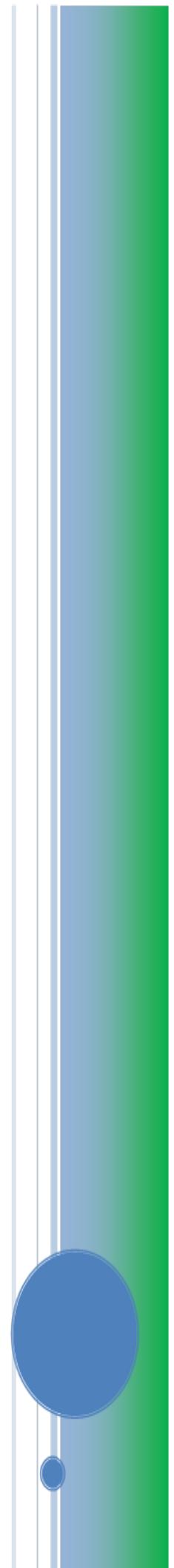


# Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012

Seguro Médico para una Nueva Generación



## Resumen Ejecutivo

El Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) es un programa de financiamiento para la salud cuyo objetivo principal es, de acuerdo a sus Reglas de Operación (ROP), contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. El programa tiene cobertura nacional y está coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que opera también el Seguro Popular.

En este documento se presenta la Evaluación de Consistencia y Resultados (ECR) 2011-2012 del SMNG que, de acuerdo a los términos de referencia (TDRs) establecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), tiene la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados. Así, la ECR se divide en los siguientes 6 temas, cada uno con un objetivo específico:

1. Diseño: analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales.
2. Planeación y orientación a resultados: identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados.
3. Cobertura y focalización: examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado.
4. Operación: analizar los principales procesos establecidos en las ROP o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas.
5. Percepción de la población atendida: identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados.
6. Medición de resultados: examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

El programa inició en 2007 y esta es la primera vez que se realiza una ECR del SMNG. La ECR 2011-2012 se realizó mediante un análisis de gabinete con base en información proporcionada por el programa, así como en información oficial de dominio público que el equipo evaluador obtuvo a través de la búsqueda en páginas de internet. Los principales resultados de esta evaluación por tema se presentan continuación.

### 1. Diseño

El problema o necesidad que busca resolver el programa es el empobrecimiento de la población por motivos de salud, en particular la de los hogares con niños los cuales son más vulnerables por la falta de cobertura de la seguridad social.

Existen dos problemas sustantivos en las definiciones de población potencial y objetivo del programa: i) las ROP no establecen la edad a la cual los niños dejan de ser beneficiarios del SMNG y pasan a ser sólo del Seguro Popular; mientras que en la MIR, en la carta de derechos que se entrega a los beneficiarios y en la página de internet del programa se dice que es hasta la edad de 5 años; y, ii) las ROP subestiman para 2011 estas poblaciones ya que no consideran los nacimientos proyectados durante 2011, situación que se repite en las ROP 2012. Asimismo, la cuantificación de las poblaciones no es adecuada, ya que se refiere a los nacimientos del año en curso, mientras que de la definición se entiende que la cifra es acumulada desde 2007.

No hay evidencia provista por el programa de que el tipo de intervención que lleva a cabo es la más eficaz para resolver la problemática que busca resolver. Por otro lado, no se ha evaluado si el SMNG genera incentivos en el mercado de trabajo al incorporar en su población objetivo a personas sin seguridad social, más que a personas no sujetas a la seguridad social, ya que incluye a hijos de trabajadores que por ley deberían ser afiliados al IMSS por sus patrones.

Con respecto a otros aspectos de diseño del programa, se detectaron áreas de mejora en la MIR, tanto en los resúmenes narrativos, indicadores y método de cálculo de los indicadores. Por último, se considera que los recursos del SMNG destinados a la adquisición de vacunas, deberían presupuestarse de origen en el Programa de Vacunación Universal en vez de en el SMNG que los transfiere a CENSIA para su ejercicio y aplicación a población abierta, independientemente de su

afiliación al SMNG.

## 2. Planeación y Orientación a Resultados.

El programa ha tenido tres evaluaciones externas (HIMFG 2008; EED 2209-2010 y EED 2010-2011), ninguna de impacto. Como resultado de estas evaluaciones, la CNPSS ha hecho modificaciones al SMNG e incluyó algunas de las recomendaciones en los ASM. Las recomendaciones sustantivas que no fueron consideradas por el programa y que se sugiere incorporar son: (i) establecer como parte de la regulación de los servicios, estándares de acceso y servicio (distancias, horarios, personal, etc.) que aseguren que todas las familias afiliadas tienen acceso a los servicios de salud; (ii) establecer estándares de servicio para consultas, procedimientos y suministro de medicamentos y llevar a cabo una mayor supervisión operativa en estos aspectos, con el fin de reducir el gasto privado en esos rubros; (iii) buscar alternativas para mejorar la calidad de su padrón; y, (iv) implementar estrategias que permitan confrontar los padrones de afiliación con las instituciones de seguridad social.

Por otro lado, en concordancia con sus objetivos primarios, se recomienda monitorear y evaluar cinco rubros: a) Impacto del programa en la disminución del gasto de bolsillo y los gastos catastróficos. b) Impacto en el estado de salud de los niños afiliados. Por ejemplo, si se observa lo siguiente: reducción de la mortalidad por diarrea e infecciones respiratorias bajas por el incremento en las coberturas de vacunación por rotavirus y neumococo; aumento en el número de casos identificados con alguno de los padecimientos y que están bajo tratamiento por la aplicación del tamiz neonatal ampliado; reducción en la mortalidad de recién nacidos atendidos en terapias intensivas neonatales debido al uso de medicamentos como el surfactante alveolar. c) Estrategia de embarazo saludable la cual fue propuesta como parte de la evaluación HIMFG 2008 y cuyo objetivo principal es proteger la salud de la mujer durante el embarazo, al igual que la del recién nacido. d) Efecto del programa en el acceso a servicios de salud, específicamente en medicamentos y acceso a servicios de salud en poblaciones rurales. e) Evaluaciones operativas, en particular de los sistemas de afiliación en términos del conocimiento correcto de los afiliados de su pertenencia al SMNG. f) Evaluación de los posibles incentivos que genera el programa en el mercado laboral.

La CNPSS cuenta con un Programa de Acción Específico (PAE 2007-2012) que contiene la estrategia y organización de todos sus programas, incluido el SMNG y define elementos de planeación estratégica a mediano plazo. Sin embargo, el tablero de control del PAE no incluye los indicadores de componente ni de actividades de la MIR del SMNG para su seguimiento.

## 3. Cobertura y Focalización

En 2011, la cobertura del programa de 5.8 millones de niños ya superó las cifras de su población potencial y objetivo. Se recomienda que el programa revise la definición y cuantificación de potencial y objetivo ya que las definiciones se refieren a cifras acumuladas de 2007 a 2010 sin incluir los nacimientos de 2011, mientras que las cifras reportadas sólo se refieren a las del año en cuestión. Asimismo, las proyecciones de nacimientos de Conapo no se han revisado con los datos del Censo 2010. Por otro lado, el programa no hace confronta de las solicitudes de incorporación ni de su padrón de beneficiarios con las bases de datos de las instituciones de seguridad social a fin de confirmar que la familia no sea derechohabiente de la seguridad social que es un criterio de elegibilidad del SMNG.

## 4. Operación

La normatividad sobre operación del programa recae principalmente en las ROP y en los procedimientos específicos incluidos en el Manual General de Procedimientos de la CNPSS los cuales se centran en la transferencia de recursos a entidades federativas y en la gestión de los convenios respectivos. Al respecto se sugiere establecer procedimientos específicos para las otras transferencias de recursos del SMNG. Asimismo, ya que los servicios médicos a que tienen derecho los beneficiarios del SMNG son provistos por múltiples proveedores (en su mayoría de los servicios estatales de salud), se sugiere establecer procedimientos para el acceso de los afiliados a los beneficios de servicios médicos del Programa en las unidades médicas.

Por otra parte, el programa cuenta con dos sistemas, el SAP (padrón de beneficiarios) y el sistema SMNG, que es la plataforma Web utilizada para la administración de casos, las salidas estadísticas de estas herramientas ayudan a integrar parte de los indicadores de la MIR. Esta última herramienta pudiera tener mayor proyección en términos de reporte y seguimiento si integrara un módulo de evaluación del desempeño para que las entidades federativas y otros proveedores de salud tuvieran acceso a formatos estandarizados y de captura en línea para el reporte de indicadores e informes mensuales de ejercicio del gasto y resultados del programa.

#### 5. Percepción de beneficiarios

La CNPSS cuenta con instrumentos anuales para medir la percepción de la población atendida por el Sistema de Protección Social en Salud. Se recomienda fortalecer la medición de calidad y satisfacción del servicio otorgado a beneficiarios del programa SMNG con encuestas enfocadas exclusivamente a sus beneficiarios.

#### 6. Medición de resultados

El programa documenta sus resultados con indicadores de la MIR y con evaluaciones externas. La evaluación HIMFG 2008 presenta resultados que están relacionados con el Fin y Propósito. Sin embargo, debe señalarse que el SMNG no cuenta con una evaluación de impacto.

En la MIR, el indicador a nivel Fin es el porcentaje de gasto de bolsillo en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud (incluido el gasto público). Este indicador es sectorial y no es específico de la población beneficiarios del SMNG; y puede ser afectado por otros programas como el Seguro Popular e IMSS-Oportunidades así como por el desempeño de las instituciones de seguridad social. No hay resultados documentados de este indicador pues se estimará con datos del 2012.

## Introducción

El Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) inicio en 2007 y es un programa de financiamiento para la salud cuyo objetivo principal es, de acuerdo a sus Reglas de Operación (ROP), contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. El programa tienen cobertura nacional y está coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que opera también el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

En este documento se presenta la Evaluación de Consistencia y Resultados (ECR) 2011-2012 del SMNG que, de acuerdo a los términos de referencia establecidos por el CONEVAL, tiene la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados. La ECR 2011-2012 es la primera que se hace al programa; se realizó mediante un análisis de gabinete con base en información proporcionada por el programa así como en información oficial de dominio público obtenida de la búsqueda en páginas de internet. La ECR se divide en los siguientes 6 temas, cada uno con un objetivo específico:

1. Diseño: analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales.
2. Planeación y orientación a resultados: identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados.
3. Cobertura y focalización: examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado.
4. Operación: analizar los principales procesos establecidos en las ROP o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas.
5. Percepción de la población atendida: identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados.
6. Medición de resultados: examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

Los resultados, conclusiones y recomendaciones de esta ECR tienen el propósito de proveer a los responsables del SMNG de elementos que les permitan revisar su diseño y operación y contribuir al logro del objetivo principal del programa.

## IV.1 DISEÑO

### IV.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Con base en información solicitada a los responsables del programa, se debe adjuntar en el Anexo 1 "Descripción General del Programa", una breve descripción de la información reportada en un máximo de dos cuartillas. Dicha descripción debe considerar los siguientes aspectos:

1. Identificación del programa (nombre, siglas, dependencia y/o entidad coordinadora, año de inicio de operación);
2. Problema o necesidad que pretende ;
3. Objetivos nacionales y sectoriales a los que se vincula;
4. Descripción de los objetivos del programa, así como de los bienes y/o servicios que ofrece;
5. Identificación y cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida;
6. Cobertura y mecanismos de focalización;
7. Presupuesto aprobado en el ejercicio fiscal sujeto a evaluación;
8. Principales metas de Fin, Propósito y Componentes, y
9. Valoración del diseño del programa respecto a la atención del problema o necesidad.

## IV.1.2 ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

- 1 El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:
  - a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
  - b) Se define la población que tiene el problema o necesidad.
  - c) Se define el plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y</li> <li>• El problema cuenta con dos las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>
3	

Justificación:

El problema o necesidad que busca resolver el programa es el empobrecimiento de la población por motivos de salud, en particular la de hogares con niños los cuales son más vulnerables por no estar afiliados a alguna institución de la seguridad social, tal como se indica en la introducción de las Reglas de Operación 2011 (ROP) del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), y en el documento "Proyecto para un Seguro Universal de Salud para Niños" (en adelante Proyecto para un Seguro Universal).

Con base en lo anterior, el programa identifica como la población con más riesgo a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que no son derechohabientes de la seguridad social y, por tanto, carecen de protección adecuada cuando requieren atención médica. A través del SMNG, se cubren los servicios médicos por los principales padecimientos de este grupo de edad sin que las familias hagan desembolso alguno. De esta manera no sólo el programa puede contribuir a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, sino que se busca disminuir los riesgos asociados a los daños a la salud y las causas de la mortalidad más comunes en este periodo de la vida. El programa no distingue por género, niños y niñas por igual son susceptibles a enfermedades; la atención es un derecho fundamental de las personas, como se apunta en el Proyecto para un Seguro Universal.

Cabe señalar que, aún cuando parte de la justificación del programa es la vulnerabilidad económica de los hogares por la atención de la salud, el SMNG no focaliza en la población más pobre sino en aquella sin seguridad social (pobre y no pobre), sin distinguir por nivel socioeconómico. Lo anterior por considerar que los hogares no pobres sin seguridad social también son vulnerables financieramente por problemas de salud del niño. El programa focaliza en población no derechohabiente de la seguridad social en vez de en aquellos no sujetos de la seguridad social por lo que incluye a hijos de trabajadores que por Ley deberían ser afiliados a la seguridad social por sus patrones y recibir las prestaciones de servicios médicos de la misma. Lo anterior puede generar incentivos inadecuados en el mercado laboral.

En los documentos arriba mencionados no se define explícitamente el plazo para la revisión del problema ni su actualización, aunque cabe señalar que las ROP se actualizan anualmente y tienen indicadores del desempeño del programa.

Con respecto a los recursos de vacunas del SMNG, en 2008 estos recursos sirvieron para generalizar la aplicación de vacunas de rotavirus y neumococo. Sin embargo, en la actualidad se considera que no existe justificación para que no se presupuesten de origen en el Programa de Vacunación Universal (PVU) en vez de en el SMNG, que los transfiere al CENSIA para su ejercicio y aplicación de éstas y otras vacunas a población abierta independientemente de su afiliación al SMNG.

2 Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

- a) Causas, efectos y características del problema.
- b) Cuantificación, características y ubicación territorial de la población que presenta el problema.
- c) El plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con un diagnóstico del problema, y</li> <li>• El diagnóstico no cuenta con las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>
1	

Justificación:

El programa cuenta con un documento denominado "Proyecto para un Seguro Universal de Salud para Niños" que contiene un apartado con un diagnóstico situacional de la salud infantil en México. El diagnóstico reconoce que, a pesar de que el nivel de salud de la población en México ha mejorado significativamente en las últimas décadas, los logros en salud se han dado de forma desigual a lo largo del país y entre los diferentes estratos de ingreso, lo cual constituye un riesgo para el crecimiento y desarrollo de los niños.

Los principales logros que se señalan en el diagnóstico son que la esperanza de vida de los mexicanos se incrementó de 71 a 74.5 años entre 1990 y 2006, y que la tasa de mortalidad infantil se redujo en 50% en el mismo periodo al pasar de 36.2 a 18.1 defunciones por cada 1,000 niños nacidos vivos. A pesar de estos avances, el diagnóstico también advierte que la tasa de mortalidad infantil en México todavía se encuentra por arriba del estándar internacional. Entre las principales causas de defunción de los menores de 0 a 4 años se encuentran las enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, las cuales son prevenibles; su tratamiento oportuno puede abatir la incidencia de defunciones por estas causas.

El diagnóstico menciona que es la población infantil de escasos recursos la más vulnerable ya que, con frecuencia, la atención médica suele posponerse hasta el momento de requerir servicios de emergencia y como consecuencia se incrementa la incidencia de muerte de los niños. Por otro lado, la desnutrición infantil es otra causal de defunciones en este grupo de edad. El diagnóstico también refiere que en las entidades federativas con mayor pobreza y menor infraestructura de los servicios de salud, se observan mayores prevalencias de mortalidad infantil y desnutrición. Por lo anterior, el documento señala que es indispensable la creación de un seguro universal de salud para niños.

Cabe aclarar que la problemática que se presenta en el diagnóstico gira alrededor de los resultados en materia de salud, pero no se aborda lo relativo al riesgo de empobrecimiento de los hogares por motivos de salud, que es el problema principal identificado por el programa. En el documento no se define ni se cuantifica la población objetivo, aunque es importante mencionar que en él se propone que el seguro universal sea para todos los niños menores de 14 años. Tampoco se establece explícitamente un plazo para la revisión y actualización del problema.

Se recomienda actualizar el diagnóstico e incluir la problemática del riesgo de empobrecimiento de los hogares con niños sin seguridad social. Asimismo, establecer en las ROP y justificar en el diagnóstico la edad máxima para ser beneficiario del SMNG. Lo anterior ya que las ROP actuales no tienen una edad tope aunque en la información de la página de internet y de la carta de derechos a los beneficiarios se menciona como edad límite la de 5 años. Se adjunta el documento "Complemento pregunta 2.docx" que amplía las recomendaciones para el diagnóstico del programa.

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y</li> <li>• La justificación teórica o empírica documentada no es consistente con el diagnóstico del problema.</li> </ul>
1	

Justificación:

El documento “Proyecto para un Seguro Universal de Salud para Niños” contiene el apartado “experiencia internacional en materia de seguros públicos de salud para niños”, en el que se describen y analizan 2 experiencias a nivel internacional: el caso de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y el de Insure Kids Now (IKN).

