



ecr

Evaluación de
Consistencia y
Resultados

Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular)

Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE)

Ejercicio fiscal a evaluar: 2016

Nombre de la evaluación:

Evaluación de Consistencia y Resultados Evaluación de Consistencia y Resultados al Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular) del gobierno del estado de Colima. Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE), 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 Lilitiana Aguilar Méndez
L.C.I. Benito Montes Carbajal
Lic. Dorian Ericuk Silva Rodriguez

Coordinador de la evaluación:

Víctor Manuel Fajardo Correa

Principales colaboradores:

Lorena Gutiérrez Ugalde
Michelle Arellano Marín del Campo
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.	27
3. Análisis del Diseño.....	29
3.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa.	29
3.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales.	34
3.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad.....	39
3.4. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores para resultados.....	43
3.4.1 De la lógica vertical de la MIR.....	44
3.4.2 De la lógica vertical de la MIR.....	46
3.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales	52
4. Planeación y orientación a resultados	56
4.1 Instrumentos de planeación.....	56
4.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación.....	58
4.3. De la generación de información.....	62
5. Cobertura y focalización.....	64
5.1. Análisis de cobertura.	64
6. Operación.....	67
6.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable.....	67
6.2. Mejora y simplificación regulatoria.	72
6.3. Eficiencia y economía operativa del programa.	74
6.4. Sistematización de la información.	76
6.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos. .	78
6.6. Rendición de cuentas y transparencia.	81

7. Percepción de la población atendida.....	83
8. Medición de resultados	86
9. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones	88
10. Conclusiones	90
Bibliografía	94

Índice de cuadros

Cuadro 1.1	Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.	21
Cuadro 1.2	Distribución del Fondo de Gastos Catastróficos, por padecimiento, Colima 2016.	23
Cuadro 2.1	Valoración CONEVAL	28
Cuadro 3.1	Objetivos del Seguro Popular y objetivos de la MIR estatal SPSS	30
Cuadro 3.2	Estadísticas del padrón de afiliados 2016.	39
Cuadro 3.3	Análisis de la sintaxis del fin y propósito de MIR estatal SPSS	45
Cuadro 3.4	Análisis de la lógica horizontal del Sistema Unificado de Gestión	46
Cuadro 3.6	Vinculación del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular	52
	Vinculación del objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular	50
Cuadro 3.7	Comparación del Objetivo del Seguro Popular con los objetivos de otras instituciones encargadas de otorgar Servicios de Salud	53
Cuadro 6.1	Clasificación del Sistema Unificado de Gestión, Colima 2016	74

Índice de gráficas

Gráfica 1.1	Distribución de los recursos del Fondo de Protección contra Castos Catastrófico	21
Gráfica 5.1	Papeletas recolectas SUG, por categoría y año	65
Gráfica 5.2	Evolución de la cobertura SUG	66
Gráfica 6.1	Evolución de papeletas atendidas en el estado de Colima	78
Gráfica 6.2	Indicador de atención en Salud SUG	79
Gráfica 7.1	Trato digno en primer nivel. Tercer cuatrimestre del años 2016	83
Gráfica 7.2	Motivos de quejas	84
Gráfica 8.1	Cobertura de afiliación seguro Popular en estado de Colima	86
Gráfica 8.2	Cobertura de acceso efectivo a los servicios de Salud 2016	87

Índice de figuras

Figura 1.1	Origen, Destino y Aplicación de los Recursos presupuestales líquidos para el SPSS (anual por persona).	19
Figura 3.1	Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con los objetivos de política pública	34
Figura 3.2	Vinculación del Sistema de Protección Social en Salud con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible	36
Figura 3.3	Población potencial, objetivo y atendida identificada para el SUG 2016	40
Figura 3.7	Análisis de la lógica horizontal del Fin de la MIR Estatal	42
Figura 3.4	Análisis de la lógica horizontal del Propósito de la MIR Estatal	45
Figura 3.5	Análisis de la lógica horizontal del Fin del Sistema Unificado de Gestión	47
Figura 3.6	Análisis de la lógica horizontal de los tres indicadores proporcionados por el REPSS	49

Evaluación de Consistencia y Resultados Evaluación de Consistencia y Resultados al Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular) del gobierno del estado de Colima. Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE).

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 Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE).

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 del fondo para el ejercicio fiscal 2016, y la evaluación de Consistencia y Resultados del Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE) la cual contempla los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE), con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y 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.

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.

- ▶ 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 del MANDE.

El análisis del capítulo **“Operación”**, está enfocado en los procesos establecidos desde la normativa que regulan las acciones del MANDE 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 Sistema de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones 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 cinco 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, 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 (LGS), 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, pues de acuerdo al CONEVAL, se tiene que:

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.

Paralelamente a la ejecución del programa, desde lo normativo se propone una reforma a la Ley General de Salud en 2002, donde se busca 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, Se Reforma y Adiciona la Ley General de Salud, 2003)

La iniciativa de reforma se aprueba en 2003 y se ejecuta por primera vez el 1° enero de 2004. Con esta reforma aprobada, **entra en vigor el esquema de seguridad universal denominado *Sistema de Protección Social en Salud***. Para la operación del dicho sistema, se crea 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).

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 se resalta lo siguiente:

- 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 se establece 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, 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 mil 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 se hará 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**.

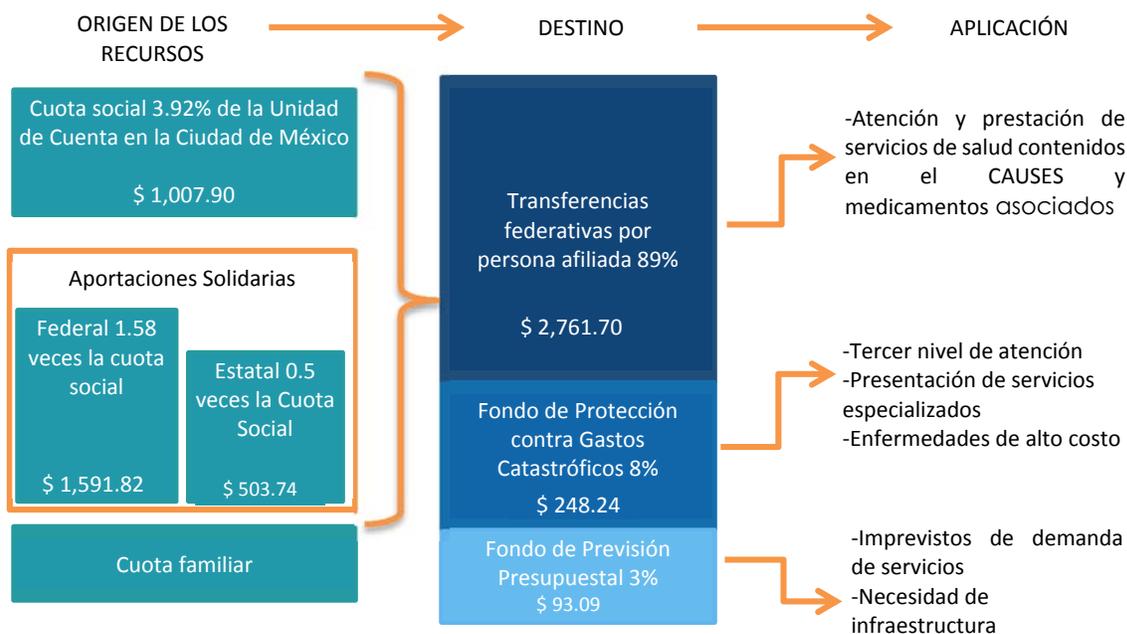
Mientras que en el Artículo 77 bis 17 se establece que la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y en el 77 bis 18, se menciona que de la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 bis 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, 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.

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:

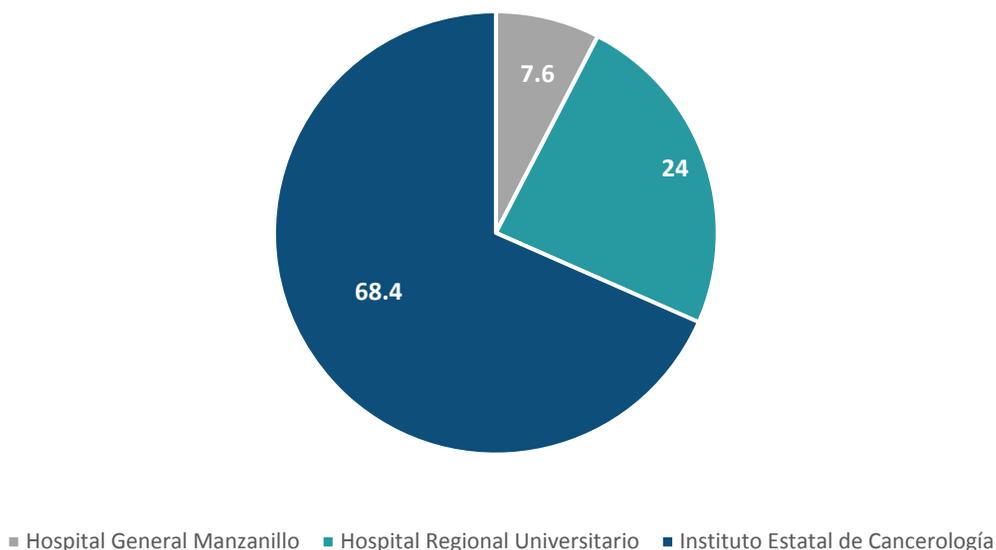
Cuadro 1.1. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2016	
Grupo	Número de intervenciones
Cuidados intensivos neonatales	3
Malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas	18
Enfermedades metabólicas	2
Cáncer en menores de 18 años	22
Cáncer en mayores de 18 años	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.

Para el caso de Gastos Catastróficos para 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, los cuales fueron distribuidos 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 Regional Universitario	Cuidados Intensivos Neonatales	123	\$5,746,758.00	8.2
Hospital Regional Universitario	Enfermedades Lisosomales	24	\$11,187,791.03	16.0
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
Hospital General Manzanillo	Cuidados Intensivos Neonatales	113	\$5,273,242.00	7.6
Instituto Estatal de Cancerología	Tumor Germinal Ovárico	5	\$49,710.00	0.1

Unidad Ejecutora Del Gasto	Nombre Del Padecimiento	Casos	Monto Radicado	Porcentaje
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento Tumor Germinal Ovárico	5	\$489,309.00	0.7
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	1.0
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	1.0
Instituto Estatal de Cancerología	Seguimiento de Tumor Maligno de Testículo	9	\$427,657.00	0.6
		1,121	\$69,790,613.03	100
Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información Financiera del Seguro popular de Colima				

De manera general se observa que el 45.1% del Fondo se destinó al tratamiento y al seguimiento del Cáncer de Mama.

