

Actividad C0204: Urgencias médicas brindadas.

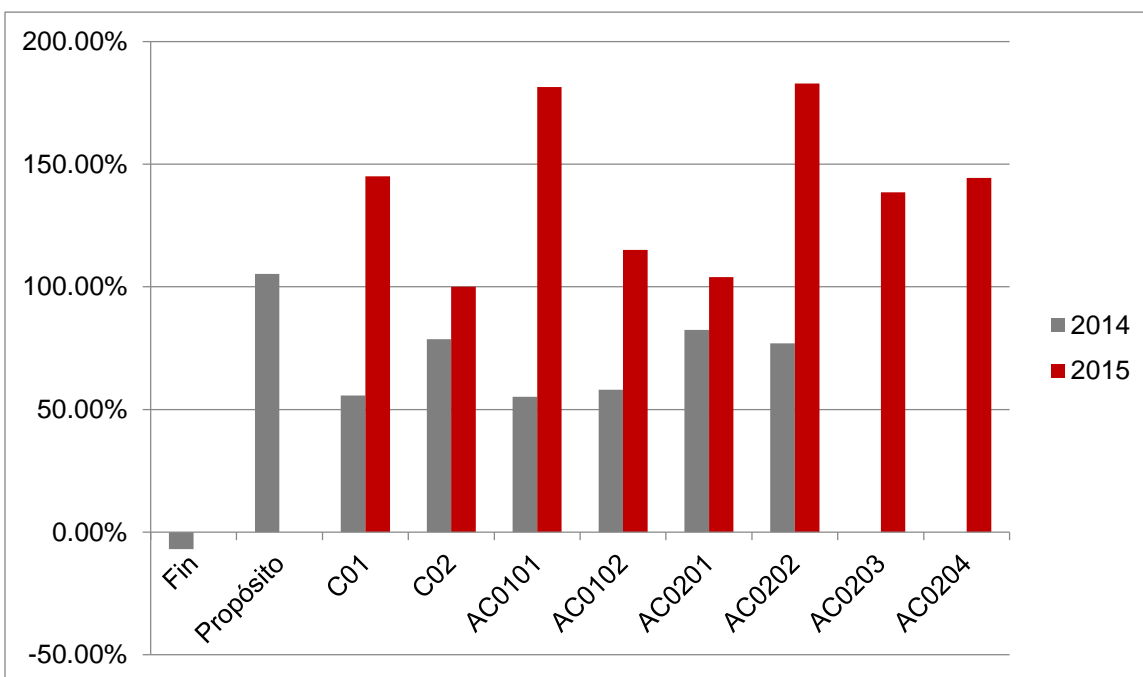
Avance de la Meta: 144.42%

El Componente C02 presenta un exceso de Actividades, en cuanto las permitidas para integrar a cada Componente (tres máximo), sin embargo, la totalidad de las expuestas son necesarias para dar cumplimiento al Componente, lo que genera, aunado al cumplimiento total y superior a lo esperado de todos los indicadores, una lógica vertical que se hace manifiesta en el cumplimiento a un cien por ciento del Componente.

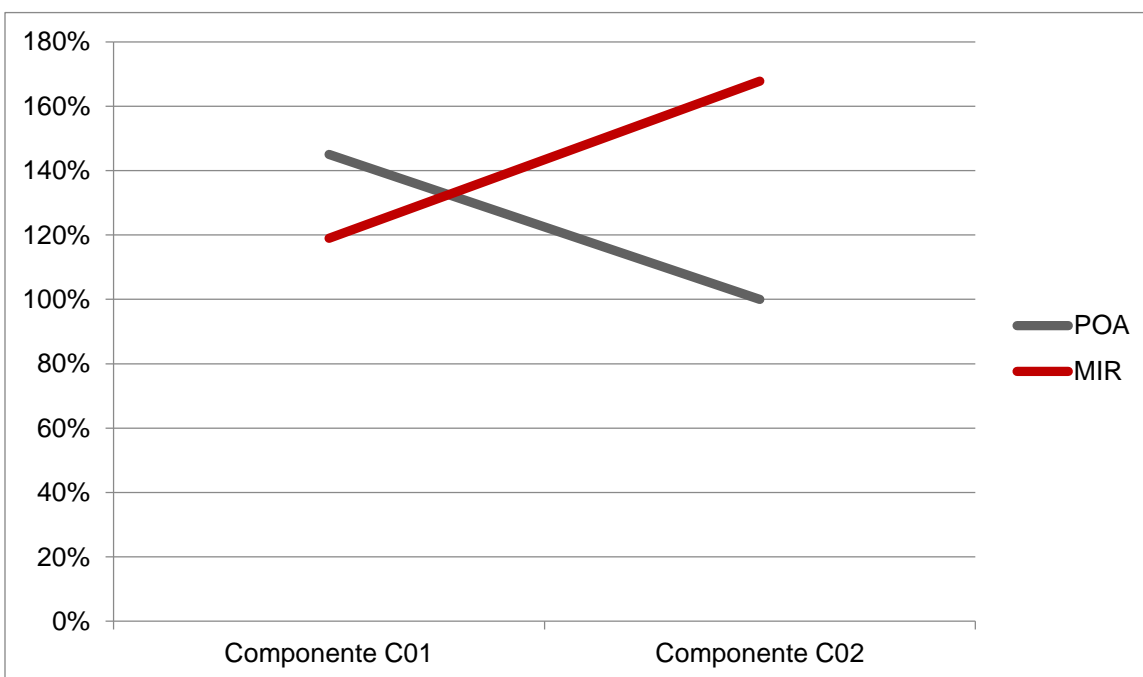


24. ¿Cuál es el resultado de los indicadores de desempeño del Programa respecto a sus metas?