La AIEPI es una estrategia creada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y se basa en un conjunto de acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad. Tiene 3 objetivos fundamentales: i) reducir la mortalidad en la infancia; ii) reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades que afectan a los niños; y, iii) mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida. La AIEPI se basa en otorgar capacitación al personal médico y a las familias, así como en realizar evaluaciones de aspectos organizacionales de los servicios de salud. En 2001, 17 países de América Latina habían implementado la AIEPI, y varios de ellos lograron reducir en un tercio la mortalidad en menores de 5 años, principalmente de enfermedades infecciosas; sin embargo, no se presenta evidencia de que esta reducción se deba a este programa. Tampoco se analiza si este tipo de intervención es más eficaz que otras alternativas. Es importante mencionar que la AIEPI no es un esquema de financiamiento, por lo que no es comparable con el SMNG, por ello se considera que no debe incluirse en el diagnóstico para sustentar el diseño del SMNG.

El programa IKN inició en 1997 en Estados Unidos con el objetivo de proveer cobertura en salud a niños de familias de bajos recursos. Cubre a niños hasta los 19 años que no cumplen los requisitos para acceder al Children's Health Insurance Program (CHIP). Es un esquema de financiamiento, como lo es el SMNG, pues se costean los gastos médicos de los niños que no cuentan con seguro de salud. Una diferencia sustancial entre ese programa y el SMNG es que el IKN compra un seguro privado individual que paga las consultas, vacunas, atención hospitalaria y dental, etc., mientras que el SMNG cubre los costos de los servicios médicos tanto con una cápita así como por reembolso para que los niños sean atendidos en instituciones de salud públicas principalmente. Dependiendo del nivel de ingresos, las familias del IKN pagan o no parte de la prima; el resto es financiado por los gobiernos federal y estatal. En el diagnóstico no se presentan evidencias del impacto del IKN ni de que este tipo de intervención es la más eficaz para atender la problemática del empobrecimiento de la población por motivos de salud. De hecho, como ya se comentó en la pregunta 2, el diagnóstico no hace referencia a dicha problemática, por lo que se considera que la evidencia presentada no sustenta adecuadamente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo.

## IV.1.3 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS NACIONALES Y

- 4 El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que:
- Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.
  - El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivo(s) del programa sectorial, especial o institucional, y</li> <li>Es posible determinar vinculación con uno de los aspectos establecidos en la pregunta.</li> </ul>
2	

Justificación:

El Objetivo 4 del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) está vinculado indirectamente con el Propósito del programa y directamente con el Fin. La relación entre el programa y el PROSESA se menciona en el proemio de las ROP. Por otro lado, no existen conceptos comunes entre el Propósito y el Objetivo 4 del PROSESA, por lo que no cumple con el inciso a) de la pregunta, aunque cabe mencionar que sí comparte conceptos comunes con el Fin. El SMNG aporta directamente al cumplimiento de las dos metas del objetivo sectorial, aunque por sí mismo el programa no es suficiente para alcanzarlo.

El Propósito del programa es “la población menor de 5 años nacida a partir del 1 de diciembre de 2006 y sin seguridad social, cuenta con esquema de aseguramiento de salud con cobertura amplia”. El Objetivo 4 del PROSESA es “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”. El Propósito y el objetivo sectorial no comparten conceptos comunes, aunque debe señalarse que proveer cobertura a este segmento de la población contribuye a que los hogares no gasten o gasten menos en la atención médica del niño. Por otro lado, el Fin del programa establecido en su Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) es “contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal de los niños sin seguridad social nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006”. El Fin del programa está vinculado con el Objetivo 4 del PROSESA, ya que en ambos se busca disminuir el empobrecimiento por motivos de salud.

Son 2 las metas para cumplir con objetivo sectorial: 1) disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total de salud; y, 2) reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud. Para alcanzar esas metas, la Estrategia 7 del PROSESA busca “consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona”, y en particular la línea de acción 7.1 de esa estrategia es “establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS”.

Pero el logro del Fin y del Propósito no es suficiente para el cumplimiento de las metas, ya que: i) el programa sólo atiende a la población infantil, mientras que el Objetivo 4 del PROSESA se refiere a toda la población; y, ii) la afiliación por sí misma no garantiza que los servicios de salud sean de la calidad, oportunidad y acceso efectivo adecuados, para que los hogares con niños beneficiarios efectivamente reduzcan su gasto en salud.

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

Eje	Objetivo	Tema
Igualdad de oportunidades	5. Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un	2 Salud
Programa Sectorial	Objetivo	

Programa Sectorial de 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.  
Salud

Justificación:

El Objetivo 4 del PROSESA, que está relacionado con el programa, busca “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”. Este objetivo sectorial está vinculado con el Objetivo Nacional 5 del Eje 3 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) en el tema de salud, como se argumenta a continuación.

El Objetivo Nacional 5 del PND está inmerso en el Eje 3 "Igualdad de Oportunidades". Este Objetivo Nacional establece “reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución”.

El PROSESA está vinculado directamente con ese objetivo nacional en el tema de salud, pues la salud es fundamental para que todo mexicano pueda tener las mismas oportunidades para desarrollar sus aptitudes y mejorar sus condiciones de vida. Un buen estado salud contribuye de manera determinante en el desempeño escolar de los niños y en el desempeño laboral de los adultos, lo que les permite desarrollar todo su potencial para una mejor calidad de vida.

Por otro lado, los problemas de salud afectan también la capacidad económica de los hogares, principalmente si no cuentan con un esquema que cubra los gastos de la atención médica. La carga financiera que representa para los hogares la enfermedad, o aún la prevención, puede contribuir a diferir la atención o a una atención inadecuada. Es por ello que el Objetivo 4 del PROSESA busca aminorar esa carga económica.

Por su parte, el eje rector 3 del PND se basa a su vez en 10 objetivos específicos, de los cuales el Objetivo 4 del PROSESA se relaciona directamente con el 7: "Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal".

El SMNG está relacionado también directamente con este objetivo específico del Eje 3 del PND. Lo anterior debido a que el objetivo general del programa es precisamente evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal de los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

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

b) Indirecta: El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) Meta(s) del Milenio.

## Justificación:

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son 8. El Propósito del programa (la población menor de 5 años nacida a partir del 1 de diciembre de 2006 y sin seguridad social cuenta con esquema de aseguramiento de salud con cobertura amplia) está vinculado indirectamente con el ODM 4: “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”.

La meta del ODM 4 es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. Para medir el cumplimiento de esta meta se establecieron 3 indicadores: i) tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; ii) tasa de mortalidad infantil; y, iii) proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.

De acuerdo a la meta y a los indicadores del ODM 4, la vinculación con el Propósito del SMNG es indirecta ya que el logro del Propósito es una condición necesaria pero no suficiente para reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. Lo anterior debido a que: (i) el programa sólo atiende a una parte de la población menor de 5 años (la que no tiene seguridad social) y el ODM se refiere a toda la población en ese grupo de edad (con y sin seguridad social); y, (ii) el aseguramiento per se no puede mejorar las condiciones de salud si la población afiliada no tienen acceso efectivo a servicios de calidad con suministros y capacidad resolutive para tener un impacto sustancial en las condiciones de la reducción de la mortalidad.

En lo que se refiere al indicador de vacunación de niños de 1 año vacunados contra el sarampión, debe señalarse que existe en México el Programa de Vacunación Universal encargado de aplicar el esquema de vacunación completo, incluyendo la vacuna contra el sarampión. El SMNG contempla la transferencia de recursos para la adquisición de vacunas de neumococo conjugada y rotavirus pero no la vacuna contra el sarampión, por lo que el programa no aporta al cumplimiento de ese indicador.

## IV.1.4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

- 7 Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:
- Unidad de medida.
  - Están cuantificadas.
  - Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
  - Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y</li> <li>Las definiciones cuentan con tres de las características establecidas.</li> </ul>
3	

Justificación:

En las ROP, el programa define sus poblaciones para 2011 de la siguiente forma:

**Población potencial:** corresponde al 54% de los nacimientos proyectados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el periodo 2007-2010 y representa la población no derechohabiente de alguna institución de seguridad social o que no cuenta con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

**Población Objetivo:** son los mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006 que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y corresponde al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.

La unidad de medida son niños y para 2011 la población potencial y objetivo están cuantificadas en 1,033,211 y 826,568, respectivamente.

Es importante mencionar dos problemas sustantivos con estas definiciones y que son fallas en el diseño del programa: i) las ROP 2011 no establecen la edad a la cual los niños dejan de ser beneficiarios del SMNG y pasan a ser sólo beneficiarios del Seguro Popular, mientras que en la MIR, en la carta de derechos que se entrega a los beneficiarios y en la página de internet del programa se dice que es hasta la edad de 5 años; y, ii) las ROP subestiman para 2011 estas poblaciones ya que no consideran los nacimientos proyectados durante 2011, situación que se repite en las ROP 2012. Se recomienda al programa cambiar la definición y especificar con base en qué está cuantificando las poblaciones para 2011. Por otro lado, con base en las cifras de 2007 a 2010 entregadas por el programa, no se está cuantificando adecuadamente ya que las definiciones refieren nacimientos acumulados desde 2007, mientras que la cuantificación corresponde sólo a los del año en cuestión. Asimismo, no se define un plazo para la revisión y actualización de las poblaciones, lo cual es importante considerando la subestimación de las proyecciones de nacimientos de CONAPO con respecto al Censo 2010. Se adjunta el documento "Complemento pregunta 7.docx" con recomendaciones específicas.

- 8 Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:
- Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
  - Incluya el tipo de apoyo otorgado.
  - Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.
  - Cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>La información de los beneficiarios cuentan con tres de las características establecidas.</li> </ul>
3	

Justificación:

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) cuenta con un Sistema de Administración del Padrón (SAP) que permite registrar y administrar tanto a las familias afiliadas al Seguro Popular como al SMNG. El SAP es la plataforma informática que integra el padrón de beneficiarios del programa, por lo que la información está sistematizada. El número de afiliación es el mismo para toda la familia y tiene un dígito que varía para identificar a cada integrante del hogar; la edad del niño es el criterio para recibir los beneficios del programa. El número de afiliación no cambia ni se otorga a otra familia.

El SAP cuenta con varias secciones, entre ellas la de "Captura de Datos" en la que registran todos los datos de la familia y del niño beneficiario recabados en la "Nueva Cédula de Características Socioeconómicas y del Hogar" (CECASOEH), como se establece en las ROP. Debido a que la afiliación es un proceso permanente, el sistema es actualizado constantemente y las cifras oficiales de afiliados y el padrón completo de beneficiarios se reportan periódicamente con cortes semestrales, disponibles en la página de internet del Seguro Popular.

El programa cuenta con un "Manual de Afiliación y Operación 2010" el cual contiene una sección específica sobre el uso y criterios para incorporar a los beneficiarios al SAP, así como los mecanismos para la revisión del padrón y su actualización. Dentro de estos mecanismos de depuración del padrón se encuentran los de: i) validación de la información de los beneficiarios; ii) detección de inconsistencias y validación de la congruencia de datos entre beneficiarios y titulares; iii) corrección de las deficiencias de captura; iv) verificación de la inexistencia de folios duplicados; v) detección de registros con documentación incompleta; y, vi) falta de asignación a un centro de salud.

De estarse llevando la depuración y actualización de acuerdo al Manual de Afiliación y Operación 2010, entonces el programa ha implementado una mejora pues en la evaluación del SMNG del 2009 llevada a cabo por el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se detectó que alrededor del 40% de los hogares seleccionados para el levantamiento de la encuesta no contaba con información precisa para ubicar el domicilio de los beneficiarios.

Con respecto a los apoyos, el programa no recolecta información de todos los servicios médicos que al amparo del SMNG reciben los beneficiarios, por lo que no puede saberse quienes de los afiliados al programa hacen uso de los beneficios del SMNG, salvo en lo que se refiere a las acciones de segundo y tercer nivel que se pagan por reembolso, como se detalla en la pregunta 21.

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

#### Justificación:

Las ROP establecen el cobro de una cuota familiar y se exenta del pago a los beneficiarios de los deciles de ingreso I a VII (con base en el acuerdo de afiliación al régimen no contributivo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de febrero de 2008, Anexo 16 de las ROP). Para cumplir con este criterio, el programa recaba información socioeconómica de los beneficiarios a través de una “Nueva Cédula de Características Socioeconómicas y del Hogar” (CECASOEH). Esta cédula se levanta en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO's) al momento de solicitar la afiliación del niño al SMNG, o cuando se solicita la afiliación del hogar al Seguro Popular y se detecta un niño nacido después del 1 de diciembre de 2006. De acuerdo a las ROP, la información recabada por la CECASOEH tiene una vigencia de 3 años, momento en el que se debe volver a levantar la información para efectos de reafiliación. En caso de que se modifiquen las condiciones socioeconómicas del hogar, por desastres naturales o por la muerte o discapacidad del principal sostén económico de la familia antes del término de la vigencia de la información, se levanta nuevamente la CECASOEH con el fin de determinar si hubo cambios en la situación socioeconómico del hogar, situación que podría exentar a la familia del pago de la cuota.

La CECASOEH cuenta con dos apartados: i) la solicitud de afiliación al programa, en la que se indican los datos del solicitante y el domicilio; y, ii) la evaluación socioeconómica, la cual contiene las variables necesarias para definir el decil de ingresos de la familia, que se determina a través del modelo estadístico de análisis discriminante.

El segundo apartado de la CECASOEH consta a su vez de tres secciones con las condiciones socioeconómicas del hogar: 1) Características de los integrantes del hogar (nombre completo, sexo, edad, fecha de nacimiento, parentesco con el titular de la familia, lugar de nacimiento, CURP, estado civil, si pertenece a algún programa social como Oportunidades o el Programa Alimentario, si habla o no alguna lengua indígena, nivel de escolaridad, si es estudiante, y si padece o no alguna discapacidad); 2) condición laboral de las personas de 13 años o más (si trabaja, si cuenta con seguridad social en caso de ser trabajador o pensionado, si es una mujer embarazada); y, 3) condiciones y características de la vivienda (si es propia, rentada, prestada, etc.; si es casa, departamento, etc.; material del piso, número de cuartos, si cuenta con excusado o letrina, si cuenta con ciertos bienes como DVD, refrigerador, estufa de gas, lavadora y auto propio).

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

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

Respuesta Si

Nivel	• Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.
4	

Justificación:

En las ROP del programa se pueden identificar el resumen narrativo del Fin, Propósito, Componentes y Actividades de la MIR, de acuerdo a los "Lineamientos para la vinculación de la Matriz de Indicadores de Resultados y las Reglas de Operación de los programas correspondientes", establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y CONEVAL, disponibles en [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/eval\\_mon/2246.pdf](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/eval_mon/2246.pdf).

Conforme a esos lineamientos, la vinculación de las ROP con la MIR es la siguiente: a) El objetivo general de las ROP con el Fin de la MIR; b) el objetivo específico con el Propósito; c) la descripción de los apoyos con los Componentes; y, d) la sección de operación de las ROP debe ser consistente con las principales actividades identificadas en la MIR. Se adjunta el archivo "Complemento pregunta 10.docx" con un cuadro comparativo entre las ROP y la MIR, en el cual se puede observar que sí existe esa vinculación de acuerdo a los lineamientos establecidos por la SHCP y el CONEVAL.

Sin embargo, se hacen las siguientes observaciones. Primero, de acuerdo a la normatividad establecida para la elaboración de la MIR, los componentes "son los productos o servicios que deben ser entregados durante la ejecución del programa, para el logro del propósito". Por lo anterior, se recomienda que el resumen narrativo del nivel "Componentes" se presente como un bien o servicio, en particular que se divida para que incluya los 3 beneficios listados de forma general en el numeral 3.5 de las ROP. Este cambio implicará la construcción de indicadores para cada uno de los beneficios. Segundo, el Propósito en la MIR hace referencia a niños menores de 5 años nacidos después del 1 de diciembre de 2006, mientras que el objetivo específico de las ROP no establece ningún tope de edad. Tercero, en la MIR sólo se identifica una actividad, la afiliación de los niños, vinculada a 2 indicadores. Pero esta actividad no es suficiente para la entrega del componente, ya que se debe garantizar que la protección del seguro sea amplia y exista el acceso, para que de acuerdo a las ROP el hogar no incurra en gastos para la atención médica del niño. Algunas actividades que se podrían incorporar a la MIR son: i) administración del padrón de beneficiarios; ii) identificación de localidades sin presencia de los Servicios Estatales de Salud o con acceso parcial a los servicios de salud; y, iii) adscripción de los beneficiarios a un centro de salud.

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

- a) Nombre.
- b) Definición.
- c) Método de cálculo.
- d) Unidad de Medida.
- e) Frecuencia de Medición.
- f) Línea base.
- g) Metas.
- h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular ó nominal).

Respuesta Si

Nivel	• Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.
4	

Justificación:

En las Fichas Técnicas (FT) de los indicadores de la MIR se pueden identificar todas las características establecidas en la pregunta, y que se presentan con mayor detalle en el Anexo 5. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en los 5 indicadores que integran la MIR. En el archivo adjunto "Complemento pregunta 11.docx" se presentan recomendaciones específicas para cada indicador. Fin: El indicador "Porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares" no es adecuado para medir la contribución del programa a la problemática que busca resolver, ya que se refiere a toda la población (beneficiaria y no del programa), así como al gasto total en salud del hogar, no sólo el gasto en la atención médica del niño. En la FT se indica que este indicador es regular, cuando debe ser descendente: una reducción en el indicador es un hecho positivo.

Propósito: El indicador "Porcentaje de avance en el aseguramiento de la población objetivo" se considera adecuado. Sin embargo, su nombre y definición no son consistentes con el método de cálculo, ya que el denominador se refiere a la población potencial y no a la objetivo. Respecto al comportamiento del indicador, en la FT se indica que es regular, cuando debe ser ascendente, entre mayor sea el valor del indicador, mejor el desempeño del programa.