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 resolutive 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 resolutive 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 su parte el SUG es parte importante del SPSS dado que busca el incrementar mediante la transparencia, la capacidad resolutive de los establecimientos de atención médica atendiendo las solicitudes de Quejas, Sugerencias y/o Felicitaciones. Trayendo consigo la oportuna atención a los usuarios, el fortalecimiento de la comunicación entre los prestadores del servicio y la ciudadanía. Por tal, es de suma importancia contar con los sistemas de información pertinentes para conocer con precisión el número de solicitudes, así como las solicitudes atendidas.

2. Características del programa.

El “*Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones*” es operado desde el año 2011 y como “*Sistema Unificado de Gestión*” a partir de 2016 por el Régimen Estatal de Protección en Salud (REPSS). Para el ejercicio fiscal 2016 teniendo como objetivo:

Implementar un Sistema de Atención de las Quejas, Sugerencias, Solicitudes de Gestión Y Felicitaciones

El REPSS señala la necesidad de “Ser un mecanismo de recepción y atención de las Quejas, Sugerencias, Solicitudes de Gestión y Felicitaciones de los usuarios de los Servicios de Salud”.

El Sistema de Protección Social en Salud, se vincula con la Meta VI.2. México Incluyente y Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud del **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**. De igual forma se encuentra vinculación con el Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad del **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**.

Además el Sistema Unificado de Gestión tiene identificado su **población potencial** estimada en el total de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, su **población objetivo** son todos los usuarios que presentan solicitud de quejas, sugerencias o felicitaciones; y por último la **población atendida** es identificada por la Régimen, como todas las solicitudes que recibieron respuesta o notificación. Al mencionar el Régimen que las solicitudes de quejas, sugerencias y/o felicitaciones se llevan de forma anónima, no se puede identificar las características de los usuarios.

Para dicho servicio, el Régimen argumentó que no existe un presupuesto aprobado específicamente para los años 2015 y 2016.

La cédula integrada por la el REPSS para el análisis del Programa fue revisada de acuerdo con la metodología del CONEVAL en la materia da cumplimiento a las disposiciones establecidas. Como resultado, se observa **un cumplimiento de 57.4%**, al obtenerse **78 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	14	58.3
Cobertura y Focalización	4	3	75
Operación	48	35	72.9
Percepción de la población atendida	4	4	100
Medición de resultados	20	3	15
TOTAL	136	78	57.4

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 Sistema Unificado de Gestión, este objetivo responde a las necesidades específicas de los Colimenses, que es

Contribuir el mejoramiento integral de la 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.

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

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. Esto puede deberse a que el Estado está por encima de la media nacional en tema de cobertura según datos del informe de resultados del REPSS.

Específicamente, el **Sistema Unificado de Gestión** es operado por el **Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima**, para el ejercicio fiscal 2016 y tiene como objetivo general:

Implementar un Sistema de Atención de las Quejas, Sugerencias, Solicitudes de Gestión Y Felicitaciones.

Por un lado, el REPSS identifica la necesidad de "Ser un mecanismo de recepción y atención de las Quejas, Sugerencias, Solicitudes de Gestión y Felicitaciones de los usuarios de los Servicios de Salud."

Por otro, el REPSS argumenta:

...la necesidad de transparentar y eficientar el proceso de recepción de las solicitudes de atención interpuestas por los usuarios en los diferentes buzones instalados en la unidad de salud.

Por ello, la REPSS expone dos necesidades diferentes, por un lado, **se habla de transparencia y por el otro de mecanismo de atención**. Pero en ambas partes exponen **la necesidad de atender a los usuarios por medio del Sistema Unificado de Gestión**.

Por su parte en el **Plan estatal de Colima 2016-2021**, como parte del diagnóstico se presenta información en cuanto a la percepción de calidad de los usuarios de servicio médicos en Colima, en este documento se observa que la Secretaría de Salud del estado tiene 4.9% de mala y muy mala percepción en cuanto al trato digno y abasto de medicamentos. Este porcentaje resulta alto con respecto al 1.6% que obtuvo el IMSS y 0.8% que tiene las instituciones privadas, respecto al mismo tema.

Sin embargo, el Régimen identifica como diagnóstico el "Lineamiento para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud", el cual contiene información necesaria para explicar causas efectos y características del problema.

Todo lo anterior dando cumplimiento a diversas disposiciones jurídicas partiendo del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se señala que; "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

Además, 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"

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 los siguientes 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 5º 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; (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" por medio del cual, se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Colima, 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.”

De igual manera dentro de la LGS, en el Artículo 77 bis 37:

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

[...]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)

Para ejercer la normativa federal, se establecen Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud que 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)

Aunado a ello el “Lineamiento para el uso de la herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) atención y orientación al usuario de los servicios de salud”, describe específicamente el servicio en cuanto a la atención de quejas, solicitudes y felicitaciones. Además de exponer el proceso de atención al usuario del Sector Salud. También sustenta la intervención de los servidores públicos para atender a los usuarios, por medio de solicitudes de quejas, sugerencia y felicitaciones.

Por tal, cuenta con un amplio sustento jurídico que hablan de la creación del Sistema de Protección Social en Salud y por ende del Sistema Unificado de Gestión para con esto responder eficazmente a la obligatoriedad normativa en cuanto a la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones que tengan los usuarios del servicio.

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.

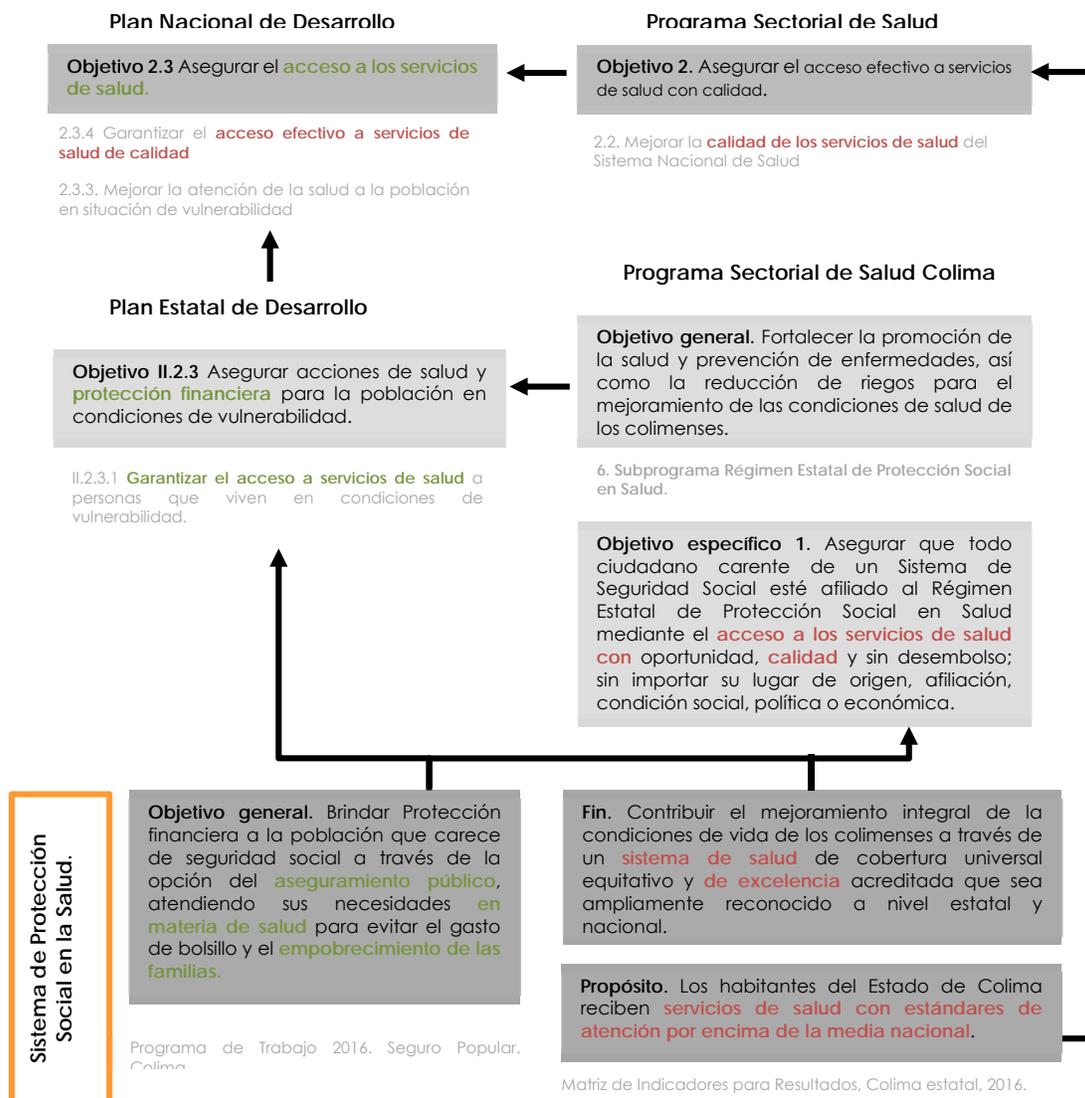
Para este caso, el Régimen identifica la vinculación con:

Los objetivos del **Programa Sectorial 2013-2018** de la República mexicana, en las metas de "México Incluyente" específicamente en el objetivo 2.3. Asegurar el **acceso a los servicios de salud**.

El acceso a la salud es una de las acciones de suma importancia para el Sistema de Protección Social en Salud, por tal existe una vinculación directa con la política que se expone. Sin embargo, es pertinente mencionar que este objetivo pertenece al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, por tal es preciso ajustar la información recabada por el Régimen y exponer los objetivos a nivel federal y estatal.

Así, la política pública ha planteado objetivos desde varias entidades públicas en el tema de salud, como se muestra en la figura siguiente:

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**.

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 tener 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.

