



ecr

Evaluación de
Consistencia y
Resultados

Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular)

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Ejercicio fiscal a evaluar: 2016

Nombre de la evaluación:

Evaluación de Consistencia y Resultados al Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular) del gobierno del estado de Colima. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para el ejercicio fiscal 2016

Fecha de inicio de la evaluación:

4 de Diciembre de 2017

Fecha de término de la evaluación:

31 de Mayo de 2018

Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:

Secretaría de Planeación y Finanzas, Dirección General de Planeación y Control

Titular de la Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:

Mtro. Eduardo Rosales Ochoa

Principales colaboradores:

M.C. Guadalupe Ariadna Flores Santana

L.E. María Liliana Aguilar Méndez

L.C.I. Benito Montes Carbajal

Dr. Ivan Álvarez Bueno

Coordinador de la evaluación:

Víctor Manuel Fajardo Correa

Principales colaboradores:

Lorena Gutiérrez Ugalde

Patricia Yazmin Zamora Montiel

Kevin Castillo García

Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 7 |
| Metodología y Técnicas utilizadas | 13 |
| 1. Análisis del Seguro Popular para el ejercicio fiscal 2016 | 14 |
| 2. Características del programa | 28 |
| 3. Análisis del Diseño | 30 |
| 3.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa. | 30 |
| 3.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales | 36 |
| 3.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad..... | 41 |
| 3.4. Evaluación y análisis de la Matriz de indicadores para Resultados | 45 |
| 3.4.1. De la lógica vertical de la MIR del Sistema de Protección Social en Salud..... | 46 |
| 3.4.2. De la lógica Horizontal de la MIR del Sistema de Protección Social en Salud | 48 |
| 3.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales. | 53 |
| 4. Planeación y orientación a resultados | 59 |
| 4.1 Instrumentos de planeación..... | 59 |
| 4.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación..... | 61 |
| 4.3. De la generación de información | 65 |
| 5. Cobertura y focalización | 67 |
| 5.1. Análisis de cobertura | 67 |
| 6. Operación | 70 |
| 6.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable | 70 |
| 6.2. Mejora y simplificación regulatoria | 75 |

| | |
|---|-----------|
| 6.3. Eficiencia y economía operativa del programa | 76 |
| 6.4. Sistematización de la información | 79 |
| 6.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos. . | 81 |
| 6.6. Rendición de cuentas y transparencia | 84 |
| 7. Percepción de la población atendida | 86 |
| 8. Medición de resultados | 89 |
| 9. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones | 92 |
| 10. Conclusiones | 94 |
| 11. Bibliografía | 99 |

Índice de cuadros

| | | |
|------------|---|----|
| Cuadro 1.1 | Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2016 | 22 |
| Cuadro 1.2 | Distribución del Fondo de Gastos Catastróficos, por padecimiento, Colima 2016 | 24 |
| Cuadro 2.1 | Valoración CONEVAL | 29 |
| Cuadro 3.1 | Objetivos del Seguro popular y objetivos de la MIR Estatal del SPSS | 31 |
| Cuadro 3.2 | Estadísticas del padrón de afiliados 2016. | 42 |
| Cuadro 3.3 | Análisis de la Sintaxis del Fin y Propósito de la MIR estatal SPSS | 47 |
| Cuadro 3.4 | Vinculación del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular | 53 |
| Cuadro 3.5 | Análisis de la posible complementariedad con el objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular. | 54 |
| Cuadro 3.6 | Comparación del Objetivo del Seguro Popular con los objetivos de otras instituciones encargadas de otorgar Servicios de Salud | 56 |
| Cuadro 5.1 | Distribución de usuarios atendidos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos | 68 |
| Cuadro 6.1 | Gasto desglosado para el Fondo de Protección contra Gasto Catastróficos 2016 | 77 |

Índice de Figuras

| | | |
|------------|--|----|
| Figura 1.1 | Origen, Destino y Aplicación de los Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (anual por persona). | 20 |
| Figura 3.1 | Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con los objetivos de política pública | 36 |
| Figura 3.2 | Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible | 39 |
| Figura 3.3 | Población potencial, objetivo y atendida del FPGC 2016 | 43 |
| Figura 3.4 | Relación causal del propósito con el fin del Sistema de Protección Social en Salud. | 46 |
| Figura 3.5 | Análisis de la lógica horizontal del Fin de la MIR Estatal del SPSS | 48 |
| Figura 3.6 | Análisis de la lógica horizontal del Propósito de la MIR Estatal del SPSS | 50 |
| Figura 3.7 | Análisis de la lógica horizontal del Fin del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos | 50 |

| | | |
|------------|---|----|
| Figura 6.1 | Diagrama de Flujo proporcionado por el REPSS | 70 |
| Figura 6.2 | Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos a cargo de los REPSS | 72 |

Índice de gráficas

| | | |
|-------------|--|----|
| Gráfica 1.1 | Distribución de los recursos del Fondo de Gastos Catastróficos por unidad ejecutora del gasto (Porcentaje) | 23 |
| Gráfica 5.1 | Evolución de los casos validados en el estado de Colima | 68 |
| Gráfica 6.1 | Porcentaje del monto asignado por clasificación de patología en 2016 | 78 |
| Gráfica 6.2 | Casos validados en el estado de Colima | 81 |
| Gráfica 6.3 | Porcentaje mensual de casos validados en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos | 82 |
| Gráfica 8.1 | Cobertura de afiliación Seguro Popular en el estado de Colima 2016 | 89 |
| Gráfica 8.2 | Cobertura de acceso efectivo a los servicios de salud 2016 | 90 |

Evaluación de Consistencia y Resultados al sistema de protección social de salud (seguro popular) del gobierno del estado de Colima. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Introducción

El sistema actual de Evaluación de Desempeño en México tiene como antecedente un marco legal que se ha ido transformando a lo largo varios años de acuerdo con diferentes esquemas presupuestarios; para operacionalizar este enfoque, existe un marco normativo que se desprende de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la cual, en su artículo 134, expone que “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con **eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez**; para cumplir con los objetivos a los que están predestinados” (DOF, 2016)

Asimismo, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en su Artículo 27 menciona:

La estructura programática facilitará la vinculación de la programación de los ejecutores con el Plan Nacional de Desarrollo y los programas, y deberá **incluir indicadores del desempeño** con sus correspondientes metas anuales”, **que permitan la evaluación de programas** y proyectos; “estos indicadores serán la base para el **funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño**, (DOF, 2015)

También, la LFPRH en el Artículo 110 señala: “La **evaluación del desempeño** se realizará a través de la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas, **con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos** públicos federales” y en su artículo 111 especifica que: “[...] verificará periódicamente [...] los resultados de recaudación y de ejecución de los programas y presupuestos de las dependencias y entidades con base en el sistema de evaluación del desempeño para identificar la eficiencia, economía, eficacia, y

calidad de la Administración Pública federal y el impacto social del ejercicio del gasto público. [...] **El sistema de evaluación del desempeño [...] será obligatorio para los ejecutores de gasto.** Dicho sistema incorporará indicadores para evaluar los resultados los resultados” (DOF, 2015)

El artículo 85 de la LFPRH refiere que los recursos transferidos por la federación que ejerzan las entidades federativas, los municipios, o cualquier ente público de carácter local, **“serán evaluados** conforme a las bases establecidas en el **artículo 110 de esta ley, con base en indicadores estratégicos y de gestión** por instancias técnicas independientes de las instituciones que ejerzan dichos recursos observando los requisitos de información correspondientes” (DOF, 2015).

A este conjunto de normas se anexa la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) donde se señala la obligatoriedad de cumplir con la ley para todos los niveles de gobierno, lo que da origen a la armonización contable y al ente que la regula Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). En esta ley se menciona la integración de la cuenta pública en las entidades federativas en su artículo 53: La cuenta pública de las entidades federativas contendrá como mínimo: “III. Información programática, de acuerdo con la clasificación establecida en la fracción III del artículo 46 de esta ley” el cual señala que la información programática deberá tener la desagregación siguiente: “a) Gasto por categoría programática; b) Programas y proyectos de inversión; **c) Indicadores de resultados**”; y “IV. Análisis cualitativo de los indicadores de la postura fiscal, estableciendo su vínculo con los objetivos y prioridades definidas en la materia, en el programa económico anual” (DOF, 2016)

Por su parte, en el ámbito estatal, en el artículo 17, la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Colima, señala las atribuciones del Órgano Superior, donde en el inciso a, fracción IV. Hace referencia a la **evaluación** semestral y anual **del cumplimiento de los objetivos y metas de los programas estatales** y municipales, **conforme a los indicadores estratégicos y de gestión** establecidos en los presupuestos de egresos [...]. Lo anterior con independencia de las atribuciones similares que tengan otras instancias, tanto internas, como externas.

Por su parte, en el inciso d) en materia de evaluación, se señala la atribución en el numeral I. de efectuar la evaluación de los recursos económicos federales, estatales y municipales a que se refiere el artículo 134 constitucional y que esta evaluación podrá ser realizada por el propio Órgano o a través de personas físicas o morales especializadas y con experiencia probada en la materia que corresponda evaluar, que sean contratadas al efecto y cumplan con los requisitos de independencia, imparcialidad y transparencia.

Así, desde 2013, Tecnología Social para el Desarrollo, colaboró con el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado, para el Desarrollo del Sistema de Evaluación al Desempeño de Recursos Federalizados.

En 2014, se realizó un análisis de Consistencia de Fondo Federal; “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)” y para el “Fondo de Aportaciones para la Educación Básica (FAEB)” además de 12 servicios municipales. Así, para 2015, el Estado se encontraba con un índice General de Avance en PbR y SED de 81.3, encima de media nacional. Mientras que para 2016 debido al cambio de ponderación cae a 59, siendo las categorías de Planeación (35.8) y evaluación (45.8) con menor avance, siendo las principales áreas de oportunidad identificadas.

Por otra parte, el CONAC en cumplimiento a la LGCG emite la NORMA para establecer el formato para la difusión de los resultados de las evaluaciones de los recursos federales ministrados a las entidades federativas, en el numeral 11, refiere que para garantizar la evaluación orientada a resultados y retroalimentar el SED, **los entes públicos podrán aplicar los tipos de evaluación determinados en el numeral Décimo Sexto de los Lineamientos de Evaluación** de la APF, los cuales son los siguientes:

- ▶ **Evaluación de Consistencia y Resultados**
- ▶ Evaluación de Indicadores
- ▶ Evaluación de Procesos
- ▶ Evaluación de Impacto
- ▶ Evaluación Específica

Bajo este contexto legal, el Estado de Colima a través de la Secretaría de Planeación y Finanzas, estableció en el Programa Anual de Evaluación “2016” evaluación de Consistencia y Resultados, al Sistema de Protección Social en Salud a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para el ejercicio fiscal 2016.

El tipo de evaluación seleccionada para este programa fue la de **Consistencia y Resultados** señalada en el inciso “A” numeral I del artículo décimo sexto de los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública¹ cuyos Términos de Referencia (TdR’s) son previstos en el artículo décimo octavo de dichos lineamientos² que consideran 6 rubros a evaluar:

- ▶ Diseño,
- ▶ Planeación y orientación a resultados,
- ▶ Cobertura y focalización,
- ▶ Operación,
- ▶ Percepción de la población Atendida y,
- ▶ Medición de Resultados.

Esta evaluación constará de dos apartados específicos; el análisis del Sistema de Protección Social en Salud, el cual tiene por objetivo evaluar la pertinencia del uso de los recursos para el ejercicio fiscal 2016 y la evaluación de Consistencia y Resultados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la cual contempla los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

¹ Evaluación de Consistencia y Resultados: analiza sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores.

² La evaluación de consistencia y resultados deberá ser realizada mediante trabajo de gabinete, y el informe correspondiente deberá incluir un análisis conforme a los siguientes criterios: En materia de diseño, planeación estratégica, cobertura y focalización, operación, percepción de la población objetivo, y de resultados.

Objetivos Específicos:

- ▶ Analizar la evolución de Sistema de Protección Social en Salud, desde su creación hasta la implementación de éste en el estado de Colima.
- ▶ 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;
- ▶ Identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados;
- ▶ 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;
- ▶ Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (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;
- ▶ 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, y
- ▶ Examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

La presente evaluación se divide en 10 capítulos: En el primer capítulo se realiza el **Análisis del Seguro Popular** para el ejercicio fiscal 2016. Seguido del capítulo donde se describen las **Características del Sistema de Protección Social en Salud**, donde se incluye una valoración basada en los términos de referencia emitidos por CONEVAL.

Dentro del capítulo "**Diseño**", se analiza la creación y justificación, así como la contribución del Seguro Popular con metas y estrategias nacionales e internacionales; la población potencial, objetivo y atendida que se identifica para discernir a los beneficiarios del seguro; la matriz de indicadores para resultados, con el fin de identificar la consistencia o inconsistencia de la lógica vertical y horizontal. Asimismo, el capítulo incluye el análisis de las posibles complementariedades y coincidencias con otros Sistema de servicios de salud.

Para el capítulo **“Planeación y orientación a resultados”** se abordan los instrumentos que se utilizaron en la elaboración del Sistema, y si éstos están dirigidos a cumplir con requerimientos establecidos.

En cuanto al capítulo de **“Cobertura y focalización”**, este apartado está enfocado a analizar cómo se encuentra distribuida la población beneficiada y en donde se concentra el servicio que otorga el FPGC.

El análisis del capítulo **“Operación”**, está enfocado en los procesos establecidos desde la normativa que regulan las acciones del FPGC para con esto monitorear los servicios de salud, y para optimizar dichos procesos describir la mejora y simplificación regulatoria, la eficiencia y economía operativa del Fondo, la sistematización de la información, el cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos y la rendición de cuentas y transparencia.

El capítulo de **“Percepción de la población atendida”** se analiza la aplicación de instrumentos que buscan medir la satisfacción del usuario en cuanto al servicio recibido y que estos puedan incidir en la mejora de la calidad el Sistema.

La **“Medición de resultados”**, es el capítulo que muestra los principales resultados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por medio de evaluaciones externas con hallazgos significativos para ser tomados en cuenta por Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima.

En el siguiente capítulo se realiza el **“Análisis FODA y Recomendaciones”**, estableciendo las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la ejecución del programa y las principales *Recomendaciones* derivadas del resultado de la evaluación y por último se establecen las **“Conclusiones”**.

Metodología y Técnicas utilizadas

Para alcanzar los objetivos planteados, TECSO utilizó el Modelo de Términos de Referencia (TdR) de la Evaluación de Consistencia y Resultados diseñado por CONEVAL en un cuestionario (y anexos) para recolectar la información de los seis rubros ya mencionados.

Asimismo, para el **análisis**, el modelo utilizado fue el del Marco Lógico (ML) conforme a los criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), elaborados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

La perspectiva de análisis del Programa TECSO ubica el ámbito de la **consistencia** en la ejecución del programa con los rubros de Diseño y Planeación. Esto se explica en función de que el ejercicio de los recursos públicos de un programa tendría que buscar una alineación coherente con objetivos de política pública, en los diferentes niveles de gobierno (desde el Municipal hasta el Federal), lo cual se evalúa en términos de cumplimiento de la normatividad vigente –Leyes, Lineamientos, reglamentos, etc.- así como en la coherencia técnica con la que se plantee la resolución de los instrumentos de planeación y seguimiento.

El ámbito temático que se concentra en la parte de los **resultados** incluye los asuntos operativos donde la planeación debería funcionar: cobertura y focalización de la población definida, los procesos operativos y de rendición de cuentas, así como la percepción de los beneficiarios del programa.

Así es como la evaluación de consistencia y resultados se convierte en un ejercicio integral mediante el cual intentamos potenciar la mejora del programa en términos de eficacia y eficiencia social.³ Es importante reconocer que hay un balance preciso en los TdR del CONEVAL en los dos ámbitos que se evalúan.

³ Usamos el término para enfatizar que no se trata de una resolución de orden económico simple –costo-beneficio monetario-, sino que se trata de integrar en las planeaciones y análisis un enfoque desde la perspectiva del bienestar público, lo cual implica integrar aspectos como la equidad, el desarrollo sustentable, etc.

1. Análisis del Seguro Popular para el ejercicio fiscal 2016

Actualmente existen diversos sistemas de salud que pueden clasificarse en dos grandes tipos: **seguridad social** y **protección social**. Por un lado, la seguridad social es un sistema que funciona en relación a la condición laboral de la población, otorgando acceso a servicios de salud a aquellos que tienen un trabajo asalariado y provee acceso a salud, pensiones, créditos y demás beneficios. Su financiamiento proviene de un trabajo conjunto del gobierno con los empleadores y los empleados.

Por su parte, en el sistema de protección social, el Estado debe garantizar la provisión y protección de los derechos sociales a todos los ciudadanos a través de fondos públicos.

Así, con la modificación al artículo 4to Constitucional en 1983 se estableció la salud como un derecho Constitucional.

Por consiguiente, en 1984 se crea la Ley General de Salud, donde se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona dentro del territorio mexicano.

Con la creación del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006, donde en la estrategia 5 del PRONASA se establecía lo siguiente:

Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud (2005).

La característica innovadora de este Seguro es la incorporación voluntaria de cualquier persona a este servicio:

Otorga cobertura de servicios de salud a través de un aseguramiento público y voluntario a las personas que no cuentan con empleo o trabajan por cuenta propia y, por tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social, como el IMSS o el ISSSTE. (CONEVAL, 2014)

Por ello, cualquier persona que no pertenezca a un servicio de salud otorgado por estas instituciones puede hacer uso de este Seguro sin importar su condición laboral, sexo, edad y entidad federativa.

Ante ello, la Secretaría de Salud impulsó en 2001 el establecimiento de un programa piloto que permitiera implementar medidas encaminadas a establecer un mecanismo de protección financiera en salud para población sin seguridad social. Dicho programa se denominó oficialmente “Programa de Salud para Todos”, aunque fue conocido comúnmente como “Seguro Popular de Salud (SPS)” (2005).

Entre los Estados que participaron en la prueba piloto del “Programa de Salud para Todos” o “Seguro Popular de Salud”, se encuentran Aguascalientes, Campeche, **Colima**, Jalisco y Tabasco (Secretaría de Salud, 2015).

Los objetivos del Seguro popular eran:

- ▶ Disminuir el gasto de bolsillo.
- ▶ Reducir el riesgo de empobrecimiento a familias.
- ▶ Preservar la salud de las familias afiliadas.
- ▶ Fomentar la atención oportuna de la salud.

Durante su fase inicial, del programa piloto, enfatizó la afiliación de las familias no derechohabientes pertenecientes a los primeros seis deciles de la distribución de ingreso (Secretaría de Salud, 2005).

Para afiliarse al programa piloto los derechohabientes tenía que considerar lo siguiente:

- ▶ Las familias debían acudir a algún centro de afiliación para que se les practicara un estudio socioeconómico;
- ▶ Firmaran una hoja en donde se comprometían a pagar la cuota de afiliación que les correspondía según su nivel de ingresos.
- ▶ Debían declarar de buena fe si contaban con aseguramiento a través de alguna institución de seguridad social.

A un año de la ejecución del programa, desde lo normativo se propone una reforma a la Ley General de Salud en 2002, donde se buscó adicionar el Título Tercero Bis con los artículos 77 bis 1 al 77 bis 41.

“Artículo 77 BIS 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.” (DOF, 2003)

La iniciativa de reforma se aprobó en 2003 y se ejecutó por primera vez el 1º enero de 2004. Con esta reforma aprobada, entró en vigor el esquema de seguridad universal denominado *Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)*. Para la operación del dicho sistema, se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la cual tenía por objetivo “En su carácter de órgano desconcentrado, la ejecución de las tareas establecidas en la LGS para el SPSS” (2005).

Mientras que el Manual de organización específico de la Comisión (2012) dicta las atribuciones que le corresponden a este organismo, referente a la ejecución de los programas y coordinación con el régimen, donde resaltan las siguientes:

- I. Instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema;
- II. Promover y coordinar las acciones de los Regímenes;

Así, para la operación de los Estados, se crean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), estos regímenes comprenden:

Las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud, lo cual puede llevarse a cabo mediante una unidad administrativa específica.