Componentes: El indicador "Porcentaje de niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional" no es claro. La FT contiene todas las características establecidas en la pregunta, pero hay una inconsistencia con el método de cálculo: el denominador del indicador en la FT es el número de niños nuevos afiliados, mientras que en la MIR es el número de niños nuevos programados a afiliarse. Asimismo, este indicador no mide el acceso a las intervenciones, sino sólo la transferencia de la cápita a las entidades federativas. Como se comentó en la respuesta a la pregunta 10, se debe replantear el resumen narrativo e incluir indicadores que sean consistentes con los beneficios establecidos en las ROP.

Actividades: En este nivel se presentan dos indicadores: i) "Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación", y ii) "Niños afiliados con acceso a los servicios de salud". En ambos casos las FT contienen todas las características establecidas en la pregunta, pero hay inconsistencia entre el nombre de los indicadores con la definición y método de cálculo. Lo anterior, ya que del nombre se infiere que la unidad de medida son niños mientras que las fórmulas arrojan un porcentaje, por lo que estos indicadores no son claros. En el segundo indicador hay discrepancias en la fórmula de la FT y la de la MIR: en la FT está calculado como una variación porcentual de un año a otro, mientras que en la MIR como una proporción o razón.

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

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

Respuesta Si

Nivel	• Del 50% al 69% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.
2	

Justificación:

Cuatro de los cinco indicadores de la MIR tienen metas establecidas para 2011, a excepción del indicador a nivel Fin, que por tener frecuencia de medición bianual, la meta es para 2012. El Anexo 6 presenta una descripción general de las metas del programa, y donde se puede observar que 3 de los 5 indicadores (60%) tienen todas las características. A continuación se presenta y analiza la meta para cada indicador:

Fin: "Porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares"; meta 2012: 44%. Corresponde a una de las dos metas planteadas del Objetivo 4 del PROSESA, e implica que del total del gasto en salud en México (incluido el gasto público y de la seguridad social), el 44% sea gasto de bolsillo de los hogares. Esta meta puede ser afectada por otros programas, así como por el desempeño de los servicios de salud de la seguridad social, ya que se refiere a la población en general y no sólo a la beneficiaria. Partiendo de la línea base del 50% en 2007, la meta es factible e incluso laxa pues para 2012 el Gobierno Federal plantea la universalidad de los servicios de salud, a través de la afiliación al Seguro Popular y al SMNG. Es decir, se plantea que la cobertura universal sólo reduzca el gasto de bolsillo en 6 puntos porcentuales. Se recomienda modificar el indicador, como se indica en la pregunta 11.

Propósito: "Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo"; meta 2011: 96%. La meta es consistente con el objetivo de establecer la cobertura universal de salud para el 2012, por lo que está orientada al desempeño, y es factible de alcanzar de acuerdo a la tendencia de afiliación del programa. Se recomienda el cambio en el nombre del indicador ya que éste y la meta se refieren al aseguramiento de la población potencial y no de la objetivo.

Componente: "Porcentaje de niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional"; meta 2011: 100%. Considerando la corrección del denominador del indicador a "número de niños nuevos afiliados", entonces la meta está orientada a impulsar el desempeño, ya que el número de cápitras transferidas por el programa debe ser igual al número de casos nuevos. Por otro lado, se sugiere el cambio en el nombre del indicador ya que no mide el acceso a las intervenciones sino sólo la transferencia de la cápita a las entidades. Debido a que la meta se cumplió en 2010, es factible su cumplimiento en 2011.

Actividades: Indicador 1, "Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación", meta 2011: 100%. De acuerdo a la tendencia observada, la meta es factible de alcanzar, e incluso ser sobrepasada de no corregirse la subestimación de proyecciones de nacimientos de CONAPO. Indicador 2, "Niños afiliados con acceso a los servicios de salud", meta 2011: 100%. Como se señaló en la pregunta 11, hay dos fórmulas de este indicador, una en la MIR y otra en la FT. Se considera que la meta no es adecuada con cualquiera de las dos fórmulas. Se adjunta el archivo "Complemento pregunta 12.docx" que analiza las metas de los dos indicadores de este nivel, y presenta recomendaciones específicas.

#### IV.1.6 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS

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

##### Justificación:

El SMNG coincide con algunos programas en su Propósito, población objetivo, y/o tipos de apoyo aunque también los complementa. El Anexo 7 presenta una matriz detallada de las comparaciones de estos aspectos con varios programas, como son Seguro Popular, Oportunidades, IMSS-Oportunidades, Caravanas de la Salud y Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación (dentro del cual se incluye el Programa de Vacunación Universal).

Con respecto al Seguro Popular, tanto ese programa como el SMNG ofrecen protección de salud a la población sin seguridad social, a través del financiamiento de los servicios médicos que prestan diferentes proveedores (en su mayoría públicos) a su población afiliada. El Seguro Popular ya cubría a la población pediátrica antes de la entrada en vigor del SMNG, con las acciones del CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; por lo que se considera que el SMNG coincide con ese programa en población y en algunos de los apoyos que ofrece (como vacunación y diagnóstico y tratamiento de enfermedades estomacales y respiratorias). Sin embargo, el SMNG también otorga beneficios adicionales como son la atención médica y tratamiento de los padecimientos de la población infantil en el segundo y tercer nivel de atención, que se detallan en el Anexo 1 de las ROP.

Con respecto a los programas Oportunidades, IMSS-Oportunidades, Caravanas de la Salud y Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación, estos programas son coincidentes con el SMNG en cuanto a que todos ya ofrecían un paquete de beneficios de salud sin costo para sus beneficiarios. Por otro lado, dichos programas también son complementarios con el SMNG ya que este último ofrece beneficios adicionales. Por otro lado, también es importante mencionar que aunque tengan algunas coincidencias en cuanto a población objetivo y apoyos en salud con el SMNG, los diseños de esos programas son muy diferentes a los del SMNG. Éste es un programa de financiamiento de servicios de salud que ya eran provistos por el sector salud, mientras que IMSS-Oportunidades es un proveedor de servicios de salud que siempre ha ofrecido sus servicios de forma gratuita al igual que el Programa de Caravanas de la Salud (PCS), que de forma itinerante da servicios de salud a localidades dispersas y sin acceso a estos servicios. Por su parte, Oportunidades es un programa que condiciona sus apoyos a la asistencia regular de los hogares a las unidades médicas para prevención y un paquete de salud gratuito.

Finalmente, el programa de reducción de enfermedades prevenibles por vacunación a cargo del CENSIA ya otorgaba servicios de vacunación a la población infantil desde 1993, antes del SMNG y el Seguro Popular. Sigue otorgando el mismo servicio pero ahora el SMNG, como esquema de financiamiento, le transfiere recursos al CENSIA para la adquisición de vacunas contra neumococo y rotavirus.

## IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

### IV.2.1 INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

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

- Es resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- Contempla el mediano y/o largo plazo.
- Establece los resultados que quieren alcanzar, es decir, el Fin y el Propósito del programa.
- Cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.

Respuesta Si

Nivel	• El plan estratégico tiene tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

La CNPSS cuenta con un Programa de Acción Específico (PAE 2007-2012) que contiene la estrategia y organización de todos los programas, incluido el SMNG y define elementos de planeación estratégica a mediano plazo, pero no de largo plazo. El PAE tiene un apartado de indicadores asociados con metas que permiten dar seguimiento a los avances de los programas. Sin embargo, en el caso del SMNG sólo se considera un indicador de afiliación: "Afiliación de niños al SMNG", alineado al objetivo del PAE: "Contribuir al logro de la cobertura universal en salud". El tablero de control de los indicadores del PAE no incluye la totalidad de los indicadores de la MIR del SMNG. El PAE da seguimiento al Fin, con el monitoreo del indicador de gasto de bolsillo pero no a los indicadores de componente ni de actividades (indicadores de transferencias financieras y afiliación). Cabe señalar que el indicador a nivel Fin será estimado hasta 2012.

El SMNG reportó que la CNPSS anualmente realiza ejercicios de planeación para ratificar metas o replantear estrategias en las distintas áreas que la integran, incluido el SMNG; sin embargo, no hay un procedimiento establecido en un documento para este fin.

La MIR del SMNG se integra con 5 indicadores, cuyos avances de meta, resultados y fórmulas son públicos. Sin embargo, la ficha técnica que incluye, entre otros, los medios de verificación, las fuentes de integración y los responsables de integrar las variables, no son públicos pues su contenido se encuentra en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH) que tampoco es público. En las respuestas de las preguntas 12 y 41 se presenta el análisis de los indicadores de la MIR.

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

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

Respuesta Si

Nivel	• Los planes de trabajo anuales tienen tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

El SMNG no cuenta con un plan de trabajo anual exclusivo del programa. Sin embargo, el programa de trabajo anual de la CNPSS comprende al SMNG, programa cuyos procesos son operados por diferentes direcciones generales de la CNPSS (entre otros, afiliación –DGAO-; gestión de servicios - DGGSS- y financiamiento –DGF-). En el Programa de Trabajo 2011 de la CNPSS se señalan las líneas de acción a ejecutar por el SMNG durante ese ejercicio fiscal.

Aunque el SMNG cuenta con evidencia documental de las convocatorias a los ejercicios de planeación y consulta, no demostró la existencia de un proceso establecido o documentado para realizar ejercicios de planeación institucionalizados.

La operación del SMNG se basa, principalmente, en las ROP revisadas y publicadas anualmente en el DOF. Para la revisión de dichas reglas, cada año la CNPSS convoca a un ejercicio de planeación a todas las instancias ejecutoras (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud) para recibir aportaciones y sugerencias de cambio y definir la estrategia de operación. Tanto las instancias ejecutoras de la Secretaría de Salud como los responsables de aplicar el programa en las entidades federativas conocen y tienen acceso a las ROP anuales, al PAE 2007-2012 y al Programa de Trabajo. Las ROP y el PAE se publican en el DOF; y estos documentos junto con el Programa de Trabajo se encuentran en la página de internet de la CNPSS y también son difundidos a través de los Regímenes Estatales a los participantes en la ejecución del programa vía correo electrónico.

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

## 16 El programa utiliza informes de evaluaciones externas

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

Respuesta Si

Nivel	• El programa utiliza informes de evaluación externa y tiene una de las características establecidas.
1	

Justificación:

En 2009, el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG 2008) elaboró una evaluación del SMNG que incluyó un componente de diseño, uno de desempeño y el análisis del gasto de bolsillo y catastrófico de los hogares beneficiarios. Por su parte, CONEVAL coordinó Evaluaciones Específicas de Desempeño en 2010 y 2011 (EED 2009-2010 y EED 2010-2011). Como resultado de dichas evaluaciones externas, se emitieron recomendaciones de cambio y mejora al programa, las cuales se han atendido parcialmente. Dentro de las solventadas destacan: incluir el componente de salud reproductiva, fortalecer los sistemas que generan información para el programa, así como mejorar la difusión del SMNG entre padres de familia para favorecer un entendimiento suficiente de los beneficios. Asimismo el programa reporta que como resultado de la observación del HIMFG 2008 sobre la pérdida de la lactancia materna exclusiva en los primeros días de vida, se iniciaron los talleres de autocuidado de la salud con el modelo de habilidades para la vida, incluyendo el fomento a la lactancia materna, el fomento del desarrollo cognitivo y la prevención de muerte de cuna.

Dentro de las que no se han atendido completamente se encuentran: reforzar la disponibilidad de información para el seguimiento de los indicadores, fortalecer el sistema de referencia a segundo y tercer nivel y establecer indicadores de acceso efectivo a los servicios médicos.

Las ROP señalan que deben ser evaluados los resultados e impacto del programa, sin embargo, aún no se ha realizado una evaluación de impacto. Tampoco se encontró evidencia documental de la existencia de un procedimiento sistematizado para evaluaciones periódicas. Por otra parte, el programa no presentó documentos que definan un procedimiento para atender acciones y actividades basadas en los resultados de las evaluaciones externas que contribuyan a mejorar su gestión y/o resultados, ni para hacerlo de manera consensada con operadores y el personal de la unidad de evaluación. Debe señalarse que, derivado de la evaluación del HIMFG 2008, se definieron algunos Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), mismos que se detallan en la respuesta a la pregunta 17, sin que se hayan incluido todos los resultados de dicha evaluación.

Se sugiere integrar un procedimiento de revisión de las evaluaciones externas con el fin de definir las acciones y actividades de mejora al programa derivadas de los resultados de dichas evaluaciones. En la respuesta 19 se detallan las recomendaciones de las evaluaciones externas que no han sido atendidas.

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

Respuesta Si

Nivel	• Del 85 al 100% del total de los ASM se han solventado y/o las acciones de mejora están siendo implementadas de acuerdo con lo establecido en los documentos de trabajo e institucionales.
4	

Justificación:

En los documentos de seguimiento de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), el programa reporta 3 ASM institucionales que se derivan de las evaluaciones externas anteriores a 2011 (no hay ASM específicos definidos en algún Documento de Trabajo). Estos ASM institucionales son:

- i. Ausencia de mecanismos sistematizados para el seguimiento de la información.
- ii. Afiliación de los recién nacidos después del 1° de diciembre de 2006 dejando fuera a todos los niños menores de 5 años que nacieron antes de esa fecha.
- iii. El programa no incluye la Salud Materno Infantil.

De acuerdo al programa, todos los ASM se encuentran atendidos al 100% como se señala también en el Anexo 8.

El primer ASM se atendió al implementar el Sistema Seguro Médico para una Nueva Generación en el que se registran los casos, se valida y se autoriza, por parte de la CNPSS, el pago a los proveedores de servicio.

Con respecto al segundo ASM, el programa no realizó ninguna actividad; se dejó pasar el tiempo de tal forma que a partir del 1 de diciembre de 2011 los niños menores de 5 años que fueron excluidos por nacer antes del 1 de diciembre de 2006 ya son mayores de 5 años.

Para el tercer ASM, la CNPSS (la Unidad Responsable del programa) implementó a partir de agosto de 2008 la estrategia Embarazo Saludable que busca afiliar al SPSS a las mujeres embarazadas para otorgarles atención médica hasta el momento del parto. Con ello se busca reducir la mortalidad perinatal.

Por otro lado, cabe señalar que en el Documento Institucional (DI) 2010-2011 se establece un ASM adicional que, de acuerdo al mismo documento, se desprende de la Evaluación Específica de Desempeño (EED) 2011 del programa y es: iv. Identificación de la afiliación al Seguro Popular. Para atender este último ASM, el DI señala que “a partir de 2011 se harán campañas de posicionamiento para el Seguro Popular con la finalidad de eliminar el desconcierto que otras estrategias y programas como el embarazo saludable y Seguro Médico para una Nueva Generación pudieran ocasionar”.

Es importante resaltar que este ASM se deriva de la Evaluación del SMNG realizada en 2009 por el Hospital Infantil de México Federico Gómez. En dicha evaluación se encontró que un porcentaje importante de los hogares beneficiarios no distinguían al SMNG del Seguro Popular. La EED 2011 citó este resultado, y es hasta el DI de 2011 que el programa lo traduce como un ASM.

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

#### Justificación:

Los 3 ASM provenientes del mecanismo de seguimiento se encuentran atendidos, en el sentido de que se obtuvo el producto establecido. Sin embargo, el resultado esperado sólo se logró en dos ASM, ya que el resultado esperado del tercero dependerá del desempeño del programa Embarazo Saludable. Para el ASM 1 (Ausencia de mecanismos sistematizados para el seguimiento de la información), tanto el producto como el resultado esperado fue contar con un sistema informático. Las acciones definidas fueron la del desarrollo e implementación de un sistema informático llamado Sistema Seguro Médico para una Nueva Generación. Este sistema cuenta con la funcionalidad de captura necesaria para el registro de las declaratorias de casos (formato con el que se recaba la información necesaria del beneficiario que requirió atención médica de las intervenciones de segundo y tercer nivel cubiertas) y los niveles de supervisión necesarios para su validación. El sistema está integrado por 4 módulos: i) seguridad; ii) registro de la declaratoria de casos; iii) seguimiento de la declaratoria de casos; y, iv) generación de reportes. Por lo tanto, se considera que el producto y el resultado establecidos se lograron.

Con respecto al ASM 2 (Afiliación de los recién nacidos después del 1° de diciembre de 2006 dejando fuera a todos los niños menores de 5 años que nacieron antes de esa fecha), ninguna acción fue establecida para atenderlo, sólo se dejó pasar el tiempo pues a partir del 1 de diciembre de 2011 no hay niños menores de 5 años nacidos antes del 1 de diciembre de 2006 que no están incorporados al programa. Por lo tanto el resultado establecido se logró.

Por último, el ASM 3 (El programa no incluye la Salud Materno Infantil) se atendió por parte de la CNPSS con el establecimiento de otro programa denominado Embarazo Saludable, pero el logro del resultado establecido (disminución de la mortalidad perinatal) dependerá del impacto y desempeño de ese programa, y no del SMNG.