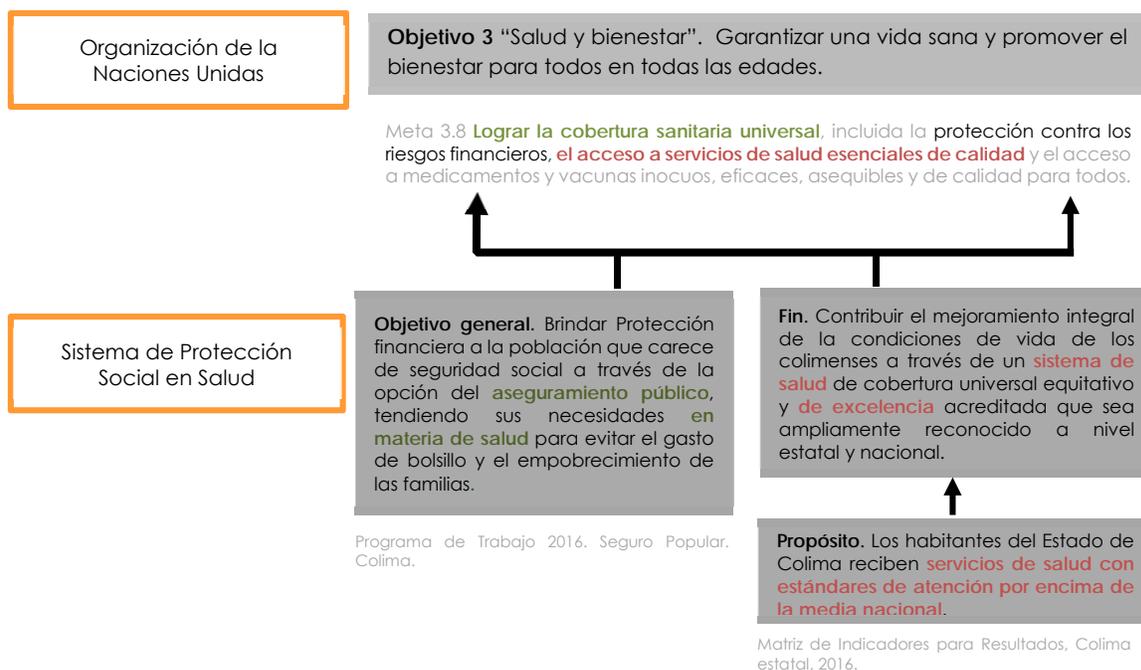
Además, se encontró vinculación con el objetivo de Fin de la MIR Estatal del SPSS con el Programa Sectorial de Salud del Estado de Colima al enfocarse a la cobertura de personas con carencia por acceso a los servicios de salud.

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.

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.

Así, en la Meta 3.6 del objetivo 3 de la "Agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible" tiene vinculación parcial con el objetivo general del Seguro Popular ya que ambos buscan el acceso de la población carente en servicios de salud y proteger financieramente a la población más vulnerable. Aunado a ello se tiene vinculación directa con el Propósito de la MIR del SPSS ya que ambos se enfocan a la calidad en los servicios de salud.

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 directa vinculación con esta entidad internacional.

Con la política pública que establece esta institución internacional en cuanto a la calidad de los servicios se puede ver reflejada las acciones que implementa el SUG dentro de los que establece la MIR estatal.

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 en las agendas internacionales de la ONU de forma directa. Además, tanto en el plan sectorial como el 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 REPS 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 potencial** a partir de “Todos los afiliados del Régimen Estatal de Protección Social en Salud”. Entendiendo esto como el universo total de los usuarios que pueden solicitar el servicio del Sistema Unificado de Gestión. Dentro del anexo 2A. Población objetivo, se menciona la cantidad de 985 afiliados.

Sin embargo, al comparar la información obtenida públicamente en el portal de transparencia⁴ del Seguro Popular Colima el número de afiliados para el año 2016 asciende a 280,408, y se distribuye por municipio de la siguiente manera:

⁴ Consultado en: <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/pdf/afiliadosAnual.pdf>

Cuadro 3.2. Estadísticas del padrón de afiliados 2016. Colima		
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: Retomado por TECSO con base a la estadísticas del padrón de afiliados del Régimen estatal de Protección Social en Salud Colima 2016.		

Asimismo, el REPSS define la **población objetivo** como “el número usuarios que interpongan una solicitud de atención en alguno de los buzones instalados en las diferentes unidades de salud” y se estima que para el año 2016 ascendió a 985 quejosos.

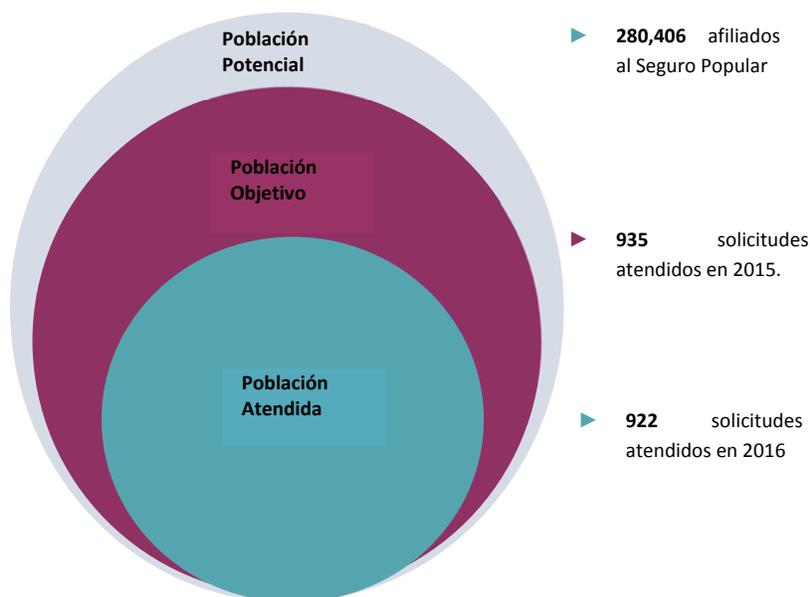
La misma cantidad se encuentra determinada en el portal de transparencia con 985 papeletas recibidas para 2016. Mostrando así congruencia en la información proporcionada.

Para la **población atendida**, el Régimen mencionó que ésta ascendía a 985 solicitudes atendidas, este mismo número se ve reflejada en la información pública.

Con la información proporcionada por el REPSS se puede determinar que se atendió al 100% del universo, ya que presenta los mismos datos para los tres tipos de poblaciones.

Por tal, para diferenciar de los tres tipos de población se puede tomar la población potencial como todos los afiliados al Seguro Popular; la objetivo, es una estimación con base en años anteriores; y la atendida, como el número de solicitudes emitidas por los usuarios. Como se muestra en la siguiente figura:

Figura 3.3. Población potencial, objetivo y atendida identificada para el SUG, 2016



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

Así, se observa que de acuerdo a la información del Seguro Popular de Colima para el año 2016, el MANDE tuvo un total de 922 papeletas atendidas, es decir, 13 solicitudes menos que en el año anterior. Es importante mencionar que de acuerdo a las estadísticas del padrón de afiliados al Seguro Popular estos 922 apenas representa el 0.3% del total de afiliados.

Por otra parte, el REPSS menciona la existencia de una base local del SUG y el formato FUSSA que recaban información personal del usuario que emite solicitud de queja, felicitación y/o sugerencias, entre a información recadaba está el nombre completo, sexo, domicilio, teléfono y correo electrónico. Sin embargo, el Régimen argumenta que este tipo de datos no se pueden visualizar porque se considerara como confidencial y exclusiva del Sistema.

En cuanto a la recolección de información, el Sistema de Protección Social en Salud, realiza un estudio socioeconómico para el ingreso de afiliación los servicios de salud. Por lo que no es necesario realizarlo para las personas que solicitan el servicio del Sistema Unificado de Gestión. Retomando lo que expone el Régimen:

En cuanto a los datos socioeconómicos e información, esta parte le corresponde al área de afiliación.

El Sistema Unificado de Gestión al ser un servicio exclusivo de recepción de y atención de solicitudes no le compete realizar algún estudio socioeconómico, al encontrarse dentro del Seguro Popular, otra área es a quien le corresponden estas atribuciones, tal y como lo hace Promoción y Afiliación, por lo que los argumentos del Régimen son correctos en cuanto a la recolección de información socioeconómica.

Con lo aquí expuesto, se puede determinar que el Régimen no discierne entre las tres poblaciones, ya que el universo que delimitan es igual al que atienden; lo que puede traer consigo irregularidades en el porcentaje de la población beneficiada. Por lo que se recomienda establecer criterios para determinar cada población.

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 Sistema Unificado de Gestión”, 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)

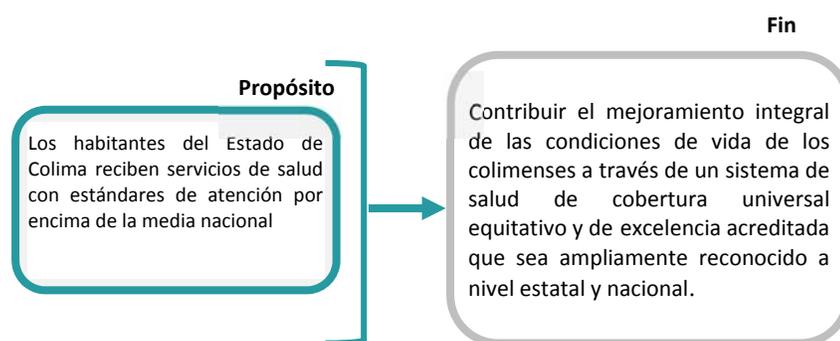
Además, en el Anexo 4 “Matriz de Indicadores para Resultados” el REPSS mencionó contar con tres indicadores de los cuales se realizará el respectivo análisis. Mientras quede la MIR del SPSS se realizará el análisis de Lógica Vertical y Horizontal del Fin y del Propósito.

3.4.1 De la lógica vertical de la MIR

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).

En cuanto al análisis de la relación causal del **Propósito con el Fin** de la MIR del SPSS, en la figura siguiente se muestra esta relación:

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 y Propósito de MIR estatal de 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
Fin (Identificado por el REPSS)	Resolución del SUG		
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, al indicador de Fin proporcionado por el REPSS, éste 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 Sistema Unificado de Gestión, quede a nivel componente; o bien, se cuente con una MIR específica para la implementación del SUG.