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



Gráfica 2. Comparativo cumplimiento de metas POA 2015 y MIR 2015:



**Tipo de pregunta:**

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Tabla explicativa de valores en la Grafica 1 y 2. Obtenidos de la MIR Estatal 2014 y 2015; y del POA 2015.

Tabla 1	Indicador	2014	2015
Fin	Variación porcentual anual del índice de mortalidad estatal.	-6.88%	N/A*
	Es una comparación del índice de mortalidad estatal del año actual con respecto al año anterior		
Propósito	Porcentaje de mujeres y hombres sin derechohabiencia son afiliados al Seguro Popular.	105.26%	N/A*
	Mide el porcentaje de mujeres y hombres sin derechohabiencia afiliados en el año actual con respecto a las mujeres y hombres sin derechohabiencia programados a afiliarse en el año actual.		
C01	Porcentaje de mujeres y hombres reafiliados.	55.64%	145.04%
	Porcentaje de mujeres y hombres reafiliados al término de la vigencia de la póliza.		
C02	Variación porcentual de atenciones de 2° nivel.	78.65%	100.00%
	Es una comparativa de las atenciones médicas de 2° nivel brindadas en el año actual con respecto del año anterior.		

*La meta no fue capturada, por lo tanto, no es posible hacer la comparación entre los dos años colocados en la tabla.



Tabla 2	POA	MIR
Componente C01	145%	119%
Componente C02	100%	168%

En la Segunda Tabla, se puede observar el avance de cumplimiento de los Componentes contenidos en el Seguimiento al Programa Operativo Anual y a la Matriz de Indicadores para Resultados en sus cierres anuales de 2015³². Se observa que los resultados de la Matriz de Indicadores para Resultados y el Seguimiento del Programa Operativo Anual, son dispares, incongruentes y reflejan resultados dispares sobre los porcentajes alcanzados en los componentes. Situación que claramente deberá ser atendida, de modo que los indicadores ofrezcan información congruente.

³² Información obtenida de la fuente número 6 "Reporte PRBRREP101 Seguimiento de las Metas del Programa Operativo Anual – Cierre 2014 y 2015, así como de la fuente 12 "Reporte PRBERREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015", ambas proporcionadas por el Ente Público.



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

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Con el fin de analizar el porcentaje de avance de los indicadores de la MIR Federal del Programa, se realiza la siguiente tabla³³:

Nivel	Denominación y Fórmula.	Valor Logrado 2014	Valor Programado 2015	Valor Logrado 2015
Fin: Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud. (ingreso total menos gasto en alimentos)	99.9	N/A	N/A
Propósito: La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular. (Total de personas incorporadas en el año) / (Total de personas a incorporar en 2015) x 100	99.9	100.00	99.7
Componente: A Acceso efectivo	Acceso a beneficios del	107.5	1.47	104.1

³³ Información obtenida de la Matriz de Indicadores para Resultados Federal, proporcionada por el Ente Público.



	afiliadas en el año) / (Total de personas nuevas programadas para su afiliación en el año)) x 100			
Actividad 3: Revisión de la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. (Número de casos pagados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del tiempo promedio de pago)/(Número total de casos pagados) x 100	134.44	61.00	118.13
Actividad 4: Revisión de la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal	Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas. (Número de Estados a los que se les revisa la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria	100	71.88	100



	$\frac{\text{Estatadentro del promedio de revisión}/(\text{Total de Entidades Federativas})}{100} \times 100$			
--	---	--	--	--

*Todas las formulas son porcentuales.

Primeramente, se hace la observación de la falta de avance de la meta dentro del Indicador de Fin que se generara en el ejercicio fiscal de 2015, ya que este sí se encontró presente en el mismo durante el 2014. Posteriormente se analiza el comportamiento de las variables tiende a descender con respecto a un año, con excepción del indicador de la Actividad 1 y la 4, ambas manteniendo un 100%, lo que se traduce en que estas metas sí se han alcanzado y han mantenido su cumplimiento, no siendo el caso de los demás indicadores los cuales han sufrido declive, en el sentido de que presentan una menor efectividad en el alcance de los valores que se programan para lograr y aquellos que se logran.





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:

Con base en 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 Programadas”, 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 indicadores³⁴:

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	“Mujeres y hombres sin derechohabencia a la seguridad social son afiliadas al sistema de protección social en salud”.	
Valores Programados		0*
Valores Logrados		0*
Componente 01	“Mujeres y hombres que cuentan con una póliza de seguro vencida son reafiliados”.	
Valores Programados	AFILIADOS	273,729
Valores Logrados	AFILIADOS	

³⁴ Información obtenida de la fuente número 40, proporcionada por el Ente Público.





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:

De los 1,522,971,987.00 M.N. (mil quinientos veintidós millones novecientos setenta y un mil novecientos ochenta y siete pesos expresados en moneda nacional) con los que conto el Programa, se realizó un Gasto de 1,460,541,278.00 M.N. (mil cuatrocientos sesenta millones quinientos cuarenta y un mil doscientos setenta y ocho pesos expresados en moneda nacional), lo que equivale al 95.90% (noventa y cinco punto noventa por ciento).

$$95.90\% \text{ del Gasto} = \frac{1,460,541,278 \text{ pesos}}{1,522,971,987 \text{ pesos}} \times 100$$



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?