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

**Justificación:**

Existen recomendaciones de estas evaluaciones que no se tradujeron como un ASM, algunas de las cuales afectan directamente el Fin y Propósito del programa y que, en opinión de los evaluadores, se consideran sustantivas. Sin embargo, debe señalarse que los 3 ASM establecidos sí se atendieron. El equipo evaluador cuenta con la posición institucional de la EED 2008 y de la EED 2010; también con la de la evaluación hecha por el HIMFG en 2009 pero sólo del componente de diseño. No se elaboró posición institucional del componente de desempeño ni de la parte de gastos en salud y gastos catastróficos de la evaluación realizada por el HIMFG. No hay un documento institucional con la justificación del por qué no serían atendidas o incorporadas en los mecanismos de seguimiento de los ASM. En el Anexo 10 se presentan estas recomendaciones y algunos comentarios específicos. A continuación se enumeran estas recomendaciones:

- i. Establecer como parte de la regulación de los servicios, estándares de acceso y servicio (distancias, horarios, personal, etc.) que aseguren que todas las familias afiliadas tienen acceso a los servicios de salud, para que realmente puedan ejercer sus derechos como afiliados. (Sección Gastos en salud del niño beneficiario, HIMFG, 2009).
- ii. Establecer estándares de servicio para consultas, procedimientos y suministro de medicamentos (por ejemplo, tiempos de espera, diferimiento quirúrgico y abastecimiento de medicamentos, entre otros). Ya que los medicamentos y las consultas representan poco más del 90 por ciento del gasto en salud del niño, se sugiere que el programa establezca una mayor supervisión operativa en estos aspectos con el fin de reducir el gasto privado en esos rubros. (Sección Gastos en salud del niño beneficiario, HIMFG, 2009).
- iii. Buscar alternativas para mejorar la calidad de su padrón que permita identificar correctamente la dirección de las viviendas o la ubicación en un mapa al momento de darse de alta, además de establecer una estrategia para actualizar constantemente la información de los beneficiarios cuando acudan a recibir atención médica. (Sección Desempeño, HIMFG 2009).
- iv. Implementar estrategias que permitan verificar los padrones de afiliación con las instituciones de Seguridad Social. (Sección Desempeño, HIMFG 2009). Esta recomendación tiene que ver con el Propósito del programa.

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

#### Justificación:

El SMNG ha sido objeto de evaluaciones externas, lo que le ha permitido la mejora de su estrategia (EED 2009-2010, EED 2010-2011 y HIMFG 2009). En concordancia con sus objetivos primarios se recomienda que se diseñen actividades de monitoreo y evaluaciones en cinco rubros:

1) Evaluación del impacto del programa para disminuir el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos. Las evaluaciones del SMNG se han enfocado a identificar el gasto de bolsillo y a cuantificar el costo económico de padecimientos específicos como el cáncer pediátrico. Sin embargo, no se tiene información que documente la magnitud de los logros relacionados con la disminución del empobrecimiento de la población por motivos de salud a cinco años de su implementación.

2) Evaluación del impacto en el estado de salud de los niños afiliados. El SMNG ha contribuido financieramente con distintos programas de alcance nacional, tales como el programa de vacunación universal, el tamiz neonatal ampliado y los implantes cocleares. Se esperaría que se observe un incremento en las coberturas de vacunación por rotavirus y neumococo, lo cual se puede traducir en reducción de la mortalidad por diarrea e infecciones respiratorias bajas. En el caso del tamiz neonatal ampliado, su impacto se observaría en el número de casos identificados con alguno de los padecimientos y que están bajo tratamiento. Este tipo de evaluaciones se realizan en forma longitudinal, monitoreando el cambio a lo largo del tiempo. El SMNG ha operado durante cinco años, el cual es un período razonable para su evaluación.

3) Evaluaciones del programa de embarazo saludable. La estrategia de embarazo saludable se propuso como parte de la evaluación del SMNG que se realizó en 2009. Esta estrategia es un complemento al SMNG y tiene como objetivo primario proteger la salud de la mujer durante el embarazo, al igual que la del recién nacido. En particular, en este tema se recomienda:

a) realizar evaluaciones enfocadas a las mujeres embarazadas: calidad de atención prenatal y calidad de atención durante el parto y puerperio; y,

b) evaluaciones enfocadas al recién nacido: condiciones de salud al nacimiento, peso al nacimiento (ya que es un buen indicador de un buen control prenatal) y complicaciones neonatales.

4) Evaluaciones del efecto del programa en el acceso a servicios de salud. Específicamente en:

a) Acceso a medicamentos. Distintos reportes de evaluaciones del Seguro Popular han identificado que la población afiliada a este programa no recibe completamente los medicamentos prescritos. La identificación de la magnitud de la falta de acceso a medicamentos en los niños menores de cinco años se desconoce; y,

b) Acceso a servicios de salud en poblaciones rurales. La evaluación HIMFG 2008 destacó que 75% de los afiliados al SMNG vivían en poblaciones urbanas, sin embargo, no ahondó en el tema del acceso en poblaciones rurales; sería recomendable identificar la magnitud de la demanda no satisfecha en estas poblaciones que son altamente vulnerables y cuya atención todavía no alcanza estándares deseables.

5) Evaluaciones operativas: evaluaciones de los sistemas de afiliación en términos del conocimiento correcto de los afiliados con respecto a su pertenencia a este sistema de aseguramiento social.

6) Evaluación de los incentivos que en su caso genera el programa en el mercado laboral.

## IV.2.3 DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

21 El Programa recolecta información acerca de:

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

Respuesta Si

Nivel	• El programa recolecta información acerca de dos de los aspectos establecidos
2	

Justificación:

En términos de la contribución del programa a los objetivos del programa sectorial, el indicador a nivel Fin de la MIR del SMNG es un indicador sectorial y se vincula con el objetivo 4 del PROSESA. Sin embargo, como se detalla en la respuesta a la pregunta 4, el programa no es suficiente para alcanzar ese objetivo sectorial. El indicador, "Porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares", es medido cada dos años y se calcula con información externa al SMNG: de la Dirección General de Información en Salud, del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal y de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Con respecto a los tipos y montos de apoyo, la afiliación al SMNG otorga acceso a servicios médicos (acciones preventivas y de atención con línea de vida, estudios de laboratorio que permitan diagnósticos tempranos, medicamentos, tamiz neonatal, talleres, implantes cocleares, y/o de atención de segundo y tercer niveles) los cuales no brinda directamente el SMNG a los beneficiarios sino los SESA, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales o las instancias ejecutoras (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud). Para que los beneficiarios gocen de los apoyos del programa SMNG (con excepción de las vacunas y red de frío que atienden a población abierta y no sólo a beneficiarios) el único requisito es ser afiliado al SMNG. El programa no recolecta información de todos los servicios médicos que al amparo del SMNG reciben los beneficiarios, por lo que no puede saberse quienes de los afiliados al programa hacen uso de los beneficios del SMNG, salvo en lo que se refiere a los servicios médicos de segundo y tercer nivel que se pagan por reembolso. Esto último lo registra el programa en el Sistema SMNG que registra y da seguimiento a las declaratorias de caso. En el sistema se capturan los casos por reembolso con datos que incluyen: número de folio de afiliación, unidad médica de adscripción, fecha de captura, nombre del paciente y diagnóstico. Esta fuente se usa para el cálculo de un indicador de la MIR a nivel de actividad. Con respecto a los apoyos que da a través de instancias ejecutoras (como vacunas, red de frío, y talleres comunitarios), la información que estas instancias reportan al SMNG es de tipo cuantitativo, no hay un registro nominal, por lo que no se pueden identificar a los beneficiarios. Adicionalmente, el SMNG recolecta información del incremento en la demanda de servicios a través los SESAS de acuerdo a lo establecido en los Convenios de Colaboración.

Con respecto a las características socioeconómicas de sus beneficiarios, el SMNG a través del sistema del padrón (SAP) colecta y registra información de sus afiliados (pero como se comentó antes no se sabe quienes de sus afiliados hacen uso de los beneficios del SMNG), integra datos generales y de evaluación socioeconómica (con las variables necesarias para definir el decil de ingresos de la familia utilizando la CECASOEH). El programa no recolecta información de la población no beneficiaria para hacer comparaciones con la población que sí se beneficia.

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

- a) Es oportuna.
- b) Es confiable, es decir, está validada por quienes las integran.
- c) Está sistematizada.
- d) Es pertinente respecto de su gestión, es decir, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes.
- e) Está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La información que recolecta el programa cuenta con todas las características establecidas.</li> </ul>
4	

Justificación:

Para monitorear su desempeño, el SMNG utiliza la MIR e informes periódicos de las diferentes instancias. En la MIR se incluyen 5 indicadores, y el desempeño del programa se mide a través de los indicadores de componente y actividad (3 indicadores). La información para medir los indicadores es oportuna, está sistematizada, es confiable, es pertinente y está actualizada. Sin embargo, se recomienda incrementar el número de indicadores en el nivel de actividad de la MIR, para una mejor valoración del desempeño del SMNG.

Adicional a la información que se registra en la MIR, el SMNG recolecta información de:

- (1) Informes mensuales de las entidades federativas: información sobre acciones realizadas de difusión, afiliación, validación del padrón en el SAP, aplicación de la CECASOEH, informes sobre la prestación de los servicios de salud, seguimiento operativo y ejercicio del gasto.
- (2) Informes semestrales de las entidades ejecutoras sobre el ejercicio de los recursos transferidos, las entidades rinden cuentas a través del formato CNPSS- SMNG-001 "Formato de Comprobación por Partida de Gasto" sobre aplicación y ejercicio de los recursos, que no se encontraron sistematizados pero si definidos en las ROP.
- (3) El SMNG dispone, a nivel nacional, de información sistematizada con las salidas del SAP y del sistema SMNG. En el segundo se registra la información relacionada con los beneficiarios de intervenciones de segundo y tercer nivel financiadas por reembolso (Estado, Unidad Médica, Tratamiento, Patología, Motivo de Egreso y Número de Casos). En el sistema SMNG se capturan las Declaratorias de Caso sobre casos terminados, desde su registro hasta la autorización del pago de casos; la información generada es validada por distintos niveles de usuarios (Unidades de Salud, REPSS o bien en Oficinas Centrales - CNPSS). Sin embargo, debe señalarse que en algunos estados se observan retrasos en el registro en el sistema de los casos.
- (4) Reportes de las entidades federativas sobre sus resultados operativos mensuales. Esta información se obtiene de los sistemas de información institucionales, encuestas u otras herramientas de evaluación aplicadas a la población beneficiaria del SMNG y a los participantes en las unidades de servicio.

### IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

#### IV.3.1 ANÁLISIS DE COBERTURA

- 23 El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:
- Incluye la definición de la población objetivo.
  - Especifica metas de cobertura anual.
  - Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
  - Es congruente con el diseño del programa.

Respuesta Si

Nivel	• La estrategia de cobertura cuenta con tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

La estrategia de cobertura del programa está inmersa dentro del Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012 del SPSS, en el que se menciona como uno de los objetivos principales el alcanzar la cobertura universal para 2012, dando prioridad a grupos vulnerables como son los recién nacidos (a través del SMNG) y las mujeres embarazadas (a través de la estrategia Embarazo Saludable). Este documento abarca sólo un periodo sexenal, por lo que no se contempla el largo plazo.

Asimismo, el PAE no establece metas de cobertura anual: dentro del cuadro de "Metas 2008-2012" para el caso del SMNG sólo se establece "...del 2008 al 2012, afiliar al SMNG al total de los niños programados para cada uno de los años". El tablero de control del PAE, disponible de forma pública en la página de internet del Seguro Popular, es sólo del 2011 y establece una meta de afiliación al SMNG de 5,113,760 niños para ese año, mientras que la cifra alcanzada fue de 5,783,114 niños, lo que representa 8.6% por arriba de la meta establecida. Esta variación se justifica, como lo señala el programa, por la subestimación en las proyecciones de nacimiento de CONAPO de acuerdo al Censo 2010. Por otro lado, la MIR, en la que se establecen metas anualmente, cuenta con un indicador de "Porcentaje de avance en el aseguramiento de la población objetivo", aunque este indicador tiene algunas áreas de mejora como se menciona en la respuesta a la pregunta 11.

Adicionalmente, no se incluye en el PAE explícitamente la definición de la población objetivo, pero se incorpora dentro de la meta: "afiliar al SPSS al 100% de las familias sin seguridad social que tengan niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 y que así lo soliciten". Además existen otros documentos oficiales donde sí se incluye la definición como son las mismas ROP.

Esta estrategia de cobertura es congruente con el diseño del programa, pues se busca reducir el empobrecimiento de las familias por motivos de salud, y alcanzar la cobertura universal contribuirá a que la carga económica sea menor para los hogares, siempre que cuenten con acceso efectivo a los servicios de salud y los utilicen. Cabe señalar que, de acuerdo al Informe de Resultados 2011 del SPSS, en 2011 se alcanzó la cobertura universal de salud del sistema con 51.8 millones de personas afiliadas, de los cuales 5.8 millones son niños del SMNG. De ser el caso, ello implica que el padrón de beneficiarios se incrementará sólo por incorporaciones de nuevos nacimientos o por niños cuyos padres hayan dejado de tener cobertura de la seguridad social.

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

**Justificación:**

La población objetivo son los niños nacidos después del 1 de diciembre de 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social. Por lo tanto, las únicas dos variables que requiere el programa para identificar a su población objetivo son la fecha de nacimiento del menor y el carácter de no derechohabiente a la seguridad social.

No existe una metodología de focalización documentada ya que al ser un programa de afiliación voluntaria las familias interesadas en incorporarse deben acercarse al MAO y proporcionar la información solicitada en la CECASOEH que contiene, entre otras variables, la fecha de nacimiento del niño y la declaratoria de la familia solicitante de que no están afiliados a alguna institución de seguridad social.

Cabe señalar que el programa no realiza confrontas de las solicitudes de incorporación ni de su padrón de beneficiarios con las bases de datos de las instituciones de seguridad social, a fin de confirmar que la familia sea o no derechohabiente de la seguridad social. Se recomienda que la CNPSS se coordine con las instituciones de seguridad social a fin de establecer los mecanismos de validación de derechohabiente y no derechohabiente a la seguridad social.

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

**Justificación:**

Como se argumentó en la respuesta a la pregunta 7, hay una inconsistencia entre la definición de las poblaciones potencial y objetivo establecidas en las ROP y su cuantificación. Las definiciones se refieren a cifras acumuladas de 2007 a 2010, mientras que las cifras reportadas sólo se refieren a las del año en cuestión. Asimismo, como se comentó previamente, no se incluyen los nacimientos de 2011. Tomando las cifras reportadas por el programa, la cobertura ha sido la siguiente. El cuadro con la información oficial anual de 2007 a 2011 se presenta en el Anexo 11.

Al inicio del programa, en 2007, la población potencial (el 54% de los nacimientos proyectados por CONAPO) fue de 1,064,736 niños, mientras que la objetivo fue de 851,789 (el 80% de la población potencial de acuerdo a la definición). La población atendida ascendió a 819,410 niños, lo que representa el 96.2% de la población objetivo.

Para 2010, la población potencial, objetivo y atendida fue de 1,040,120, de 832,096 y de 1,304,787 niños, respectivamente. La población atendida representó el 156.8% de la población objetivo y 125% de la población potencial.

Por su parte, para 2011, la población potencial estimada fue de 1,033,211 niños, la objetivo de 826,568 niños, mientras que la atendida fue de 1,519,354. La población nueva afiliada representa el 183.8% de la población objetivo, y 147% de la potencial.

La principal explicación del por qué la población atendida supera a la población objetivo, incluso a la potencial, es que la cuantificación se hizo con base en las proyecciones de nacimientos de CONAPO, las cuales están subestimadas si las comparamos con los resultados del Censo 2010.

Como ya se comentó, de acuerdo a las ROP, las definiciones de población potencial y objetivo establecidas se refieren a cifras acumuladas del periodo 2007-2010. Si consideramos el número de niños de 0 a 4 años del Censo 2010, el cual asciende a 10,538,322 niños, y lo multiplicamos por 54% (el porcentaje de la población total que no es derechohabiente de la seguridad social, y que forma parte de la definición), la población potencial sería de 5,690,694 niños, mientras que la población objetivo (que es el 80% de la potencial) sería de 4,552,555 niños.

Por otro lado, el total de niños afiliados en 2010 fue de 4,263,760 y para 2011 cerró en 5,783,114 niños afiliados al SMNG, lo que implica que la cobertura del programa superó las cifras establecidas como población objetivo y potencial.

## IV.4 OPERACIÓN

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

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

#### Justificación:

Para cumplir con el propósito, componente y actividades definidos en la MIR y brindar los servicios comprometidos, el SMNG constató con evidencia documental en línea y pública, que sus procedimientos provienen de tres fuentes: 1) Manual General de Procedimientos de la Comisión de Protección Social en Salud; 2) las ROP; y, 3) la Guía Operativa de Contraloría Social para el SMNG. 1) El Manual General de Procedimientos (autorizado en 2011) se integra de 20 procedimientos y sus anexos. De ellos, sólo 6 atañen a temas específicos del SMNG y fueron diseñados para asegurar un ejercicio del gasto eficiente: 4 de ellos se relacionan con la ministración, comprobación, transferencia y registro contable del ejercicio de los recursos del programa y otros 2 procedimientos tienen un carácter más general y apoyan el cumplimiento de las acciones de afiliación y materiales de promoción del programa. Todos estos procedimientos cuentan con los siguientes apartados: propósito, alcance, políticas, normas de operación, descripción, diagrama de flujo, documentos de referencia, registros y glosario. (Ver Anexo 13 para los diagramas de flujo). Debe señalarse que este Manual no es exclusivo del SMNG, por lo que se sugiere crear un manual específico del programa. (Para consultar el Manual General de Procedimientos:

[http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=80](http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=80)).

2) Las ROP determinan tanto el procedimiento de afiliación como los criterios de elegibilidad (Anexo 10 de las ROP 2011).

3) La Guía Operativa de Contraloría Social señala los procedimientos generales para las actividades de contraloría social que deberán realizar las propias entidades federativas incluyendo al Distrito Federal, a fin de contribuir a la rendición de cuentas. Sin embargo, no se encontraron en esta guía diagramas de flujo que representen los procedimientos, por lo que se sugiere actualizar dicha guía o, en su caso, definir un manual de procedimientos específico del SMNG en el que se incluya la Contraloría Social, como antes se mencionó.