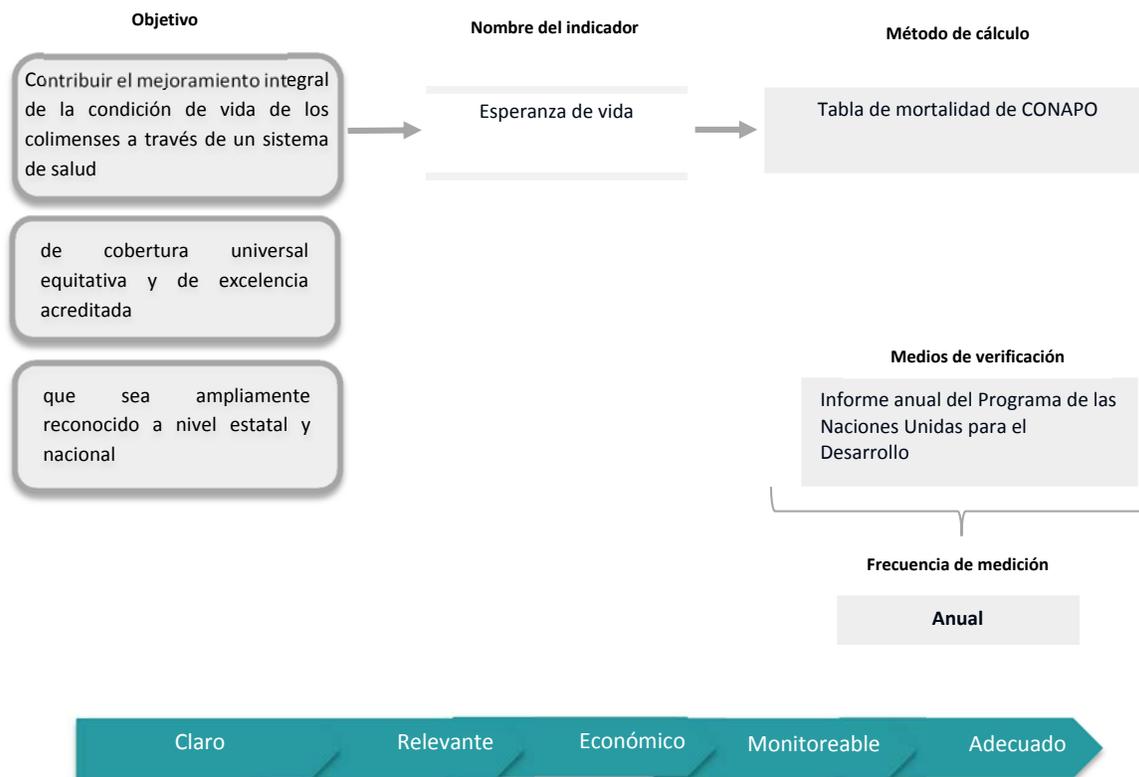
3.4.2 De la lógica vertical de la MIR

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 3.4. Análisis de la lógica horizontal del Fin de la MIR Estatal



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

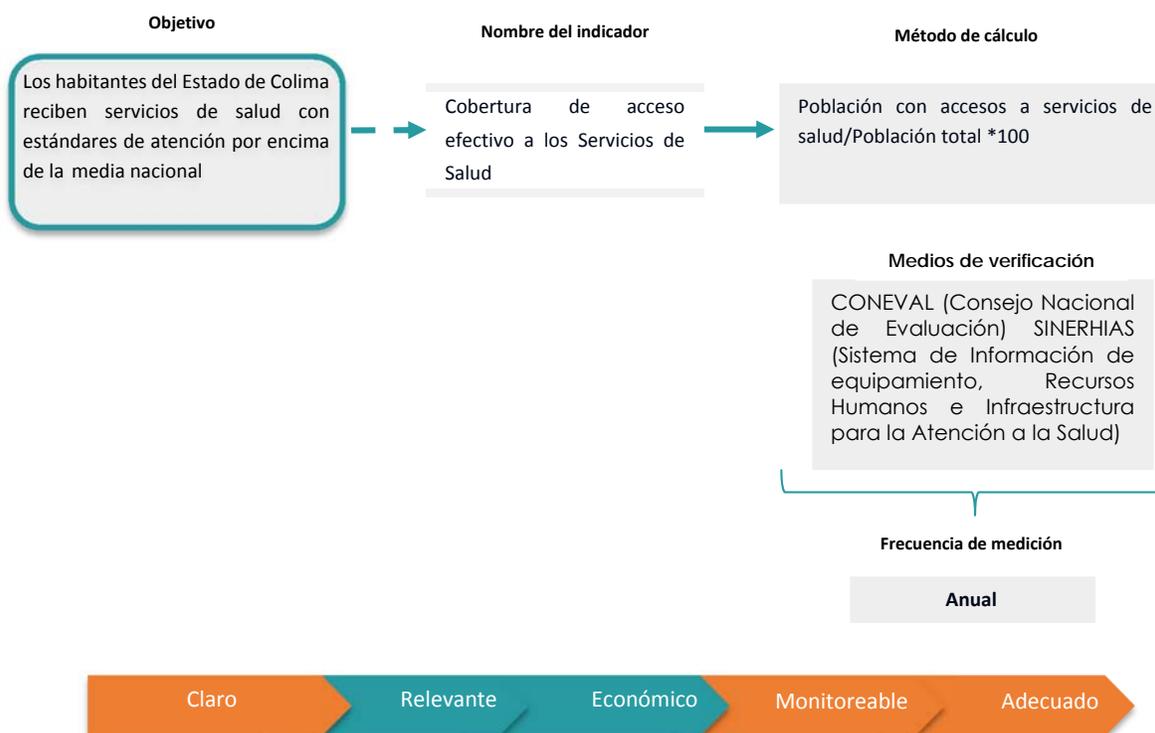
Este indicador, es consistente en todos sus elementos, ya que, aunque la esperanza de vida se caracteriza por múltiples factores, los esfuerzos que se logren en materia de salud son reflejados en este indicador. Ya que es uno de los seleccionados por las Naciones Unidas, para caracterizar un territorio 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 3.5. Análisis de la lógica horizontal del Propósito de la MIR Estatal



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.

Por lado, con la información proporcionada por el REPSS, se puede realizar el análisis para encontrar la pertinencia en la lógica horizontal de los tres indicadores proporcionados. Tal como se establece en el siguiente cuadro:

Cuadro 3.4. Análisis de la lógica horizontal del Sistema Unificado de Gestión

Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Frecuencia de medición	Supuestos
-	Resolución del SUG	[(Número de Solicitudes de Atención resueltas / Número total de Solicitudes de Atención recibidas a través del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario SUG) x 100	-	Mensual	-
-	Notificación del SUG	(Número de Solicitudes de Atención notificadas al usuario/ Número total de Solicitudes de Atención recibidas a través del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario SUG) x 100	-	Mensual	-
-	Proceso de Atención en Salud	(Número de quejas por la atención en salud recibidas en la unidad médica a través del SUG / Número total de atenciones médicas otorgadas en el establecimiento de atención médica) x 100	-	Mensual	-

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

La lectura lineal contempla el objetivo (resumen narrativo), nombre del indicador, método de cálculo, los medios de verificación, la frecuencia de medición y los supuestos, con el objeto de encontrar la consistencia adecuada de los indicadores. Es importante mencionar que para ninguno de los indicadores planteados se estableció objetivo alguno.

Los tres indicadores presentados por el Régimen carecen de objetivo, por lo cual el análisis se hace sobre las variables, el nombre del indicador y método de cálculo.

El indicador “Resolución del SUG” se mide con el número de solicitudes de atención resueltas sobre el número total de solicitudes de atención recibidas a través del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario SUG, como se observa en la figura siguiente:

Figura 3.6. Análisis de la lógica horizontal de los tres indicadores proporcionados por el REPSS



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

E nombre de los tres indicadores no contiene medida de frecuencia, es decir, no se especifica si este es un porcentaje, una tasa de variación o índice, al observar la sintaxis de los métodos de cálculo se puede inferir que se busca obtener un porcentaje.

Los indicadores miden los que se espera en obtener en su nombre dentro del SUG. Por tal, se recomienda se defina un objetivo que mida el para qué de estos resultados.

Así, al carecer de estructura programática el “Sistema de Unificado de Gestión” no cuenta con una MIR propia, sin embargo, existe una MIR Estatal del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

De lo anterior se concluye que al carecer de apertura programática del Sistema Unificado de Gestión 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 incorporar el Servicio Unificado de Gestión dentro del árbol de problemas y objetivos que responda a la metodología del marco lógico o bien que este servicio se ubique a nivel de componente, integrado en todas las áreas de Sistema de Protección Social en Salud.

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, la vinculación de dichos objetivos se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.5. 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; es decir, 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 3.6. Análisis de la posible complementariedad con el objetivo de FASSA con el objetivo de Seguro Popular.	
Objetivo Seguro Popular (REPSS)	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 3.7. Comparación del Objetivo del Seguro Popular con los objetivos de otras instituciones encargadas de otorgar Servicios de Salud

Objetivo Seguro Popular (REPSS)	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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud 2. Fortalecer los ingresos 3. Incrementar la productividad 4. Mejorar el modelo de atención a la salud 5. Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas. 2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez. 3. Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes 4. Contribuir al mejoramiento continuo en las prestaciones económicas del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar. 5. Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes 	<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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los mecanismos para optimizar el otorgamiento de las prestaciones socioeconómicas que proporciona este Instituto a su población objetivo. 2. Orientar el servicio médico integral a la prevención y promoción de la salud a nuestros usuarios. 	<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.

Cabe resaltar que si bien, los objetivos planteados con anterioridad no se enfocan en el Sistema Unificado de Gestión, este resulta ser parte importante para la consolidación de un Sistema de Salud Integral, ya que al conjuntar las Quejas y Sugerencias de los afiliados se puede tener un parámetro de las inconformidades, mientras que las Felicitaciones se pueden considerar para tener una mejora continua en el servicio. Así, dada la importancia del SUG se sugiere fortalecer los sistemas de captación de la información así como un programa de difusión de este servicio ofertado por el REPSS, pues al contar con mayor número de papeletas se pueda considerar representativa la muestra y con ello establecer mecanismos de mejora para el SPSS.

4. Planeación y orientación a resultados

4.1 Instrumentos de planeación.

En este apartado tiene por objetivo analizar los instrumentos de planeación utilizados por el Sistema Unificado de Gestión para conocer si este es creado para atender y dar solución a una problemática social, o bien para poder conocer su progreso y si cuenta con herramientas que permitan monitorearlo y evaluarlo.

Así, en el **Plan Sectorial de Salud 2013-2018** debe considerarse como un instrumento de planeación. Ya que, en la línea de acción 2.1.3. “Fortalecer los recursos para la salud que permitan **mejorar la capacidad resolutive** en las unidades de atención” se infiere que la capacidad resolutive es utilizada dentro de la organización para la implementación del SUG, puesto que este Sistema está diseñado para dar respuesta a los usuarios que implementan alguna queja de atención.

De igual manera, el **Programa Sectorial de Salud del estado de Colima 2016-2021**; determina dentro del Subprograma 6. Régimen Estatal de Protección Social en Salud, compromisos que refieren la aplicación de SUG descritos como:

- ▶ Mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud.
- ▶ Que cada servicio sea medido a través de un índice de satisfacción de los usuarios.

Por tal, este documento planea incidir en la medición de calidad en cuanto a los servicios de salud tal y como lo establece el Sistema Unificado de Gestión.

Por otro lado, el REPSS Colima cuenta con un Manual de organización, este documento de planeación, tiene como principal objetivo:

Ser un instrumento administrativo que permita proporcionar **información relevante de los aspectos de organización interna, niveles de responsabilidad y líneas de mando**, para la difusión e inducción a servidores públicos adscritos y de nuevo ingreso, evitar duplicidad de funciones y coadyuvar al logro de los objetivos de la Dirección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Asimismo, permitir al

público en general identificar funciones y servicios prestados en la unidad administrativa. (REPSS, 2011)

Como lo menciona el Manual, este instrumento se enfoca en describir las funciones de cada uno de los integrantes del Régimen, para con esto cumplir con los objetivos generales y específicos.