Dichas acciones se pueden dividir en dos grandes categorías: la gestión y administración de los recursos financieros y **la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica**.

Para el año 2015 en el Estado de Colima se establece el decreto por cual se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima, donde en su artículo 3 se establece que:

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, tendrá como objeto garantizar las acciones de protección social en salud, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona, de conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud, Ley de Salud y el Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima” (2015)

Dicho decreto establece las atribuciones de este régimen en el Artículo 4 donde resaltan:

II. Realizar acciones en materia de promoción para la incorporación y afiliación de beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud;

XIX. Cumplir con las metas de afiliación establecidas al inicio del ejercicio fiscal por la Comisión Nacional de Protección Social en salud;

Mientras que en el Manual de Operaciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima, se establecen las atribuciones de este órgano descentralizado, que toma en cuenta el acuerdo publicado en el Periódico Oficial del Estado de Colima y complementa sus atribuciones, en donde se observa algunas relacionadas con la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Sistema de Protección Social en Salud:

Revisar la información estadística de los indicadores relacionados con el servicio a fin de redefinir, en su caso, estrategias para mejorar la atención y presentar a la Junta de gobierno.

Cumplir con las metas de afiliación establecidas al inicio del ejercicio por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En el reglamento interior de los servicios de salud del estado de Colima asigna atribuciones a la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Gobierno del Estado de Colima en el artículo 3:

VI. Realizar todas aquellas acciones que sean necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

VII. Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios, apoyando los programas que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (Periódico Oficial del Estado de Colima, 2011)

Así, el vínculo entre la Secretaría de Salud y Bienestar Social con el REPSS consiste en la prestación de servicios de atención médica a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) mediante un catálogo de intervenciones explícitas regido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016).

Donde existen 3 carteras de servicios: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el programa denominado Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI). El primero contiene 287 intervenciones en salud que dan cobertura a 1,663 enfermedades; el segundo comprende 61 intervenciones para atender enfermedades de alto costo, por último, el SMSXXI atiende niños menores de 5 años con una cobertura adicional a los 2 primeros de 149 intervenciones (PAT, 2016).

Referente al financiamiento del Seguro Popular, en la Ley General de Salud, Capítulo Tercero Bis de la Protección Social en Salud, De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, en el Artículo 77 BIS 12, se establece que:

El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual en el índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación es efectiva a los Estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo 77 BIS 13:

Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

- I. La aportación mínima de los Estados y del Distrito Federal por persona será equivalente a la mitad de la cuota social a que se determine con base en el artículo anterior, y
- II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

Es importante **enfaticar la importancia de la Afiliación y Reafiliación al Seguro Popular** pues el **Gobierno Federal transfiere a los gobiernos de las entidades federativas**, los recursos por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, **con base en las personas afiliadas**, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, **validados por la Secretaría de Salud**. Por lo tanto, **si la meta de afiliados se incumple, la federación disminuirá la radicación de recursos que recibe el Estado de Colima por ese concepto**.

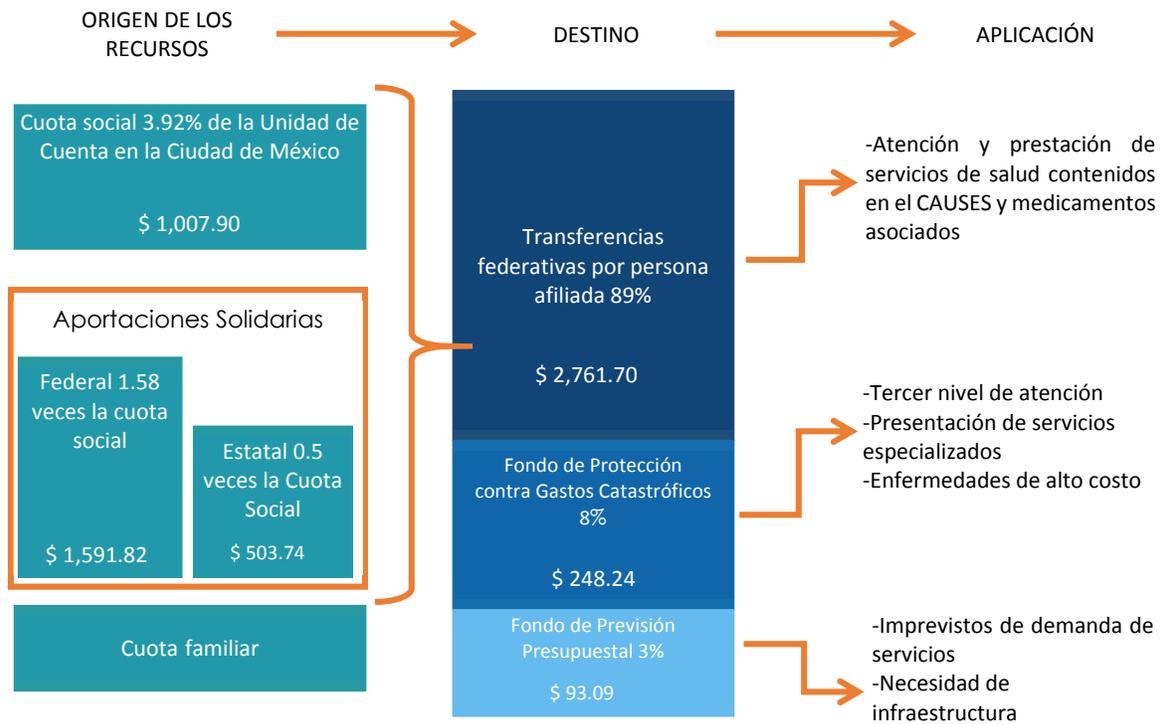
Mientras que en el Artículo 77 bis 17 se establece que la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y en el 77 bis 18, se menciona que de la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal, aplicando, a través de un fondo sin límite de anualidad.

Así, se tiene que el Seguro Popular debe ser integrado por los siguientes elementos:

- ▶ La Cuota Social (CS)
- ▶ La Aportación Solidaria Federal (ASE)
- ▶ La Aportación Solidaria Estatal (ASF)

Esto se muestra con mayor claridad en la figura siguiente:

Figura 1.1 Origen, Destino y Aplicación de los Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (anual por persona)



Fuente: Seguro Popular, Perspectivas, foro de consulta hacia un Programa de Desarrollo Social. CNPSS y ANEXO III-2016 del Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Colima, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Además del monto total de la Aportación Solidaria Federal, se descuenta para el Fondo de Protección Contra Gasto Catastróficos (FPGC) (\$248.24) y para el Fondo de Prevención Presupuestal (FPP) (\$93.09), teniendo un total por descontar de \$341.33.

Así el monto a radicar por persona afiliada queda de la siguiente manera:

$$\begin{aligned}
 & \$666.15 \text{ (Monto a Radicar por Persona)} \\
 & = \$1,007.90 \text{ (Cuota Social)} - \$341.33 \text{ (FPGC y FPP)}
 \end{aligned}$$

De acuerdo a la información financiera del Seguro Popular de Colima se destinó la cantidad de \$171,283,171.28 por concepto de Cuota Social, dicho monto radica en función a los afiliados al Seguro Popular, que para el año 2016 fue de 257,232 integrantes.

Cabe mencionar que con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social

en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan **gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud (SPSS, 2016).**

Para determinar cuándo se puede incurrir a un gasto catastrófico la Secretaría de Salud menciona que:

Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos (2002).

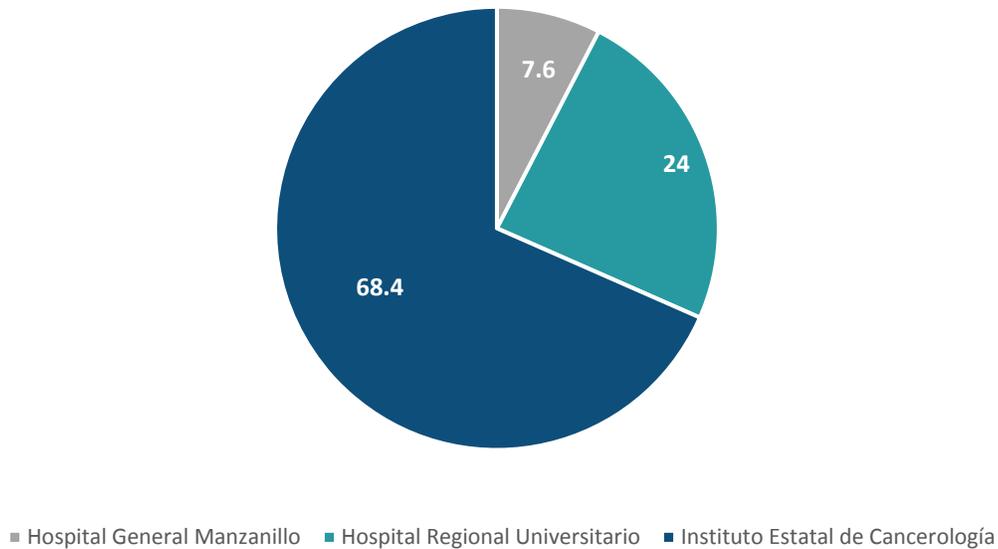
Desde los inicios de la ejecución del FPGC, se ha ido aumentando considerablemente el número de intervenciones comenzado con 6 para el año 2004, llegando así a 61 intervenciones para el año 2016, divididas en nueve categorías como se muestra en el siguiente cuadro:

| Cuadro 1.1. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2016 | |
|---|---------------------------------|
| Grupo | Número de intervenciones |
| Cuidados intensivos neonatales | 3 |
| Malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas | 18 |
| Enfermedades metabólicas | 2 |
| Cáncer en menores de 18 años | 22 |
| Cáncer en mayores de 18 años | 8 |
| Tratamiento médico (Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA) | 1 |
| Menores de 60 años (Infarto agudo al miocardio) | 1 |
| 20 a 50 años (Hepatitis crónica tipo C) | 1 |
| Paciente pediátrico y adulto | 5 |
| Total | 61 |
| Fuente: Elaborado por TECSO con base Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. Anexo 1. | |

El Consejo de Salubridad General, es quien determina y actualiza las **intervenciones y patologías** que puede cubrir el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos tomando en consideración prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera. De igual manera este Consejo **considera solicitudes** de “Definición o Exclusión de Enfermedad como Gasto Catastrófico” emitidas por alguna **institución pública prestadora de servicios** de atención médica para incorporar patologías y/o actualizaciones.

Así, para Gastos Catastróficos en el ejercicio fiscal 2016 se tuvo un total de 1,121 casos atendidos que representaron un monto radiado por la cantidad de \$69,791,622.03, estos fueron distribuidos a tres unidades médicas para su ejecución, esto se muestra en la gráfica siguiente:

Gráfica 1.1 Distribución de los recursos del Fondo de Gastos Catastróficos por unidad ejecutora del gasto (Porcentaje)



Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información Financiera del Seguro popular de Colima

Como se puede observar el Instituto Estatal de Cancerología es al que mayor cantidad de recursos se destina con el 68.4%, seguido del Hospital Regional Universitario con 24% y el Hospital General Manzanillo con el restante 7.6%.

De acuerdo al porcentaje de recursos destinados se ve reflejado en el número de procedimientos atendidos, pues para el año 2016 el Instituto Estatal de Cancerología atendió 861 casos, seguido del Hospital Regional Universitario con 147 y el Hospital General Manzanillo atendió 113 casos.

Así, de acuerdo a la información financiera del Seguro Popular se tiene que la distribución por unidad y padecimiento fue de la siguiente manera:

| Cuadro 1.2 Distribución del Fondo de Gastos Catastróficos, por padecimiento, Colima 2016 | | | | |
|---|---|--------------|------------------------|-------------------|
| Unidad Ejecutora Del Gasto | Nombre Del Padecimiento | Casos | Monto Radicado | Porcentaje |
| Hospital General Manzanillo | Cuidados Intensivos Neonatales | 113 | \$5,273,242.00 | 7.6 |
| Hospital Regional Universitario | Cuidados Intensivos Neonatales | 123 | \$5,746,758.00 | 8 |
| Hospital Regional Universitario | Enfermedades Lisosomales | 24 | \$11,187,791.03 | 16 |
| Total Hospital Regional Universitario | | 147 | \$16,934,549.03 | 24 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer Infantil | 22 | \$1,521,481.00 | 2.2 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento de Cáncer Infantil | 38 | \$384,180.00 | 0.6 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer de Recto | 15 | \$1,554,598.00 | 2.2 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Continuidad de Cáncer de Recto | 3 | \$135,639.00 | 0.2 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer Cervico Uterino | 10 | \$625,770.00 | 0.9 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Tumor Maligno de Testículo | 8 | \$171,790.00 | 0.2 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Tumor Maligno de Próstata | 30 | \$1,021,361.00 | 1.5 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento a Cáncer Cérvico Uterino | 128 | \$1,248,693.00 | 1.8 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer de Mama con Anticuerpos Monoclonales | 19 | \$1,149,155.00 | 1.6 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento a Cáncer de Mama con Anticuerpos Monoclonales | 53 | \$7,213,206.00 | 10.3 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento a Cáncer de Mama | 261 | \$10,312,261.00 | 14.8 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer de Mama | 146 | \$14,280,464.00 | 20.5 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Leucemia Linfoblástica Aguda | 3 | \$51,438.00 | 0.1 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento Leucemia Linfoblástica Aguda | 18 | \$1,095,217.00 | 1.6 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Tumor Germinal Ovárico | 5 | \$49,710.00 | 0.1 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento Tumor Germinal Ovárico | 5 | \$489,309.00 | 0.7 |

| Unidad Ejecutora Del Gasto | Nombre Del Padecimiento | Casos | Monto Radicado | Porcentaje |
|---|--|--------------|------------------------|-------------|
| Instituto Estatal de Cancerología | Tumor Epitelial Ovárico | 6 | \$40,536.00 | 0.1 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento Tumor Epitelial Ovárico | 6 | \$189,338.00 | 0.3 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Linfoma No Hodgkin | 7 | \$852,002.00 | 1.2 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer de Colon | 11 | \$406,845.00 | 0.6 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento Cáncer de Colon | 3 | \$1,033,249.00 | 1.5 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Cáncer de Colon y Recto con Anticuerpos Monoclonales | 5 | \$691,496.00 | 1 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento Cáncer de Colon y Recto con Anticuerpos Monoclonales | 2 | \$302,431.00 | 0.4 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento de Tumor Maligno de Próstata | 40 | \$1,646,114.00 | 2.4 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento de Linfoma de No Hodgkin | 8 | \$688,882.00 | 1 |
| Instituto Estatal de Cancerología | Seguimiento de Tumor Maligno de Testículo | 9 | \$427,657.00 | 0.6 |
| Total Hospital Regional Universitario | | 861 | \$47,582,822.00 | 68.4 |
| Total General | | 1,121 | \$69,790,613.03 | 100 |
| Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información Financiera del Seguro popular de Colima | | | | |

De acuerdo a la distribución de los recursos por unidad de gasto se observa que este se destina en mayor proporción al seguimiento y tratamiento de los distintos tipos de cáncer, mediante el Instituto Estatal de Cancerología, siendo el cáncer de mama es al que mayores recursos se destina con el 47.2%.

Además, con el fin de incrementar, con transparencia en las unidades médicas, la capacidad resolutoria y de orientación a las Solicitudes de Atención de los usuarios y beneficiarios por medio de la implementación del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario (SUG) en el Sistema Nacional de Salud.

El SUG tiene por objetivo:

Incrementar con transparencia la capacidad resolutoria de los establecimientos de atención médica en lo referente a las solicitudes de atención de los usuarios mediante el Sistema Unificado de Gestión para la tutela de derechos y consolidar la mejora en el establecimiento y la población que atiende (CNPSS, 2015).

Este sistema cuenta con **Módulos de Atención y Operación**, estos estarán destinados para atender, orientar y solucionar de manera inmediata y satisfactoria a las necesidades de los usuarios y/o beneficiarios de las unidades médicas.

Además, cuenta con **Buzones** los cuales fungen como en medio de comunicación entre el personal del Seguro Popular y los usuarios y/o beneficiarios de los servicios de salud, teniendo como propósito el fortalecimiento de la gestión de mejora continua.

Para efectos de estudio las Solicitudes de Atención se dividen en las siguientes categorías; Queja, Sugerencia Felicitación y Solicitud de Gestión, a su vez éstas tienen estas se clasifican en:

- ▶ Atención al Usuario
- ▶ Capacidad Instalada
- ▶ Medicamentos
- ▶ Gastos de Bolsillo

Así, el SUG trae consigo beneficios a los usuarios tales como:

- ▶ Proporcionar Atención y Orientación oportuna a los Usuarios, con calidez y trato digno.
- ▶ Fortalecer canales de comunicaciones eficientes y eficaces entre los prestadores de Servicios de Salud y la ciudadanía, con transparencia, credibilidad y confianza para contribuir al acceso efectivo de los Servicios de Salud.
- ▶ Garantizar la Gestión de Solicitudes de Atención, Resolución y Notificación a los Usuarios, al interior de los Establecimientos de Salud y Autoridades Competentes.

Así el “Seguro Popular” acerca los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a la población que carecen de empleo, trabajan por cuenta propia y no son derechohabientes de ninguna

institución de seguridad social para satisfacer de manera integral sus necesidades de salud.

Por tal, el Sistema de Protección Social en Salud junto al FPGC han ido evolucionado ajustándose al contexto de la sociedad para con esto cumplir de forma efectiva con los objetivos del Fondo, que busca evitar el empobrecimiento de la población mediante el acceso a los servicios de salud.

El REPSS tiene la capacidad de incidir en crecimiento del Fondo, por lo que puede participar en las definiciones de patologías que generan gasto catastrófico por medio del Instituto Estatal de Cancerología o de los Hospitales de Colima y Manzanillo para incrementar las intervenciones e incurrir en el aumento de este este financiamiento.

2. Características del programa

El “*Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos*” (FPGC) es operado por el Régimen Estatal de Protección en Salud (REPSS), desde el año 2004. Para el ejercicio fiscal 2016 tiene por objetivo:

Apoyar la atención integral principalmente de los beneficiarios del Sistema, en la cual deberán contemplarse de manera incluyente, las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, en términos de lo que establece la normatividad aplicable.

El REPSS señala como necesidad, “Reducir el riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables que padezcan una enfermedad considerada como Gasto Catastrófico y estén afiliados al Seguro Popular.”

El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, se vincula directamente con la Meta 2. México Incluyente del **Objetivo 2.3** Asegurar el acceso a los servicios de salud del **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**. De igual forma, se encuentra vinculación directa con **Objetivo 2**. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad del **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**.

El Fondo tiene identificada su **población potencial**, estimada en el total de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, la **población objetivo** son todos los usuarios que solicitaron el servicio para el año 2015, estimando una proyección de usuarios atendidos; y por último la **población atendida** son los casos validados para el año 2016. La información en cuanto a las características de los usuarios se encuentra desglosada por edad, sexo, tipo de servicio realizado y patología que presenta el paciente.

Para el FPGC, en el ejercicio fiscal 2016 se aprobó un presupuesto de \$69,949,990.00 para el cumplimiento de sus objetivos.⁴

La cédula integrada por el REPSS para el análisis del Programa fue revisada de acuerdo con la metodología de CONEVAL establecida para la evaluación en la materia del cumplimiento a las disposiciones. Como

⁴ Presupuesto de egresos Colima, 2016.

resultado, se observa **un cumplimiento de 55.9%**, al obtenerse **76 puntos** de calificación de los 136 posibles, como se detalla en el cuadro siguiente:

| Cuadro 2.1. Valoración CONEVAL | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Apartado | Valoración máxima | Valoración obtenida | % |
| Diseño | 36 | 19 | 52.8 |
| Planeación y orientación a resultados | 24 | 10 | 41.7 |
| Cobertura y Focalización | 4 | 2 | 50 |
| Operación | 48 | 41 | 85.4 |
| Percepción de la población atendida | 4 | 4 | 100 |
| Medición de resultados | 20 | 0 | 0 |
| TOTAL | 136 | 76 | 55.9 |

A continuación, se detalla cada uno de los apartados.