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

Rechazable	Débil	Aceptable	Costo-efectividad esperado	Aceptable	Débil	Rechazable
0	0.49	0.735	1	1.265	1.51	2

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

La obtención del índice de Costo – Efectividad que corresponde al Programa, se hace siguiendo la ecuación solicitada por la Pregunta Metodológica, que al ser iguales las cantidades que se reflejan en las Poblaciones Objetivo y Atendidas, correspondiendo a 1,404,282 afiliados atendidos durante el 2015, se contrastan con las cantidades del Presupuesto Autorizado, equivalente a 1,511,000,000.00 M.N. (mil quinientos once millones de pesos expresados en moneda nacional) y paralelamente con el Gasto Total comprendido por la suma total de 1,460,541,278.00 M.N. (mil cuatrocientos millones quinientos cuarenta y un mil doscientos setenta y ocho pesos expresados en moneda nacional) que se ejerció para el Programa, durante el mismo ciclo³⁵.

Obtenidos los dos pre resultados, se deberá contrastar estos dos, con la finalidad de obtener un total único, que corresponderá al Índice de Costo – Efectividad que ha tenido el Programa durante el Ejercicio que se

³⁵ Información obtenida de la fuente número 6 “Reporte PRBRREP101 Seguimiento de las Metas del Programa Operativo Anual – Cierre 2014 y 2015, así como de la fuente 12 “Reporte PRBERREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2015” proporcionadas 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:

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

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Componente C01:

$$\$864,258,982.62 = \frac{\$595,875,610.00 \times 397,017}{273,729}$$

Componente C02:

$$\$864,667,967.37 = \frac{\$864,665,668.00 \times 752,090}{752,088}$$

Valores Globales obtenidos por Componente:

$$\$1,728,926,949.99 = \$864,667,967.37 + \$864,667,967.37$$

Relacionado de los valores logrados Por Componente, se desprende de los Seguimientos al Programa Operativo Anual y a la Matriz de Indicadores, Cierre 2015, que el Gasto del Programa, correspondiente a 1,460,541,278.00 M.N. (mil cuatrocientos sesenta y seis millones quinientos cuarenta y un mil doscientos setenta y ocho pesos expresados en moneda nacional) es menor a lo que, con base en las formulas 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 \$1,728,926,949.99 M.N. (mil setecientos veintiocho millones



novecientos veintiséis mil novecientos cuarenta y nueve pesos y noventa y nueve centavos, expresados en moneda nacional).

El valor referido es congruente al cumplimiento de los indicadores de actividades, de los cuales alcanzaron y superaron el resultado esperado.

Se detectó por lo tanto, lo siguiente:

- Fortaleza:

El gasto esperado es mayor, en relación al total implementado, al haberse alcanzado un porcentaje mayor en el cumplimiento de las metas programadas.

- Amenaza:

El recurso que se recibe para el Programa sufriera alguna modificación en detrimento y no se pudieran seguir realizando las metas con la efectividad con la que se cuenta.



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:

$$\$1040.06 \text{ pesos por afiliado (GPB)} = \frac{1,460,541,278 \text{ pesos}}{1,404,282 \text{ personas}}$$

Del Gasto Promedio por Beneficiario (GPB): se toma en consideración el Gasto que el Programa requirió en la realización de sus Actividades, a la vez que la Población que se atendió en el transcurso del Ejercicio evaluado, contrastando estas dos cantidades, se obtiene la cantidad de recurso que se implementa en cada uno de los beneficiarios del Programa. En resultado arroja una cantidad de³⁶:

$$\$1089.15 \text{ pesos por afiliado (GPPB)} = \frac{1,524,816,704 \text{ pesos}}{1,399,997 \text{ personas}}$$

Del Gasto Promedio Programado por Beneficiario (GPPB): Siguiendo la misma lógica matemática para la obtención del resultado anterior, para efectos de la obtención del GPPB, se aportan los valores correspondientes al Presupuesto Modificado, correspondiente al total del recurso con el Programa contó

³⁶ Información obtenida de la fuente número 6 "Reporte PRBRREP101 Seguimiento de las Metas del Programa Operativo Anual – Cierre 2014 y 2015, así como la Fuente 2 "Focalización de la Población Objetivo" y el Anexo 2. Documento Formalizado con Información de las Poblaciones Objetivo, proporcionadas por el Ente Público.



para el Ejercicio Fiscal de 2015, así como a la Población Atendida, tomada del Anexo 2. Proporcionado por el Ente Público.³⁷.

El resultado obtenido es congruente, toda vez que se programó gastar más de lo que se obtuvo de GPB, siendo que se logró atender a más beneficiarios de los que se planeó atender.

³⁷ Ibidem.