De igual manera, el Sistema de Protección Social en Salud del estado de Colima, cuenta con el “Programa de trabajo 2016” realizado por el REPSS, este documento establece procesos específicos descritos en cronogramas de actividades, de los cuales están orientados en alcanzar metas a corto plazo. Dentro de las acciones planeadas para la implementación del SUG se encuentran:

- ▶ Capacitación al personal operativo del Sistema de Gestión para la atención de Quejas, Sugerencias y felicitaciones.
- ▶ Elaborar un total de 15,000 papeletas de recolección de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones del MANDE en los establecimientos de salud.

Por lo que el REPSS, tiene identificada la organización de las acciones para la implementación del SUG, tales como, mejorar el proceso general del Sistema y por ende la calidad de los servicios médicos que ofrece el Seguro Popular.

Por tal, el seguir las pautas que se establecen en documentos normativos u oficiales puede traer consigo el cumplimiento de las metas encaminadas a la calidad de servicios de salud. Por lo que, se recomienda considerar todos los instrumentos que en su diseño contemplan la calidad en la impartición de servicios médicos se pueda tener un sistema de mejora en la servicios que responden a las necesidades de los colimenses.

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 SPSS, 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 2014, 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" (INSAD, 2015)

Con esta información, se puede determinar que las recomendaciones no han sido atendidas, al ejemplificar el REPSS Colima, se puede observar que siguen existiendo inconsistencias en cuanto a padrón de beneficiarios y por ende en los recursos financieros.

Por otro lado, los indicadores del SUG solo miden la cantidad de usuarios que solicitan queja, sugerencia o felicitación.

A 2016, las definiciones de población no son tan específicas como lo enuncia esta recomendación.

Hablando específicamente del Estado, en 2014 se llevó a cabo una Evaluación del Desempeño del Salud del Estado de Colima, el cual emitió algunas de las siguientes recomendaciones:

El sistema de expediente clínico electrónico multifuncional de Colima está en construcción y requiere implementar indicadores propios de la gestión de los sistemas de salud de las localidades y municipios.

Es necesario implementar programas de atención integral para enfermedades crónicas no transmisibles debido a que los datos analizados muestran un ascenso considerable en las tasas de mortalidad e incidencia para IAM e HTA. (2014)

Al comparar las recomendaciones emitidas en esta evaluación con la información obtenida en 2016 se observa que estas consideraciones no se han llevado a cabo, ya que al observar la MIR estatal no existe la implementación de un programa integral que tenga que ver con el Infarto Agudo al Miocardio (IAM).

Asimismo, no se encontraron indicadores propios a nivel municipio o localidad, por lo que solo existe información de resultados a nivel estado.

Por otro lado la “Evaluación al Desempeño del Seguro Popular”, realizada por el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado de Colima, dicha evaluación 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. Por ello se llevó a cabo el análisis de estos (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.**

Aunado a ello el REPSS menciona no tener evaluaciones externas, además el dictamen del OSAFIG fue positivo, por lo cual no se tienen ASM que atender.

Por otro lado, INSP, elaboró “Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016”, arrojó resultado a nivel Colima. El cual, la institución emite como recomendación reforzar las funciones del personal administrativo para que incremente el número de usuarios con el conocimiento del SUG. Dicha recomendación puede ser atendida al informar al usuario del Seguro Popular sus derechos que tiene como beneficiarios de los servicios de salud.

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. (2016)

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 REPS Colima.

Aunque con esta evaluación no se puede observar si el Régimen ha atendido o no las recomendaciones, puede ser considerada para futuras ejecuciones e incidir en mejorar la calidad de los servicios de salud al verse reflejada en las solicitudes de usuarios que recopila el SUG.

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 deficiencias en la ejecución de los procesos. El hecho de no considerar las recomendaciones puede deberse a cuestiones de normativa o de posibilidades por lo que se han quedado en espera de ser atendidas. Por ende, se recomienda implementar un Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), del SPSS que incluya una evaluación externa integral al Seguro Popular y evaluaciones internas de seguimiento y monitoreo por medio de los indicadores de gestión, para con esto enriquecer información respecto a los resultados del SUG.

4.3. De la generación de información.

Este apartado está enfocado al análisis de la generación de información que implica la capturar datos en cuanto a 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)

Para medir el avance del Sistema Unificado de Gestión, es necesario recabar información que permita conocer la dirección que están tomando la implementación de las acciones. Por tal, es importante captar a cualquier usuario que decida manifestar su opinión en cuanto a la atención recibida:

El Sistema Unificado de Gestión atiende a todos sus usuarios independientemente de las condiciones socioeconómicas. Recoleta solo información de datos particulares y sobre el tema de la solicitud de atención que el usuario requiere.

La información que recopila el SUG está enfocada en la valoración que emiten los usuarios en cuanto a los servicios médicos recibidos.

Un ejemplo de ello es que para 2016, se captaron 922 papeletas de solicitud de las cuales 485 de ellas estuvieron dirigidas a expresar alguna queja, esto según información emitida públicamente.

Por lo que la generación de información trae consigo la obtención de conocimiento en cuanto al avance de las metas establecidas en la implementación del SUG. Tal es el caso de saber cómo está orientada la mayoría de la de solicitudes que emiten los usuarios, reflejado así la distribución de las solicitudes y con esto dar pie a la tomar decisiones, para mejorar la implementación del servicio.

5. Cobertura y focalización

5.1. Análisis de cobertura.

Para el análisis de este apartado es importante recalcar que se entenderá por **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.

Con la información proporcionada por el Régimen, se identifica a la población potencial como:

Todas las personas que interpongan una solicitud de atención en alguno de los diferentes buzones de las unidades médicas sin discriminación de Edad, Raza, Sexo, etc.

Al conocer quiénes son los usuarios que el Sistema Unificado de Gestión tiene planeado o programado atender se puede determinar cuántos de estos tendrán alguna respuesta o notificación.

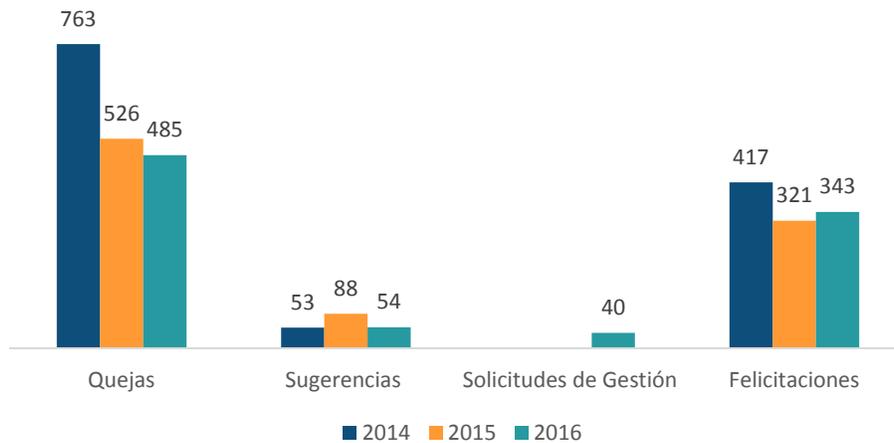
El dar respuesta a las personas que interpongan solicitud son consideradas por el REPS como la población atendida. Por tal, se considera lo siguiente:

La meta es lograr atender todas las solicitudes de atención que los usuarios interpongan en los diferentes buzones de las unidades médicas, la cobertura en cuanto a infraestructura es de Todas las Unidades de Atención Médica del Estado de Colima rubro que al momento se cubre al 100%.

El conocer cómo se distribuye el tipo de solicitudes emitidas por los usuarios puede reflejar como son los servicios de salud dentro del Sistema de Protección Social en Salud.

Por tal, en la gráfica siguiente se describe que tipo de solicitudes fueron las recurrentes para los usuarios de Seguro Popular, por categoría y año:

Gráfica 5.1. Papeletas recolectadas SUG, por cateroria y año



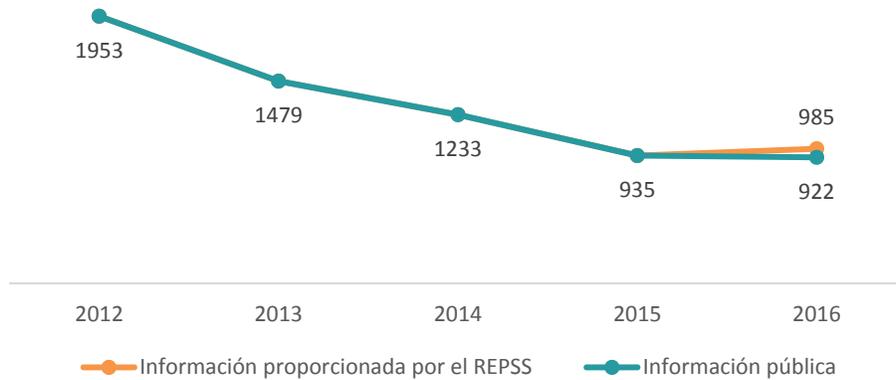
Fuente: Elaborado por TECSO con base la información pública de Seguro Popular Colima.

Al comparar tres años de implementación del SUG, se puede determinar que la mayoría de las solicitudes están dirigidas en interponer alguna queja de algún servicio de salud otorgado.

Asimismo, se puede observar que las solicitudes de gestión surgen por primera vez para el año 2016, considerando la percepción de los usuarios en cuanto a la aplicación de los procesos implementados por el REPSS. Aunado a ello, se percibe un decremento en cuanto a las solicitudes de usuarios recibidas por el Sistema Unificado de Gestión.

Este decremento de papeleras se puede visualizar en la gráfica siguiente, donde se cuenta con el número de papeletas captadas por el SUG, desde el año 2012.

Gráfica 5.2. Evolución de la cobertura SUG



Fuente: Elaborado por TECSO con base en la información presentado por el REPSS en el Anexo 11. Evolución de la cobertura.

La recepción de papeletas de atención presenta un declive, del cual se puede explicar que los usuarios de SPSS no están interesados en presentar una queja, solicitud, sugerencia o felicitación. De igual manera, se puede explicar argumentado que los usuarios desconocen su derecho de presentar una solicitud de atención por medio del SUG.

Por otro lado, en cuanto a la comparación de información pública y la proporcionada por le REPSS, resultan ser consistentes hasta el año 2016; ya que, difieren por 63 papeletas. Sin embargo, la información pública muestra aún más una disminución en cuanto al uso de SUG por parte de los usuarios.

Por tal, es relevante describir como hallazgo que los usuarios del Seguro Popular de Colima están dejando de utilizar el Sistema Unificado de Gestión que proporciona el REPSS. Por lo que, se recomienda establecer estrategias que permita captar a la población y así más usuarios se acerquen en emitir una solicitud de queja, sugerencia y/o felicitación.