3. Análisis del Diseño

3.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa

El Sistema de Protección Social en Salud es operado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, para el ejercicio fiscal 2016 y tiene como objetivo general, dentro del Programa de Trabajo 2016:

Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias. (2016)

Este objetivo se desprende de las ROP e indicadores de gestión y evaluación del Sistema de Protección Social en Salud emitidas por la Secretaría de Salud; sin embargo, el SPSS cuenta con una MIR a nivel Estatal, que, si bien no es específica del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, estos objetivos responden a las necesidades específicas de los Colimenses, que son:

Contribuir el mejoramiento integral de las condiciones de vida de los colimenses a través de un sistema de salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional. (Fin)

Los habitantes del Estado de Colima reciben servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional. (Propósito)

Como se puede observar, el primer objetivo está planteado desde el punto de vista de cobertura, mientras que el de la MIR estatal, se enfoca hacia la calidad. Esta diferencia se puede apreciar en el cuadro siguiente:

| Cuadro 3.1. Objetivos del Seguro popular y objetivos de la MIR Estatal del SPSS | | |
|--|--|---|
| Nivel | Objetivos del Seguro Popular | MIR Estatal |
| Objetivo General /Fin | Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público , atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias. | Contribuir al mejoramiento integral de la condición de vida de los colimenses a través de un Sistema de Salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional |
| Objetivos Específicos /Propósito | <ul style="list-style-type: none"> * Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico. * Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos. * Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud. * Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud. | Los habitantes del Estado de Colima reciben servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional |
| Fuente: Elaborado por TECSO con base en los objetivos de Seguro Popular y la MIR Estatal del SPSS | | |

Es importante mencionar que el REPSS identifica solamente los objetivos utilizados desde la federación, lo que implica que los esfuerzos se direccionan a incrementar la cobertura, que si bien, no es errado, la política pública planteada en Colima, al igual responde a cobertura, pero con la variante de que se busca sea de excelencia.

Para el caso específico del “*Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos*” (FPGC) este es operado por el Régimen Estatal de Protección en Salud (REPSS), desde el año 2004. Para el ejercicio fiscal 2016 y tiene por objetivo:

Apoyar la atención integral principalmente de los beneficiarios del Sistema, en la cual deberán contemplarse de manera incluyente, las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, en términos de lo que establece la normatividad aplicable.

En cuanto al diagnóstico, el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 se señala que "en el año 2014, el .83% de los hogares en Colima recurrieron a un gasto catastrófico en salud comparado con 2.08% en todo el todo el país". A pesar de ser un porcentaje considerablemente bajo, estas familias se consideran en riesgo de empobrecimiento por motivos de salud.

En cuanto al Régimen, esta entidad pública menciona como diagnóstico el "Convenio modificador al convenio de colaboración en materia de prestación de servicios médico-hospitalarios cubiertos por recursos del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, del Fideicomiso del Sistema de Protección social en Salud"; Sin embargo, al ser un documento normativo solo regula la aplicación del Fondo dentro del Estado.

Todo ello, bajo el sustento jurídico para la intervención complementaria del FPGC desprendiéndose de la Constitución política de los Estados Unidos mexicanos, donde el Artículo 4º señala que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

Aunado a ello, en la Ley General de Salud, Artículo 77 BIS 1, se menciona que "Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud" (2016)

Se debe tomar en cuenta que, en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Colima (LOAPEC) en su Artículo 32 se establece que a la Secretaría de Salud y bienestar Social le corresponde el estudio, planeación, resolución y despacho de diversos asuntos, dentro de los que destacan:

I.- Garantizar en el ámbito de su competencia local el derecho a la protección de la salud de la población del Estado de Colima y dirigir la política estatal en materia de salubridad general en el marco de concurrencia de la Federación y las entidades federativas conforme a lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.

II.- Planear, coordinar y evaluar el Sistema Estatal de Salud y proveer la adecuada participación de los sectores público, social y privado a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud". (LOAPEC, 2015)

A su vez, en la Ley de Salud del Estado de Colima en su Artículo 5° se establece que:

Corresponderá a la Secretaría actuar en las materias que se le descentralicen como autoridad sanitaria federal:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de:

a) Atención médica en sus formas preventiva, curativa y de rehabilitación, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables. (Honorable Congreso Contitucional del Estado Libre y Soberano de Colima, 2006)

Para efectos específicos de las atribuciones del Estado de Colima en cuanto al Sistema de Protección Social en Salud, en 2015 se establece el "Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima" definiendo como un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, sectorizado a los Servicios de Salud del Estado de Colima, con personalidad jurídica y patrimonio propios, autonomía administrativa, presupuestal, técnica, de gestión, de operación y de ejecución, mismo que atenderá los asuntos que este Decreto, su reglamento interior y demás normatividad aplicable le señalen (Secretaría de Salud y Bienestar Social , 2015), en dicho decreto se menciona en su Artículo 3, que:

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, tendrá como objeto **garantizar las acciones de protección social en salud**, mediante el **financiamiento** y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona.

Como justificación teórica del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el Régimen expone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, al revisar este documento se puede apreciar que dentro del capítulo II, se establecen las condiciones

para llevar a cabo este servicio. Tal y como se menciona en el artículo 95 párrafo 2:

El financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo de los que provocan gastos catastróficos y medicamentos asociados, estará dirigido a apoyar la atención integral principalmente de los beneficiarios del Sistema, en la cual deberán contemplarse de manera incluyente, las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, en términos de lo que establece el artículo 77 Bis 29 de la Ley, y demás disposiciones aplicables. (DOF, 2011)

Asimismo, el Régimen también menciona el “Convenio modificador al convenio de colaboración en materia de prestación de servicios médico-hospitalarios cubiertos por recursos del fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, del Fideicomiso del Sistema de Protección social en Salud” que puede tomarse como una justificación teórica, ya que este documento tiene por objeto:

La participación de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del estado de Colima en **el sistema de prestación de servicio médico-hospitalarios del diagnóstico y tratamiento de intervenciones consideradas como Gastos Catastróficos.** (Sistema de Protección Social en Salud, 2015)

Además, se cuenta con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual es un documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención en salud. En el que se describen las intervenciones a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular.

Por lo anterior, existen suficientes elementos normativos que caracterizan y explican tanto la creación del Sistema como el diseño de las acciones a realizar para su ejecución. Donde, de igual manera el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos como elemento primordial del Seguro Popular, se encuentra reconocido con los mismos documentos con el objeto de incidir en la aplicación constitucional.

Por otro lado, Es importante resaltar que si bien, el REPSS identifica los objetivos planteados en el Programa de Trabajo, se cuenta con la MIR Estatal del SPSS, teniendo dos enfoques de política pública, por un lado, la

cobertura y por otro lado la calidad en los servicios de salud. Por lo que se recomienda priorizar hacia donde se dirigirán los esfuerzos, tomando en cuenta la aplicación del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

3.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales

En este apartado se busca identificar el nivel de contribución que tiene el Sistema de Protección Social en Salud con las metas y estrategias de los planes estatales y nacionales, así como con los programas sectoriales y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en materia de salud.

Para este caso, el Régimen señaló vinculación con la meta cuatro del Plan Nacional de Desarrollo:

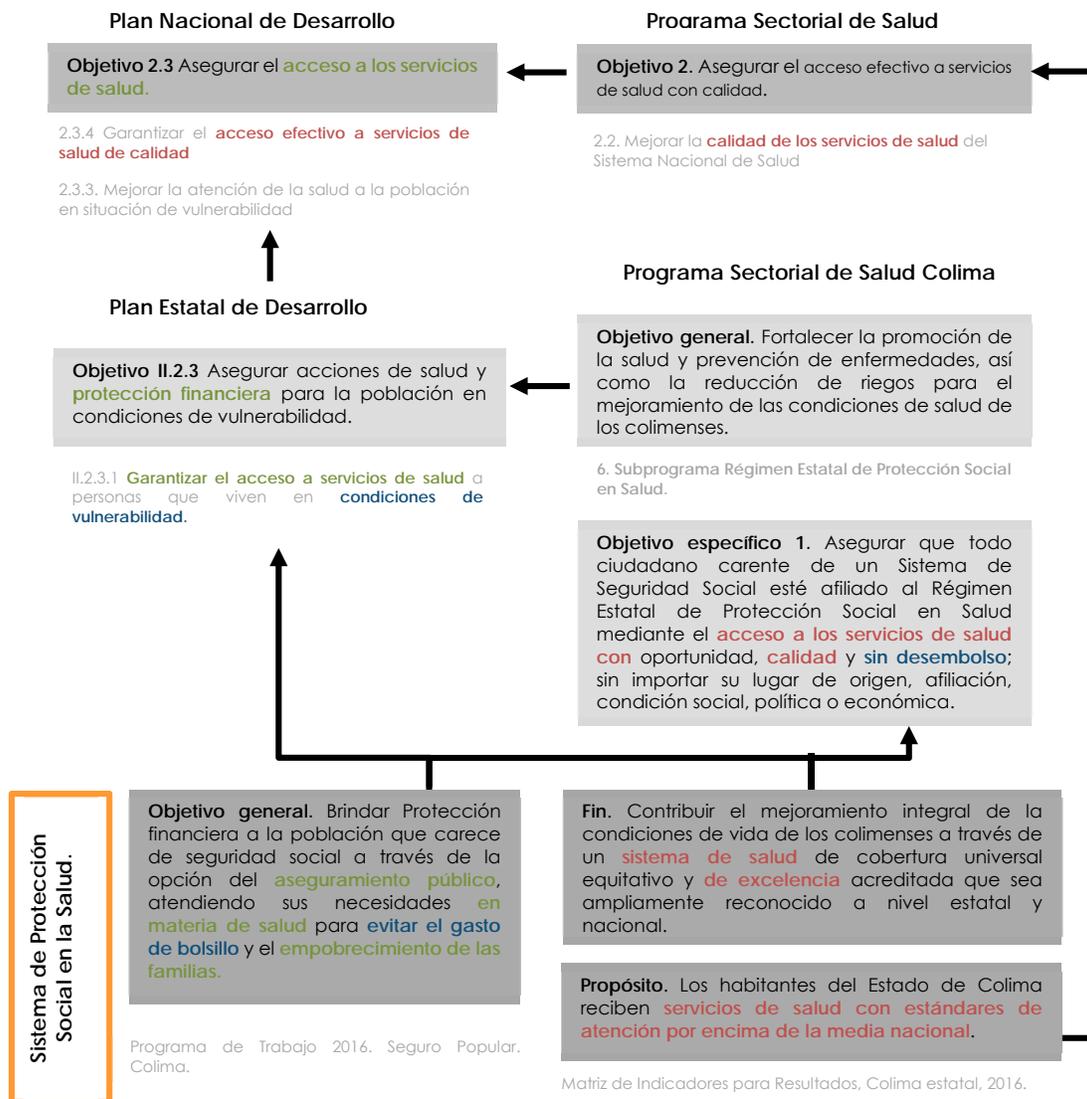
Meta 4. Un México Próspero que promueva el crecimiento sostenido de la productividad en un clima de estabilidad económica y mediante la generación de igualdad de oportunidades.

Por lo que, esta meta nacional al enfocarse al crecimiento económico del país y como esto puede influir en la calidad de vida de la población. Puede incidir desde lo económico a mejorar la igualdad de oportunidades en cuanto a la disminución del empobrecimiento de la población a causa de una enfermedad.

De igual forma, el Régimen expone que existe vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018. Ambos documentos se encuentran vinculados adecuadamente a los que establece el FPGC, ya que, por otro lado, se habla de acceso y a la salud de calidad y por otro de las patologías más recurrentes que presenta el Estado y que son cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Asimismo, el Sistema de Protección Social en Salud de Colima contiene un objetivo general plasmado en el Programa de Trabajo 2016, mismo que se encuentra en el "Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)" y una MIR estatal con Fin y Propósito que no menciona el REPSS en sus argumentos; por tal es pertinente encontrar vinculación de estos objetivos que se encuentran dentro de documentos oficiales con entidades públicas a nivel estatal y federal para encontrar similitudes en las acciones de política pública. Tal y como se muestra en la siguiente figura:

Figura 3.1. Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con los objetivos de política pública



Fuente: Elaborado por TECSO con base en objetivo general del Programa de Trabajo 2016 del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima; MIR estatal Colima, 2016; Programa Sectorial de Salud Colima 2016-2021; Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021; Programa Sectorial de Salud 2013-2018; y Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Se identificó la vinculación del objetivo con el **Sistema de Protección Social en Salud** con las **estrategias 2.3.3**. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad y la **estrategia 2.3.4**. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad; las cuales se desprenden **objetivo 2.3**. Asegurar el acceso a los servicios de salud; meta 2. México Incluyente del **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**. Al observar lo que exponen ambos objetivos, se puede determinar una vinculación del Régimen con la Política Federal. Ya que ambos tienen como interés el **acceso a la salud de la población en situación vulnerable o empobrecimiento**. Por tal, el FPGC se ve reflejado a exponer que su principal función es evitar el empobrecimiento financiero de la población más vulnerable.

Asimismo, otra de las políticas a nivel federal con énfasis en la atención de la carencia por acceso a la salud es **Programa Sectorial de Salud 2013-2018** en el **objetivo 2**, se puede observar que este se vincula con el nivel de Propósito de la MIR del SPSS al enfocarse en la calidad de los servicios de salud otorgados. Con lo que establece que el Régimen, se puede tiene una vinculación parcial.

A nivel estatal, se encuentra el **Programa Sectorial de Salud Colima 2016-2021**, que en el subprograma 6, al estar enfocado al acceso a la salud a las personas carentes de estos. Al comparar el objetivo específico de este programa sectorial con el planteado por el Régimen estatal, se puede encontrar similitudes de acción. Sin embargo, la vinculación es parcial, ya que el plan sectorial del estado se enfoca en otorgar por un servicio de salud con calidad.

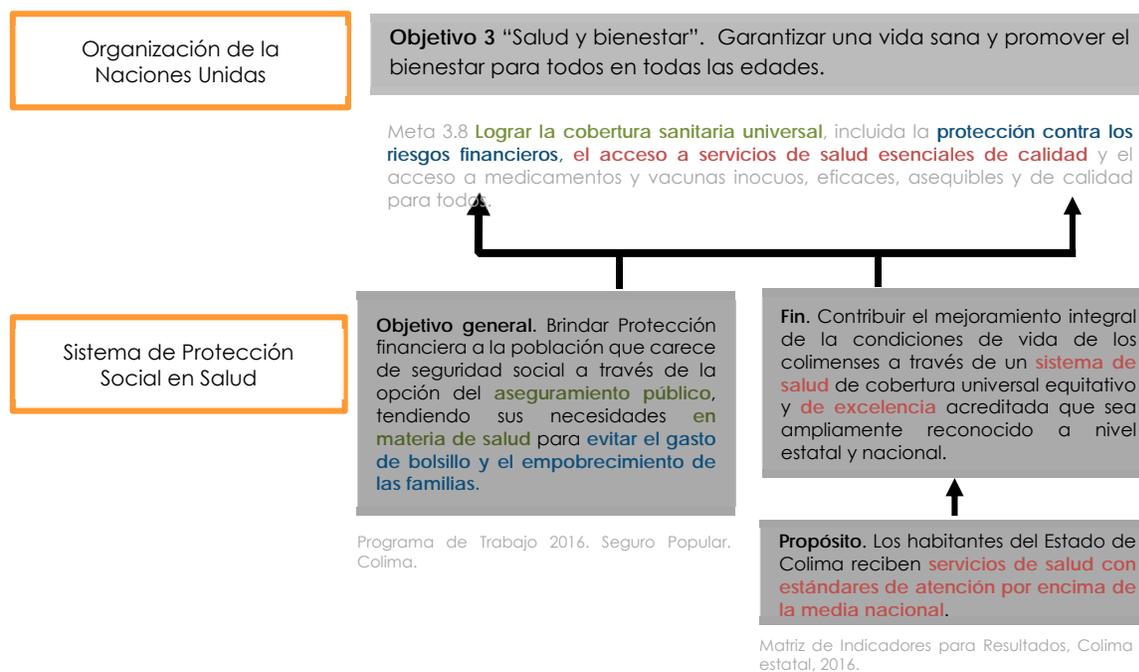
Además, se encontró vinculación con el objetivo de Fin de la MIR Estatal del SPSS con el Programa Sectorial de Salud del Estado de Colima al enfocarse a la cobertura de personas con carencia por acceso a los servicios de salud.

Mientras que en la acción **II.2.3.1 "Garantizar el acceso a servicios de salud a personas que viven en condiciones de vulnerabilidad"**, del **Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021**, se puede determinar una vinculación directa con la política pública a nivel estado, ya que ambas están encaminadas a la protección financiera y evitar los gastos de bolsillo tal y como lo establece el FPGC.

La vinculación con la política pública en todo los niveles de gobierno y otras entidades públicas, trae consigo el cumplimiento eficaz en las acciones que el Régimen pretende llevar a cabo. Por tal, la vinculación que presenta el Régimen con el Plan Nacional de Desarrollo es acorde y se complementa con los planes sectoriales tanto a nivel nacional como estatal, así como con el Plan de Desarrollo a nivel estado.

Por otro lado, la Organización de la Naciones Unidas, expone su interés en el tema salud en la “Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, en el objetivo 3, esto se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.2. Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible



Fuente: Elaborado por TECSO, con base en objetivo general del Programa de Trabajo 2016 del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima; MIR estatal, Colima 2016 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Al observar lo que establece esta organización mundial en materia de salud y contrastarlo con el objetivo principal del Programa de Trabajo, se puede determinar que ambos buscan incrementar la cobertura a los servicios de salud de la población. Por tal, existe una vinculación directa.

De igual manera, tanto el Fin y Propósito de la MIR estatal, buscan incidir en la calidad de los servicios de salud tal y como lo plantea la Organización de

las Naciones Unidas. Con estas similitudes, se puede determinar una vinculación directa con los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

Estas similitudes se ven reflejadas a raíz de la implementación del Programa Piloto de Referencia Nacional ejecutado por el Subcomité Especial para implementar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el Estado de Colima. (2017) Que tiene por objeto alinear las acciones del estado a los objetivos internacionales y así mejorar las condiciones de salud de los habitantes de Colima.

Por tal, la política del Régimen está diseñada para responder y dar cumplimiento a lo establecido por lo ONU, por lo que se observa una vinculación directa con los objetivos de esta organización internacional.

En cuanto al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se observa que el objetivo general del Programa de trabajo es quien mejor se alinea al Objetivo internacional, ya que ambas políticas argumentan que el acceso a los servicios de salud debe evitar el empobrecimiento financiero de la población. Por ende, existe una vinculación directa entre ambas partes.

Por todo lo anterior, aunque existen dos objetivos para Seguro Popular Colima que por un lado argumentan el incremento de cobertura y por el otro mencionan la calidad en los servicios médicos, ambos se ven reflejados en las acciones del Plan nacional y los objetivos de la ONU.

Por otro lado, ambos planes sectoriales tanto estatal como federal consideran la calidad de los servicios médicos reflejados en las acciones de la MIR estatal. Para el caso de la cobertura, la vinculación directa se ve reflejada en objetivo general del PAT y el Plan de desarrollo estatal.

Si bien, el REPSS argumenta una cobertura alta en el estado, podría ocuparse como principal función a la calidad de los servicios médicos. Por tal, podría responder a la MIR estatal, sin embargo, dejarían de responder a las reglas de operación.

Por lo que se recomienda incluir ambas partes al definir estrategias que atiendan la cobertura e incluir esta cobertura como un elemento de calidad.