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:

El Ente Público ejecutor, adjunta una presentación de Power Point “Polígonos de Afiliación” a la fuente de información número 33, donde se muestra la información que establece en su último apartado la estrategia de cobertura regida por las siguientes acciones³⁸:

- Aplicar acciones que nos permitan agilizar el proceso de reafiliación en las redes que representan menor volumen de personas por renovar, con ello optimizaremos el recurso humano y vehicular de dichas redes.
- Direccionar las campañas de promoción en medios masivos de comunicación en las zonas más significativas, así como en los periodos con mayor índice de personas a re-afiliar.
- Realizar trabajo continuo y periódico de limpieza y mantenimiento del padrón, a través de corrección de inconsistencias detectadas por el DAP.
- Propiciar que las redes de afiliación realicen una planeación semanal de actividades para llevar a cabo las evaluaciones de resultados de las actividades operativas programadas.
- Una de las herramientas más importantes es realizar procesos de supervisión de todos los indicadores sujetos a evaluación, con el fin de garantizar la confiabilidad del padrón de afiliados, así como la aplicación de los recursos del gasto de operación, debido a ello en este 2015 se continúan realizando supervisiones de expedientes físicos, imagen institucional y operatividad de los módulos.
- Continuar con la entrega de pólizas a domicilio con el fin de garantizar el cumplimiento del índice de reafiliación programado por la CNPSS.
- Dar seguimiento puntual al proceso de capacitación de todo el personal, a través de los titulares de las redes en conjunto con el Departamento de Afiliación, utilizando las diferentes herramientas

³⁸ Información obtenida de la fuente número 33, Polígonos de Afiliación, Estrategias Operativas, proporcionada por el Ente Público.



disponibles para hacerlo.

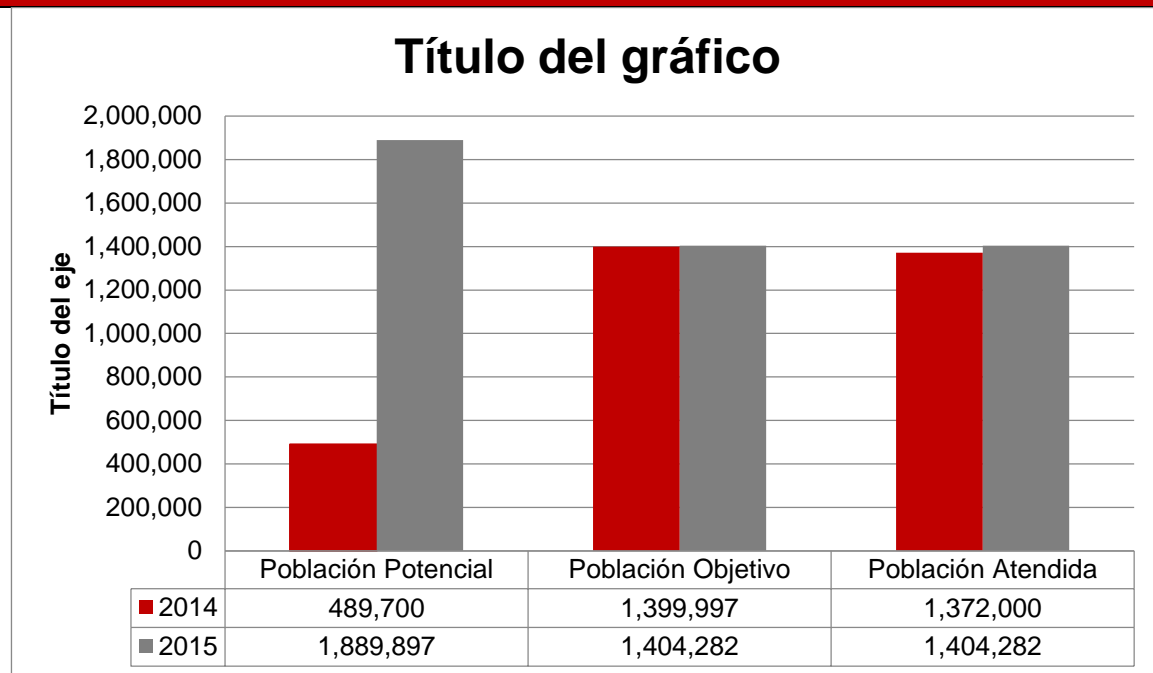
- Homogenizar la imagen institucional de todos los módulos, así como dar seguimiento puntual a los detalles que limitan el funcionamiento de los mismos.

Estas acciones se apegan a buscar alcanzar el cumplimiento de sus metas establecidas y son acordes a la normatividad y reglamentación operativa que maneja el Programa.





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



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

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

Tipo de pregunta:

Análisis descriptivo.

Respuesta:

Con base en el Reporte PRBRREP101 Seguimiento a las Metas del Programa Operativo Anual, así como en el Anexo 2, se obtiene las siguientes poblaciones expresadas en la fórmula correspondiente:

$$100.3\% \text{ Porcentaje de cobertura} = \left[\frac{1,404,282}{1,399,997} \right] \times 100$$



El Porcentaje de cobertura es de 100.3 por ciento, lo que deriva del hecho consistente en haber atendido a un mayor número de beneficiarios de los que se tenían programados.

De la misma manera se realiza un análisis en comparación a la cantidad de personas que fueron atendidas en el transcurso del año 2014, cantidad que corresponde a 1,372,000 afiliados; dando seguimiento a la segunda ecuación solicitada por la Pregunta a fin de sacar la Variación Porcentual anual de la Cobertura, se obtiene que esta vio un incremento del 2.35 por ciento, lo que refleja una constancia y la posibilidad de ampliar la cobertura³⁹.

$$2.35\% \text{ Variación Porcentual anual de la cobertura} = \left(\frac{1,404,282}{1,372,000} \right) - 1 \times 100$$