6. Operación

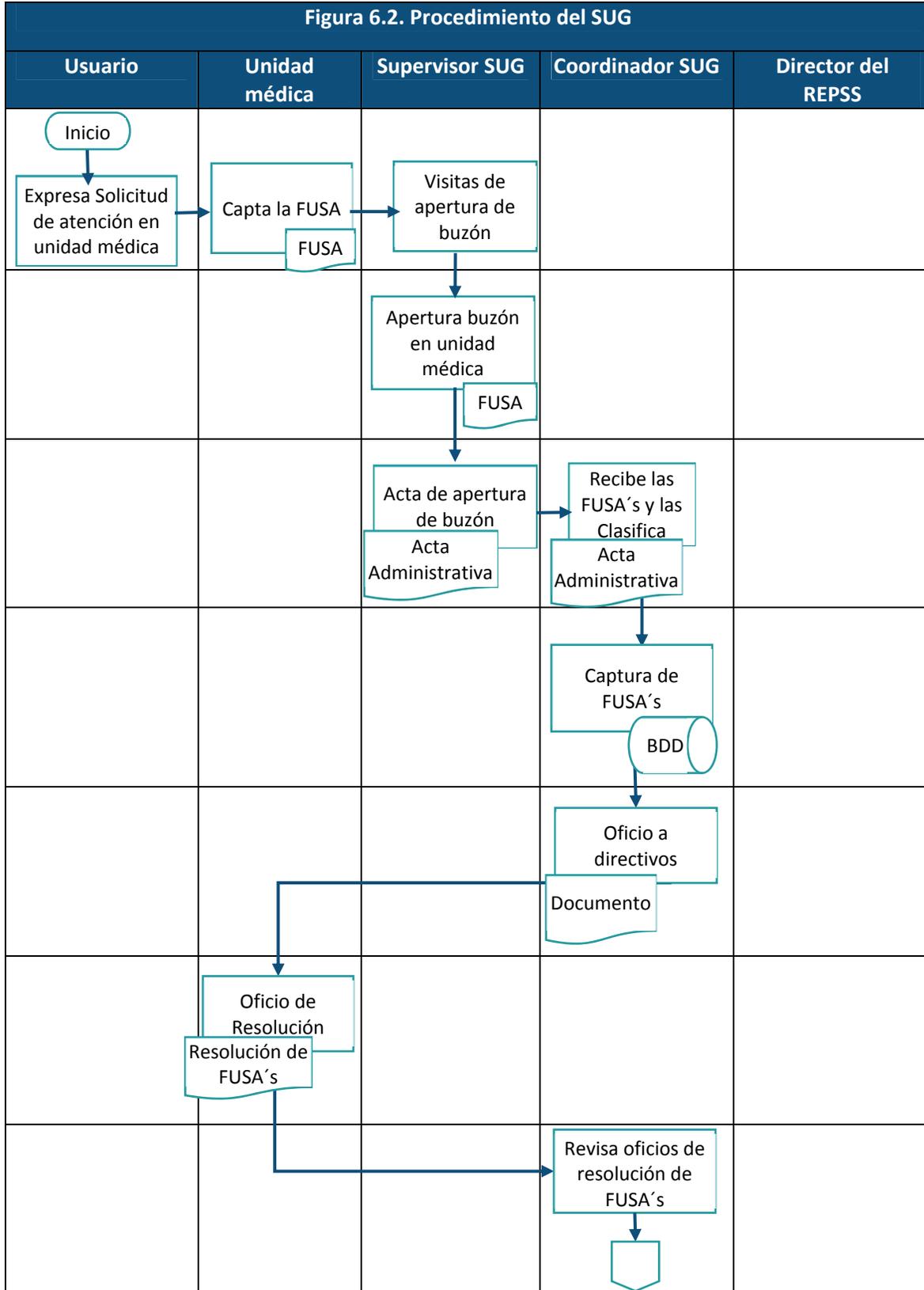
6.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable.

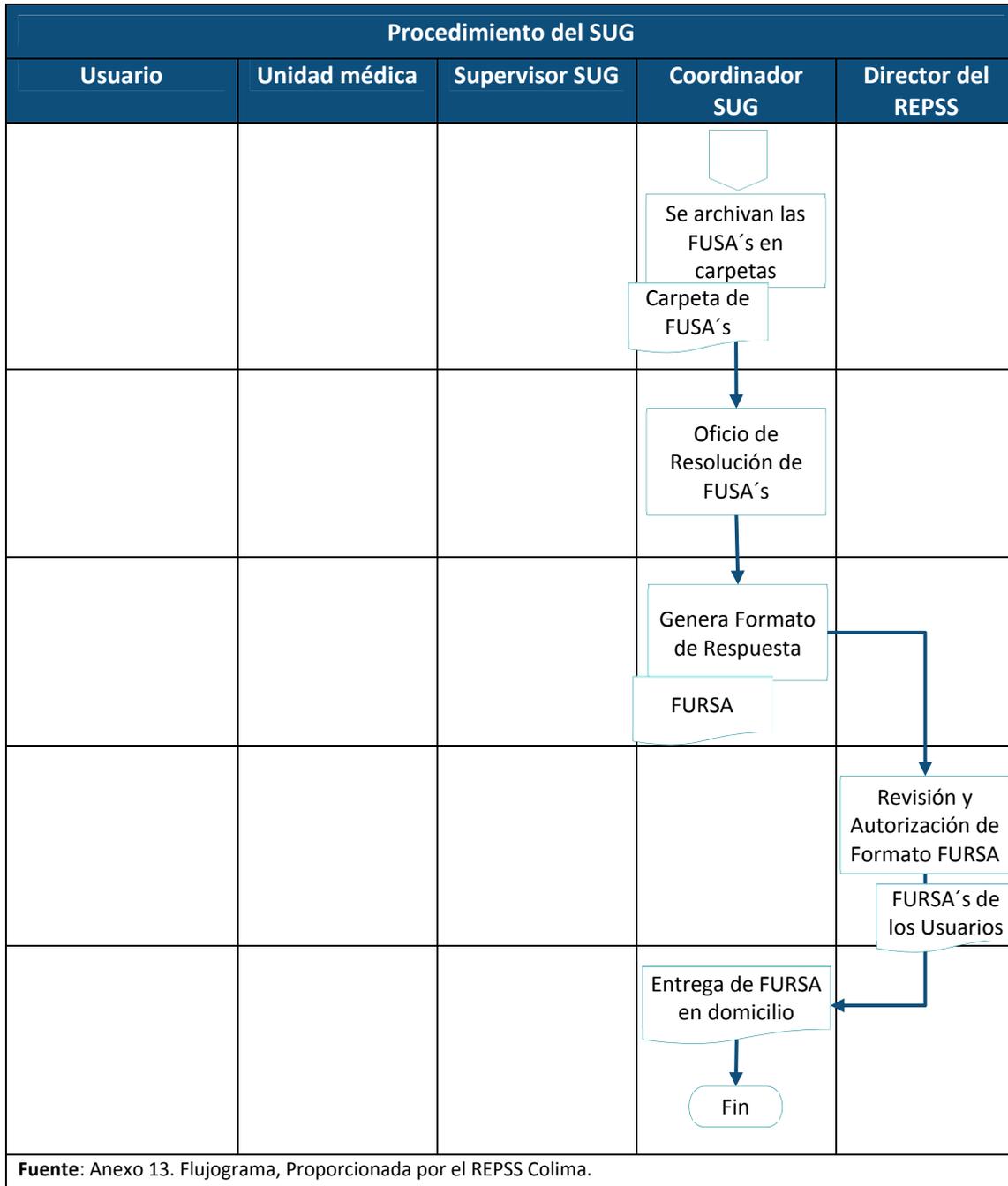
Dentro de este apartado, se analizará los procesos establecidos para la ejecución del Sistema Unificado de Gestión, incluyendo los actores y las funciones que ejercen dentro de la operación.

En cuanto a lo argumentado por el Régimen, se puede encontrar a detalle cada paso junto al actor que le corresponde ejecutar cada de las acciones designadas.

Este desglose de actividades se encuentra ejemplificado en el siguiente diagrama de flujo:

Figura 6.2. Procedimiento del SUG





El proceso inicia cuando el usuario del Sistema de Protección Social en Salud expresa una solicitud de atención en la unidad técnica. Por consiguiente, la Unidad Técnica capta la información en el Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA).

Derivado de eso, las siguientes actividades le corresponden a la Supervisión del Sistema Unificado de Gestión donde se comienza la apertura de buzón, creando por consiguiente un acta de apertura de buzón.

El cuarto actor en el proceso es el Coordinador de Sistema Unificado de Gestión; él es el encargado de recibir y clasificar Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) donde captura una base de datos y crea un oficio dirigidos a los directivos; la Unidad Médica realiza un oficio de resolución, este oficio regresa a la Coordinación para revisarlo y se archiva para generar formato de respuesta (FURSA).

La dirección del REPSS revisa el formato FURSA para autorizarlo y delega a la Coordinación del SUG la entrega del FURSA al domicilio del usuario que interpuso la solicitud.

Tal como argumenta el REPSS, dentro del documento “Lineamiento para el uso de la herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y orientación al usuario de los servicios de salud”, se describen los pasos a seguir que tiene que realizar el usuario para interponer una solicitud especificando, los datos que debe proporcionar y los medios por los cuáles puede presentar su solicitud.

Para los criterios de elegibilidad, todas las boletas captadas deben de ser atendidas, según el “Lineamiento para el uso de la herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y orientación al usuario de los servicios de salud”.

El Sistema Unificado de Gestión es un servicio que no distingue un apoyo otorgado. Es decir, el usuario que interpone una solicitud no recibe algún bien o servicio, sin embargo, su solicitud debe tener una resolución; en esta fase del procedimiento se establecen plazos de tiempo de respuesta y notificación al usuario.

Para el seguimiento de la resolución de quejas, solicitudes de atención o felicitaciones el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), establece los “Lineamientos técnico operativos”, donde se señalan las acciones de seguimiento para la mejora continua de los procesos.

Los procesos establecidos para el desarrollo del Sistema Unificado de Gestión, se encuentran documentados con sustento normativo y realizados metódicamente para una fácil comprensión, ya que este servicio tiene como

tarea fundamental incidir en el proceso general del Sistema de Protección Social en Salud para la mejora continua de la calidad y atención al paciente.

6.2. Mejora y simplificación regulatoria.

En cuanto al análisis de este apartado, se describirán los documentos que dieron pie a disminución de los procesos y por ende en la mejora de los procesos en cuanto a la aplicación del Sistema Unificado de Gestión.

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 su parte, para mejorar la implementación de solicitud de quejas, felicitaciones y/o sugerencias, en 2016 se llevó por primera vez la integración de tres aspectos para mejorar la eficiencia de un servicio de atención a usuarios, en el cual incluye:

- ▶ Modelo de Gestión MANDE
- ▶ Acciones coordinadas entre los Gestores de Calidad y Gestores del Seguro Popular.
- ▶ Trato personalizado al usuario/beneficiario por medio de los Módulos de Atención y Orientación.

Con los tres aspectos articulados, surge el Sistema Unificado de Gestión como un solo servicio, cual tiene por objeto:

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.