3.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad

Este apartado tiene como objetivo identificar si el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, tiene definidos los siguientes conceptos:

- ▶ Población potencial, objetivo y atendida, y mecanismos para identificarla.
- ▶ Información sobre la demanda total de apoyo y sus características.
- ▶ Estrategia de cobertura.
- ▶ Procedimientos para la selección de beneficiarios.

Estos conceptos ya tienen referentes obligatorios, por ello, de acuerdo con los términos de referencia de CONEVAL, se entenderá por:

- ▶ **Población potencial** a la población total que representa la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
- ▶ **Población objetivo** a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
- ▶ **Población atendida** a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

El REPSS identifica a la población objetivo como el “número de población afiliada al Seguro Popular durante el 2016”. Entendiendo esto como el universo de los posibles acreedores al servicio de Gastos Catastróficos que según en el anexo 2A Población objetivo asciende a “280,408 afiliados”.

Esta información coincide con lo publicado en la página de transparencia del Seguro Popular Colima y se encuentra distribuida por municipio de la siguiente manera:

| Cuadro 3.2 Estadísticas del padrón de afiliados 2016. | | |
|--|---------------|----------------|
| Apartado | Familias | Integrantes |
| Armería | 8,420 | 19,278 |
| Colima | 27,250 | 56,296 |
| Comala | 5,373 | 12,387 |
| Coquimatlán | 5,042 | 11,249 |
| Cuauhtémoc | 5,877 | 12,930 |
| Ixtlahuacán | 2,330 | 4,823 |
| Manzanillo | 25,811 | 57,082 |
| Minatitlán | 2,207 | 4,914 |
| Tecomán | 28,242 | 64,286 |
| Villa de Álvarez | 18,098 | 37,163 |
| Total | 128,65 | 280,408 |
| Fuente: Base a la estadísticas del padrón de afiliados del Régimen estatal de Protección Social en Salud Colima 2016, consultado en: http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/afiliadosAnual.pdf | | |

Por tal, se identifica claramente la población potencial al comparar las fuentes públicas con las entregadas por el REPPS.

Para la población objetivo, el REPSS señala “al número de casos atendidos en el ejercicio anterior previo al evaluado (2015) dicho número se encuentra en el anexo 2A Población objetivo determinado en “1,171 casos”. De igual manera, dicha cantidad se identifica en la página de transparencia de la Secretaría de Salud y Bienestar Social de Estado⁵.

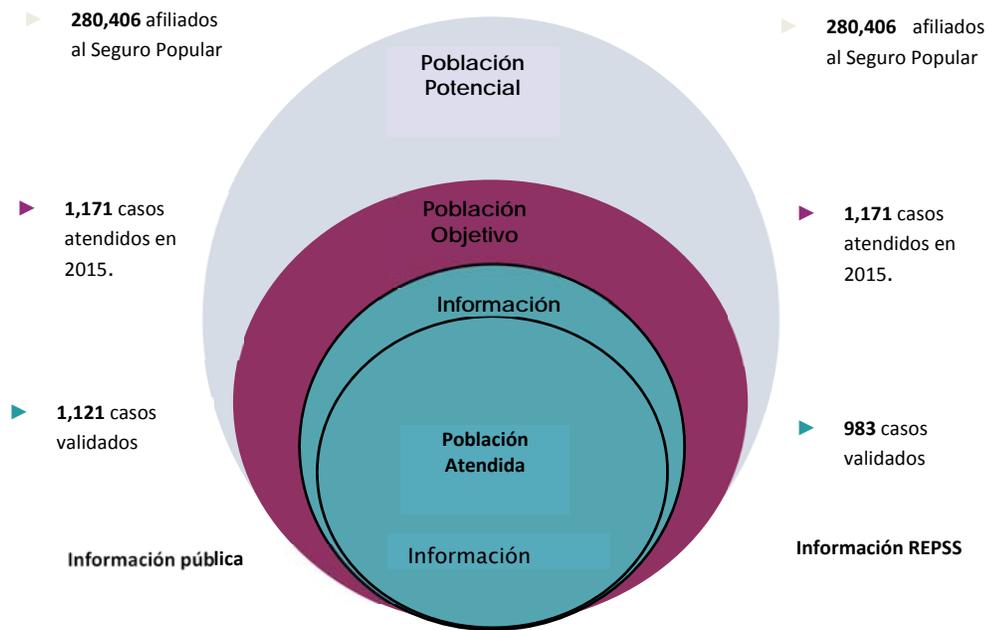
Con esta información se determina que la población objetivo es una proyección de lo que se estimó atender para el año 2016.

Por otro lado, El REPSS señala una “cobertura de 983 casos”. Sin embargo, este dato difiere con lo obtenido en la página de transparencia de la Secretaría de Salud y Bienestar Social de estado donde se menciona la cantidad de “1,121 casos” para el 2016.

Por tal, la información descrita con anterioridad se ejemplifica de la siguiente manera:

⁵ Secretaría de Salud y Bienestar Social de Estado de Colima consultado en:
http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/info_financiera.php

Figura 3.3. Población potencial, objetivo y atendida del FPGC 2016



Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información proporcionada por el REPSS e información pública.

Al comparar los datos que expone el Régimen con lo publicado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social, se encuentra diferencias notorias dentro de los casos validados, diferencia que asciende a 138 casos que no se ven reflejados en los argumentos del RPSS y que podría traer consigo una deficiente medición de los resultados.

Para el caso de la información proporcionada por el REPSS, se integra una base de datos sistematizada que incluye información de los usuarios, tales como expediente, patología, edad, sexo, fase de atención, etc. con lo que se logran identificar las características de los beneficiarios a este servicio. Además, es posible conocer las características socioeconómicas de los beneficiados por el Fondo pues:

Debido a que dicho estudio socioeconómico se realiza al momento de la afiliación al Seguro Popular y cualquier afiliado puede gozar de los derechos al programa sin necesidad de que se realice un nuevo estudio socioeconómico.

Con la información aquí expuesta, se puede determinar que el Régimen discierne correctamente en cuanto a los conceptos de los tres tipos de población para la implementación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Sin embargo, la diferencia de información pública con la proporcionada por el REPSS en cuanto a los casos validados, puede traer consigo la limitación de la medición de los resultados atribuidos a la aplicación del FPGC.

Asimismo, la diferencia de los casos validados puede deberse a la duplicación de casos por diagnóstico, atención y seguimiento para una sola persona, por tal se recomienda implementar un mecanismo que difiera de los casos validados con los usuarios para tener la información más certera.

3.4. Evaluación y análisis de la Matriz de indicadores para Resultados

Como parte del proceso de planeación de un programa presupuestario, y siguiendo la lógica establecida en la Guía para la elaboración de la Matriz de indicadores para Resultados de la SHCP, es necesario contemplar integralmente la elaboración de la **secuencia** *Árbol de Problemas-Árbol de Objetivos-Matriz de Indicadores* para lograr un mayor asertividad en cuanto al planteamiento de los objetivos que serán sometidos a medición de resultados.

Estos tres momentos son fundamentales en la creación y diseño de un programa, no sólo en su elaboración sino también en la coherencia y correspondencia que deben mantener como parte de la estructura analítica de un programa presupuestario.

Cabe recordar que la MIR *“es una herramienta que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultando de un proceso de planeación con base en la Metodología del Marco Lógico”* (SHCP, 2010: 44), por lo que se hace énfasis en su correspondencia, ya que forman parte de **un ejercicio de articulación estratégico**.

Es importante mencionar que al carecer de apertura programática el “Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos”, no cuenta con árbol de problemas ni con árbol de objetivos. Al no ser como tal un programa presupuestario carece de una Matriz de indicadores, como se menciona en el siguiente párrafo:

De acuerdo con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, todos los programas presupuestarios están obligados a tener una MIR. A fin de contribuir a la transparencia y la rendición de cuentas. (CONEVAL, 2016)

Además, en el Anexo 4 “Matriz de Indicadores para Resultados” el REPSS mencionó sólo contar con el indicador de Fin del cual se realizará el respectivo análisis. Mientras quede la MIR del SPSS se realizará el análisis de

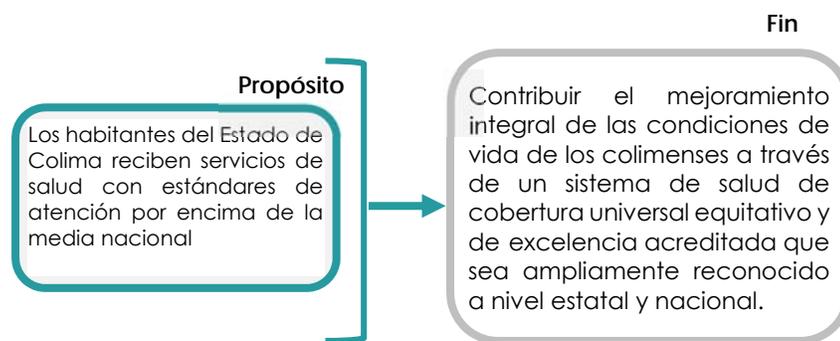
Lógica Vertical y Horizontal del Fin y del Propósito. Sin embargo, de los 50 indicadores ni uno hace referencia a la medición de resultados del FPGC.

3.4.1. De la lógica vertical de la MIR del Sistema de Protección Social en Salud

El análisis de la lógica vertical de la MIR permite verificar la relación causa-efecto directa que existe entre los diferentes niveles de la Matriz. (CONEVAL, SHCP, SFP).

La relación causal Propósito-Fin se ejemplifica en la siguiente figura:

Figura 3.4. Relación causal del propósito con el fin del Sistema de Protección Social en Salud.



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

El indicador es consistente, bajo el supuesto de que los servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional cuentan con las cualidades descritas en el objetivo de fin; es decir que es de cobertura universal equitativa y de excelencia acreditada sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional.

Aunado a ello, cuenta con la sintaxis sugerida en la Guía para el Diseño de la MIR emitida por CONEVAL, SHCP y SFP, ya que el objetivo del programa indica el efecto directo que se espera en los habitantes de Colima y por su parte el fin, contribuye a un logro estratégico que es mejorar integralmente las condiciones de vida de los colimenses; como se observa en el cuadro siguiente:

| Cuadro 3.3 Análisis de la Sintaxis del Fin de la MIR estatal SPSS” | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
| Nivel del Objetivo | El que | Mediante / a través de | El cómo |
| Fin (MIR Estatal del SPSS) | Contribuir al mejoramiento integral de las condiciones de vida de los colimenses | a través de | un sistema de salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional |
| Nivel del Objetivo | Población o área de enfoque | Verbo | Complemento |
| Propósito (MIR Estatal del SPSS) | Los habitantes del Estado de Colima | reciben | servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional |
| Fuente: Elaborado por TECSO, con base en el Anexo 4 “Matriz de Indicadores para Resultados” y la Guía para el Diseño de la MIR | | | |

En cuanto a la información proporcionada por el REPSS, este indicador no contiene un resumen narrativo; Por tal, no identifica objetivo alguno, por lo cual no se puede realizar un análisis de la sintaxis establecida por CONEVAL.

Por todo lo anterior, se recomienda que se cuente con una MIR que responda a las necesidades del REPSS, ya sea que se cuente con una sola para todo el régimen y que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos quede a nivel de componente; o bien se cuente con una MIR específica para el Fondo.

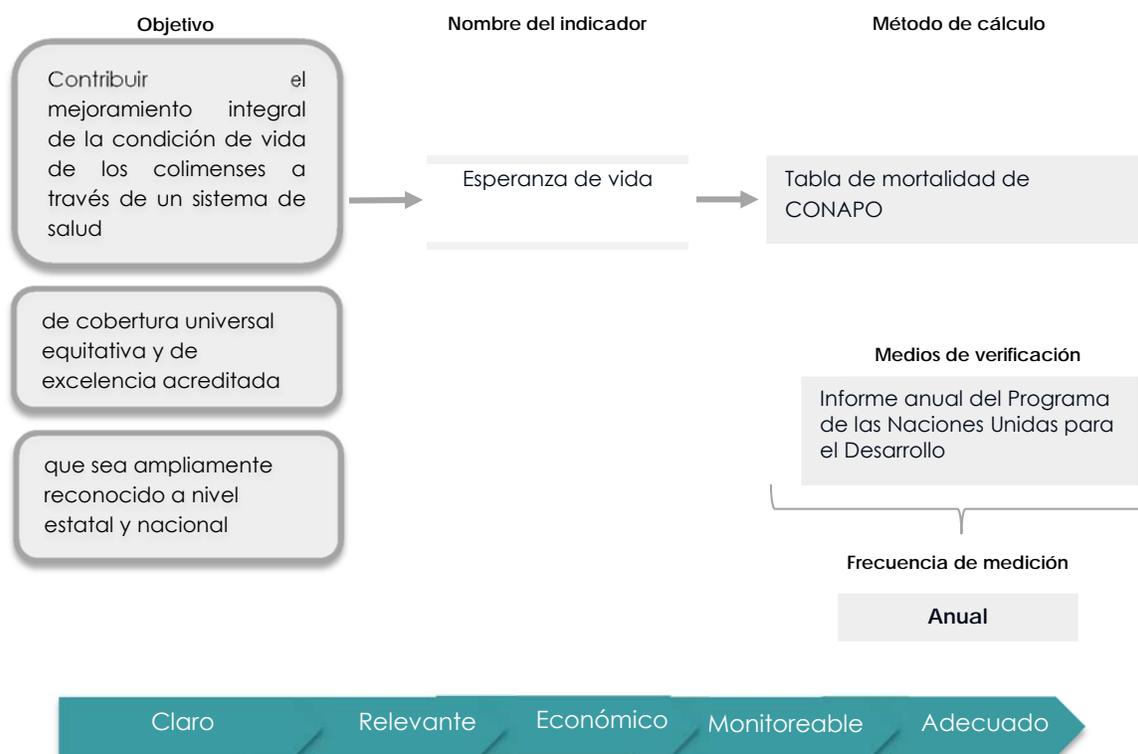
3.4.2. De la lógica Horizontal de la MIR del Sistema de Protección Social en Salud

El análisis horizontal de la MIR consiste en examinar las relaciones causa-efecto, siendo el análisis de derecha a izquierda (CONEVAL, SHCP, SFP).

Así la lectura del análisis de la MIR comprende una lectura lineal, abarcando los elementos, como lo son el objetivo (resumen narrativo), nombre del indicador, los indicadores (método de cálculo), los medios de verificación, la frecuencia de medición y los supuestos. Es importante señalar que dicho análisis se realizó de manera independiente a los resultados obtenidos en la lógica vertical.

El objetivo del **Fin de la MIR del SPSS**, “Contribuir el mejoramiento integral de las condiciones de vida de los colimenses a través de un sistema de salud de cobertura universal equitativo y de excelencia acreditada que sea ampliamente reconocido a nivel estatal y nacional” se mide a través de la “Esperanza de vida”, como se muestra en la figura siguiente:

Figura 3.5. Análisis de la lógica horizontal del Fin de la MIR Estatal del SPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

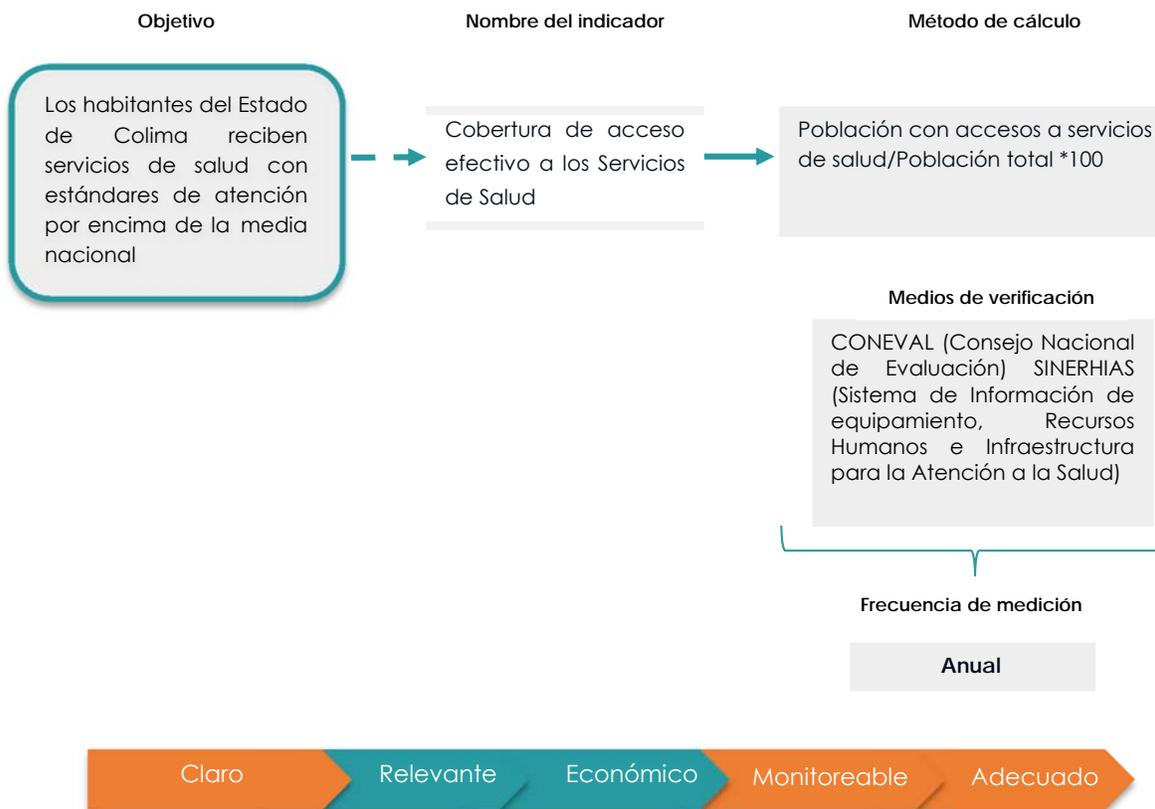
Este indicador, es consistente en todos sus elementos, ya que, aunque la esperanza de vida se caracteriza por múltiples factores, los esfuerzos que se logren en materia de salud son reflejados en este indicador. Ya que es uno de los seleccionados por las Naciones Unidas, para caracterizar un territorio y medir el desarrollo humano.

De acuerdo a la oficina nacional de estadísticas, “Para su cálculo se parte de un instrumento de carácter estadístico-matemático que permite medir las probabilidades de muerte o de vida de una población en función de su edad, que conjuntamente con el sexo constituyen los dos atributos demográficos fundamentales de la misma. Este instrumento se denomina tabla de mortalidad o tabla de vida” (Oficina Nacional de Estadística).

Por todo lo anterior, es que se considera consistente, ya que a ser un indicador de tal relevancia; puede mostrar los resultados que tiene el Estado de Colima.

Mientras que el objetivo de **Propósito de la MIR del SPSS**, “Los habitantes del Estado de Colima reciben servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional” se mide a través de “Cobertura de acceso efectivo a los Servicios de Salud”.