## 27 Solicitud de Apoyos

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

Respuesta Si

Nivel	• El programa cuenta con información sistematizada, pero ésta no permite conocer la demanda total de apoyos ni las características de los solicitantes.
1	

Justificación:

El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer las características de los afiliados pero no la totalidad de la demanda de apoyos ni las características de los afiliados al SMNG que hayan demandado y/o hecho uso de los diferentes servicios médicos a que tienen derecho los afiliados, excepto en lo que se refiere a las acciones de segundo y tercer nivel que se pagan por desembolso que fueron efectivamente prestadas.

En el padrón de los afiliados (SAP) se integra toda la información que permite conocer las características de los afiliados. Sin embargo, existen dos posibilidades (previstas en las ROP) en las que no se conocen las características de los beneficiarios o usuarios de los servicios, aún cuando ya se hayan prestado los servicios médicos: i) el programa brinda 5 días para la afiliación después de prestados los servicios médicos (Apartado 4.6.7 Servicios de urgencia de las ROP); y, ii) se permite ampliar hasta 90 días el plazo para entrega de documentos después de la afiliación (3.4 Requisitos de afiliación de las ROP).

En lo que se refiere a los apoyos, el SMNG conoce con exactitud y de forma sistematizada sólo los beneficiarios y el número y tipo de intervenciones cubiertas por el SMNG de acciones de segundo y tercer nivel que cubre por reembolso, pero no la demanda total de servicios de salud aún de esas mismas intervenciones por lo que no es posible identificar si hay demanda insatisfecha. Estas acciones se cubren, de acuerdo a las ROP, mediante el reembolso a los ejecutores de cada intervención realizada a los beneficiarios del SMNG y procede cuando se trata de eventos terminados, es decir, padecimientos que han sido resueltos. Esta información se obtiene del seguimiento nominal de casos en el sistema SMNG y las características socioeconómicas de los beneficiarios del SAP. La información de ambos sistemas se liga a través del número de póliza de afiliación.

En lo que se refiere a las acciones preventivas y de atención con línea de vida y de estudios de laboratorio que permitan diagnósticos tempranos, el programa no conoce la demanda de los beneficiarios o aún las acciones efectivamente prestadas. Sólo conoce, a través del sistema SMNG, aquellas que paga por reembolso, como es el caso del tamiz metabólico. Cabe señalar que, dentro de las acciones preventivas se encuentran las vacunas y la red de frío que financia el SMNG. En este caso, la entidad ejecutora responsable de la programación y ejercicio de recursos por estos conceptos es el CENSIA, la cual reporta información al SMNG sobre la cobertura de estas acciones que son aplicadas a población abierta (independientemente que sea o no beneficiaria del SMNG); pero tampoco se conoce la demanda total.

En lo que se refiere al control y registro de las acciones preventivas o de atención que tienen lugar en las unidades de salud, debe comentarse que existe información no sistematizada ni consolidada con el Control Interno de Sesiones (SIS-SSPLA-P) y el Informe Mensual de la Unidad Médica (SIS-SS-CE-H).

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

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

Respuesta No

Justificación:

No existe un procedimiento para recibir registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios médicos o acciones preventivas para la población afiliada (acciones preventivas y de atención con línea de vida y de estudios de laboratorio que permitan diagnósticos tempranos, medicamentos, tamiz neonatal, talleres, implantes cocleares, y/o de atención de segundo y tercer niveles). Por tanto, no existe un procedimiento establecido para que los afiliados puedan acceder a los beneficios del programa; la demanda de servicios de salud se hace directamente en los centros de salud designados, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4.6 de las ROP.

Sin embargo, en algunas unidades de salud existen Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), quienes apoyan al programa para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo y también proporcionan información sobre trámites y servicios (anexo 10 de las ROP). Para la ejecución de la promoción de las características y ventajas del programa, en cada entidad federativa se informa e invita a la población objetivo para que acuda a afiliarse a los MAO, través de medios de comunicación, sin que esto sea un procedimiento homogéneo para todas las entidades federativas.

Por otro lado, la Carta de Derechos y Obligaciones, en la cual se describen las acciones médicas cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud, el SMNG y el FPGC, se establece que los menores, a través del titular de la familia, padres o tutores, tienen el derecho a recibir información sistematizada, suficiente y clara que les permita decidir libremente recibir atención a la salud así como información sobre la operación y funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención a la salud.

Se recomienda establecer procedimientos específicos para que los beneficiarios puedan acceder a los beneficios del programa en las unidades médicas, así como mecanismos de difusión al respecto.

- 29 El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo con las siguientes características:
- a) Son consistentes con las características de la población objetivo.
  - b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras
  - c) Están sistematizados.
  - d) Están difundidos públicamente.

Respuesta No

Justificación:

Dado que no existen procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes de servicios médicos cubiertos por el SMNG a la población afiliada, no existen mecanismos documentados para verificarlos.

Sin embargo, el programa reportó, en el Informe Anual 2011, haber realizado 40 visitas de supervisión del programa de protección social en salud. Uno de los rubros que se revisa es la gestión de servicios, sin que el Informe Anual 2011 de la CNPSS especifique a qué se refiere el rubro o los aspectos específicos que se verifican.

Se recomienda establecer mecanismos documentados para verificar que los afiliados conozcan y puedan hacer efectivo su derecho a las intervenciones cubiertas por el SMNG en las unidades médicas.

## 30 Selección de beneficiarios y/o proyectos

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

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

Respuesta Si

Nivel	• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.
4	

Justificación:

Para ser elegibles como beneficiarios del SMNG, los niños deben: ser mexicanos residentes en el territorio nacional; haber nacido a partir del 1o. de diciembre del 2006; y, no ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud. Los 3 criterios de elegibilidad están claramente especificados en las ROP, no hay ambigüedad en la redacción y no se hace distinción de género. Estos criterios aplican en todo el territorio nacional y están en apego a lo establecido en las ROP.

Para el registro, control y seguimiento de los beneficiarios se cuenta con el Sistema de Administración del Padrón (SAP). En este sistema se registra la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) que arroja como resultado, el cálculo automático del decil de ingreso a que corresponde la familia del beneficiario.

La CECASOEH es un instrumento estandarizado y sistematizado difundido a nivel nacional, es aplicado por los Regímenes Estatales para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes. La aplicación de dicha cédula es general a toda familia que solicite su afiliación al Sistema y es elaborada con base en el modelo aprobado para el efecto por la CNPSS, por lo que tanto su diseño como contenido y manejo se aplica de igual manera en todo el país.

El contenido del SAP y por tanto de la CECASOEH es público en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

- 31 El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios y/o proyectos y tienen las siguientes características:
- Permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos.
  - Están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
  - Están sistematizados.
  - Son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de beneficiarios y/o proyectos.

Respuesta Si

Nivel	• Los mecanismos para verificar la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.
4	

Justificación:

El programa cuenta con el Manual de Afiliación y Operación 2010 en el que se documentan los procedimientos y mecanismos de afiliación, así como los criterios de validación e integración de la selección de beneficiarios y conformación del padrón. Este manual cuenta con todas las características establecidas en la pregunta.

En las ROP (anexo 15) se define que el REPSS es responsable de integrar y administrar el padrón de beneficiarios del sistema, y que se encuentra a cargo de verificar que se cumplan los requisitos legales de incorporación al programa.

En las visitas de supervisión de la CNPSS a las entidades federativas uno de los rubros que se incluye para revisión es el proceso de afiliación y operación. Aunque las visitas de supervisión no presentan resultados diferenciados entre los diferentes programas que opera la CNPSS, tampoco en particular para el SMNG. El Informe Anual 2011 de la CNPSS reportó que en 2011 se supervisó el proceso de afiliación en 6 entidades federativas. Se recomienda que en las visitas de supervisión se analicen también los procedimientos particulares del SMNG y se reporten resultados específicos para este programa.

### 32 Tipos de apoyos

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

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

Respuesta No

Justificación:

El SMG no cuenta con procedimientos estandarizados, ni sistematizados para la prestación de los servicios médicos a los que tienen derecho los afiliados al SMNG (acciones preventivas y de atención con línea de vida, estudios de laboratorio que permitan diagnósticos tempranos, medicamentos, tamiz neonatal, talleres, implantes cocleares, intervenciones de segundo y tercer niveles). Los únicos señalamientos en los documentos normativos con respecto a cómo se otorgarán los servicios médicos son los siguientes:

1) Al beneficiario del SMNG se le proveerá de información e intervenciones preventivas y de promoción de la salud y realizarán todas las intervenciones correspondientes al primero y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Sistema (anexo 3 de las ROP) y las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del sistema aplicables a niños (anexo 4 de las ROP).

2) Se aseguran de que todos los servicios estén basados en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas y los protocolos emitidos por la Secretaría de Salud (modelos de convenio de colaboración e instrumentos específicos en materia de transferencia de recursos federales, anexo 8 de las ROP).

- 33 El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios y tienen las siguientes características:
- a) Permiten identificar si los apoyos a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del programa.
  - b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
  - c) Están sistematizados.
  - d) Son conocidos por operadores del programa.

Respuesta No

Justificación:

El programa no cuenta con un mecanismo documentado, estandarizado o sistematizado que verifique la prestación de los servicios médicos a los cuales tienen derecho los afiliados al SMNG.

Sin embargo debe señalarse que en las ROP se establece que los REPSS son los responsables de verificar el procedimiento de operación del programa, sin que ello esté definido en un procedimiento homogéneo ni sistematizado.

Por su parte, la CNPSS reportó en el Informe Anual 2011 la visita de supervisión a 13 estados para verificar los procesos de la gestión, sin que se aclare cuales son los rubros que se revisan en estos procesos. Como se mencionó anteriormente, estas visitas de supervisión no distinguen en su análisis y reportes entre los diferentes programas que opera la CNPSS, en particular al SMNG.

Por otra parte, las entidades federativas están sujetas, de acuerdo a las ROP, a propiciar la participación de los beneficiarios del SMNG a través de la integración y operación de contralorías sociales, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en el SMNG, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo. Con respecto a estas acciones, no existen procedimientos establecidos. Se recomienda que el acceso a los servicios médicos por parte de los afiliados del SMNG se incluya de forma específica como una de las actividades de la contraloría social.

## 34 Ejecución

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

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen tres de las características establecidas.</li> </ul>
3	

Justificación:

El SMNG transfiere recursos a los SESA, Organismos Públicos Descentralizados (OPDs), hospitales privados y/o entidades ejecutoras por los conceptos de: i) incremento en la demanda de servicios; ii) pago de intervenciones cubiertas por el SMNG; iii) pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA; iv) pago de vacunas; v) tamiz auditivo para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda; vi) implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda; vii) talleres comunitarios para el autocuidado de la salud; viii) fortalecimiento de la red de frío; y, ix) tamiz metabólico semiabierto. Con el fin de que estos brinden a los beneficiarios del SMNG los servicios médicos cubiertos por este programa. Con respecto a los procedimientos de transferencia de recursos:

1) Los procedimientos de transferencia de recursos a los SESA, OPDs y Hospitales Privados, para pagos de cápitales y reembolsos de acciones de segundo y tercer nivel (anexo 1 de las ROP) están estandarizados, sistematizados, son públicos y están apegados a las ROP (anexo 8 de las ROP).

1.a) Transferencia de la cápita. Se realizan a los SESA una sola vez por niño afiliado para apoyar a las entidades federativas por la potencial sobredemanda por la mayor concentración de nuevas familias afiliadas. Su otorgamiento está sujeto a la firma de un convenio de colaboración (Modelo II, anexo 8 de las ROP)

1.b) Transferencias por reembolso de las intervenciones de segundo y tercer nivel previstas en el Anexo 1 de las ROP llevadas a cabo por los SESA, OPD y hospitales privados y que se formaliza a través de la firma de un convenio de colaboración de acuerdo a los modelos de convenio previstos en las ROP de (Modelo I, III y IV, respectivamente del anexo 8 de las ROP).

El Manual General de Procedimientos (MGP) define procedimientos para la ministración y comprobación de los recursos presupuestales federales transferidos a las entidades federativas y para realizar el pago de intervenciones cubiertas por el SMNG. Dicho manual está disponible en el sitio de la CNPSS

2) Prestación de servicios de salud por parte del IMSS, ISSSTE y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las condiciones para la prestación y mecánica de pago se establecen en los Convenios de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones relativas al SMNG.

3) Transferencias a otras entidades ejecutoras para los conceptos iv), v), vi), viii) y ix) arriba mencionados. No se encontró evidencia de un procedimiento sistematizado; sin embargo, en los apartados 4.3.4, 4.3.5, 4.3.6, 4.3.8 y 4.3.9 de las ROP, respectivamente, se especifican las características, tipo de pago y periodicidad para cada tipo de intervención o servicio.

- 35 El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de obras y acciones y tienen las siguientes características:
- Permiten identificar si las obras y/o acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos del programa.
  - Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
  - Están sistematizados.
  - Son conocidos por operadores del programa.

Respuesta Si

Nivel	• Los mecanismos para dar seguimiento a la ejecución de obras y/o acciones tienen tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

En el procedimiento 19 del Manual General de Procedimientos (MGP) de la CNPSS se describe con detalle los pasos para dar seguimiento a la ejecución de las acciones en términos de la comprobación de recursos presupuestales federales por parte de las entidades federativas. Para tal propósito, se incluyen diagramas de flujo y tablas con la secuencia detallada de las etapas, actividades y responsables de cada una (apartado III del MGP). El MGP describe desde la suscripción de los Convenios de Colaboración para la transferencia de recursos hasta los informes de ejercicio, acciones y comprobación de los mismos. El MGP tiene un carácter público, es un documento estandarizado de aplicación nacional y se puede consultar en línea desde la página de la CNPSS.

Los instrumentos con los que cuenta el SMNG para el seguimiento de la ejecución de acciones son los siguientes:

(i) Las ROP contienen los modelos de convenios de colaboración e instrumentos específicos de transferencia de recursos federales (anexo 8 de las ROP).

(ii) El Plan de Supervisión de los procesos de operación en las entidades federativas tiene como objetivo promover la mejora continua, el uso adecuado y eficiente de los recursos y mejorar el desempeño operativo del sistema. En el Informe Anual 2011 de la CNPSS, se reportó la supervisión a 19 estados sobre procesos relativos a: cierre de seguimientos, proyectos operativos y específicos de Afiliación y Operación, Financiamiento y Gestión de Servicios de Salud de todo el sistema de protección social en salud, sin diferenciar lo conducente ni resultados específicos del SMNG. Se recomienda al programa que el Plan de Supervisión incluya a los otros proveedores de servicios a los cuales se les paga por reembolso. Asimismo, que se reporten resultados específicos para el SMNG, y no sólo para todo el sistema en su conjunto.

(iii) La contraloría social participa en el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en el SMNG, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo. Las ROP definen esta obligación de manera general, el detalle de funciones y alcance de las contralorías sociales se definen en los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social (DOF, abril de 2008) y en la Guía Operativa de Contraloría Social del SMNG.

Tanto las ROP como los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social son públicos ya que están publicados en el DOF.

#### IV.4.2 MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA

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

##### Justificación:

En el periodo 2009 a 2011 se han incorporado cambios en las ROP que se han enfocado a mejorar la calidad de la atención (haciendo explícitas las garantías en los servicios y la acreditación de los prestadores de ellos), y a ampliar la cobertura y los beneficios del SMNG.

En 2010, se incluyeron sólo tres criterios de elegibilidad (ser mexicano residente en el territorio nacional; haber nacido a partir del 1 de diciembre del 2006; y, no ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud), facilitando a la población el entendimiento de los requisitos del programa.

En lo que se refiere a los períodos de afiliación, con el fin de garantizar que se le otorgue toda la atención médica de forma inmediata a los menores que la requieran y que no hayan podido afiliarse por alguna razón asociada con el horario de atención o la urgencia misma, se brinda un plazo de 5 días hábiles posteriores a la atención médica para que realice el proceso, para que sea considerada dicha atención como parte de los beneficios del SMNG (ROP, apartado 4.6.7 Servicios de urgencia). Además, el titular o representante de la familia tendrá un plazo de hasta 90 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Afiliación para la entrega de documentos para la afiliación (ROP, apartado 3.4 Requisitos de afiliación).

Respecto a las intervenciones cubiertas por el SMNG, aumentaron en este mismo periodo: en 2009 se cubrían 116 intervenciones; en 2010, 128; y, en 2012 esta cifra alcanzó 132 intervenciones.

En el apartado de los derechos que tiene la población beneficiaria y con el fin de aumentar la calidad de atención que se ofrece y evitar cualquier tipo de discriminación por cuestión de raza, edad, género o condición social, en las ROP 2010 se hizo explícito que deben recibir por parte del personal de todas las dependencias, entidades, instituciones u organizaciones que ofrezcan servicios a los afiliados al SMNG un trato respetuoso y de calidad, confidencial, digno y equitativo sin distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico, género, edad, discapacidad, condición social o económica, lengua, religión o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos de las personas.

#### IV.4.3 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

- 37 ¿Cuáles son los problemas que enfrenta la unidad administrativa que opera el programa para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras y/o a los beneficiarios y, en su caso, qué estrategias ha implementado?

##### Justificación:

El SMNG transfiere subsidios y recursos a entidades federativas para la prestación de servicios médicos y a otros ejecutores para actividades preventivas e intervenciones específicas en salud (CENSIA, CNEGySR, CONADIS, CONADIS).

De acuerdo al informe de la Auditoría Superior de la Federación (ASF) del ejercicio fiscal 2008 del SMNG, prácticamente no se presentan problemas en la transferencia de recursos de la CNPSS a las instancias ejecutoras y entidades federativas. Sin embargo la ASF hizo dos observaciones con respecto a las intervenciones de segundo y tercer nivel que se pagan por reembolso: (i) problemas en asuntos de gestión como la validación de los casos; y, (ii) el reembolso de los mismos. Ante ello la ASF recomendó el cumplimiento de plazos y obligaciones establecidos en los convenios de transferencias de recursos por parte de los involucrados.