Con esta información se puede determinar, que existe una mejora en los procesos para la eficiencia del Seguro Popular y por ende en la implementación de los procesos encaminados en la calidad de los servicios médicos por medio en la atención del usuario. Por tal, se recomienda monitorear cada proceso e identificar las oportunidades de mejora de cualquier acción implementada.

6.3. Eficiencia y economía operativa del programa.

En este apartado se identifica y cuantifican los gastos en los que se incurre para generar los servicios ofertados y los desglosa en los siguientes conceptos:

- a. Gastos en operación: se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000);
- b. Gastos en mantenimiento: requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000,3000 y/o 4000;
- c. Gastos en capital: son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej. terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias); y
- d. Gasto unitario: Gastos Totales/población atendida (Gastos totales = Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Si bien, el REPSS por un lado argumenta la no aplicación de un presupuesto aprobado específico para **SUG** dentro del año 2015 y 2016; por otro presenta información considerando lo siguiente:

Cuadro 6.1. Clasificación del Sistema Unificado de Gestión, Colima 2016	
Capítulo	Monto
1000. Servicios personales	\$ 300,000.00
2000. Materiales y Suministros	
3000. Servicios generales	\$ 7,656.00
4000. Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras ayudas	
5000. Bienes Muebles e Inmuebles	\$ 62,088.00
6000. Obras públicas	
Total	\$ 369,744.00
Fuente: Elaborado por TECSO con base a lo declarado por el SPSS en el Anexo 14 "Gastos desglosados del programa".	

Con esta información se puede observar que la mayoría de los recursos se destinaron al pago de personal abarcando el 81.1% del total del monto

gastado para la implementación del SUG, siendo estos en su mayoría los gestores del Seguro Popular quienes captan y les dan seguimiento a las solicitudes de atención.

Por consiguiente, el 16.7% del monto gastado fue utilizado en el capítulo de bienes muebles e inmuebles, el cual puede caracterizarse en la implementación y/o mantención de Buzones de Atención al Usuario y en los Módulo de Atención del SUG.

Para comparar los montos descritos por el Régimen se recurrió a la búsqueda de información pública; sin embargo, no se encontró información desagregada a ese nivel. Por lo que se recomienda mejorar el sistema de información con la finalidad de mejorar la transparencia y rendición de cuentas.

6.4. Sistematización de la información.

Dentro de este apartado se analizará como el Sistema Unificado de Gestión, 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 de 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.

Por tal, para cumplir con la norma a nivel nacional, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) capta información referente a la medición de la percepción de los usuarios en los que se incluye el Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE). Por lo que este este Sistema se define como:

Una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en el país. (2016)

Este Sistema recopila y organiza la información en cuanto a la satisfacción de atención, surtimiento de medicamentos, trato recibido, etc., concentrando los resultados para dar a conocer la opinión de los usuarios en cuanto al servicio recibido, tanto a nivel nacional como por entidad federativa incluyendo el estado de Colima.

El Régimen estatal, de igual manera cumple con la implementación de un concentrado de información 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 el caso específico del SUG, el Coordinador de este Sistema 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 medir la satisfacción del usuario. De igual manera, esta captura de información la puede realizar directamente el usuario cuando emite alguna solicitud desde la plataforma informática de FUSA, y solo el coordinador es el encargado de clasificarla. De esta manera, la sistematización de información es más directa dentro de un concentrado de base de datos.

Al procesar la información captada por parte del Régimen estatal, no solo se obtiene el cumplimiento de la normativa Federal; sino también la obtención de resultados que ayudan a conocer cómo es que Seguro Popular está avanzando en el cumplimiento de sus objetivos y por ende como el Sistema Unificado de Gestión está almacenado información referente a los usuarios que buscan mejorar la calidad médica al acercarse a este servicio.

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.

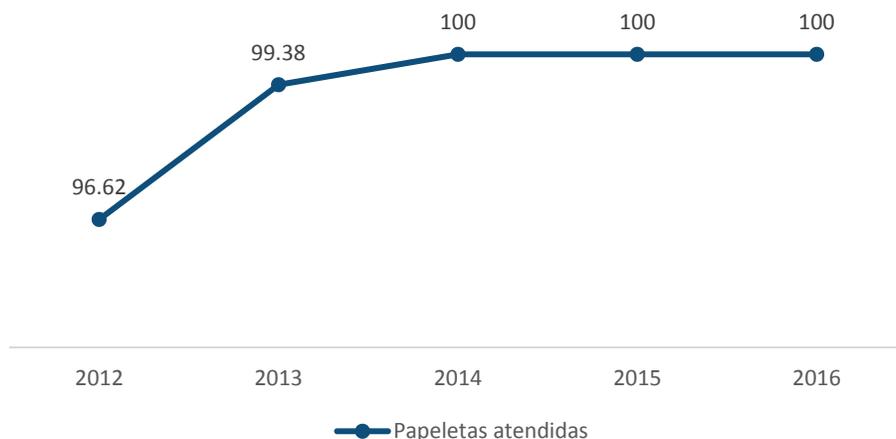
El indicador de resolución del SUG que presenta el REPSS, es medido con el número de solicitudes de atención resueltas sobre número total de solicitudes de atención recibidas a través del SUG, obtiene un 100 % de cumplimiento

De igual manera, el indicador de notificación del SUG, medido con el número de solicitudes de atención notificadas sobre número total de solicitudes de atención recibidas a través del SUG obtiene el 100% de resultado, tanto para línea base como la meta programa.

Los indicadores si bien son de gestión miden solo el cumplimiento del sistema, lo que resulta adecuado, ya que la atención debe de ser medida al 100%.

Por tal, el avance de las papeletas atendidas ha ido creciendo desde el año 2012, como se muestra en la siguiente gráfica:

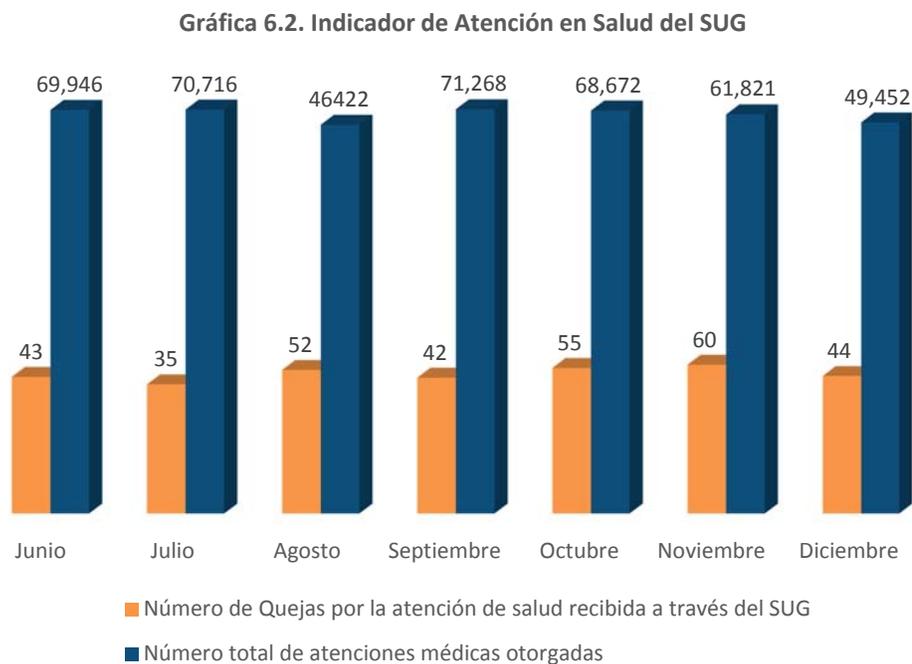
Gráfica 6.1. Evolución de papeletas atendidas en el estado de Colima



Fuente: Elaborado por TECSO con base en información pública, Seguro Popular Colima.

Como se puede observar, la gestión en cuanto a la atención de papeletas recolectas se ha llevado a cabo de manera satisfactoria, reflejando así una administración eficiente en la implementación del SUG.

De igual manera, es preciso conocer cuántos de los que acuden a consulta se acercan al servicio del SUG, por tal, el Régimen presenta un indicador llamado “Atención en Salud del SUG”, cual pretende medir el Número de Quejas por la atención de salud recibida a través del SUG sobre Número total de atenciones médicas otorgadas, como se muestra en la siguiente gráfica:



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

Al sumar el número de atenciones médicas del segundo semestre 2016 que asciende a 438,297 y compararlo con las 331 solicitudes de quejas recibidas en el mismo semestre, solo el .07% de las personas que reciben servicios médicos se acerca a realizar una solicitud de queja, reflejando así la falta de interés o de conocimiento por parte de los usuarios en cuanto al SUG.

Por otro lado, la MIR estatal del Sistema de Protección Social en Salud, presenta 50 indicadores en el portal de transparencia, con resultado de línea base y metas, de los cuales ninguno está dirigido a medir el avance del SUG, por tal no hay información para realizar un análisis del SUG

relacionado con la MIR estatal. El mismo caso se observa en la evaluación realizado por Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado OSAFIG, no existen indicadores que hablen del avance del SUG, por tal no existe información analizable.

Si bien, los indicadores al ser de gestión, miden el cumplimiento del sistema, lo que resulta adecuado, ya que la atención del servicio debe de ser medida al 100%; Sin embargo, éstos tendrían que tener un efecto en la mejorar de los servicios de salud.

Por otro lado, se puede determinar que existe un deficiente acercamiento por parte de los usuarios para presentar alguna solicitud de queja sugerencia y/o felicitación. Por tal, es conveniente implementar mecanismos de atención por medio de los gestores de salud, para así incidir en el acercamiento de los usuarios al Sistema Unificado de Gestión.

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 programa, al respecto en la página electrónica del seguro popular, <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/> se identifica el apartado de transparencia⁵, 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).

Asimismo, se identifica el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES para el año 2010, 2012, 2014 y 2016, así como la póliza de afiliación desde el año 2011 hasta el 2018.

Además, se encuentra la carta de derechos y obligaciones de los afiliados, donde se puede identificar el derecho 15, describiendo lo siguiente:

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, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas. (2016)

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. Por último, con Información sobre indicadores de gestión a partir del año 2011 hasta 2017.

Por otra parte, en la página institucional en el apartado “Directorio⁶” 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

⁵ <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/transparencia.php>

⁶ Para más información consultar: <http://www.seguropopularcolima.gob.mx/segpop/directorio.php>

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.

De igual manera, dentro de la página Seguro Popular Colima se encuentran los informes de la implementación del SUG, así como también evaluaciones respecto a la implementación de instrumentos que miden la satisfacción de los usuarios del Sistema de protección Social en Salud.