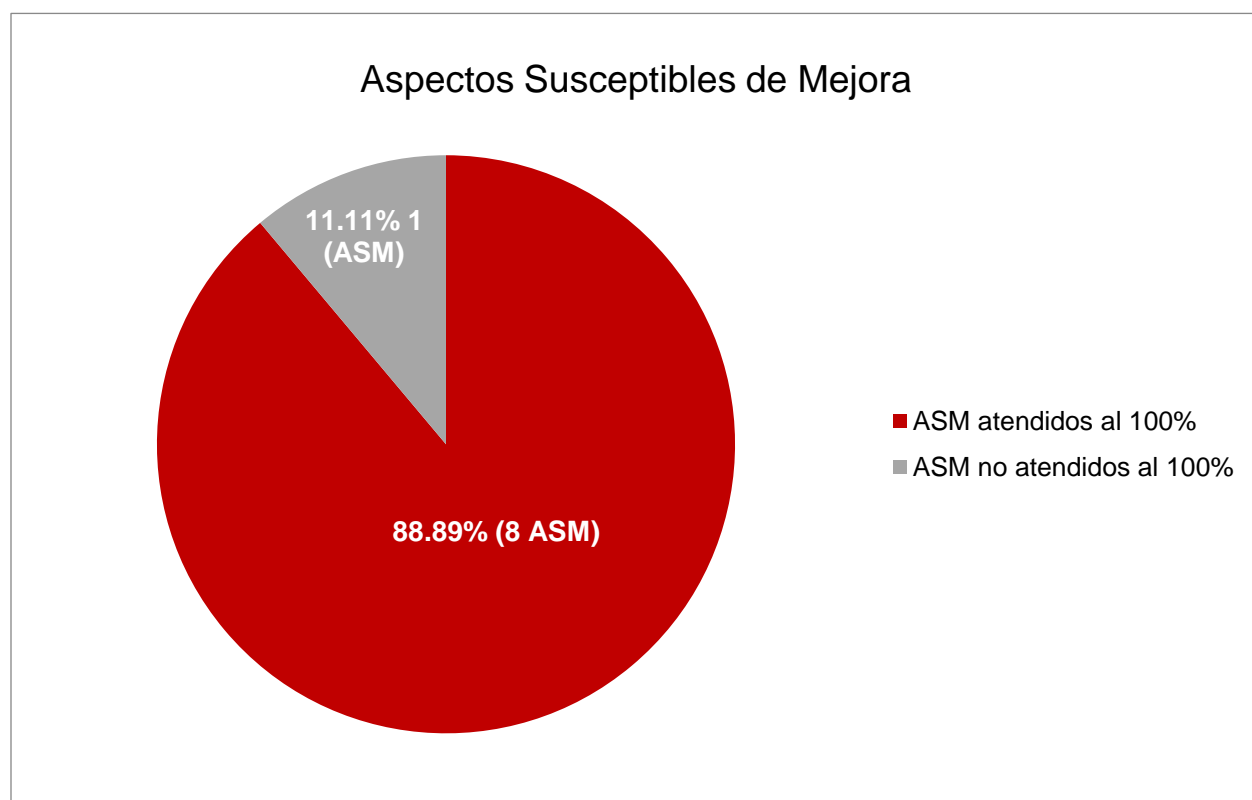
³⁹ Información obtenida del Reporte PRBRREP101 Seguimiento a las Metas del Programa Operativo Anual - Cierre 2014, proporcionado por el Ente Público.



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:**

Sí.

Justificación:

El Ente Público adjuntó evidencia de las recomendaciones emitidas derivadas de evaluaciones realizadas al programa en 2015, ejercicio fiscal 2014.

Asimismo, existe evidencia, de que las recomendaciones fueron empleadas para mejorar el desempeño del programa en un 88.89% del cumplimiento de los ASM.

Se hace la descripción de los Aspectos Susceptibles de Mejora y se detalla si fueron cumplidos y las actividades que fueron implementadas⁴⁰:

- Homologar la definición y cuantificación de la población atendida de los documentos formalizados del programa.
Actividades a Implementar: homologar la definición y cuantificación de la población atendida de los documentos formalizados del Programa.
Porcentaje de Avance: 100%
Productos y evidencias: Informe estatal mensual del cierre del Padrón de Beneficiarios del REPSS. Programa Operativo Anual 2014 y 2015.
- Mejorar la lógica vertical de los supuestos de la Matriz de Marco Lógico.
Actividades a Implementar: actualizar la Matriz de Marco Lógico de acuerdo a la Metodología.
Porcentaje de Avance: 100%
Productos y evidencias: Reporte de la MML la cual será capturada dentro del Sistema Hacendario PbR / SED Matriz de Marco Lógico 2014, 2015 y 2016.

⁴⁰ Información obtenida de la fuente número 24 “Oficio y Formato SH-ASM1”, proporcionada por el Ente Público. Así como del SH-ASM2 Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora, obtenido del Portal de Transparencia Fiscal del Gobierno del Estado de Chihuahua. www.chihuahua.gob.mx/atach2/sf/uploads/indtfisc/asm15ex/SPopular_SH-ASM2_2do.pdf



V. HALLAZGOS

Hallazgos derivados de la evaluación al Programa Seguro Popular

- El problema que se intenta resolver no se plantea conforme a las especificaciones de la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL, ni con la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
- El indicador a nivel propósito permite medir lo determinado en el Resumen Narrativo, siendo éste de eficacia, y cumpliendo así con la Guía de la SHCP.
- El Programa no presenta congruencia en la lógica vertical ni horizontal de la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados, toda vez que carece de supuestos, y los medios de verificación no permiten consultar el resultado de los indicadores; incumpliendo así con lo establecido en la Guía de la SHCP.
- El Programa cumple con lo establecido en los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015, al alinearse correctamente al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 y al Programa Sectorial 2011-2016.
- El Programa es complementario con el Programa Seguro Médico Siglo XXI, coordinado también por la Secretaría de Salud de la Federación.
- Se define a la Población Objetivo dentro de los documentos de focalización de manera incorrecta, toda vez que se efectúa mal la sumatoria de los datos de mujeres y hombres para sacar el total, aun cuando el total es correcto. Además es distinto a lo que se cuantifica en la MIR y el POA.
- El Programa no cuenta con Reglas de Operación o Manual de Procedimientos, solamente adjunta los “Criterios generales para la programación y ejercicio de las aportaciones federales transferidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud”, el “Manual de Afiliación y Operación de la misma Comisión”, y el “Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud”.
- El Ente Público no presenta evidencia que dé cuenta de los procesos para generar los componentes que integran el Programa.
- El Programa cuenta con un formato para el registro de beneficiarios, mismo que presenta un mecanismo para su actualización y/o depuración.