Dilaciones en los reembolsos pueden afectar la calidad de los servicios brindados a los beneficiarios y el suministro de medicamentos, debido a que los SESA y las instituciones nacionales de salud y los hospitales federales financian las intervenciones del programa SMNG con recursos propios hasta en tanto les llegan los recursos del SMNG. Debe señalarse que las intervenciones de segundo y tercer nivel que se pagan por reembolso, se pagan hasta que los casos se reportan como eventos terminados (es decir, padecimientos que han sido resueltos), salvo aquellos que ameritan tratamiento de continuidad.

Otra observación de la ASF fue que se comprobó que la CNPSS no contaba con la totalidad de recibos de comprobación de ministración de fondos ni los formatos de comprobación por partida de gasto, sin que esto haya afectado la operación y acceso a beneficios del programa por parte de los beneficiarios. A la fecha ambas observaciones han sido solventadas de acuerdo al Informe de la Auditoría Superior de la Federación (marzo de 2011).

## IV.4.4 EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

## 38 Eficiencia y eficacia

El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

- a) Gastos en operación: Directos e Indirectos.
- b) Gastos en mantenimiento: Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000 y/o 3000.
- c) Gastos en capital: Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).
- d) Gasto unitario: Gastos Totales/población atendida (Gastos totales=Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa uno los conceptos establecidos.</li> </ul>
1	

Justificación:

El programa no tiene identificado el desglose de los gastos tal como se establece en la pregunta, aunque sí cuenta con el reporte del ejercicio de su presupuesto por capítulo de gasto para 2011. Con base en esa información, el equipo evaluador realizó el cálculo de los rubros usando tanto el presupuesto original como el monto ejercido para ese año. El cuadro con los resultados por rubro se presenta en el Anexo 14. Cabe señalar que, de acuerdo a esas cifras, el programa sólo identifica servicios personales y gastos de evaluación y estudios, pero no el resto de los gastos de operación, como son servicios generales partida 3100 (energía eléctrica, agua, telefonía, internet, postal, entre otros); tampoco reporta gastos de mantenimiento. El programa reportó que los servicios generales y el mantenimiento son cubiertos por la CNPSS; se sugiere que el programa haga el cálculo de cuánto puede ser atribuible al SMNG por estos conceptos.

Por lo anterior, se considera que los gastos del programa están subestimados, por lo que los cálculos deben tomarse con cautela. Los resultados son los siguientes:

Presupuesto original. El gasto de operación sólo corresponde al capítulo 1000 (gastos de personal) por 16.8 millones de pesos (MP). No hay partidas presupuestadas que puedan considerarse gastos de operación indirectos (gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación) ni gastos de mantenimiento. Usando la población atendida reportada por el programa para 2011 (1,519,354 niños), el gasto por niño es de 11.07 pesos.

Ejercido. El gasto de operación asciende a 90.2 MP que se compone de: 16.7 MP de gastos directos (sólo servicios personales) y 73.5 MP de gastos indirectos (evaluaciones y servicios integrales). Por lo tanto, el gasto ejercido por niño es de 59.36 pesos.

Estos cálculos (Gastos totales/población atendida) consideran la cifra de población atendida reportada por el programa para 2011. Debido a los problemas en la cuantificación de las poblaciones señaladas en esta evaluación, aunados a la subestimación de los gastos, estos cálculos debe tomarse con reserva.

Por otro lado, es importante mencionar que la partida específica "25301 Medicinas y productos farmacéuticos" presupuestada (1,656.2 MP) no corresponde a gastos de operación debido a que se refiere al presupuesto destinado a la compra de vacunas, las cuales son parte de los apoyos que ofrece el programa. Asimismo, como ya se mencionó en la pregunta 1, el SMNG sólo transfiere los recursos



para vacunas al CENSIA para ser ejercidos por esa entidad y, de hecho, los recursos destinados (1,096.2 MP) no aparecen dentro del reporte del presupuesto ejercido del SMNG. Los recursos ejercidos en vacunas deben consultarse en otra fuente.

Se recomienda que el programa identifique sus gastos de acuerdo al desglose solicitado en la pregunta, así como que corrija la cuantificación de la población atendida, para una adecuada estimación de sus gastos totales y unitarios.

### 39 Economía

¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del programa y qué proporción del presupuesto total del programa representa cada una de las fuentes?

#### Justificación:

El SMNG es un programa federal público y de afiliación voluntaria, que es financiado en su totalidad mediante recursos fiscales autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Sin embargo, la prestación de los servicios médicos por parte de los diferentes proveedores tiene diferentes fuentes de financiamiento, adicionales al del SMNG, como son los recursos que las entidades federativas y los OPDs reciben de la Federación vía Ramo 12 (tanto de la CNPSS para el Seguro Popular como del sector central) y el Ramo 33-FASSA, así como los recursos propios de los estados. Cabe señalar que aunque el programa cobra una cuota al momento de la afiliación a las familias con niños beneficiarios que se encuentran clasificadas en los deciles VIII, IX y X (calculados de acuerdo a la metodología de componentes principales usando información socioeconómica que se obtiene a través de la CECASOEH), el SMNG no cuenta con información referente al monto recaudado a través de dichas cuotas familiares.

El presupuesto total original del SMNG para 2011 ascendió a 2,546.5 millones de pesos (MP), mientras que el ejercido por la CNPSS fue de 1,197.7 MP. La diferencia entre el original y ejercido se debe a la transferencia que hizo la CNPSS al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) por 1,096.2 MP para la adquisición de 4.4 millones de dosis de vacuna antineumococcica y de 4.1 millones de dosis de vacuna contra rotavirus.

## IV.4.5 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los sistemas o aplicaciones informáticas del programa tienen tres de las características establecidas.</li> </ul>
3	

Justificación:

El SMNG cuenta con dos sistemas principales, el SAP y el SMNG, ambos sistemas se vinculan con la variable "Número de póliza de afiliación".

El Sistema SMNG es una plataforma en línea, un sistema administrativo en un sitio Web, que contiene una base de datos con información desde el registro de la declaratoria de caso hasta su autorización sobre los casos terminados de intervenciones de segundo y tercer nivel prestadas a los afiliados al SMNG que son pagadas por reembolso. El responsable de la administración de la información, verificación y validación es el REPPS (Manual del Usuario del SMNG). En el sistema SMNG existen cuatro tipos de usuarios (roles), CNPSS, SMNG, REPSS/OPD y Unidad Médica; la Unidad Médica es la responsable de capturar la información en el sistema.

El manual del usuario del sistema es una guía de uso de la plataforma que proporciona información al personal involucrado en el proceso de registro de declaratorias de caso pero no contiene procedimientos que definan periodicidad o fechas límite de actualización. Por la falta de procedimientos documentados podría existir discrepancia en la verificación de información entre entidades federativas. El sistema tiene acceso discriminado y con niveles de manejo de información e información. La aplicación cuenta con la funcionalidad de captura necesaria para el registro de las declaratorias de casos y los niveles de supervisión necesarios para su validación.

El sistema SMNG se compone de tres módulos: (i) Seguridad, en donde se administran las cuentas de los usuarios que interactúan en el sistema; (ii) Registro de Declaratoria, en donde se lleva a cabo la elaboración de una Declaratoria de Caso y Seguimiento de Declaratoria; y, (iii) Reportes que permiten la generación de salidas del sistema con datos estadísticos sobre declaratorias. Existe un "Manual de Uso de SMNG" que proporciona el proceso detallado para la captura y salida de información. Esta guía de uso del sistema es la única fuente escrita que describe el proceso y es de aplicación nacional.

Por su parte, el Sistema de Administración del Padrón (SAP) es la plataforma informática en la cual se integra el padrón nacional de beneficiarios del SPSS que incluye al SMNG, con una relación nominal con información socioeconómica de los beneficiarios. Corresponde a los Regímenes Estatales responsabilizarse de la información incorporada al SAP y adoptar las medidas necesarias para verificar periódicamente sus contenidos y su veracidad (Capítulo VII del Anexo 15 de las ROP), lo que garantiza su confiabilidad. No existe fecha establecida de actualización de los valores de las variables que contiene el SAP.

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

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

##### Justificación:

Existen 2 indicadores de resultados (Fin y Propósito) y 3 de servicios y de gestión (Componentes y Actividades). A continuación se analiza el avance de las metas de cada uno de ellos para el ejercicio fiscal 2011, y se presentan con mayor detalle en el Anexo 15.

**Fin:** Porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares. No hay meta establecida para 2011 por ser un indicador de medición bianual. La meta es de 44% para 2012.

**Propósito:** Porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo. Meta: 100%; alcanzado: 108.6%; avance: 109%. Las causas de las diferencias entre el observado y la meta son: i) número de nacimientos mayores a las cifras proyectadas por CONAPO; y, ii) afiliación mayor debido a niños que no son recién nacidos pero son parte de la población objetivo. El equipo evaluador considera que la segunda causa sí pudo ser prevista por el programa si se hubieran hecho estimaciones del número de niños de la población potencial no afiliados en el año en el que nacieron. Se recomienda solicitar a CONAPO una reestimación de las poblaciones proyectadas con base en los resultados del Censo 2010.

**Componentes:** Porcentaje de niños con acceso a las intervenciones financiadas por la cápita adicional. Meta: 100%; alcanzado: 100%; avance: 100%. No hay desviación de la meta debido a que el número de casos nuevos corresponden al número de cápitales transferidas por el programa. Como ya se comentó en la pregunta 11, este indicador no mide efectivamente el acceso a los servicios de salud, y se requiere modificar el resumen narrativo e incluir más indicadores que hagan referencia a los apoyos previstos en el numeral 3.5 de las ROP.

##### Actividades:

**Indicador 1:** Niños afiliados al SMNG. Meta: 100%; alcanzado: 178.9; avance: 179%. Causas de la desviación: las mismas del indicador a nivel Propósito.

**Indicador 2:** Niños afiliados con acceso a los servicios de salud. Meta: 100%; alcanzado: 134.8%; avance: 135%. Causas señaladas por el programa: i) depende de la capacidad de los prestadores de servicio en el registro de los casos y de los regímenes estatales de salud para validar los casos con oportunidad al Sistema SMNG; ii) el número de beneficiados se incrementa con la demanda y el conocimiento de los beneficios del programa; y, iii) el último cierre de registro y validación de los casos se realiza posterior al 31 de enero del 2012 de acuerdo a las ROP. Comentarios del equipo evaluador: como se señaló en la pregunta 11, existe un problema con la fórmula de cálculo y discrepancias entre la fórmula de la MIR y la de la Ficha Técnica del mismo. Como está calculado  $((\text{niños atendidos año actual} / \text{niños atendidos año anterior}) * 100)$  y al poner una meta de 100%, se planea que el número de niños beneficiados se mantenga sin cambios cuando la cobertura del programa se incrementó 35.6%, de 4.3 a 5.8 millones, de 2010 a 2011, porcentaje similar a la desviación respecto a la meta. Se considera que la desviación se debe a una falta de previsión del programa (pues no consideró en la meta precisamente que una mayor afiliación al programa conlleva un mayor número de casos que deben ser atendidos) y a una inadecuada especificación de la fórmula.

## IV.4.7 RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

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

- a) Las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.
- b) Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.ión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).
- c) Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto al beneficiario como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clics.
- d) La dependencia o entidad que opera el Programa no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Respuesta Si

Nivel	• Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen todas las características establecidas.
4	

Justificación:

Las ROP del programa están publicadas en el DOF, por lo que tienen un carácter público, de observancia general y de libre acceso. Se pueden consultar a partir del sitio de la CNPSS, de la Cámara de Diputados o de cualquier motor de búsqueda en tres clics. Los principales resultados del programa están publicados en la página electrónica de la CNPSS. Desde la página de inicio se puede ubicar una liga denominada "Información" y uno de los temas vinculados en este apartado es "Informe de Resultados". A partir de este hipervínculo se puede navegar en los archivos históricos desde 2006, esta información también se puede ubicar en tres clics.

En 2011, a través del Sistema Nacional de Atención Ciudadana (SINAC), se brindó atención a afiliados y a los ciudadanos en general, mediante tres mecanismos con los que cuenta la CNPSS: el Centro de Atención Telefónica, el Buzón Electrónico "Contacto" y Otras Fuentes de Atención (peticiones provenientes de Presidencia de la República, Cámara de Diputados y Senadores y Secretaría de Salud). El buzón electrónico es un formulario electrónico con acceso desde la página principal de la CNPSS, a la que se puede llegar desde cualquier buscador de internet en tres clics. El objetivo principal de estas tres herramientas es: tutelar el derecho de afiliación al Sistema; orientar sobre el proceso de afiliación; y, dar seguimiento a quejas y sugerencias para generar acciones correctivas y preventivas que contribuyan al adecuado funcionamiento del SPSS.

Con respecto a solicitudes de información, la CNPSS reportó en su Informe de Resultados 2011 haber recibido en ese año 352 solicitudes de información que atañen a la CNPSS en su totalidad; no existe desglose de las solicitudes específicas para el SMNG. De las 352 solicitudes, 349 se calificaron como resueltas y 3 se ubicaron en proceso de atención. De las 349 solicitudes resueltas, 82.81% fueron contestadas de acuerdo con la normatividad vigente, 14.33% correspondieron a información que no era competencia de este órgano desconcentrado y en 2.86% se reportó inexistencia de información. Las temáticas más requeridas por los peticionarios fueron: i) el número de familias y personas afiliadas al SPSS por municipio, estado, sexo, nivel de ingreso o edad; ii) presupuesto asignado a los Regímenes Estatales; y, iii) los egresos del fideicomiso de la SPSS. Del 2006 al 2011 se han interpuesto un total de 34 recursos de revisión; de los cuales 4 corresponden a 2011.

#### IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

##### IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

- 43 El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida con las siguientes características:
- Su aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas.
  - Corresponden a las características de sus beneficiarios.
  - Los resultados que arrojan son representativos.

Respuesta Si

Nivel	• Los instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población atendida tienen todas las características establecidas.
4	

#### Justificación:

En 2011 el programa reportó la realización de una encuesta nacional durante el segundo semestre del año, entrevistando alrededor de 22,000 afiliados al SPSS en las unidades médicas. La muestra tiene representatividad estadística a nivel nacional, para cada una de las entidades federativas, para las 237 jurisdicciones sanitarias y para los tres niveles de atención. Cabe señalar que la encuesta no hizo ninguna diferencia entre el SPSS y el SMNG, por lo que no hay resultados particulares al SMNG. La evaluación que en 2009 realizó el HIMFG contempló dentro del cuestionario de la encuesta que levantó en conjunto con el INEGI, preguntas de satisfacción de beneficiarios del SMNG, entendida como el grado en que los servicios de salud cumplen las expectativas de los usuarios. La satisfacción con los servicios recibidos del SMNG (satisfecho y muy satisfecho) fue de 72.9%. Otro indicador que es sensible a la percepción de calidad es el tiempo de espera para recibir atención. Los resultados arrojaron que, en la última consulta médica de los niños inscritos al SMNG, el 40% en las consultas de localidades urbanas y 50% en rurales el tiempo de espera fue de menos de 30 minutos. Por último, cabe señalar que en el caso particular de los Gestores del SPSS, el Manual de Gestores establece el compromiso de realizar encuestas de uso y satisfacción de los beneficiarios del SPSS que culminan en reportes estatales periódicos.

## IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

### IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

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

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Con indicadores de la MIR.</li> <li>b) Con hallazgos de estudios o evaluaciones que no son de impacto.</li> </ul> |
|---|

#### Justificación:

El programa documenta sus resultados a nivel Fin y Propósito con indicadores de la MIR y con evaluaciones externas.

Resultados a nivel Fin. Como ya se ha analizado en la sección de Diseño de esta evaluación, a nivel Fin se busca contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, y el indicador para medirlo es el porcentaje de gasto de bolsillo en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud. Este indicador es sectorial y puede ser afectado por otros programas, como el Seguro Popular, IMSS-Oportunidades, entre otros, así como por el desempeño de las instituciones de seguridad social, pues no es específico de la población beneficiaria del SMNG, sino de toda la población. Hasta el momento no hay resultados documentados pues la meta es para 2012, y se pretende que se mida con los resultados de la ENIGH e información del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).

Sin embargo, la Evaluación del SMNG realizada por el HIMFG en el 2009 obtuvo resultados del gasto de bolsillo de los hogares beneficiarios del programa con base en la Encuesta Nacional del SMNG levantada por INEGI para llevar a cabo dicha evaluación. Aunque no es una evaluación de impacto, ni se calculó el indicador a nivel Fin, sí se estimó el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud de los hogares afiliados al programa.

Resultados a nivel Propósito. En este nivel se mide la cobertura del programa, pues el indicador es el porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo. La MIR presenta resultados de este indicador de manera anual. Asimismo, varias evaluaciones externas, como las EED y la Evaluación del SMNG 2009 del HIMFG, dan cuenta de los resultados relacionados con la cobertura del programa.

Finalmente, la CNPSS en su Informe de Resultados 2011 reporta los avances de la afiliación del SMNG.

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

Respuesta Si

Nivel	• Hay resultados positivos del programa a nivel de Fin o de Propósito.
2	

Justificación:

Como ya se comentó en la respuesta a la pregunta anterior, el indicador a nivel Fin se estimará con datos del 2012, por lo que no hay resultados que reportar en este nivel.

Con respecto al indicador a nivel Propósito, que es el porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo, éste no existía hasta 2010. Los resultados reportados del indicador son de 100.3% y 108.6% para 2010 y 2011, respectivamente. En el 2010, la cifra de afiliación fue de 4,263,760 niños siendo la meta establecida de 4,250,000. Para 2011, el total de niños incorporados al programa fue de 5,783,114 teniendo una meta de 5,326,260. Como ya se comentó en la pregunta 41, esta desviación se puede explicar por la subestimación de nacimientos proyectados por CONAPO, y a que el programa afilió a niños nacidos entre 2007 y 2010 que no habían sido incorporados al programa.