Figura 3.6. Análisis de la lógica horizontal del Propósito de la MIR Estatal del SPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

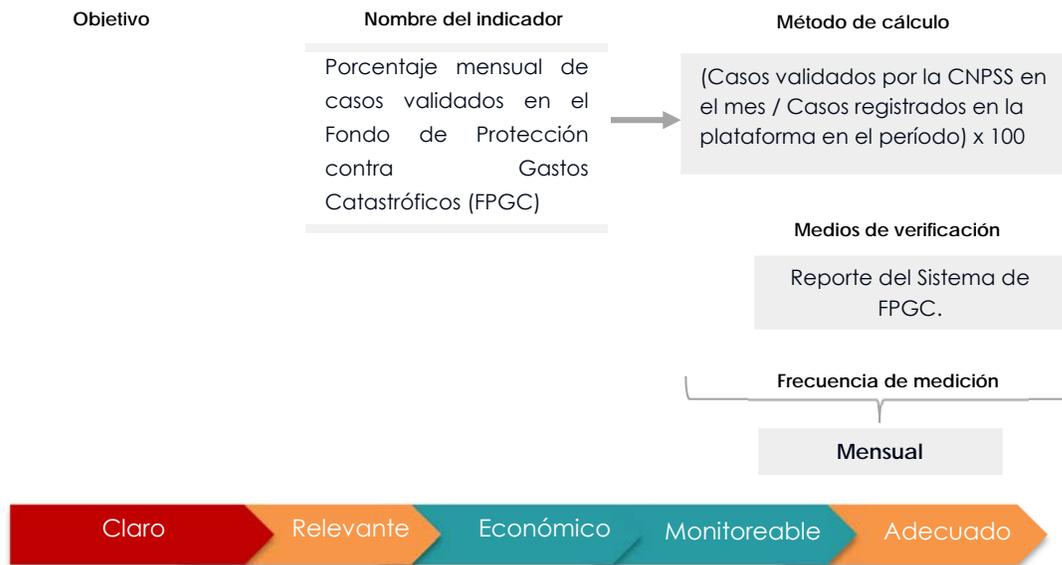
La relación entre el indicador y el objetivo es parcialmente consistente, dado que en el objetivo se plantean “servicios de salud con estándares de atención por encima de la media nacional”, situación que no se ve reflejada en el nombre del indicador ni en las variables establecidas en el método de cálculo, a menos de que haga referencia al acceso efectivo; pero aun así la relación no queda clara.

Mientras que el indicador y el método de cálculo tienen una relación parcialmente directa al estar enfocados al tema de cobertura de acceso a los servicios de salud, sin embargo, en el método de cálculo no se hace referencia al “acceso efectivo” tal como se describe en el nombre del indicador.

Para el caso de los medios de verificación resultan ser ambiguos, ya que CONEVAL o SINERHIAS no son fuentes de información con la cual validar los resultados logrados.

Para el caso de la información proporcionada por el Régimen, se tiene la siguiente figura:

Figura 3.7. Análisis de la lógica horizontal del Fin del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la información proporcionada por el REPSS Colima.

Como se mencionó anteriormente, el indicador no contiene un resumen narrativo por lo que no refleja con claridad lo que se pretende establecer con lo aquí descrito. Sin embargo, con la información presentada se puede inferir que este indicador busca incrementar los casos validados para el FPGC.

En cuanto al método de cálculo, éste resulta adecuado con el indicador, ya que el porcentaje de casos validados es medible sobre los casos registrados en la plataforma. Sin embargo, al no contar con un objetivo al cual medir no se puede valorar la congruencia de ésta.

Para el caso de la frecuencia de medición, esta resulta ser adecuada; ya la mensualidad de medición es acorde a lo que busca establecer este indicador.

De lo anterior se concluye que al carecer de apertura programática el Fondo de protección contra Gastos Catastróficos carece de una Matriz de Indicadores para Resultados teniendo en cuenta que esta es una herramienta de planeación que identifica en forma resumida los objetivos

de un programa, incorpora los indicadores de resultados y gestión que miden dichos objetivos, especifica los medios obtener y verificar la información de los indicadores, e incluye los factores que pueden afectar el desempeño del programa.

De acuerdo con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, todos los programas presupuestarios están obligados a tener una MIR. A fin de contribuir a la transparencia y la rendición de cuentas (CONEVAL, 2016).

Así, tiene un área de oportunidad importante, pues al darle apertura programática se estructuraría un programa armónico de corto, mediano o largo plazo en forma coherente y jerarquizado en función de los objetivos y políticas definidas. Por tal, se recomienda elaborar arboles de problemas y objetivos de manera integrada como un servicio conjunto entre Afiliación, MANDE, aspectos financieros y Cuota social en un solo Marco Lógico.

3.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales.

El objetivo de este apartado es identificar otros programas que podrían funcionar en dos sentidos con el programa evaluado:

- a) **Complementariedad:** el programa puede realizar una función que permita el uso de recursos provenientes de otros programas o fondos con los que se puede potenciar el impacto social.
- b) **Coincidencias:** los operadores de un programa tendrían que realizar, de acuerdo a las normas establecidas, una planeación que contemple una revisión de los programas que aporten apoyos similares para, de ese modo, evitar al máximo posibles sesgos de inclusión o exclusión.

Al ser el tema de vinculación, el acceso a los Servicios de Salud se encontró una posible complementariedad con el/los programa financiados con el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el cual se otorga con el objetivo de aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud, entre ellas las población vulnerable que tiene el riesgo de incurrir a un gasto de bolsillo a causa de una enfermedad.

La vinculación de dichos objetivos se muestra en el cuadro siguiente:

| Cuadro 3.4. Vinculación del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular | |
|--|---|
| Objetivo Seguro Popular (REPS) | Objetivo FASSA |
| Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias. | Aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud . |
| Fuente: Elaborado por TECSO con base en el objetivo de FASSA descrito en la DGED y el Programa Anual de Trabajo 2016 del Seguro Popular | |

Como se observa, se tiene una complementariedad con el FASSA, ya que ambos objetivos tienen una población objetivo en común, Además de ser

una fuente de financiamiento tal y como lo es el FPGC; se concentran en la población con carencia por Acceso a la Seguridad Social.

Además, se complementa a nivel Federal con el Programa de Inclusión Social PROSPERA, a continuación, se muestran los objetivos de cada uno.

| Cuadro 3.5 Análisis de la posible complementariedad con el objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular. | |
|---|---|
| Objetivo Seguro Popular (REPS) | Objetivo PROSPERA |
| Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias. | Contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza , a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar |
| Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Programa Anual de Trabajo 2016 del Seguro Popular y el Programa de Inclusión Social PROSPERA | |

Como se observa el objetivo de PROSPERA es amplio, es decir, se quiere fortalecer el cumplimiento de los derechos sociales a través de acciones, entre otros, en tema de Salud. Sin embargo, el Sistema Nacional de Protección Social en Salud acordó que, a partir del 2 de mayo del 2016, **todas las personas beneficiarias de PROSPERA contarán de forma inmediata con el acceso a los servicios de salud del Seguro Popular** (PROSPERA, 2016).

Otra complementariedad se da con el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), ya que este es parte del Seguro Popular, ofreciendo cobertura total a niñas y niños menores de 5 años de edad, afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Su principal objetivo es financiar, mediante un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC),

La atención de las niñas y los niños menores de cinco años, afiliados al Seguro Popular que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR (Comisión Nacional de Protección en Salud, 2017)

Aunado a ello se tiene que existen instituciones con las cuales se tiene coincidencia en los servicios ofertados por el Seguro Popular, como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.6. Comparación del Objetivo del Seguro Popular con los objetivos de otras instituciones encargadas de otorgar Servicios de Salud

| Objetivo Seguro Popular (REPS) | Objetivos IMSS (Programa Institucional 2014-2018) | Objetivo ISSSTE (Programa de Trabajo y de Desarrollo Institucional 2015) | Objetivo Servicios de Salud PEMEX | Objetivo SEDENA | SEMAR |
|--|--|---|--|---|--|
| <p>Brindar Protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público, atendiendo sus necesidades en materia de salud para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de las familias.</p> | <p>1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud</p> <p>2. Fortalecer los ingresos</p> <p>3. Incrementar la productividad</p> <p>4. Mejorar el modelo de atención a la salud</p> <p>5. Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales</p> | <p>1. Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas.</p> <p>2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.</p> <p>3. Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes</p> <p>4. Contribuir al mejoramiento continuo en las prestaciones económicas del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar.</p> <p>5. Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes</p> | <p>Mejorar el índice de bienestar y calidad de vida de los trabajadores, jubilados y derechohabientes de Petróleos Mexicanos, asociados a la salud, para lograr el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.</p> | <p>1. Fortalecer los mecanismos para optimizar el otorgamiento de las prestaciones socioeconómicas que proporciona este Instituto a su población objetivo.</p> <p>2. Orientar el servicio médico integral a la prevención y promoción de la salud a nuestros usuarios.</p> | <p>Administrar el Sistema de Salud Naval, a través de normas y políticas que garanticen un manejo eficiente de los recursos para la promoción de la salud y la atención médica integral, que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas del personal naval y sus derechohabientes.</p> |
| <p>Fuente : Elaborado por TECSO con base en el Programa Anual de Trabajo 2016 del Seguro Popular, Programa institucional 2014-2018 del IMSS, Programa de Trabajo y Desarrollo Institucional 2015 del ISSSTE, Programa Institucional 2013-2018 del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y el Manual de Organización de la Subdirección de Servicios de Salud y Unidades Operativas, SEMAR.</p> | | | | | |

Así, se observa que el Seguro Popular coincide con el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR al otorgar servicios de salud a la población, sin embargo, existe una diferencia fundamental, estas instituciones dan los servicios de salud a la población derechohabiente, es decir, a aquellos que tienen un trabajo asalariado y provee acceso a salud, pensiones, créditos y demás beneficios, su financiamiento es tripartita, es decir, es el trabajo conjunto del gobierno con los empleadores y los empleados.

Mientras que el seguro popular se enfoca a la población que no cubre estos requerimientos, es decir, no cuentan con un trabajo formal o no son asalariados y por ende no cuentan con esta prestación.

No obstante, en la fracción III del Artículo 77 bis 15 de la Ley General de Salud se establece:

La Cuando una **persona** elegible **beneficiaria** del Sistema de Protección Social en Salud **sea atendida en cualquier establecimiento de salud del sector público de carácter federal, la Secretaría de Salud canalizará directamente a dicho establecimiento, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al respectivo Régimen Estatal de Protección Social en Salud**, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría.

Es decir, un beneficiario del Seguro Popular puede ser atendido por cuestión de emergencia o por algún tratamiento médico de alta especialidad en alguna de las instituciones antes mencionadas.

Para ello se cuenta con el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, teniendo por objetivo:

Establecer los criterios operativo-administrativos que permitan el **intercambio de servicios de salud entre los distintos prestadores de la atención médica en el país**, con el propósito de avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal (CNPSS, 2016).

Por tal, en el Manual se enfoca en describir los procesos a seguir cuando alguna de las instituciones participantes no pueda atender a sus pacientes; cuando el equipamiento o infraestructura médica no sea suficiente para la

atención; cuando el procedimiento médico no pueda ser cubierto por la institución receptora; etc.

De igual manera, algunas de las intervenciones que cubre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se ven reflejadas en el Manual tales como cáncer de mama, de colon, cuidados neonatales, etc., establecidos en el Anexo B. "Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento" junto a los montos monetarios por patología.

Con la información aquí expuesta se puede determinar que, aunque existen diferentes instituciones públicas con las mismas funciones se pueden encaminar las acciones en una sola dirección y así colaborar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud dedicado a cumplir la obligación constitucional en cuanto al acceso de los servicios de salud.

Por lo que, con las coincidencias aquí expuestas, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, tiene la capacidad de trabajar conjuntamente con cualquier institución de salud pública para evitar el empobrecimiento de las familias a causa de patologías consideradas como gasto catastrófico.

El REPSS se puede generar nuevos convenios de trabajo con instituciones de salud pública tales como SEDENA, PEMEX o hasta la Universidad de Colima para con esto trabajar de manera conjunta en la implementación de Fondo.

4. Planeación y orientación a resultados

4.1 Instrumentos de planeación

Dentro de este apartado se analizarán los instrumentos elaborados para la implementación del Fondo; Es decir, como la elaboración de las acciones están direccionadas al cumplimiento de las metas establecidas.

Por tal, el Régimen establece en sus argumentos la nula existencia de un instrumento dedicado a la ejecución del FPGC, señalando lo siguiente:

El Programa propiamente no cuenta con Plan Anual de Trabajo para alcanzar las metas, sin embargo, se establece un calendario anual para el registro, validación y pago de los casos autorizados para ser financiados por el FPGC.

Sin embargo, dentro del **Plan Sectorial de Salud 2013-2018** a nivel nacional debe considerarse como un instrumento de planeación; Ya que dentro del **objetivo 4**. “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.” Considera medir los hogares del primer quintil de ingreso que incurrir a gasto catastrófico, teniendo como meta a mediano plazo reducir este resultado.

De igual manera, el **Programa Sectorial de Salud del estado de Colima 2016-2021**; es un instrumento que determina como meta a mediano plazo “Mantener el 38% de personas afiliadas al Seguro Popular en relación a la población total.” Esta meta sugiere que la afiliación y reafiliación al seguro popular es un requisito para evitar el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud. Por tal, este documento es un instrumento que considera la aplicación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En el mismo sentido, el “**Manual de Operación**” del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos desarrollado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, detalla con un diagrama de procedimientos las activadas de ejecución para el Fondo; desde que se recibe al paciente hasta que se autoriza el pago, este proceso también incluye los actores que intervienen para el cumplimiento de las metas establecidas.

De igual forma, el Sistema de Protección Social en Salud del estado de Colima, cuenta con el “**Programa de trabajo 2016**” desarrollado por el REPSS,

en este documento se establecen una serie de acciones encaminadas a tener como resultado el 100% de casos validados como meta inmediata.

Por todo lo anterior, existen instrumentos de planeación que dirigen las actividades programadas para obtener como resultado metas en las que se incluyen el cumplimiento del FPGC. Es decir, cada función planeada por mínima que sea, debe estar intencionada a evitar el empobrecimiento de las familias que incurran a un gasto catastrófico a causa de una enfermedad.

Aunque el Régimen no reconozca algún instrumento de planeación, es pertinente argumentar que desde lo federal existen acciones planeadas al cumplimiento eficaz de las metas establecidas. Por tal, es recomendable incluir y aplicar los instrumentos aquí expuestos para mejor la eficiencia del FPGC.

4.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación

Para este apartado se deben de tomar en cuenta los informes de evaluaciones externas del programa, ya sean nacionales o internacionales, documentos de trabajo, institucionales a partir de los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones externas.

Por tal, en 2015 el INSAD Investigación En Salud Y Demografía, S.C. realizó una evaluación externa al Sistema de Protección Social en Salud a nivel nacional, del cual surgieron las siguientes recomendaciones:

Implementar procedimientos para conciliar el padrón de beneficiarios del Programa con el de otras instituciones de seguridad social, que evite duplicidades en el otorgamiento de recursos financieros.

Diseñar un indicador que se refiera a la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de salud otorgados con ayuda del Seguro Popular.

Revisar las definiciones de PO y PA, para esta última se sugiere: "Está conformada por personas sin adscripción a algún régimen de seguridad social público, que acepten de forma voluntaria su afiliación al Sistema, sujeta a la disponibilidad presupuestal del periodo que corresponda (2015)

Con esta información, se puede determinar que las recomendaciones no han sido atendidas, al ejemplificar el REPSS Colima, ya que, al comparar lo descrito con anterioridad con Seguro Popular Colima, no se puede reflejar una atención en cuanto a las recomendaciones emitidas.

Por otro lado, en 2017 se llevó a cabo una evaluación a nivel nacional "Gasto catastrófico en salud en México y sus factores determinantes, 2002-2014" en donde como conclusión se planteó:

A partir de los resultados es posible identificar que vivir en una zona rural influye significativamente en que los hogares incurran en Gasto Catastrófico.

Contar con alguna afiliación disminuye la probabilidad de incurrir en Gasto Catastrófico en un 0.5%.

Un hogar cubierto por el SPSS en el primer y último quintil de ingreso tiene una mayor probabilidad de incurrir en GC en salud. Sin embargo, es necesario reconocer que los hogares cubiertos por el SPSS presentaron entre 2008 y 2014 una reducción significativa en Gasto Catastrófico. (2017)

Con esta información se puede mencionar que la afiliación en cuanto a los servicios de salud es de suma importancia para reducir en empobrecimiento de las familias que incurren a un gasto catastrófico. Esto se puede ver reflejado en las acciones que REPSS Colima, ya que considera de igual forma la importancia de la afiliación.

Por otro lado, la “Evaluación al Desempeño del Seguro Popular”, realizada por la Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado de Colima, tiene por objetivo:

Verificar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de los programas, políticas públicas, así como el desempeño de las instituciones, basándose para ello en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados del ejercicio del gasto público.

Esta evaluación contempló el análisis de la información contenida en las fichas técnicas, con ello se determinó que “la información que presentó el Seguro Popular son datos procesables”, además se muestra una tabla de Análisis General donde se reportan 4 indicadores, mismos que cuentan con datos completos. Además, se llevó a cabo el análisis de estos 4 indicadores (un Propósito y tres componentes).

Derivado de lo anterior se emitió el siguiente Dictamen:

El OSAFIG considera que, **en términos generales, del Seguro Popular fue evaluado** con base a la información captada y proporcionada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social en las fichas técnicas, para alimentar las Matrices de Indicadores de Resultados, y se

concluye que cumple con los objetivos del fondo. Por lo tanto, se emite un Dictamen Positivo.

Al ser positivo el dictamen emitido por OSAFIG, no se llevó a cabo alguna recomendación y por ende aspectos susceptibles de mejora.

Por otro lado, la Universidad de Colima como evaluadora externa emitió la “Evaluación Técnica para determinar cumplimiento de objetivos, metas y resultados del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima (RPSS) 2016.”

En donde los principales hallazgos se describen de la siguiente manera:

Destaca una satisfacción de los usuarios del 98-99% en la atención brindada.

Respecto al 2015, hubo un avance real en el 2016 del cumplimiento de “consulta segura” y una reducción en el porcentaje de cumplimiento de matas en promoción y afiliación.

Existió una reducción de casos de reembolso para Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI y Compensación Interestatal.

Con esta información la Universidad de Colima emite la recomendación de poner atención en la reducción de casos; es decir, determinar si existe una reducción real en la solicitud del servicio o si la reducción se debe a la integración de expedientes para reembolso por parte de las unidades médicas.

Por otro lado, en 2016 existió deficiencia de otros estados en cuanto al pago interestatal. Es decir, existen más personas que acuden de localidades de Jalisco y Michoacán a atendedores en el estado comparadas con los Colimenses que salen para ser atendidos. Por tal, la Universidad de Colima recomendó atender esta situación.

En esta parte, la Universidad determinó como conclusión un cumplimiento satisfactorio en las metas con oportunidades de mejora. Teniendo así un satisfactorio cumplimiento en las actividades que desempeña el REPSS Colima.

La intención de exponer resultados y por ende recomendaciones es con el objeto de mejorar los procesos de operación, ya que la visión de entidades externas puede identificar errores en la ejecución de los procesos. Sin embargo, quedan en el aire más recomendaciones por atender que por cuestiones de normativa o de posibilidades se han quedado en espera de ser atendidas sin descartarlas como futuras aplicaciones.

4.3. De la generación de información

En este apartado se realizó el análisis referente a la generación de información; Es decir, lo que implica la capturar de datos de las acciones llevadas a cabo por el Régimen, para con esto dar a conocer si existe una correcta dirección al avance en las metas que se pretende llegar.

Por tal, existe obligación desde lo federal que establece el capturar datos para crear información que resulte relevante en el tema de la salud. Tal como lo establece la NOM-035-SSA3-2012.

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para **producir**, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la **Información en Salud**. (2012)

Por ende, dentro del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud se establecen las obligaciones para producir información por parte del REPSS en el siguiente artículo:

Artículo 65. La **información** de los Regímenes Estatales se **nutrirá directamente de los Sistemas de Información en Salud** de las respectivas entidades federativas. Para tal efecto, los establecimientos para la atención médica del Sistema, a través de los Servicios Estatales de Salud, deberán reportar a la Secretaría, en el tiempo y forma que ésta determine, la información correspondiente. (2014)

El Régimen mencionó que en 2016 se alimentaba la base de datos de forma mensual, esto para registrar las características de beneficiarios y concentrarlos en un solo lugar.

Esta base de datos es una aplicación informática llamada Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC), donde se captura los casos de los pacientes que incurrir a este servicio.

Esta base de datos contiene información acerca de todos los usuarios en el estado de Colima que fueron acreedores al Fondo dentro del año fiscal 2016; concentrando nombre del beneficiario, edad, sexo, patología del paciente, fase de atención, etc. Con este concentrado de información se puede conocer el perfil del usuario y del servicio al que fue acreedor.