- El Programa cuenta con mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas programadas es del 100%, toda vez que ambos Componentes presentaron un logro de la meta superior al 100%.
- El porcentaje de gastó del Programa es de 95.90% respecto al Presupuesto Modificado, sin presentar justificación sobre la variación.
- El Programa presenta una variación porcentual anual de la cobertura de 2.35%, respecto al ejercicio fiscal 2014; atendiendo así al 100.3% de la población objetivo.
- Se cumple con ocho de los ASM al 100%, mientras que uno restante sólo presenta un avance del 25%.



VI. ANÁLISIS INTERNO

Fortalezas

Tema I. Datos Generales

- El indicador a nivel propósito permite medir lo determinado en el Resumen Narrativo, siendo éste de eficacia, y cumpliendo así con la Guía de la SHCP.
- El Programa cumple con lo establecido en los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015, al alinearse correctamente al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 y al Programa Sectorial 2011-2016.
- El Programa es complementario con el Programa Seguro Médico Siglo XXI, coordinado también por la Secretaría de Salud de la Federación.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- El Programa cuenta con un formato para el registro de beneficiarios, mismo que presenta un mecanismo para su actualización y/o depuración.
- El Programa cuenta con mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas programadas es del 100%, toda vez que ambos Componentes presentaron un logro de la meta superior al 100%.

Tema III. Evolución de la Cobertura

- Se expone una estrategia de cobertura que contiene marco de aplicación territorial y acciones a realizar.
- La variación porcentual anual de la cobertura fue de 2.35% por ciento.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- Se cumplió con 8 de los 9 ASM derivados de la evaluación al ejercicio fiscal 2014.

Oportunidades

Tema I. Datos Generales

- Convenir con empresas proveedoras de materia prima para la atención médica, un precio menor en lo que a la misma se refiere.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- Una mayor demanda de los servicios otorgados, y con ello un aumento en el presupuesto transferido.



Tema III. Evolución de la Cobertura

- Aumento de la población atendida o afiliada al Programa, con base en las acciones de optimización implementadas por el mismo.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- No se encontraron oportunidades.

Debilidades

Tema I. Datos Generales

- El problema que se intenta resolver no se plantea conforme a las especificaciones de la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL, ni con la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
- El Programa no presenta congruencia en la lógica vertical ni horizontal de la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados, toda vez que carece de supuestos, y los medios de verificación no permiten consultar el resultado de los indicadores; incumpliendo así con lo establecido en la Guía de la SHCP.
- Se define a la Población Objetivo dentro de los documentos de focalización de manera incorrecta, toda vez que se efectúa mal la sumatoria de los datos de mujeres y hombres para sacar el total, aun cuando el total es correcto. Además es distinto a lo que se cuantifica en la MIR y el POA.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- El Programa no cuenta con Reglas de Operación o Manual de Procedimientos, solamente adjunta los “Criterios generales para la programación y ejercicio de las aportaciones federales transferidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud”, el “Manual de Afiliación y Operación de la misma Comisión”, y el “Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud”.
- El Ente Público no presenta evidencia que dé cuenta de los procesos para generar los componentes que integran el Programa.
- El porcentaje de gastó del Programa es de 95.90% respecto al Presupuesto Modificado, sin presentar justificación sobre la variación.

Tema III. Evolución de la Cobertura



- La estrategia de cobertura del Programa no presenta objetivo a corto, mediano y plazo, relacionados con la atención de su población objetivo.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- El Ente Público presenta sólo un avance del 25% del ASM “Mejorar la orientación para resultados a partir de insumos como las evaluaciones externas”.

Amenazas

Tema I. Datos Generales

- Falta de ministración de los recursos que sustentan al Programa por alguna mala planeación.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

- Reducción del presupuesto, toda vez que con el recurso otorgado se atendió a más beneficiarios.

Tema III. Evolución de la Cobertura

- Reducción en el impacto a la población objetivo, derivado de un diseño débil en la estrategia de cobertura del Programa.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

- Sanciones administrativas por el incumplimiento de un ASM derivado de la evaluación del ejercicio fiscal 2014.



VII. CONCLUSIONES

Conclusiones específicas

Tema I. Datos Generales

El Seguro Popular es un Programa que busca la más amplia cobertura en materia de salud y seguridad social para aquellas personas que por diversos factores, descritos en las causas del problema, no cuentan con las facilidades para acceder a un seguro de protección médica.

A ese respecto, se concluye que el problema central que se pretende resolver, es uno de los puntos más importantes en lo que a datos generales y diseño del Programa se refiere; destacando, que éste no se define adecuadamente, es decir, con base en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP y la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL.

Cabe destacar que el Programa cumple con lo especificado en los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fisca del año 2015, toda vez que presenta las alineaciones al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 y al Programa Sectorial de Salud 2011-2016.