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

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

Respuesta Si

Nivel	• El programa cuenta con evaluación(es) externa(s), que no son de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, y tiene(n) dos de las características establecidas.
2	

Justificación:

El programa cuenta con la Evaluación del SMNG 2008 realizada por el HIMFG en 2009 en la que se pueden identificar hallazgos relacionados con el Fin y Propósito del programa. Esta evaluación no es de impacto y sólo cumple con dos características establecidas en la pregunta, la referente a que la selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del programa, y que presenta indicadores que, si bien no son exactamente los del Fin y Propósito, sí tienen características relacionadas con ellos.

Esta evaluación cuenta con varios apartados para los cuales se utilizaron diferentes fuentes de información. El primer apartado, referente a la parte de diseño, fue un análisis de gabinete con base en la revisión de información oficial provista por el programa. El segundo apartado, que se refiere a una evaluación del desempeño del programa, se basó en el análisis de información recopilada básicamente a través de dos fuentes: i) una encuesta a unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención, tomando como eje a varias enfermedades y revisando el proceso de atención de éstas en todas sus etapas; y, ii) una encuesta poblacional a hogares llamada Encuesta Nacional del SMNG (ENSMNG), levantada por INEGI específicamente para esta evaluación. La ENSMNG incluyó preguntas para obtener información socioeconómica; de salud materno-infantil; así como de ingresos y gastos del hogar por rubros, que permitiera calcular el gasto de bolsillo en salud y el gasto catastrófico. Esta encuesta también fue diseñada para levantar mediciones antropométricas (medición de peso, talla y hemoglobina) en una submuestra de niños. Así, el tercer y cuarto apartados de la evaluación utilizaron la ENSMNG para analizar las características de salud de los niños beneficiarios y el gasto de bolsillo en salud de los hogares beneficiarios. Una de las debilidades principales de esta evaluación es que no es de impacto, pues no se pudo obtener un grupo de control, debido al avance en la afiliación del programa.

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

**Justificación:**

La evaluación del HIMFG obtuvo resultados del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud de los hogares beneficiarios del programa con base en la Encuesta Nacional del SMNG levantada por INEGI. Los resultados principales relacionados con el Fin son:

- i) El 63.3% de los hogares beneficiarios gastaron en la salud del niño, con un gasto promedio anual de 3,320 pesos.
- ii) Entre el 4.4% y 6.6% de los hogares realizaron un gasto en salud del niño mayor al 40% del gasto disponible del hogar, lo que a nivel internacional se considera como gasto catastrófico.
- iii) El 37% de los hogares recurrieron a alguna forma de financiamiento para atender la salud del niño, siendo la principal los préstamos de parientes y amigos.
- iv) El 15.5% de los hogares afiliados al programa pospuso alguna vez la atención médica del niño por problemas económicos, y el 10.1% definitivamente no atendió la salud del menor por problemas económicos.

Los principales resultados relacionados con el Propósito del programa son:

- i) Sólo la mitad de los hogares beneficiarios sabía que el niño estaba afiliado al SMNG, y de éstos, el 72.9% usaba los servicios médicos cubiertos por el programa.
- ii) El 85.8% de los hogares beneficiarios se concentraba en los 4 deciles más pobres de la población.
- iii) El 72% de los hogares afiliados están ubicados en localidades urbanas.

- 48 En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares, inciso c) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:
- I. Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.
  - II. La(s) metodología(s) aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios.
  - III. Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.
  - IV. La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.

Respuesta No

Justificación:

No existen estudios o evaluaciones nacionales e internacionales proporcionados por el SMNG que muestren impacto de programas similares. En el diagnóstico "Proyecto para un Seguro Universal de Salud para Niños", analizado en la pregunta 3, se menciona al programa Insure Kids Now (IKN) desarrollado en Estados Unidos para proveer cobertura en salud a niños de familias de bajos recursos como un programa similar. Sin embargo, no se menciona si ese programa se ha evaluado.

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

**Justificación:**

Con base en la respuesta anterior, el programa no cuenta con evaluaciones de impacto de programas similares por lo que no se pueden documentar resultados.

50 En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, inciso d) de la pregunta 44, con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones:

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

Respuesta No

Justificación:

El programa no cuenta con evaluaciones de impacto.

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

Respuesta No

Justificación:

El programa no cuenta con evaluaciones de impacto.

## Conclusiones

### 1. Diseño del Programa.

El objetivo del SMNG es contribuir a evitar el empobrecimiento de los hogares por motivos de salud de los hogares con niños, a través de un esquema de financiamiento a servicios de salud provistos principalmente por las entidades federativas. Sin embargo, el diagnóstico no aborda esta problemática ni si el tipo de intervención que lleva a cabo el programa es la más eficaz para atenderla. Debe señalarse que en su inicio, el SMNG incluía adicionalmente como objetivo mejorar el estado de salud de sus beneficiarios, objetivo que se eliminó de las ROP y que se sugiere volver a incluir.

Se considera que los recursos para vacunas de rotavirus y neumococo que se transfieren al CENSIA para su ejercicio y aplicación a población abierta (independientemente de su afiliación al SMNG), deberían ser presupuestados de origen en el Programa de Vacunación Universal.

Se detectaron áreas de mejora en la MIR, tanto en los resúmenes narrativos, indicadores y sus formulas de cálculo. Se sugiere revisar en su totalidad la MIR e incluir más indicadores a nivel de actividad y componente haciendo referencia a los beneficios del programa.

### 2. Planeación y Orientación a Resultados del Programa

El programa ha tenido tres evaluaciones externas (HIMFG 2008; EED 2209-2010 y EED 2010-2011), ninguna de impacto. El SMNG ha hecho modificaciones como resultado de dichas evaluaciones y algunas de las recomendaciones se incluyeron en los ASM. Las recomendaciones sustantivas que se sugiere incorporar son: (i) establecer como parte de la regulación de los servicios, estándares de acceso y servicio (distancias, horarios, personal, etc.) que aseguren que todas las familias afiliadas tengan acceso a los servicios de salud, y que pueden ejercer sus derechos como afiliados; (ii) establecer estándares de servicio para consultas, procedimientos y suministro de medicamentos, y una mayor supervisión operativa en estos aspectos, con el fin de reducir el gasto privado en esos rubros; (iii) buscar alternativas para mejorar la calidad de su padrón; y, (iv) implementar estrategias que permitan verificar los padrones de afiliación con las instituciones de seguridad social.

En concordancia con sus objetivos primarios se recomienda diseñar actividades de monitoreo y evaluaciones en cinco rubros todavía no evaluados: a) impacto del programa para disminuir el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos; b) impacto en el estado de salud de los niños afiliados, por ejemplo, si se observa lo siguiente: reducción de la mortalidad por diarrea e infecciones respiratorias bajas por el incremento en las coberturas de vacunación por rotavirus y neumococo; aumento en el número de casos identificados con alguno de los padecimientos y que están bajo tratamiento por la aplicación del tamiz neonatal ampliado; reducción en la mortalidad de recién nacidos atendidos en terapias intensivas neonatales debido al uso de medicamentos como el surfactante alveolar; c) evaluaciones de la estrategia de embarazo saludable propuesta como parte de la evaluación del SMNG (HIMFG 2008); cuyo objetivo primario es proteger la salud de la mujer durante el embarazo, al igual que la del recién nacido; d) evaluaciones del efecto del programa en el acceso a servicios de salud, específicamente en medicamentos y acceso a servicios de salud en poblaciones rurales; e) evaluaciones operativas, en particular de los sistemas de afiliación en términos del conocimiento correcto de los afiliados con respecto a su pertenencia al SMNG; y, f) evaluación de los incentivos que genera el programa en el mercado laboral.

La CNPSS cuenta con un Programa de Acción Específico (PAE 2007-2012) que contiene la estrategia y organización de todos sus programas, incluido el SMNG y define elementos de planeación estratégica a mediano plazo. Sin embargo, el tablero de control del PAE no incluye los indicadores de componente ni de actividades de la MIR del SMNG para su seguimiento.

### 3. Cobertura y Focalización del Programa

En 2011, el programa ya superó las cifras establecidas como población objetivo y potencial. Sin embargo, debe señalarse que las ROP subestiman para este mismo año, la población potencial y la objetivo ya que no consideran dentro de las definiciones los nacimientos proyectados durante 2011, situación que se repite en las ROP 2012. Asimismo, el programa no cuantifica adecuadamente su población potencial, objetivo y atendida, de acuerdo a las definiciones establecidas en las ROP, ya que considera sólo nacimientos del año en cuestión y no los acumulados desde 2007. El programa no define un plazo para la revisión y actualización de las poblaciones, lo cual es importante considerando

la subestimación de las proyecciones de nacimientos de CONAPO con respecto al Censo 2010. Se sugiere hacer una nueva cuantificación de las poblaciones objetivo y potencial.

#### 4. Operación del Programa

La normatividad sobre operación del programa recae principalmente en las ROP y en los procedimientos específicos incluidos en el Manual General de Procedimientos de la CNPSS los cuales se centran en la transferencia de recursos a entidades federativas y en la gestión de los convenios respectivos. Se sugiere establecer procedimientos específicos para las otras transferencias de recursos que hace el programa y para el acceso de los afiliados a los beneficios de servicios médicos en las unidades médicas.

Por otra parte, el programa cuenta con dos sistemas, el SAP (padrón de beneficiarios) y el sistema SMNG, para la administración de casos por reembolso, cuyas salidas estadísticas ayudan a integrar parte de los indicadores de la MIR. Se sugiere evaluar la integración de un módulo de evaluación del desempeño para que las entidades federativas y otros entes ejecutores tengan acceso a formatos estandarizados y de captura en línea para el reporte de de indicadores e informes mensuales sobre ejercicio de gasto y resultados.

#### 5. Percepción de la Población Atendida por el Programa

Asegurar el apego al cumplimiento de las ROP por parte de los involucrados en el cumplimiento de los objetivos del programa brinda certeza a los beneficiarios para hacer efectivo su derecho a los beneficios del SMNG. Sin embargo, es indispensable conocer la percepción de la calidad de los servicios otorgados por parte de la población atendida. La calidad entendida como la oportunidad en la atención, la amabilidad del personal que brinda atención, la claridad en la información respecto al problema de salud y tiempos de espera, entre otros. Adicionalmente, identificar variables contextuales de prevalencia de enfermedad, abastecimiento de medicamentos, estudios de gabinete y otros insumos.

Al respecto hay algunos resultados satisfactorios de la evaluación que en 2009 realizó el HIMFG. La CNPSS hace una encuesta anual para conocer la satisfacción de los afiliados al SPSS, sin embargo no identifica específicamente al SMNG. Por lo anterior, se sugiere incorporar un módulo específico del SMNG en dicha encuesta.

#### 6. Resultados del Programa

El programa documenta sus resultados de Fin y Propósito con indicadores de la MIR y con evaluaciones que no son de impacto. En la MIR, el indicador a nivel Fin es el porcentaje de gasto de bolsillo en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud (incluido el gasto público). Este indicador es sectorial y puede ser afectado por otros programas, como el Seguro Popular, IMSS-Oportunidades, entre otros, así como por el desempeño de las instituciones de seguridad social, pues no es específico de la población beneficiaria del SMNG. No hay resultados documentados de este indicador pues se estimará con datos del 2012. Con respecto al indicador a nivel Propósito, que es el porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo, el programa ya supero las cifras de población objetivo y potencial. El programa no cuenta con evaluación de impacto; tampoco cuenta con resultados de evaluaciones que muestren el impacto de programas similares.

A 5 años de su creación se recomienda realizar una evaluación de impacto, en cumplimiento de los documentos normativos, para conocer en qué medida el programa está contribuyendo a disminuir el empobrecimiento por motivos de salud de las familias de los niños afiliados y mejorar el estado de salud de los beneficiarios.

## Bibliografía

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
1	Otros	Proyecto para un Seguro de Salud Universal para Niños	Patricia Quesada Lastiri	2006		ND
1	ROP o documento normativo	Reglas de Operación 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
2	Otros	Proyecto para un Seguro Universal pra Niños	Patricia Quesada Lastiri	2006		ND
3	Otros	Proyecto para un Seguro Universal para Niños	Patricia Quesada Lastiri	2006		ND
4	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG	SMNG	2011		
4	Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales	Programa Sectorial de Salud 2007-2012	Secretaría de Salud	2007		México
4	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010.
5	Plan Nacional de Desarrollo (PND)	Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012	Poder Ejecutivo Federal	2007		
5	Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales	Plan Sectorial de Salud 2007-2012	Secretaría de Salud	2007		
5	ROP o documento normativo	Reglas de Operación 2011 del SMNG	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
6	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG 2011	SMNG	2011		
6	Otros	Reporte País México. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010	Consejo Nacional de Población y Secretaría de Gobernación	2010		
6	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
7	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
8	Manuales de operación	Manual de Afiliación y Operación 2010	CNPSS	2010		
8	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
9	Cédulas de información	Nueva Cédula de Características Socioeconómicas de los Hogares	SMNG	2011		
9	Otros	Acuerdo en el que se incorpora un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al SPSS	Secretaría de Salud	2008		DOF, 29 de febrero de 2008
9	ROP o documento normativo	Reglas de Operación 2011 del SMNG	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
10	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG 2011	SMNG	2011		
10	Otros	Lineamientos para la vinculación de la MIR y las ROP de los programas	SHCP-CONEVAL	2008		

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
		correspondientes				
10	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
11	Fichas técnicas	Fichas técnicas de los indicadores de la MIR 2011 del SMNG	SMNG	2011		
11	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG 2011	SMNG	2011		
12	Fichas técnicas	Fichas técnicas de los indicadores de la MIR	SMNG	2011		
12	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG 2011	SMNG	2011		
12	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		
13	Otros	Inventario de programas 2010	CONEVAL	2010		
13	Otros	Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud 2010	Secretaría de Salud	2010		
13	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		
14	Informes del PASH	Fichas técnicas de los indicadores de la MIR	SHCP	2011		En línea en el portal aplicativo
14	Otros	Programa de Acción Específico (PAE 2007-2012)	Secretaría de Salud	2001		
14	Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales	Prosesa 2007-2012	Secretaría de Salud	2007		2008
15	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
16	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Instituto Nacional de Salud Pública	2010		
16	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Dr. Antonio Carlos Martín del Campo, consultor independiente	2010		
16	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
17	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento Institucional 2010-2011	SMNG	2011		
17	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la evaluación externa del SMNG	SMNG	2009		
17	Informes de evaluaciones externas	Evaluación del SMNG 2009	HIMFG	2009		
17	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	Antonio Carlos Martín del Campo Rodríguez	2011		
17	Manuales de operación	Manual de Uso SMNG	SMNG	2010		
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento Institucional 2010-2011	SMNG	2011		

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
18	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la evaluación externa del SMNG	SMNG	2009		
19	Documentos de Trabajo e Institucionales	Posición Institucional de la EED 2008	SMNG	2009		
19	Documentos de Trabajo e Institucionales	Posición Institucional de la EED 2010	SMNG	2011		
19	Documentos de Trabajo e Institucionales	Posición Institucional del Componente Diseño de la Evaluación realizada por el HIMFG en 2009	SMNG	2010		
19	Informes de evaluaciones externas	Evaluación del Seguro Médico para una Nueva Generación 2008	Hospital Infantil de México Federico Gómez	2009		
21	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
21	Sistemas o herramientas de planeación	Manual de Uso del Sistema del Seguro Médico para una Nueva Generación. CNSPSS.	Secretaría de Salud, CNSPSS	2007		publicación y distribución interna
22	Documentos de Trabajo e Institucionales	Manual de Uso del Sistema del Seguro Médico para una Nueva Generación	Programa SMNG	2007		
22	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
23	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del SMNG	SMNG	2011		
23	Otros	Programa de Acción Específico 2007-2012	CNPSS	2007		
23	Otros	Tablero de control del PAE 2011	CNPSS	2011		
23	Otros	Informe de Resultados 2011	CNPSS	2012		
24	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
25	Otros	Censo 2010	INEGI	2010		
25	Padrón de beneficiarios	Padrón de beneficiarios del SMNG cierre 2011	SMNG	2011		
25	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
26	Documentos de Trabajo e Institucionales	Guía Operativa de Contraloría Social, SMNG	CNSPSS	2007		En línea, acceso público en la página del programa
26	Manuales de procedimientos	Manual General de Procedimientos de la Comisión de Protección Social en Salud	CNSPSS	2010		Dictaminado favorablemente por la Subsecretaría de Administración y Finanzas mediante oficio SAF/122/2011, fechado el 29 de junio de 2011.