Un ejemplo de ello, la patología más recurrente es el cáncer mama para el año 2016 y por ende la que acaparó mayor monto económico del Fondo. 507 mujeres fueron atendidas con diferentes servicios, tales como diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radioterapia y seguimiento médico. También se puede observar el caso más joven cuenta con 19 años de edad y el promedio de las mujeres atendidas es de 52.8 años de edad.

Con la base de datos proporcionada por el REPSS, se puede conocer las características principales de los usuarios atendidos por el Fondo y determinar estimaciones de las patologías más recurrentes, así como las edades o sexo de las personas que más incurren a la utilización del Fondo, para con esto encontrar la distribución en cuanto a la cobertura y focalización.

5. Cobertura y focalización

5.1. Análisis de cobertura

En cuanto al análisis de cobertura, este apartado está destinado describir como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, ha atendido a la población beneficiada y como se ha distribuido dicha población.

Por lo cual, el REPSS argumenta que no existe información suficiente en cuanto a la cuantificación de la Población atendida, sin embargo, con la base de datos proporcionada por el Régimen se puede identificar la población atendida por rango de edad, sexo y lugar de atención.

Teniendo en cuenta que la cobertura total del Fondo asciende a 983 casos, según datos reportados por el REPSS, ésta se distribuye en un 39.7% de mujeres entre 30 a 64 años de edad. Por consiguiente, el 28.9% del total de los casos se destinó a niños y niñas entre 0 y 14 años de edad.

Al observar estos datos se puede determinar que la focalización del FPGC está dirigida en su mayoría a las mujeres en edad adulta. Esto de igual manera se puede argumentar que existe mayor tendencia al cáncer de mama dentro del estado, según lo reportado en la base de datos proporcionada por el RESPS, lo que podría explicar del porque la incidencia en este tipo de población.

Por otro lado, con la información proporcionado por el Régimen, detalla que los lugares donde pueden atender los beneficiarios es el Hospital General de Manzanillo, Hospital Regional Universitario y el Instituto Estatal de Cancerología.⁶

Con esta información se visualiza que el 73.8% de los casos se atendieron en el Instituto Estatal de Cancerología y el 13% en el Hospital Regional Universitario, ambos ubicados en el municipio de Colima, como se muestra en el siguiente cuadro:

⁶ Dentro del Convenio Modificatorio al Convenio de FPGC emitido por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se establece las Unidades médicas que prestan el servicio del FPGC.

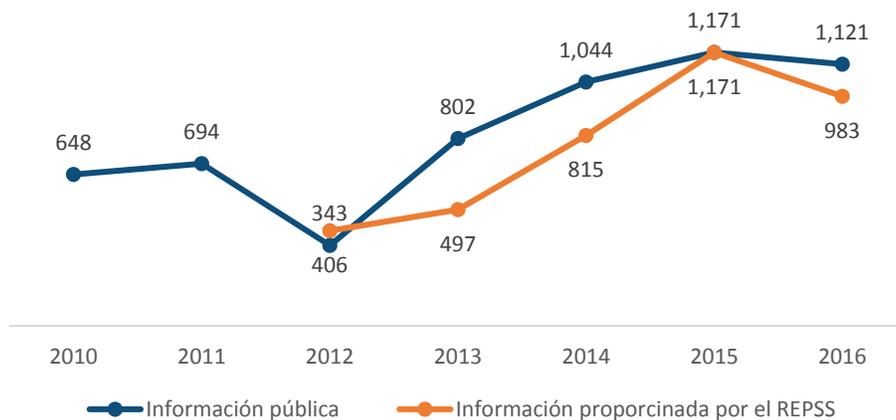
| Cuadro 5.1. Distribución de usuarios atendidos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos | | |
|---|-------|-------------------------------|
| Prestador | Total | Porcentaje de casos atendidos |
| Hospital General de Manzanillo | 113 | 8.2% |
| Hospital Regional Universitario | 125 | 13.0% |
| Instituto Estatal de Cancerología | 673 | 78.8% |

Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información proporcionado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima.

Al observar estos datos se puede determinar que gran parte de los recursos del servicio de FPGC está dirigida en mujeres de edad adulta atendidas en el Instituto Estatal de Cancerología.

Por otro lado, el conocer la evolución de la cobertura, es de suma importancia para analizar la tendencia que presenta los casos validados en el estado. Por tal, se muestra la siguiente gráfica:

Gráfica 5.1 Evolución de los casos validados en el estado de Colima



Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información pública de Seguro Popular y la proporcionada por el REPSS.

Con la información pública, se puede determinar que los casos validados en el Estado han ido evolucionando considerablemente desde el 2011. Ya que para este año se validaron 694 casos y al compáralo con el año 2016 este número ascendió 1,121, mostrando del incremento del 61%. Sin embargo, al comparar 2015 con 2016 hubo un retroceso de 50 casos menos para el año 2016.

Con la información proporcionada por el Régimen se puede determinar un crecimiento del 58.6% de casos validados, desde 2012. De igual manera, se observa un retroceso entre 2015 y 2016, donde la cantidad asciende 188 casos menos para el último año. Mostrando así el incremento de las familias protegidas financieramente a causa de una enfermedad.

Aunque la información pública con la proporcionada por el REPSS de igual forma difiere en los datos proporcionados; en ambos casos se distingue un decremento en la tendencia histórica en cuanto a casos validados. Con lo aquí expuesto, se puede esperar que en los próximos años los resultados del crecimiento sean lentos o en declive, lo que puede reflejar la disminución de patologías que generen gastos catastróficos o que dentro de la plataforma de registros se haya disminuido la aprobación de los casos solicitados.

Con todo lo anterior, se concluye que con la información proporcionada por el Régimen se identifica la cobertura de la población atendida, así como también donde se concentra territorialmente las atenciones del Fondo y con esto poder medir los avances del Seguro Popular por medio del FPGC.

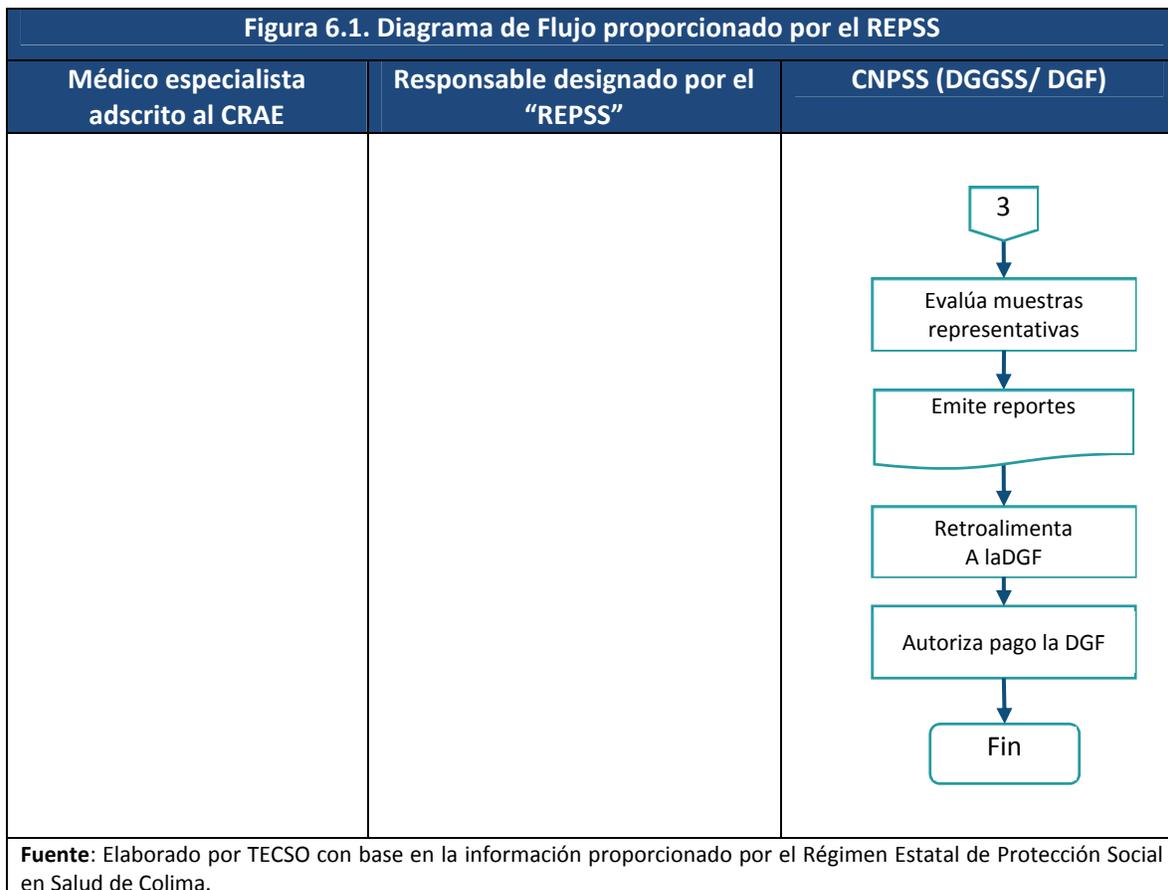
Sin embargo, la comparación de la información pública con la proporcionada tiene como resultado la disparidad en cuanto a casos validados. Esto podría deberse a la duplicidad de usuario. Es decir, una sola persona puede ser beneficiada con diagnóstico, atención o seguimiento, pero el sistema se reporta como casos validados diferentes. Por tal, se recomienda una estrategia que diferencie los casos validados por un lado y al usuario por otro.

6. Operación

6.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable

Dentro de este apartado, se analizará los procesos establecidos para la ejecución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, incluyendo los actores y las funciones que ejercen dentro de la operación.

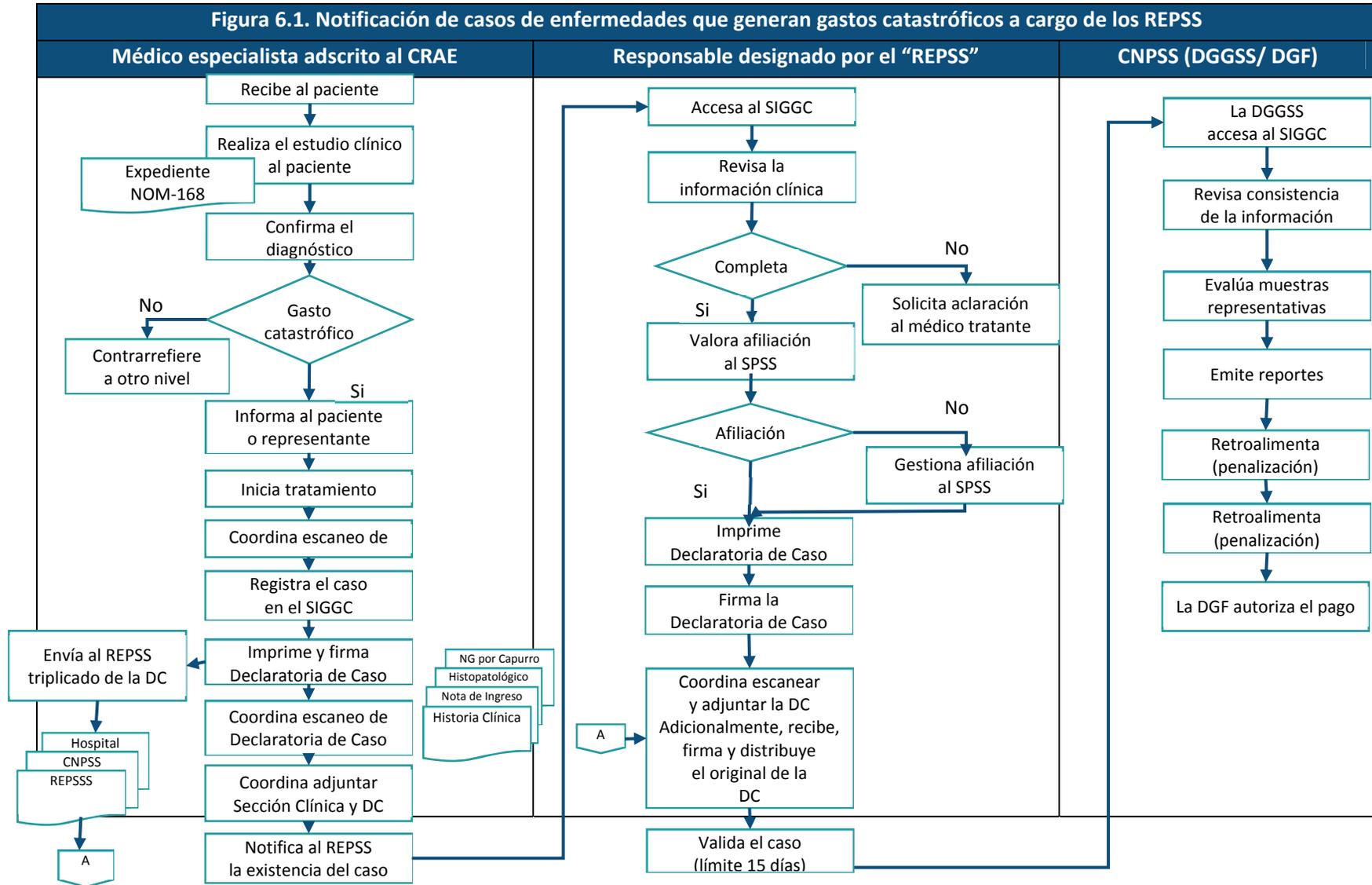
El Régimen identifica mediante un diagrama flujo el proceso para la ejecución del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos; sin embargo, solo describe las atribuciones del Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), actor importante para determinar los casos validados, pero no el único para la implementación del Fondo. Tal y como se ejemplifica en la siguiente figura:



Dentro del Manual de Organización desarrollado por el CNPSS, se describe las acciones de todos lo que interfieren en la implementación del Fondo, sin dejar de lado la parte que describe el Régimen.

Por tal, el siguiente diagrama de flujo ejemplifica los actores con sus respectivas acciones, como se muestra a continuación:

Figura 6.1. Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos a cargo de los REPSS



Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Manual de Organización del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

La primera parte del proceso comienza con las funciones del médico especialista adscrito al CRAE⁷; las cuales incluyen recibir al paciente, diagnosticarlo y determinar si procede el Gasto catastrófico y por ende referirlo a la unidad médica correspondiente.

Para el caso del Paciente, éste recibe diagnóstico y da comienzo a su tratamiento.

El médico, continúa el proceso con la realización de la Declaratoria de caso, enviándola al Responsable del REPSS, al Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos SIGGC y al Gestor del Seguro Popular.

Cuando el gestor del Seguro Popular tiene en sus manos la Declaratoria del Caso, éste tiene acceso al SIGGC donde revisa que los documentos sean adecuados; es decir, evalúa si el paciente está afiliado al SPSS, si no lo está se gestiona su incorporación. Consiguientemente, coordina que el médico especialista y el responsable del REPSS firmen la Declaratoria del Caso y hace entrega de expediente original al paciente, al REPSS y al Comisión Nacional de Protección Social en Salud CNPSS.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud accede al Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos y revisa la consistencia de información, si identifica irregularidades se presenta el caso a la auditoría. Por último, el Comité Técnico de Fideicomiso autoriza la transferencia de recursos económicos.

Como parte de los procedimientos establecidos al alimentar el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos SIGGC con información del paciente, se concentra los casos aprobados conociendo así el total de las personas beneficiadas y sus características.

Los procedimientos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos detallan las actividades que empiezan desde recibir por primera vez al paciente, pasando por el registro de éste ante el médico, el REPSS, gestor del Seguro Popular y CNPSS. Estos procesos corresponden como población objetivo.

⁷ Centro Regional de Alta Especialidad

El Manual de Operación para el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos elaborado por el Comisión Nacional de Protección Social en Salud, revisado y validado por la Contraloría General de Gobierno del Estado de Colima. Está diseñado para que el Régimen del estado de Colima, como de los demás estados de la república sigan los procesos establecidos por lo que este documento esta difundido de manera pública.

En los procesos del Fondo se establece quienes de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud son elegibles para el monto de Gastos Catastróficos. Es decir, con base en el diagnóstico, el médico especialista adscrito al CRAE determina que paciente es acreedor a un Gasto Catastrófico. Este proceso de igual manera se puede obtener en el Manual de Operación para el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos.

El proceso del Fondo detalla cómo los pacientes elegibles son acreedores del beneficio. Es decir, con base en la información recabada el CNPSS tiene la atribución de autorizar el pago correspondiente. Este proceso se define de forma estandarizada en el Manual de Operación para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos elaborado por el Comisión Nacional de Protección Social, para que los REPSS de todas las entidades federativas incluidas Colima ejecuten el proceso que les corresponda.

El Régimen señala al documento "Protocolos de Atención Médica", como un proceso de ejecución de las acciones que otorga el FPGC; sin embargo, dicho documento solo hace mención de la existencia de protocolos técnicos más no de la descripción como tal. Por tal, no se determina un documento que establezca procedimientos en cuanto a la ejecución del servicio del FPGC.

Los procesos que expone el Régimen para la operación del Sistema están sustentados normativamente y diseñados para que se ejecuten con procedimientos estandarizados de forma detalla con la intención que cada miembro del Régimen conozca las funciones que le corresponden en cuanto a la ejecución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y así poder optimizar la operación de las funciones. Por lo que, se recomienda apegarse a la normativa para cumplir con lo establecido y llegar a las metas consideradas desde la planeación del Fondo.

6.2. Mejora y simplificación regulatoria

En 2014 se aprobaron cambios a la Ley General de Salud con la finalidad de mejorar la operación del Sistema de Protección Social en Salud; esta reforma se ve reflejada dentro del informe anual de 2014 de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), justificando la iniciativa de decreto:

La COFEMER consideró que tras la emisión del Decreto será posible advertir un mejoramiento en la calidad de los servicios de atención médica, en benéfico de la ciudadanía” (2014)

Con cambios en la Ley General de Salud, se desprenden nuevos elementos, tales como los siguientes documentos normativos.

En 2014 se reforma el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud”, con el objetivo de regular la administración del Sistema de Protección Social en Salud.

De igual manera en 2014, los “Lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud” se desprenden de la reforma a la Ley General de Salud para regular la obligación de las entidades federativas en cuanto a transferencia de montos.

Basándose en la normativa federal, localmente el estado de Colima decreta en 2015 la creación de un Organismo Público descentralizado de la administración pública estatal, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima, con la intención de mejorar la eficiencia de las acciones sectorizando los servicios de salud del estado, dando así mayor autonomía administrativa presupuestal, técnica, de gestión, de operación y de ejecución para mejorar los servicios que otorga el Sistema de Protección Social en Salud.

Por tal, para mejorar la eficiencia de los procesos y la operación del FPGC, se recomienda aprovechar la autonomía de REPSS, para con esto tener como resultado el cumplimiento eficaz de las metas establecidas.

6.3. Eficiencia y economía operativa del programa

Este apartado analiza cómo es que el Régimen ha destinado los recursos financieros a la ejecución del Fondo de Protección contra Gasto Catastróficos, con el objeto de conocer el gasto de operación para el año fiscal 2016.

Tal y como lo establece el REPSS, desde la Ley General de Salud se decreta en el artículo 77 bis 28 que no existe límite de anualidad presupuestal para la ejecución del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

Aunque no exista límite presupuestario, la LGS establece montos específicos para las fuentes de financiamiento. Por ende, el artículo 77 bis 17 dicta lo siguiente:

“De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 bis 12 y 77 bis 12, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.” (2016)

De igual manera, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, detalla en el artículo 97 quienes aportan al financiamiento de Fondo:

“El Gobierno Federal entregará a las entidades federativas el monto que por concepto de cuota social les corresponda de conformidad a ley, una vez descontado el monto de recursos equivalente al ocho por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal que le corresponda a cada una de las entidades federativas” (2014)

Por tal, las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, se basan en la LGS para llevar a cabo la ejecución y distribución de los recursos.

Aunado con lo anterior, es el Comité Técnico del Fideicomiso, quien aprueba los casos para transferencia de recursos económicos, sin considerar un límite presupuestal.