Tema II. Operación, Resultados y Productos

En lo que a operación, resultados y productos respecta, el Programa no cuenta con Reglas de Operación, sin embargo adjunta los “Criterios generales para la programación y ejercicio de las aportaciones federales transferidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud”, el “Manual de Afiliación y Operación de la misma Comisión”, y el “Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud”, los cuales permiten visualizar los procesos que se encuentran estandarizados y apegados a dicha normatividad.

Tema III. Evolución de la Cobertura

El Programa proporciona información de la estrategia de cobertura utilizada para atender a la población objetivo, aunque ésta carece de metas a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, se hace un planteamiento de cobertura a nivel estatal muy amplio, con respecto a acciones, medidas y mecanismos



para las campañas que realiza el Seguro Popular.

Tema IV. Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora

El Programa cumple con 8 de los 9 ASM derivados de la evaluación del ejercicio fiscal 2014, logrando un avance del 25% para el restante.

Conclusión general

Finalmente, se concluye que la Secretaría de Salud Federal mediante recursos que destina a su homónima Estatal, provee al Programa de los medios para llevar a cabo su ejecución, siendo este el único recurso que percibe el Seguro Popular, aun y cuando éste se lleva a cabo en el Estado de Chihuahua. El proceso de recepción del flujo de los recursos financieros, se refleja, en virtud de las reasignaciones referidas por parte del Egreso Federal.

Se observa también que el diseño del Programa en la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados presentan debilidades como por ejemplo incongruencias en la lógica vertical y horizontal de las mismas, lo que deriva en una falta de atención a lo establecido en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL. De la misma manera se observan incongruencias en los componentes de la MIR Estatal y el POA, ambos en Cierre 2015 y congruencia únicamente en la MIR Estatal en contraste con la Federal.

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; los criterios de elegibilidad para la selección de los beneficiarios tienen claramente definidos sus características y son difundidos a través de los medios personales, masivos, así como digitales de comunicación, en virtud de las campañas de publicidad emprendidas por el Ejecutivo del Estado y cumplen con lo dispuesto en los manuales y reglamentos operativos.

Se cuenta actualmente con un registro de beneficiarios, administrado y actualizado en relación a la información que se recibe por los Módulos de Afiliación que se dirige al Sistema de Administración del Padrón.



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 Popular		
Tipo de evaluación realizada: Específica del 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 central del Programa.• Rediseñar la Matriz de Indicadores para Resultados y la Matriz de Marco Lógico del Programa.• Identificar y homologar a la población objetivo descrita en los Reportes PRBRREP101 y	<ul style="list-style-type: none">• Redefinir el problema central del Programa, con base en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL, y la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. Esto, con el fin de mejorar la orientación del Programa y el cumplimiento del propósito.• Rediseñar la Matriz de Indicadores para Resultados y la Matriz de Marco Lógico del Programa con base en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. Con el fin de mejorar el diseño del Programa, y establecer supuestos y medios de verificación que permitan conocer el resultado de los indicadores.• Identificar y homologar a la población objetivo descrita en los Reportes PRBRREP101 y PRBRREP102, con base en las estimaciones reales de la misma.



ANEXO I. COMPLEMENTARIEDAD Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS FEDERALES O ESTATALES

Nombre del Programa	Seguro Popular						
Ente Público	Secretaría de Salud						
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 Médico Siglo XXI	Secretaría de Salud	Los niños y niñas sin derechohabencia a la seguridad social son afiliados al Seguro Médico Siglo XXI.	El 80% de los niños menores de cinco años de edad, proyectados por el Consejo Nacional de Población para el año de vigencia de las Reglas de Operación, y con base en el Censo General	Atención Médica	Nacional.	Matriz de Marco Lógico del Programa.	Es complementario con el Programa evaluado.



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">• No se realizaron entrevistas para la evaluación.



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 (especifique) 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 Programa no presenta congruencia en la lógica vertical ni horizontal de la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores para Resultados, toda vez que carece de supuestos, y los medios de verificación no permiten consultar el resultado de los indicadores; incumpliendo así con lo establecido en la Guía de la SHCP.
- El Programa cumple con lo establecido en los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015, al alinearse correctamente al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 y al Programa Sectorial 2011-2016.
- El Programa es complementario con el Programa Seguro Médico Siglo XXI, coordinado también por la Secretaría de Salud de la Federación.
- El Programa cuenta con un formato para el registro de beneficiarios, mismo que presenta un mecanismo para su actualización y/o depuración.
- El Programa cuenta con mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios.
- El Programa no cuenta con Reglas de Operación o Manual de Procedimientos, solamente adjunta los “Criterios generales para la programación y ejercicio de las aportaciones federales transferidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud”, el “Manual de Afiliación y Operación de la misma Comisión”, y el “Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud”.

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

2.2.1 Fortalezas

- El indicador a nivel propósito permite medir lo determinado en el Resumen Narrativo, siendo éste de eficacia, y cumpliendo así con la Guía de la SHCP.
- El Programa cumple con lo establecido en los Lineamientos Generales y Específicos para el Ciclo Presupuestario del Ejercicio Fiscal del año 2015, al alinearse correctamente al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 y al Programa Sectorial 2011-2016.
- El Programa es complementario con el Programa Seguro Médico Siglo XXI, coordinado también por



los “Criterios generales para la programación y ejercicio de las aportaciones federales transferidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud”, el “Manual de Afiliación y Operación de la misma Comisión”, y el “Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la Compensación Económica del Sistema de Protección Social en Salud”.