## Seguro Médico para una Nueva Generación

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
26	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
27	ROP o documento normativo	Reglas de operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
28	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
29	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
30	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011	29/12/2011	DOF, 29 de diciembre de 2011
31	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 20 de diciembre de 2011
32	Documentos de Trabajo e Institucionales	Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS	CNSPSS	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
32	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2011
33	Otros	Evaluación del Seguro Médico para una Nueva Generación 2008.	Hospital Infantil de México, Federico Gómez.	2008		
33	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2011
34	Documentos oficiales	DECRETO que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Secretaría de Salud	2006		DOF, 28 de noviembre de 2006
35	Manuales de procedimientos	Manual General de Procedimientos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud	CNSPSS	2010		Dictaminado favorablemente por la Subsecretaría de Administración y Finanzas mediante oficio SAF/122/2011, fechado el 29 de junio de 2011.
35	Sistemas o herramientas de planeación	Guía Operativa de la Contraloría social	CNSPSS	2007		Publicado en línea
36	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2010
37	Recursos de revisión	Auditorías de Desempeño 2009	Auditoría Superior de la Federación. Funciones de Desarrollo Social.	2009		On line <a href="http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Auditorias/Audit4.htm">http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Auditorias/Audit4.htm</a>
37	Recursos de revisión	Informe del Estado que guarda la solventación de observaciones y acciones promovidas a las Entidades fiscalizadas, con corte al 31 de marzo de 2011,	Informe para la Cámara de Diputados 2011	2011		on line <a href="http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/Camara_Diputados/2011/020511/contenido/Entidades/14_SS.pdf">http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/Camara_Diputados/2011/020511/contenido/Entidades/14_SS.pdf</a>
37	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2011

## Seguro Médico para una Nueva Generación

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
38	Información contable	Resumen del reporte del estado del ejercicio del presupuesto 2011, cierre definitivo	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2012		
39	Información contable	Resumen del reporte del estado del ejercicio del presupuesto 2011	CNPSS	2011		
39	Otros	Informe de Resultados del SPSS 2011	CNPSS	2011		
40	Documentos de Trabajo e Institucionales	Manual de Uso del Sistema del Seguro Médico para una Nueva Generación.	CNSPSS	2009		
41	Informes del PASH	Formato SP-2, Informe Mensual de Indicadores de Desempeño 2011, Cierre.	Secretaría de Salud	2011		
41	Informes del PASH	Formato SP-3, Explicación a la Variación e las Metas 2011	Secretaría de Salud	2011		
41	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del SMNG	SMNG	2011		
42	Documentos oficiales	Informe de Resultados 2011	Sistema de Protección Social en Salud.	2011		On line <a href="http://www.seguro-popular.gob.mx/imagenes/contenidos/Informes_Resultados/Informe_Resultados_2011.pdf">http://www.seguro-popular.gob.mx/imagenes/contenidos/Informes_Resultados/Informe_Resultados_2011.pdf</a>
42	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2011
43	Cuenta Pública	Informe de Resultados enero-junio 2011	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2011		On line <a href="http://www.seguro-popular.gob.mx/imagenes/contenidos/Informes_Resultados/Informe_resultados_1sem_2011.pdf">http://www.seguro-popular.gob.mx/imagenes/contenidos/Informes_Resultados/Informe_resultados_1sem_2011.pdf</a>
43	Documentos de Trabajo e Institucionales	Informe de Resultados 2011	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2011		En línea con acceso público en <a href="http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&amp;view=category&amp;id=35&amp;Itemid=166">http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&amp;view=category&amp;id=35&amp;Itemid=166</a>
43	Recursos de revisión	Encuesta sobre el Seguro Médico para una Nueva Generación. Síntesis metodológica	INEGI	2010		
44	Informes de evaluaciones externas	Evaluación del SMNG 2009	HIMFG	2009		
44	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	Antonio Carlos Martín del Campo Rodríguez	2011		
44	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultado del SMNG 2011	SMNG	2011		
44	Otros	Informe de Resultados del SPSS 2011	CNPSS	2011		

## Seguro Médico para una Nueva Generación

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
45	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG 2010	SMNG	2010		
45	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores para Resultados del SMNG 2011	SMNG	2011		
46	Informes de evaluaciones externas	Evaluación del SMNG 2009	HIMFG	2009		
47	Informes de evaluaciones externas	Evaluación del SMNG 2009	HIMFG	2009		
48	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del SMNG, 2011	Secretaría de Salud	2011		DOF, 29 de diciembre de 2011
49	Otros	The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE).	World Health Organization	2003		On line <a href="http://www.who.int/i-mci-">http://www.who.int/i-mci-</a>

## Formato del Anexo 17 “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”

### IV.1 DISEÑO

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
Contribuir a evitar el empobrecimiento de los hogares con niños por motivos de salud.	1	NA
El padrón de beneficiarios se encuentra sistematizado y cuenta con mecanismos documentados para su actualización, validación y depuración.	8	NA
El programa recaba información socioeconómica de los beneficiarios a través de la “Nueva Cédula de Características Socioeconómicas y del Hogar” (CECASOEH)	9	NA

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
No existe una justificación para que los recursos destinados a vacunas no estén de origen en el Programa de Vacunación Universal (PVU) en vez de en el SMNG que los transfiere para su ejercicio al PVU, para atención a población abierta, independientemente de si son afiliados al SMNG o no.	1	Presupuestar de origen en el PVU, junto con los recursos para el resto de las vacunas, los recursos para las vacunas de rotavirus y neumococo que hoy se incluyen en el SMNG.
Focaliza a población sin seguridad social, y no sólo a los que no son sujetos de la seguridad social. El SMNG incluye a hijos de trabajadores que por Ley deberían ser afiliados a la seguridad social por sus patrones y por tanto recibir los servicios médicos de la misma. Lo anterior puede generar incentivos inadecuados.	1	Cambiar las ROP para que los recursos destinados a vacunas no se consideren dentro de los apoyos del programa sino que se transfiera la responsabilidad de los recursos directamente a CENSIA. Elaborar un estudio que: i) estime el porcentaje de la población beneficiaria cuyos padres son sujetos de la seguridad social pero no están siendo afiliados al IMSS por sus empleadores; y, ii) evaluar los incentivos que el programa pudiera estar generando en el mercado de trabajo.
El diagnóstico no aborda el riesgo de empobrecimiento de los hogares por motivos de salud, que es la problemática que se busca resolver. Asimismo, no se analiza si el tipo de intervención que lleva a cabo el programa es la más eficaz para atender la problemática detectada.	2	Actualizar el diagnóstico para que aborde la problemática de empobrecimiento por motivos de salud. Asimismo, que el diagnóstico incluya evidencia teórica y/o empírica que sustente que el tipo de intervención que el programa lleva a cabo es la más eficaz para atender la problemática que pretende resolver.
En las definiciones de población potencial y objetivo no se establece un tope de edad para tener derecho al programa.	7	Establecer hasta qué edad el niño será beneficiario del programa y pasa a ser beneficiario sólo del Seguro Popular. Este límite de edad debe justificarse adecuadamente.
Se detectaron áreas de mejora en la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR), tanto en los resúmenes narrativos, indicadores y fórmulas de los indicadores.	11	Revisar en su totalidad la MIR: resumen narrativo, indicadores, fórmulas de cálculo, así como las metas, de acuerdo al análisis realizado en las secciones correspondientes. Asimismo, incluir más indicadores a nivel actividad, y a nivel componente. En el caso del nivel componente, se recomienda plantear el resumen narrativo como un bien o servicio, e incluir indicadores que hagan referencia a los beneficios que otorga el programa listados en el numeral 3.5 de las ROP.

### IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
La CNPSS cuenta con un Programa de Acción Específico (PAE 2007-2012) que contiene la estrategia y organización de todos los programas, incluido el SMNG y define elementos de planeación estratégica a mediano plazo.	14	NA
Los Aspectos Susceptibles de Mejora establecidos por el programa se han atendido, aunque cabe	18	NA

señalar que no se incluyeron todas las recomendaciones de las evaluaciones externas. El programa recolecta información para monitorear su desempeño, de acuerdo a los indicadores establecidos en la MIR actual. Sin embargo, se recomienda incluir más indicadores de desempeño.

22 NA

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
El tablero de control del PAE no incluye los indicadores de componente ni de actividades de la MIR del SMNG para su seguimiento.	14	Incluir todos los indicadores de la MIR tanto en el PAE como en el tablero de control del PAE.
Aunque las ROP señalan que deben ser evaluados los resultados e impacto del programa, aún no se ha realizado una evaluación de impacto.	16	Diseñar una evaluación de impacto.
Aunque los Aspectos Susceptibles de Mejora establecidos por el programa se han atendido, no se incluyeron todas las recomendaciones de las evaluaciones externas.	19	Elaborar la posición institucional de todas las evaluaciones externas, no sólo de las coordinadas por CONEVAL.
El programa no recolecta información de todos los servicios médicos que al amparo del SMNG reciben los beneficiarios, por lo que no puede saberse quienes de los afiliados al programa hacen uso de los beneficios del SMNG, salvo en lo que se refiere a las acciones de segundo y tercer nivel que se pagan por reembolso.	21	Recolectar información de todos los apoyos que son entregados a los beneficiarios, así como elaborar indicadores de los mismos.

#### IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
De acuerdo a las al Informe de Resultados 2011 del SPSS, en ese año se alcanzó la cobertura universal de salud del sistema con 51.8 millones de personas afiliadas, de los cuales 5.8 millones son niños del SMNG.	23 NA	

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
El programa no hace cruces de las solicitudes de incorporación, ni de su padrón de beneficiarios, con las bases de datos de instituciones de seguridad social a fin confirmar que la familia sea o no derechohabiente de la seguridad social.	24	Se recomienda que la CNPSS se coordine con las instituciones de seguridad social a fin de establecer los mecanismos de validación de derechohabencia y no derechohabencia a la seguridad social.
Existe una inconsistencia entre la definición de las poblaciones potencial y objetivo establecidas en las ROP, y la cuantificación, ya que las definiciones claramente se refieren a cifras acumuladas de 2007 a 2010, mientras que las cifras reportadas sólo se refieren a las del año en cuestión. Asimismo, no se incluye en la definición de población los nacimientos de 2011.	25	Cambiar las definiciones de población potencial y objetivo en las ROP para que incluya los nacimientos posteriores a 2010. Asimismo, cuantificar las poblaciones tomando en cuenta los nacimientos acumulados desde 2007.

#### IV.4 OPERACIÓN

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
Conoce con exactitud y de forma sistematizada los beneficiarios y el número y tipo de intervenciones cubiertas por el SMNG de acciones de segundo y tercer nivel, que se cubren por reembolso.	27 NA	
Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, están estandarizados, sistematizados y difundidos públicamente.	30 NA	

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
El Manual General de Procedimientos se integra de 20 procedimientos de ellos sólo 6 atañen a temas específicos del SMNG y fueron diseñados para asegurar un ejercicio del gasto eficiente y el apoyo en el cumplimiento de las acciones de afiliación y materiales de promoción.	26	La operación del programa se verá beneficiada si se diseña un manual de procedimientos específico del SMNG, de manera que se integre en un solo instrumento de planeación estratégica todos los procedimientos relativos al programa y el sistema SMNG.
No existe un procedimiento para recibir registrar y dar trámite de servicios médicos o acciones preventivas para la población afiliada (acciones preventivas y de atención con línea de vida y de estudios de laboratorio que permitan diagnósticos tempranos, medicamentos, tamiz neonatal, talleres, implantes cocleares, y/o de atención de segundo y tercer niveles). Por tanto, no existe un procedimiento establecido para que los afiliados puedan acceder a los beneficios del programa.	28	Definir procedimientos de acceso a los servicios de salud por parte de los beneficiarios del SMNG y difundirlos públicamente.
El programa no tiene identificado el desglose de los gastos en: operación (directos e indirectos), mantenimiento, de capital y gasto unitario.	38	Se recomienda al programa desglosar sus gastos. Por otro lado, es probable que los servicios generales y los de mantenimiento sean cubiertos por la CNPSS, por lo que se sugiere que el programa haga el cálculo de cuánto puede ser atribuible al SMNG por estos conceptos.

#### IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
En 2009, la evaluación que en 2009 realizó el HIMFG contempló dentro del cuestionario de la encuesta que levantó en conjunto con el INEGI, preguntas de satisfacción de beneficiarios del SMNG.	43 NA	

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
Aunque la CNPSS hace una encuesta anual para conocer la satisfacción de los afiliados al Sistema Nacional de Protección Social en Salud no se identifica específicamente al SMNG.	43	Incluir en las encuestas anuales un apartado para conocer la calidad en el ejercicio de los servicios de salud financiados por el SMNG y la percepción de los beneficiarios.

#### IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
El programa documenta sus resultados de Fin y Propósito con indicadores de la MIR y con evaluaciones que no son de impacto. El indicador a nivel Fin se estimará con datos del 2012, por lo que no hay resultados que reportar. Con respecto al indicador a nivel Propósito, que es el porcentaje de avance de aseguramiento de la población objetivo, el programa ha superado sus cifras de población potencial y objetivo.	45 NA	

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
El programa no cuenta con resultados de evaluaciones de programas que muestren el impacto de programas similares.	48	Se recomienda incluir en el diagnóstico los resultados de programas que a nivel internacional son similares al SMNG de tal forma que se pueda conocer si el tipo de intervención que lleva a cabo el programa es adecuado.
El programa no cuenta con evaluación de impacto.	50	Se recomienda al programa elaborar una evaluación de impacto.

## Formato del Anexo 19 "Valoración Final del programa"

TEMA	NIVEL	JUSTIFICACIÓN
IV.1 DISEÑO	2,56	El objetivo del SMNG es contribuir a evitar el empobrecimiento de los hogares por motivos de salud a través de un esquema de financiamiento a servicios de salud. El programa no cuenta con un diagnóstico actualizado. Se observaron áreas de mejora en toda la MIR. Se detectaron 2 problemas sustantivos en el diseño: i) las ROP no establecen un tope de edad para dejar de ser beneficiario del programa; y ii) se subestiman las poblaciones para 2011 al no incluir nacimientos proyectados para ese año.
IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS	2,83	Aun cuando el programa presenta elementos de planeación estratégica y un programa de trabajo anual, se detectaron áreas de mejora. Aunque el programa usa los resultados de evaluaciones externas para mejorar aspectos de su diseño y operación, éstas no se usan de manera institucionalizada. Tampoco el programa ha elaborado documentos de trabajo que identifiquen los aspectos susceptibles de mejora de evaluaciones diferentes a las que coordina el CONEVAL.
IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN	3,00	La cobertura del programa en 2011 con 5.8 millones de niños ya superó sus cifras de población potencial y objetivo. El programa no hace confrontas con la seguridad social para confirmar la no derechohabiencia. Las definiciones de población potencial y objetivo se refieren a cifras acumuladas de 2007 a 2010 sin incluir los nacimientos de 2011; mientras que las cifras reportadas sólo se refieren a las del año en cuestión.
IV.4 OPERACIÓN	1,92	Las ROP establecen los modelos de convenios para la transferencia de cápitas y reembolsos. Es necesario fortalecer los mecanismos de supervisión de los procedimientos en los que se involucran dichos modelos. Es recomendable diseñar un plan de trabajo exclusivo del SMNG que integre la totalidad de procedimientos, actores involucrados y plazos definidos en apego a las ROP.
IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	4,00	La evaluación externa HIMFG 2008 levantó una encuesta que incluyó la satisfacción de los beneficiarios del SMNG. La CNPSS levanta una encuesta anual para medir la percepción de la población atendida por el Seguro Popular, sin distinguir resultados por el SMNG. Es necesario fortalecer la medición de calidad y satisfacción del servicio otorgado a beneficiarios del programa SMNG con encuestas enfocadas exclusivamente a sus beneficiarios.
IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS	0,80	El programa documenta sus resultados de Fin y Propósito con indicadores de la MIR y con evaluaciones que no son de impacto. El indicador a nivel Fin se estimará con datos del 2012, por lo que no hay resultados que reportar. En el indicador a nivel Propósito, el programa superó sus cifras de población potencial y objetivo. El programa no tiene evaluación de impacto; tampoco cuenta con evaluaciones que muestren el impacto de programas similares.
TOTAL	2,52 0	

NOTA: El Nivel se establece en un rango de 0-4 y sólo considera las preguntas binarias con nivel de respuesta definido (no se toman en cuenta para el cálculo las preguntas en las que se respondió No Aplica).

## FORMATO DE ANEXOS

### ANEXOS

Anexo Solicitado	Nombre del Archivo	Formato
Anexo 1 Descripción General del Programa	Anexo 1.docx	Libre
Anexo 2 Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo	Anexo 2.docx	Libre
Anexo 3 Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios	Anexo 3.docx	Libre
Anexo 4 Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados	Anexo 4.docx	Libre
Anexo 5 Indicadores	Anexo 5.xlsx	Definido
Anexo 6 Metas del programa	Anexo 6.xlsx	Definido
Anexo 7 Complementariedad y coincidencias entre programas federales	Anexo 7.xlsx	Definido
Anexo 8 Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora	Anexo 8.xlsx	Definido
Anexo 9 Resultado de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora	Anexo 9.docx	Libre
Anexo 10 Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas	Anexo 10.docx	Libre
Anexo 11 Evolución de la Cobertura	Anexo 11.xlsx	Definido
Anexo 12 Información de la Población Atendida	Anexo 12.xlsx	Definido
Anexo 13 Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves	Anexo 13.pdf	Libre con instrucciones
Anexo 14 Gastos desglosados del programa	Anexo 14.xlsx	Libre con instrucciones
Anexo 15 Avance de los Indicadores respecto de sus metas	Anexo 15.xlsx	Definido
Anexo 16 Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población Atendida	Anexo 16.docx	Libre
Anexo 18 Comparación con los resultados de la Evaluación de Consistencia y Resultados anterior	Anexo 18.docx	Libre
Anexo 20 Ficha Técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación	Anexo20(1).xlsx	Definido y lo llena CONEVAL

---

### ADJUNTOS

Preg.	Nombre del Archivo
0	INDICE.docx
2	Complemento pregunta 2.docx
7	Complemento pregunta 7.docx
10	Complemento pregunta 10.docx
11	Complemento pregunta 11.docx
12	Complemento pregunta 12.docx
22	Matriz_SMNG_2011.pdf
26	DIAGRAMA PROCEDIMIENTO 35 - 36.pdf
26	DIAGRAMA PROCEDIMIENTO 19.pdf
26	DIAGRAMA PROCEDIMIENTO 20.pdf
26	DIAGRAMA 2-4.pdf
26	Guia_Operativa_contraloria_social.pdf
43	Anexo 16.docx