El Régimen clasificó por concepto como se destinaron los recursos monetarios en 2016. Tal como se detalla en el siguiente cuadro:

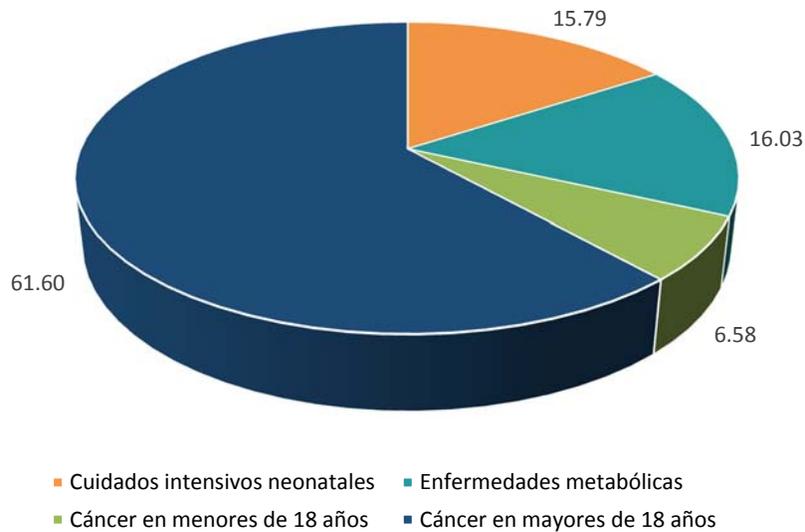
| Cuadro 6.1. Gasto desglosado para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2016 | | |
|---|--------------------------|------------------------|
| Partida | Concepto | Monto |
| 25301 | Medicamentos | \$60,687,933.43 |
| 25401 | Material de curación | \$474,449.44 |
| 33904 | Subrogación de servicios | \$2,965,604.94 |
| Total | | \$64,127,987.81 |
| Fuente: Elaborado por TECSO con base en el Anexo 14. Datos desglosados del programa contestado por el REPSS. | | |

Como se observa, esta información no está desagregada por capítulo como lo establece CONEVAL para el análisis. Sin embargo, al ser un presupuesto sin límite con fuentes de financiamiento tripartita (cuota social, aportación solidaria federal y estatal) no aplica presentar datos divididos por capítulo y por ende no existe un presupuesto aprobado, devengado y ejercido.

Ahora, al comparar los datos otorgados por el Régimen éstos difieren con las cantidades presentadas públicamente⁸. Es decir, en el portal de información financiera del Seguro Popular de Colima se expone que para el año fiscal 2016, el monto otorgando ascendió a \$ 69, 791,622.03, divididos por las patologías que atendió el FPGC, como se muestra en la siguiente gráfica:

⁸ Consultado en: http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/info_financiera.php

Gráfica 6.1. Porcentaje del monto asignado por clasificación de patología en 2016



Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información financiera del Seguro Popular 2016

Con la información pública, se puede observar que el gasto del Fondo tampoco se desagrega por capítulo, ya que al solo cubrir diagnóstico, atención y seguimiento de la patología no puede dividirse por gasto de operación, mantenimiento y de capital. Por ende, es correcto que no aplique desglosar el presupuesto por capítulo.

Sin embargo, es importante señalar la diferencia de montos asignados para el año 2016, ya que podría traer consigo ambigüedades en los resultados y no reflejar los avances reales del Sistema de Protección Social en Salud. Por tal, se recomienda mejorar sistema de información en cuanto al proceso de transparencia y rendición de cuentas

6.4. Sistematización de la información

Dentro de este apartado se analizará como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, ha llevado la tarea de ordenar y organizar los datos obtenidos para identificar fácilmente a los beneficiarios de este servicio.

Desde la normativa federal se establecen obligaciones y por ende criterios en cuanto a la sistematización la información en temas de salud. Tal es el caso a la NOM-035-SSA3-2012, esta norma mexicana establece contar con un sistema que integra y administra la información para conformar un sistema de salud universal.

El Régimen estatal, cumple con la obligatoriedad de la norma oficial mexicana al emplear el Sistema de Administración del Padrón (SAP), Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) y el Sistema Unificado de Gestión (SUG); esto con la finalidad de alimentar y concentrar información reflejando así los avances del Sistema de Protección Social en Salud dentro del estado de Colima.

Para FPGC, el SIGGC permite capturar casos nuevos que correspondan a las categorías de gasto catastrófico, identificando nombre del paciente, edad, sexo, tipo de enfermedad, institución prestadora del servicio y finalmente se valida el caso para subirlo al sistema. Esta información se observa concentrada en la base de datos proporcionada por el Régimen detallando las características principales de los usuarios que utilizaron el Fondo para el año 2016.

El Coordinador de Sistema Unificado de Gestión (SUG) es el encargado de concentrar la información en una base de datos dentro de una plataforma digital, la cual es clasificada para un mejor manejo de la información y así dividir cada solicitud en queja, sugerencia o felicitación y con esto obtener los resultados y mediar la satisfacción del usuario.

El SAP es una herramienta que administra la información de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, empezando por la captura de datos del solicitante, mostrando el listado de los usuarios registrados, actualizando de manera continua, esta plataforma asigna folios a los nuevos usuarios, se captura información Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) con datos familiares, se registra

pagos de los usuarios y finalmente para concentrar la información, se procede a datos integración estatal para con esto incorporar los registros almacenados.

Al procesar la información captada por parte del Régimen estatal, no solo se obtiene el cumplimiento a una norma federal; sino también la obtención de resultados que ayudan a conocer cómo es que Seguro Popular está avanzando en el cumplimiento de sus objetivos.

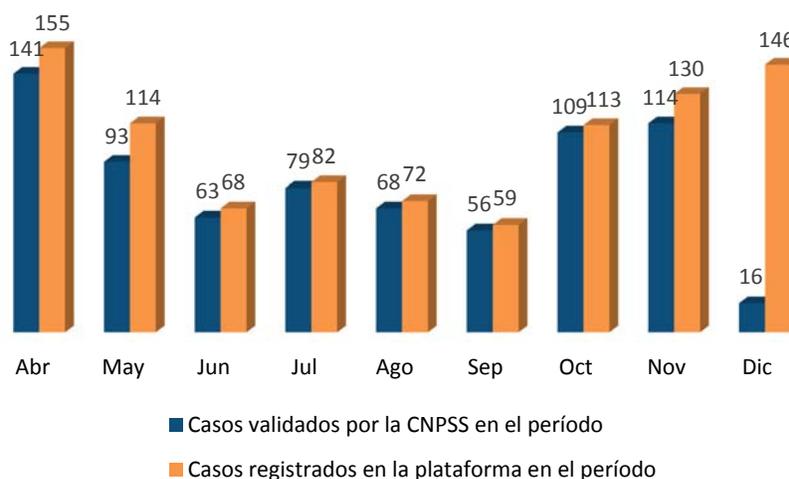
Con la captura de información organizada, se puede identificar fácilmente a los beneficiarios de FPGC por rubro o categoría, y con esto conocer las características que más predominan en los beneficiarios y así comprender como ha avanzado los resultados de las metas esperadas. Por lo que se recomienda que la categorización de información se incluya discernir los casos validados de los usuarios del Fondo y obtener un sistema de información más exacto para la interpretación de datos.

6.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos.

En este apartado se analizará el avance de los indicadores presentados por el Régimen y con esto conocer cómo han avanzado las acciones en cuanto a los resultados esperados.

Uno de los indicadores que presenta en REPSS en el “Porcentaje mensual de casos validados en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)” el cual se tiene el registro de los casos validados por mes, y se ejemplifica de la siguiente manera:

Gráfica 6.2. Casos validados en el estado de Colima 2016

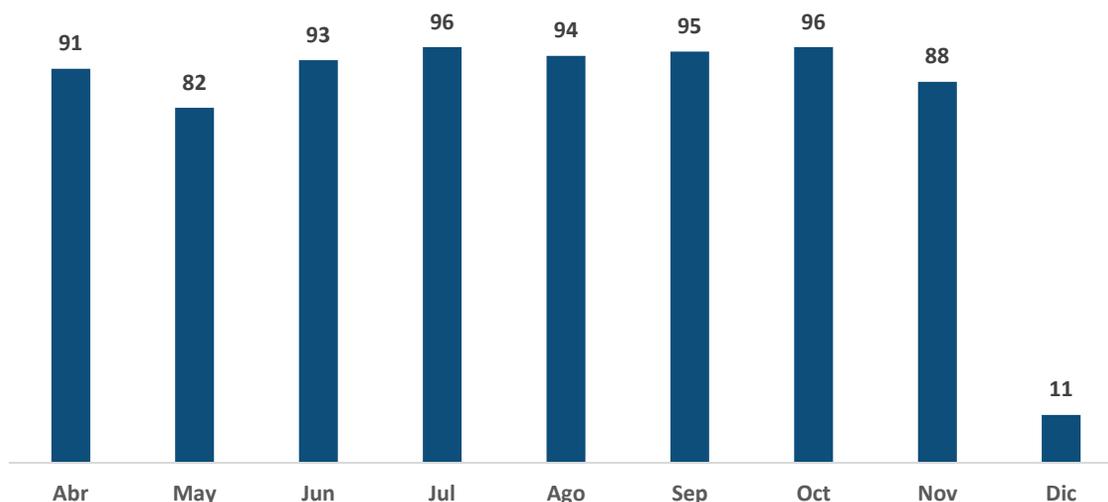


Fuente: Elaborado por TECSO con base a la información proporcionada por el REPPS

Con esta información se puede demostrar los esfuerzos de Régimen y por ende de CNPSS de validar todos los casos captados en el año. Sin embargo, para el último mes se observa un declive de casos validados que representa sólo el 10.9% del total de casos registrados, resultado que afecto considerablemente la meta establecida. Aunque algunos casos fueron validados en 2017, es pertinente considerar que estas personas están en espera de ser atendidas por una enfermedad que podría generar gasto de bolsillo a sus hogares. Es decir, al estar registrados en una plataforma están en espera de ser aceptados como casos validados para así ser beneficiados por el FPGC.

Con el total de casos atendidos en 2016 y la comparación con la meta establecida, se obtiene de la siguiente información:

Gráfica 6.3. Porcentaje mensual de casos validados en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en 2016



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la información proporcionada por el RPSS

La observar la gráfica se puede determinar que en la mayoría de los meses el resultado de los casos validados oscila entre el 80% y 90%, exceptuado el mes de diciembre que presenta un declive bastante pronunciado.

Al calcular estas cantidades, el resultado para 2016 ascendió al 75% de casos validados, cifra que de igual manera expone el REPSS dentro de la información proporcionada.

Por tal, la meta no fue alcanzada; ya que, se estimaba llegar al 90% para ese año. Por lo que, sería conveniente cuestionar las acciones que no se llevaron a cabo para el último mes de año, ya que incidieron considerablemente en los resultados finales de este indicador.

Por otro lado, la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud, presenta en el portal de transparencia 50 indicadores con resultado de línea base y metas, de los cuales ninguno está dirigido a medir el avance del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por tal no hay información para realizar un análisis del Fondo relacionado con la MIR estatal. El mismo caso se observa en la evaluación realizada por Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado (OSAFIG), no existen indicadores

que hablen del avance del Fondo, por tal no existe información que se puede analizar.

Con lo aquí expuesto se puede observar que las acciones realizadas en la ejecución del FPCG han traído consigo un deficiente cumplimiento de las metas establecidas. Sin bien, existe un evidente esfuerzo en la operación de este Fondo, las acciones deben optimizarse y apegarse a los procesos ya establecidos; con esto se puede lograr que los casos registrados se apeguen a lo requerido y validación se incremente.

6.6. Rendición de cuentas y transparencia

En este apartado se analizarán los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con los que cuenta el SPSS, ubicados en la página electrónica del seguro popular, <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/> se identifica el apartado de transparencia⁹, en el cual es posible observar la información relativa al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos del Estado de Colima (INFOCOL).

Así mismo, se identifica el Catalogo Universal de Servicios de Salud CAUSES para el año 2010, 2012, 2014 y 2016, incluidas de forma complementaria las 61 intervenciones que contempla el FPGC como patologías que generan gasto catastrófico para el año 2016. Esto para que la población en general conozca los servicios médicos que pueden utilizar como beneficiario del SPSS

Asimismo, la póliza de afiliación desde el año 2011 hasta el 2018. Además, se encuentra la carta de derechos y obligaciones de los afiliados, con ello se da cumplimiento a lo establecido en los términos de referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados emitidos por CONEVAL, donde se menciona que estos documentos deben estar actualizados y difundidos públicamente.

Además, se cuenta con los informes realizados al Sistema de Protección Social en Salud, así como los indicadores reportados a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para el año 2015. Asimismo, la Información sobre indicadores de gestión a partir del año 2011 hasta 2017.

Por otra parte, en la página institucional en el apartado "Directorio¹⁰" es posible identificar los nombres de los funcionarios que operan el REPSS en Colima, así como el domicilio, cargo y correo electrónico institucional, así como las redes sociales del Seguro Popular de Colima donde se difunden noticias y comunicados acerca de los servicios ofertados, sin embargo, no se identifica la información acerca de casos donde la ciudadanía allá utilizado este medio para consultas, por tanto no se determinó si este cuenta con la capacidad de respuesta.

⁹ <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/transparencia.php>

¹⁰ Para más información consultar: <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/directorio.php>

De igual manera, dentro del portal de Seguro Popular Colima se encuentra información de los casos validados el monto radicado desde el año 2010, esto para conocer el avance histórico del FPGC y la cobertura que ha alcanzado en los últimos 10 años.

Sin embargo, de los indicadores de gestión referente al Fondo, solo existe información pública de los años 2015 y 2014. Por tal, solo se conoce el avance de los casos validados de dichos años.

La población general al conocer sus derechos a los cuales puede tener acceso trae consigo que ésta exija validez su acceso a los servicios de salud. Junto con eso, conocer el catálogo de patologías que generan gasto catastrófico puede evitar que familias sean empobrecidas por una enfermedad.

Por otro lado, el derecho al acceso de la información da a conocer los resultados obtenidos en la implementación las acciones públicas. Por tal se recomienda mantener y actualizar los datos públicos para que cualquier persona conozca los resultados derivados de la operación del Fondo.

7. Percepción de la población atendida

El usuario de Sistema de Protección Social en Salud es el principal actor que puede determinar si la ejecución de las acciones es implementada de forma correcta, generando así servicios de salud con calidad. Por lo cual, este apartado está destinado en analizar la metodología e instrumentación para medir el grado de satisfacción de la población atendida.

Por tal, existe una normativa que va desde la Ley General de Salud en Artículo 77 bis 37 donde se establecen los derechos de los usuarios, el cual para acercarse a la opinión de éstos se considera lo siguiente:

[...]XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas. (2016)

Los Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud tiene por objeto

Establecer los criterios a que se sujetará la evaluación de la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. (2007).

Este documento establece una metodología, operación y publicación de información, por tal dicho lineamiento expone como anexo una Cédula para la aplicación de la satisfacción del usuario, donde existe un apartado preguntado si el usuario incurrió a un gasto para el servicio de salud que le fue otorgado.

El instrumento "Cédula beneficiario en domicilio" implementado por el Régimen a pacientes que utilizaron el servicio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, tiene la finalidad de identificar la perspectiva del afiliado en cuanto a sus derechos como beneficiario del Sistema. Este instrumento recaba información de la patología del usuario, así como también, si existió o no un desembolso económico por parte del usuario, reflejando el cumplimiento del servicio y dejando de lado la percepción del servicio que recibió.

En cuanto a los resultados de este instrumento, el Régimen señaló que al implementar la “Cedula de beneficiario en domicilio” a 18 beneficiarios, se concluyó una buena calidad en la atención del servicio y ningún usuario incurrió a un gasto de bolsillo para atender su patología.

Otro de los instrumentos que utiliza el Régimen estatal para conocer la opinión de los usuarios beneficiados al servicio del FPGC, es la Cédula Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSSESS); este cuestionario está estructurado en algunas secciones con escalas del 1 al 5 para medir y categorizar la satisfacción de los usuarios.

Por otro lado, el Régimen por medio de la Subdirección de Gestión de Servicios de Salud, implementa el cuestionario “Evaluación de satisfacción del servicio”, para cartera del CAUSES, SMSXII y FPGC donde las preguntas están dirigidas a la satisfacción del usuario, tiempo de espera, surtimiento de medicamentos, trato por parte de personal, gasto de bolsillo, etc.

Dentro del “Resultado Integral de Supervisión 2016”, se ven reflejadas la aplicación de la Cédula ya mencionadas, arrojando resultados para el servicio del FPGC:

31% del total de beneficiados entrevistados en Hospital realizaron gasto de bolsillo durante su proceso de atención, dos de ellos conscientes de que el seguro popular no cubre esos insumos y/o atenciones.

Es nulo el porcentaje de beneficiarios del FPGC entrevistados en su domicilio que ha realizado gasto de bolsillo (2016)

Como tal, existe instrumentos de varios tipos que buscan medir la satisfacción del Fondo, por medio de preguntas dirigidas a la experiencia que tuvieron los usuarios beneficiados al servicio, con la finalidad de mejorar la eficiencia el servicio del Fondo.

Tanto el “Resultado Integral de Supervisión 2016” como la aplicación “Cedula de beneficiario en domicilio” describen la misma información. Es decir, de los entrevistados a domicilio ninguno efectuó gasto de bolsillo por atender su enfermedad.

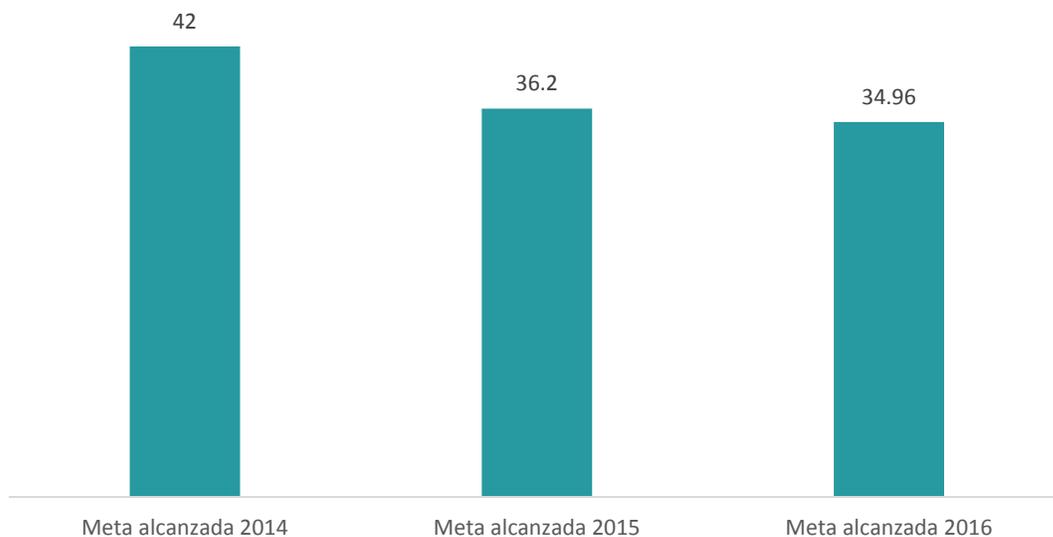
Sin embargo, es preciso argumentar que los resultados no son proporcionales si se considera los casos validados como gasto catastrófico para 2016 ya sea los 933 casos proporcionados por el REPSS o los 1,121 emitidos públicamente; ya que solo 13 beneficiarios al FPGC fueron entrevistados para la “Resultado Integral de Supervisión 2016” y 18 para la “Cedula de beneficiario en domicilio”.