- El Ente Público no presenta evidencia que dé cuenta de los procesos para generar los componentes que integran el Programa.
- El porcentaje de gasto del Programa es de 95.90% respecto al Presupuesto Modificado, sin presentar justificación sobre la variación.
- La estrategia de cobertura del Programa no presenta objetivo a corto, mediano y plazo, relacionados con la atención de su población objetivo.
- El Ente Público presenta sólo un avance del 25% del ASM “Mejorar la orientación para resultados a partir de insumos como las evaluaciones externas”.

2.2.4 Amenazas

- Sanciones administrativas por el incumplimiento de un ASM derivado de la evaluación del ejercicio fiscal 2014.
- Falta de ministración de los recursos que sustentan al Programa por alguna mala planeación.
- Reducción del presupuesto, toda vez que con el recurso otorgado se atendió a más beneficiarios.
- Reducción en el impacto a la población objetivo, derivado de un diseño débil en la estrategia de cobertura del Programa.

3. Conclusiones y Recomendaciones de la Evaluación

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

Se concluye que la Secretaría de Salud Federal mediante recursos que destina a su homónima Estatal, provee al Programa de los medios para llevar a cabo su ejecución, siendo este el único recurso que percibe el Seguro Popular, aun y cuando éste se lleva a cabo en el Estado de Chihuahua. El proceso de recepción del flujo de los recursos financieros, se refleja, en virtud de las reasignaciones referidas por parte del Egreso Federal.

Se observa también que el diseño del Programa en la Matriz de Marco Lógico y la Matriz de Indicadores



para Resultados presentan debilidades como por ejemplo incongruencias en la lógica vertical y horizontal de las mismas, lo que deriva en una falta de atención a lo establecido en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL. De la misma manera se observan incongruencias en los componentes de la MIR Estatal y el POA, ambos en Cierre 2015 y congruencia únicamente en la MIR Estatal en contraste con la Federal.

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; los criterios de elegibilidad para la selección de los beneficiarios tienen claramente definidos sus características y son difundidos a través de los medios personales, masivos, así como digitales de comunicación, en virtud de las campañas de publicidad emprendidas por el Ejecutivo del Estado y cumplen con lo dispuesto en los manuales y reglamentos operativos.

Se cuenta actualmente con un registro de beneficiarios, administrado y actualizado en relación a la información que se recibe por los Módulos de Afiliación que se dirige al Sistema de Administración del Padrón.

3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:

- Elaborar Reglas de Operación del Programa con base en las Disposiciones Específicas para la Elaboración de las Reglas de Operación de los Programas Presupuestarios que Otorguen Ayudas y/o Subsidios, con enfoque social y económico en el Estado de Chihuahua. Esto con el fin, de estandarizar la operación del Programa y evitar las sanciones administrativas derivadas del incumplimiento de la normatividad.
- Redefinir el problema central del Programa, con base en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL, y la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. Esto, con el fin de mejorar la orientación del Programa y el cumplimiento del propósito.
- Rediseñar la Matriz de Indicadores para Resultados y la Matriz de Marco Lógico del Programa con base en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. Con el fin de mejorar el diseño del Programa, y establecer supuestos y medios de verificación que





permitan conocer el resultado de los indicadores.

- Complementar la estrategia de cobertura de la población objetivo, con base en la normatividad aplicable emitida. Esto, con el objetivo de establecer metas a corto, mediano y largo plazo, y así generar una variación porcentual mayor entre ejercicios fiscales.
- Atender la totalidad de los ASM que se hayan aceptado, derivados de evaluaciones a ejercicios fiscales anteriores. Esto, con base en las Disposiciones Específicas para el Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) de la Administración Pública Estatal. Con el fin de evitar sanciones administrativas, y optimizar la eficiencia del Programa.
- Identificar y homologar a la población objetivo descrita en los Reportes PRBRREP101 y PRBRREP102, con base en las estimaciones reales de la misma. Esto, con el fin de establecer claramente la población que el Programa está en condiciones reales de atender, y la cual se contrapondrá a los beneficiarios atendidos.

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 Popular



5.2 Siglas:	
SP	
5.3 Ente Público coordinador del (los) Programa(s):	
Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chihuahua	
5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) Programa(s):	
Poder Ejecutivo: <input checked="" type="checkbox"/> Poder Legislativo: <input type="checkbox"/> Poder Judicial: <input type="checkbox"/> Ente Autónomo: <input type="checkbox"/>	
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) Programa(s):	
Federal: <input type="checkbox"/> Estatal: <input checked="" type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/>	
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 Ildefonso Barrios Salas Régimen Estatal de Protección Social en Salud basibs59basibs@gmail.com (614).429.33.00 Ext. 17950	
Nombre:	Unidad administrativa: Régimen Estatal de Protección Social en
Dr. Basilio Ildefonso Barrios Salas.	Salud

6. Datos de Contratación de la Evaluación

6.1 Tipo de contratación:
6.1.1 Adjudicación Directa <input checked="" type="checkbox"/> 6.1.2 Invitación a tres <input type="checkbox"/> 6.1.3 Licitación Pública Nacional <input type="checkbox"/> 6.1.4 Licitación Pública Internacional <input type="checkbox"/> 6.1.5 Otro (señalar):
6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación:
Dirección General de Administración de la Secretaría de Hacienda.
6.3 Costo total de la evaluación:
\$385,741.28 pesos.
6.4 Fuente de financiamiento:
Estatal.