Por tal, se recomienda calcular una muestra representativa en la aplicación de cualquier instrumento y así reflejar con mayor precisión la satisfacción de los usuarios que requirieron el financiamiento de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

8. Medición de resultados

En este apartado se busca identificar como documenta el “Seguro Popular” sus resultados a nivel de Fin y Propósito; Por tal se tomará como base la MIR estatal que contiene estos dos elementos, para ello se consideró la “Evaluación al Desempeño del Seguro Popular” realizada por el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado de Colima (OSAFIG) para el ejercicio fiscal 2016:

Gráfica 8.1. Cobertura de afiliación Seguro Popular en el estado de Colima 2016



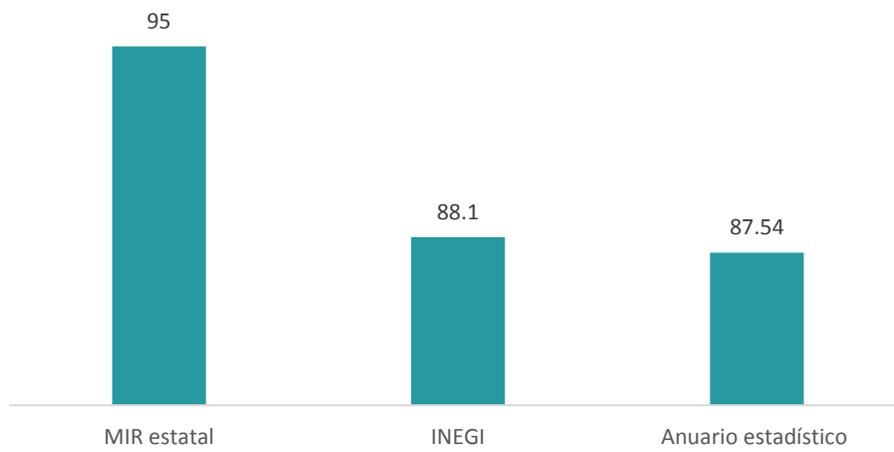
Fuente: Elaborado por TECSO con base en la Evaluación al Desempeño del Seguro Popular” realizada por el OSAFIG.

Con estos resultados se observa el comportamiento de la cobertura de los accesos de salud para el Seguro Popular Colima, siendo esto un decremento en cuanto a la afiliación a este seguro, por tal se espera que para resultados próximos siga en declive la afiliación colimense.

Teniendo en cuenta estos resultados y de 4 más indicadores, el OSAFIG considero que en términos generales el Seguro Popular cumple con los objetivos del fondo, y por tanto se emitió un **Dictamen Positivo** (OSAFIG, 2016).

Por otro lado, este indicador de no corresponde a la medición que establece la MIR estatal. Ya que se considera diferente información en cuanto a variables. Es decir, la cobertura que señala la MIR estatal incluye a toda la población del estado que accede a los servicios de salud el cual se representa en la siguiente gráfica:

Gráfica 8.2. Cobertura de acceso efectivo a los servicios de salud 2016



Fuente: Elaborado por TECSO con base a la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud, INEGI Accesibilidad a servicios de salud 2016 y Anuario estadístico Colima 2017.

Con esta información se puede determinar que el avance del Propósito emitido por la MIR estatal contiene resultados variados, por lo tal no se puede identificar el avance correcto del Propósito, Sin embargo, los resultados superan el 80% de la población seguridad en salud, reflejando una capacidad considerable en la atención de los servicios salud dentro del estado.

El Propósito del Seguro Popular tiene como principal tarea incorporar a la población de Colima a los servicios de salud, al ver reflejado este aumento de afiliación trae como consecuencia que más personas puedan acceder al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y con esto evitar el empobrecimiento de los hogares Colimenses. Por tal se recomienda monitorear este indicador para evitar declives en la cobertura de los servicios de salud en el estado.

Por otro lado, en cuanto a los indicadores presentados por parte del Régimen, se describen en el apartado de Cumplimiento y avance de los

indicadores. Ya que, al no encontrar información pública o evaluaciones externas referentes a lo presentado el REPSS no se puede realizar un análisis a profundidad en cuanto a los resultados de los casos validados para la implantación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

9. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones

| FORTALEZAS | RECOMENDACIONES |
|--|---|
| El programa cuenta con el sustento normativo que justifica su operación desde el mandato constitucional que señala que Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. | Se recomienda mantener el apego normativo para beneficio de los colimenses. |
| El objetivo general del SPSS tiene vinculación con objetivos y estrategias de los Planes Estatal Nacional vigentes siendo el tema de salud el eje de dicha vinculación. | Se recomienda continuar con la visión de vinculación a una política pública superior. |
| Existe complementariedad el programa PROSPERA dentro del componente salud. | Contar con una estrategia de vinculación para ofertar el servicio a las personas que lo requieran de manera conjunta. |
| El Fondo responde a la necesidad de reducir al gasto de bolsillo de las familias Colimenses | Continuar con la operación del Fondo. |
| La focalización del fondo es óptima, que responde a las necesidades de la población objetivo. | Mantener la población para beneficiar a los Colimenses |

| OPORTUNIDADES | RECOMENDACIONES |
|--|---|
| Existen otras instituciones con las cuales se tiene similitud en los servicios otorgados por el Régimen. | Generar convenios con los recursos de otros fondos federales que tengan el mismo objeto, estableciendo una estrategia de cobertura de los servicios de salud. |
| Contar con una mejora regulatoria, ya que al ser OPD permitirá que las | La transición puede llevarse de manera paulatina con la finalidad de que tanto la Secretaría de Salud |

| | |
|---|---|
| funciones sean operadas por un solo ente. | como el OPD retroalimenten la operación del SPSS. |
| Colima, al estar por encima de la cobertura y de la mejora de la calidad del servicio, la población refleja que este satisfecha con éste. | Realizar evaluación referente a la percepción de los usuarios en cuanto al Fondo. |

| DEBILIDADES | RECOMENDACIONES |
|---|---|
| No se cuenta con una estructura programática específica para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos | Se recomienda elaborar arboles de problemas y objetivos de manera integrada como un servicio conjunto entre Afiliación, MANDE, aspectos financieros y Cuota social en un solo Marco Lógico. |
| Si bien, la página de transparencia cuenta con información financiera desagregada, esta no se desagrega por programa. | Reforzar la estrategia de transparencia y rendición de cuentas |
| No se cuenta con evaluaciones externas que permitan tomar decisiones en materia de desempeño. | Realizar evaluaciones anualmente para cumplir con la normativa en esta materia para que sean instrumentos para la toma de decisiones. |
| La validación de casos se realiza para uno o más ejercicios fiscales. | Optimizar el proceso de validación para obtener información certera en cuanto a la implementación del Fondo. |

| AMENAZAS | RECOMENDACIONES |
|---|---|
| Que exista una mejora regulatoria puede poner un riesgo la implementación del servicio. | La separación de REPSS como ODP puede traer consigo, el aprovechar la autonomía del Régimen para mejorar la eficiencia y los procesos de operación. |
| Recortes en los presupuestos federales, lo que puede afectar el pago de la nómina. | Gestión de recursos de otras fuentes de financiamiento. |

10. Conclusiones

El Sistema de Protección Social en Salud junto al FPGC ha ido evolucionado ajustándose al contexto de la sociedad para con esto cumplir de forma efectiva con los objetivos del Fondo, que busca evitar el empobrecimiento de la población mediante el acceso a los servicios de salud.

El REPSS tiene la capacidad de incidir en crecimiento del Fondo, por lo que puede participar en las definiciones de patologías que generan gasto catastrófico por medio del Instituto Estatal de Cancerología o de los Hospitales de Colima y Manzanillo para incrementar las intervenciones e incurrir en el aumento de este esté financiamiento.

En cuanto a la justificación, existen suficientes elementos tanto normativos como oficiales que caracterizan y explican tanto la creación del Sistema como el diseño de las acciones a realizar para su ejecución. Donde, de igual manera el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos como elemento primordial del Seguro Popular, se encuentra reconocido con los mismos documentos con el objeto de incidir en la aplicación constitucional.

Por otro lado, Es importante resaltar que si bien, el REPSS identifica los objetivos planteados en el Programa de Trabajo, se cuenta con la MIR Estatal del SPSS, teniendo dos enfoques de política pública, por un lado, la cobertura y por otro lado la calidad en los servicios de salud. Por lo que se recomienda priorizar si los esfuerzos estarán enfocados hacia la cobertura o hacia la calidad, tomando en cuenta la aplicación del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

En cuanto a la vinculación, los planes sectoriales tanto estatal como federal consideran la calidad de los servicios médicos reflejados en las acciones de la MIR estatal. Para el caso de la cobertura, la vinculación directa se ve reflejada en objetivo general del PAT y el Plan de desarrollo estatal.

En cuanto al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se observa que el objetivo general del Programa de trabajo es quien mejor se alinea al Objetivo internacional, ya que ambas políticas argumentan que el acceso a los servicios de salud debe evitar el empobrecimiento financiero de la población. Por ende, existe una vinculación directa entre ambas partes.

A raíz de la implementación del Programa Piloto de Referencia Nacional ejecutado por el Subcomité Especial para implementar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el Estado de Colima se ve reflejada la calidad y la cobertura de los servicios de salud. Por tal, la política del Régimen está diseñada para responder y dar cumplimiento a lo establecido por lo ONU.

En cuanto a la población potencial, objetivo, y mecanismo de elegibilidad, se puede determinar que el Régimen discierne correctamente en cuanto a los conceptos de los tres tipos de población para la implementación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; Sin embargo, la diferencia de información pública con la proporcionada por el REPSS en cuanto a los casos validados, puede traer consigo la limitación de la medición de los resultados atribuidos a la aplicación del FPGC.

En cuanto a los indicadores de Fin y Propósito de la MIR estatal, se puede determinar que existe una relación causal en cuanto a la lógica vertical. Para el caso de la lógica horizontal, el Fin contiene los elementos necesarios para establecer una adecuada relación causal, mientras que el Propósito resulta parcial la relación, ya que, el objetivo de este indicador no se ve reflejado en ninguno de los elementos que se establece.

Para el caso de los indicadores presentados por el Régimen, estos resultan parcialmente consistente, ya que a pesar de no contener objetivo se puede inferir con el resto de la información proporcionada lo que busca medir este indicador.

En cuanto a coincidencia y similitudes, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, tiene la capacidad de trabajar conjuntamente con cualquier institución de salud pública para evitar el empobrecimiento de las familias a causa de patologías consideradas como gasto catastrófico.

El REPSS se puede generar nuevos convenios de trabajo con instituciones de salud pública tales como SEDENA, PEMEX o hasta la Universidad de Colima para con esto trabajar de manera conjunta en la implementación de Fondo.

Existen instrumentos de planeación que dirigen las actividades programadas para obtener como resultado metas en las que se incluyen el cumplimiento

del FPGC. Es decir, cada función planeada por mínima que sea, debe estar intencionada a evitar el empobrecimiento de las familias que incurran a un gasto catastrófico a causa de una enfermedad.

Aunque el Régimen no reconozca algún instrumento de planeación, es pertinente argumentar que desde lo federal existen acciones planeadas al cumplimiento eficaz de las metas establecidas. Por tal, es recomendable incluir y aplicar los instrumentos aquí expuestos para mejorar la eficiencia del FPGC.

La intención de exponer resultados y por ende recomendaciones es con el objeto de mejorar los procesos de operación, ya que la visión de entidades externas puede identificar errores en la ejecución de los procesos. Sin embargo, quedan en el aire más recomendaciones por atender que por cuestiones de normativa o de posibilidades se han quedado en espera de ser atendidas sin descartarlas como futuras aplicaciones.

En cuanto a la generación de información, con la base de datos proporcionada por el REPSS, se puede conocer las características principales de los usuarios atendidos por el Fondo y determinar estimaciones de las patologías más recurrentes, así como las edades o sexo de las personas que más incurren a la utilización del Fondo, para con esto encontrar la distribución en cuanto a la cobertura y focalización.

Sin embargo, la comparación de la información pública con lo proporcionada tiene como resultado la disparidad en cuanto a casos validados. Esto podría deberse a la duplicidad de usuario. Es decir, una sola persona puede ser beneficiada con diagnóstico, atención o seguimiento, pero el sistema se reporta como casos validados diferentes. Por tal, se recomienda una estrategia que diferencie los casos validados por un lado y al usuario por otro.

Los procesos que expone el Régimen para la operación del Sistema están sustentados normativamente y diseñados para que se ejecuten con procedimientos estandarizados de forma detalla con la intención que cada miembro del Régimen conozca las funciones que le corresponden en cuanto a la ejecución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y así poder optimizar la operación de las funciones. Por lo que, se

recomienda apegarse a la normativa para cumplir con lo establecido y llegar a las metas consideradas desde la planeación del Fondo.

Por tal, para mejorar la eficiencia de los procesos y la operación del FPGC, se recomienda aprovechar la autonomía de REPSS, para con esto tener como resultado el cumplimiento eficaz de las metas establecidas.

Con la información pública, se puede observar que el gasto del Fondo tampoco se desagrega por capítulo, ya que al solo cubrir diagnóstico, atención y seguimiento de la patología no puede dividirse por gasto de operación, mantenimiento y de capital. Por ende, es correcto que no aplique desglosar el presupuesto por capítulo.

Sin embargo, es importante señalar la diferencia de montos asignados para el año 2016, ya que podría traer consigo ambigüedades en los resultados y no reflejar los avances reales del Sistema de Protección Social en Salud.

Al procesar la información captada por parte del Régimen estatal, no solo se obtiene el cumplimiento a una norma federal; sino también la obtención de resultados que ayudan a conocer cómo es que Seguro Popular está avanzando en el cumplimiento de sus objetivos.

Con la captura de información organizada, se puede identificar fácilmente a los beneficiarios de FPGC por rubro o categoría, y con esto conocer las características que más predominan en los beneficiarios y así comprender como ha avanzado los resultados de las metas esperadas. Por lo que se recomienda que la categorización de información se incluya discernir los casos validados de los usuarios del Fondo y obtener un sistema de información más exacto para la interpretación de datos.

En cuanto al cumplimiento de indicadores, se puede observar que las acciones realizadas en la ejecución del FPCG han traído consigo un deficiente cumplimiento de las metas establecidas. Sin bien, existe un evidente esfuerzo en la operación de este Fondo, las acciones deben optimizarse y apegarse a los procesos ya establecidos; con esto se puede lograr que los casos registrados se apeguen a lo requerido y validación se incremente.

La población general al conocer sus derechos a los cuales puede tener acceso trae consigo que ésta exija validez su acceso a los servicios de

salud. Junto con eso, conocer el catálogo de patologías que generan gasto catastrófico puede evitar que familias sean empobrecidas por una enfermedad.

Por otro lado, el derecho al acceso de la información da a conocer los resultados obtenidos en la implementación las acciones públicas. Por tal se recomienda mantener y actualizar los datos públicos para que cualquier persona conozca los resultados derivados de la operación del Fondo.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios, los resultados no son proporcionales si se considera los casos validados como gasto catastrófico para 2016 ya sea los 933 casos proporcionados por el REPSS o los 1,121 emitidos públicamente; ya que solo 13 beneficiarios al FPGC fueron entrevistados para la “Resultado Integral de Supervisión 2016” y 18 para la “Cedula de beneficiario en domicilio”.

Por tal, se recomienda calcular una muestra representativa en la aplicación de cualquier instrumento y así reflejar con mayor precisión la satisfacción de los usuarios que requirieron el financiamiento de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

El Propósito del Seguro Popular tiene como principal tarea incorporar a la población de Colima a los servicios de salud, al ver reflejado este aumento de afiliación trae como consecuencia que más personas puedan acceder al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y con esto evitar el empobrecimiento de los hogares Colimenses. Por tal se recomienda monitorear este indicador para evitar declives en la cobertura de los servicios de salud en el estado.

11. Bibliografía

- CNPSS. (2015). *Lineamientos para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud*. Obtenido de Lineamientos para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud: http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/Lineamientos_SUG2015.pdf
- CNPSS. (2016). *Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud*. Obtenido de Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/MANUAL_DE_LINEAMIENTOS.pdf
- COFEMER. (2014). *Informe anual de Desempeño*. Obtenido de <http://www.cofemer.gob.mx/imagenesUpload/INFORME%202014.pdf>
- Comisión Nacional de Protección en Salud. (2017). *¿Qué es el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)?* Obtenido de ¿Qué es el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)?: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/acciones-y-programas/que-es-el-seguro-medico-siglo-xxi-smsxxi>
- CONEVAL. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicio de salud de afiliados al Seguro Popular*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>
- CONEVAL. (2016). Matriz de indicadores para resultados.
- DOF. (2003). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud).
- DOF. (2003). *Ley General de Salud*. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003

- DOF. (2007). Lineamientos para Evaluar la Satisfacción del Usuario del Sistema.
- DOF. (2011). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.
- DOF. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.* Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5280848
- DOF. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2016-2021.* Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- DOF. (17 de 12 de 2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.* Obtenido de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88537.pdf>
- DOF. (30 de 12 de 2015). Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- DOF. (29 de 01 de 2016). Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos.
- DOF. (18 de 07 de 2016). Ley General de Contabilidad Gubernamental.
- DOF. (2016). Ley General de Salud .
- Gobierno de la Republica. (2016). *Programa Sectorial de Salud 2016-2021.* Obtenido de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf
- Gobierno del Estado de Colima. (2016-2021). Plan Estatal de Desarrollo .
- Gobierno del Estado de Colima. (2017). Estrategia para Formular el Programa de Implementación de los Objetivos de desarrollo Sostenible de la agenda 2030 de la ONU en el estado de Colima.
- Honorable Congreso Contitucional del Estado Libre y Soberano de Colima. (2006). *Ley de Salud del Estado de Colima.* Obtenido de

<http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/colima/ley-de-salud-del-estado-de-colima.pdf>

INSAD. Investigación en Salud y Demografía, S.C. (2015). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 - 2015.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2010). *El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s4/a04v53s4.pdf>

Oficina Nacional de Estadística . (s.f.). *La Esperanza de Vida ¿Cómo se calcula? ¿Qué significa?* Obtenido de *La Esperanza de Vida ¿Cómo se calcula? ¿Qué significa?*

OSAFIG. (2016). *Evaluación al Desempeño del Seguro Popular*. Obtenido de Evaluación al Desempeño del Seguro Popular: [http://www.osaf.gob.mx/Resultados_2016/Evaluacion/EVAL_SEGURO POPULAR_2016.pdf](http://www.osaf.gob.mx/Resultados_2016/Evaluacion/EVAL_SEGURO_POPULAR_2016.pdf)

Periódico Oficial del Estado de Colima. (2011). *Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima*. Obtenido de <http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/Reglamento-Interior-Servicios-Salud-Estado-de-Colima.pdf>

PROSPERA. (2016). *Programa de Inclusión Social PROSPERA*. Obtenido de Programa de Inclusión Social PROSPERA: <https://www.gob.mx/prospera/documentos/componente-prospera-salud>

Régimen Estatal de Protección Social en Salud. (2016). Programa de Trabajo.

Régimen Estatal de Protección Social. (2016). Resultado Integral de Supervisión 2016.

Régimen Estatal de Protección Social en Salud. (2011). Manual de Organización.

Secretaría de Salud. (2002). *Gastos catastróficos por motivos de salud*. Obtenido de

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>

Secretaría de Salud. (2002). *Gastos catastróficos por motivos de salud*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>

Secretaría de Salud. (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>

Secretaría de Salud. (2012). *Manual de Organización Específico*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274247/manualorgespecif2012.pdf>

Secretaría de Salud. (2012). *Manual de Organización Específico de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274247/manualorgespecif2012.pdf>

Secretaría de Salud. (2015). *Sistema de Protección Social*. Obtenido de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html>

Secretaría de Salud. (2015). *Sistema de Protección Social en Salud*. Obtenido de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html>

Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2015). *Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado régimen estatal de protección social en salud del estado de Colima*. Obtenido de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Colima/wo106203.pdf>

Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2015). *Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Colima*. Obtenido de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Colima/wo106203.pdf>

Sistema de Protección Social en Salud. (2015). Convenio modificadorio al convenio de colaboración en materia de prestación de servicios médico-hospitalarios cubiertos por recursos del fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.

Universidad Nacional de Colombia. (2008). Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México.