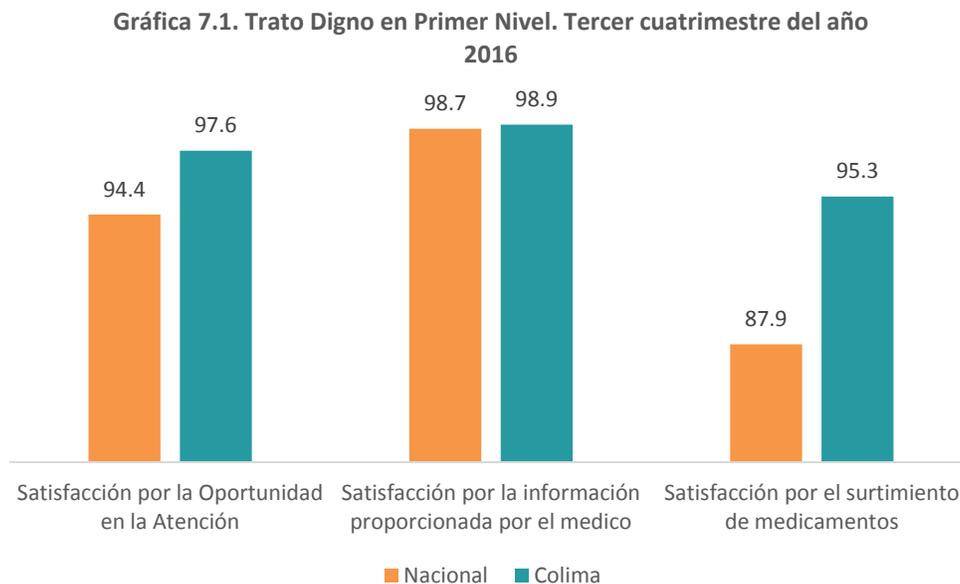
La población general al conocer sus derechos a los cuales puede tener acceso trae consigo que ésta exija solicitar alguna queja, solicitud y/o felicitación y con esto recibir atención médica de calidad.

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 de SUG.

7. Percepción de la población atendida

El usuario de Sistema de Protección Social en Salud es el principal actor que puede influir en la detección de acciones deficientes, y así generar servicios de salud con calidad. Por tal, este apartado está dedicado a analizar la opinión de los usuarios en cuanto a los servicios otorgados.

Para esto, desde el nivel federal con la implementación del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), se arrojan resultados que muestran la percepción del usuario en cuanto a la atención recibida. Alguno de los resultados de ejemplifican en la siguiente gráfica:



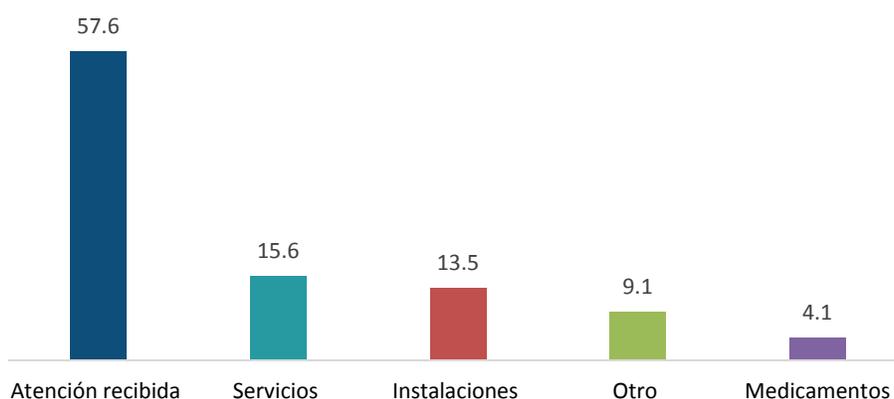
Con la información aquí expuesta, se puede determinar que al comparar el nivel nacional con el estado de Colima, este último supera los resultados emitidos nacionalmente en cuanto a la satisfacción de los usuarios del Seguro Popular, reflejando así una apropiada calidad en los servicios de salud.

Por otro lado, a nivel nacional el INSP, elaboró “Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016”, este estudio comprende un del total de 832 entrevista efectivas para el estado de Colima, de las cuales los hallazgos que se obtuvieron son los siguientes:

El 72% desconoce que existe un gestor, lo cual es mucho mayor a lo obtenido a nivel nacional y el 79.9 % desconoce los pasos a seguir para una queja por lo que resulta indicativo reforzar las funciones del gestor y personal administrativo. (INSP, 2016)

Del total de encuestados, solo 27 de ellos realizaron alguna queja. En la siguiente gráfica se muestra el tipo de queja que realizaron:

Gráfica 7.2. Motivos de quejas



Fuente: Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud. INSP, 2016.

El 57.6% de las personas que presentaron alguna queja, estuvo dirigida a la atención que recibieron del personal incluyendo médicos, enfermera, trabajo social y personal administrativo.

En cuanto, a la encuesta de satisfacción a nivel nacional, que, si bien es representativa a este nivel para el Estado de Colima al ser una muestra de apenas 832 encuestas efectivas, pues según datos de las Estadísticas del Padrón de Afiliados para 2016 se tenía un total de 280,408, es decir, que las 832 encuestas solo representan al 0.3% del total de afiliados en el Estado, por lo cual no es representativa para reflejar la satisfacción de los usuarios en dicha Entidad.

Por otro lado, Régimen se ha acercado a la opinión de los beneficiados por medio de la aplicación de instrumentos. Tal como, el Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA), que pretende medir la satisfacción de los usuarios al preguntar de forma abierta la queja, solicitud o felicitación que desea expresar en cuanto a la atención recibida. Este mismo instrumento se

encuentra de forma pública en una plataforma informática⁷ con el fin de facilitar al usuario acercarse a este servicio y también es proporcionado en los módulos de atención y buzones de recopilación.

El instrumento “Evaluación de satisfacción del servicio” empleado por el Régimen busca identificar en algunos apartados **la implementación de quejas en los usuarios del Sistema**, para eso emplea preguntas referentes a la utilización de servicio para interponer alguna queja y qué tipo de queja se presentó, ya sea de atención, tiempo, abasto de medicamentos, gasto de bolsillo y/o infraestructura.

Con la información recabada, el Régimen emite resultados de la Encuesta de satisfacción, donde solo el 2% de los encuestados presentó una queja por la atención médica y el 5% solo desea presentarla. (REPSS, 2016)

Con esta información se puede percibir que los usuarios del Sistema no se acercan a realizar alguna queja de los servicios de salud, lo que podría implicar pocos cambios en los procesos establecidos ya que la percepción de los usuarios no es expresada. Por tal es pertinente implementar nuevas formas de acercar a la población para que pueda emitir una solicitud de queja, felicitación y/o sugerencia.

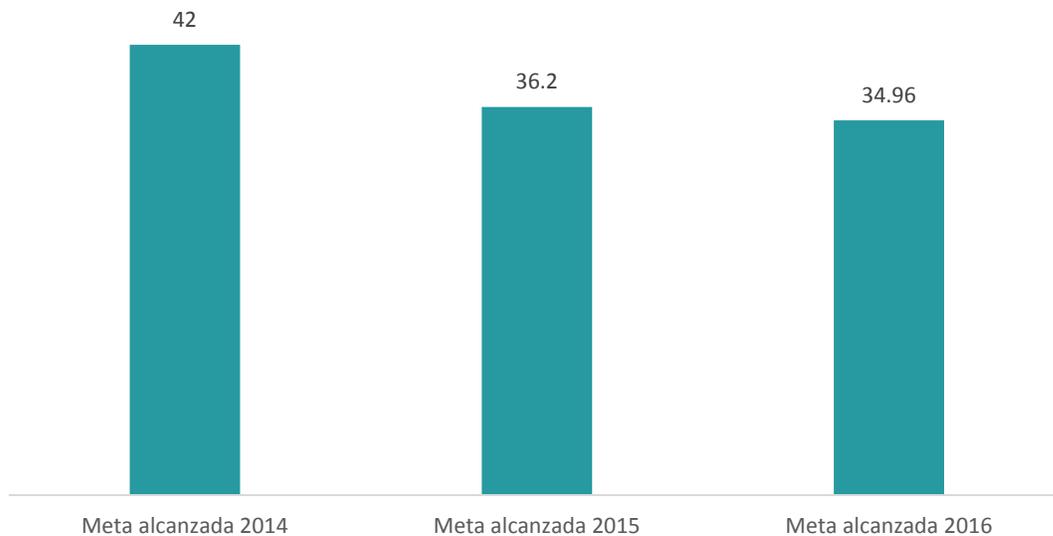
Por tal, se puede observar que existe una variedad de instrumentos y por ende resultados que miden la percepción de la población atendida por el Seguro Popular. Oportunidad que puede aprovechar el REPSS, para identificar los resultados negativos y con esto mejorar la calidad de los servicios.

⁷ La plataforma informática se puede consultar en la siguiente: liga <http://132.247.16.76/SUG/FUSA/fusa.php>

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

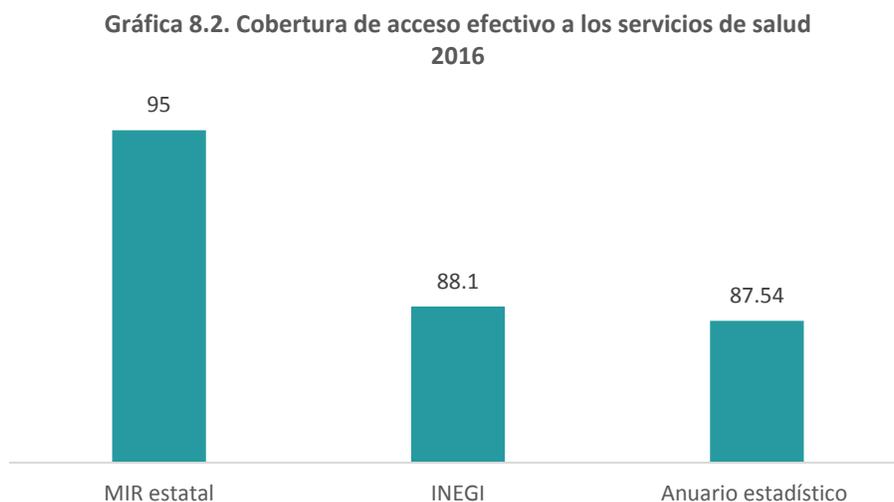


Fuente: Elaborado por TECSO con base en la Evaluación al Desempeño del Seguro Popular” realizada por el OSAFIG.

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:



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 se debe considerar la calidad y con esto el SUG pueda reflejar una percepción satisfactoria de los usuarios.

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 emitidos por el SUG.

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 con el componente PROSPERA Salud. Es decir, es un requisito para ser beneficiario de este programa que estén afiliados al Seguro Popular.	Consolidar la estrategia de vinculación para ofertar el servicio a las personas que lo requieran de manera conjunta.
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 funciones sean operadas por un solo ente.	La transición puede llevarse de manera paulatina con la finalidad de que tanto la Secretaría de Salud 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 SUG.
Los resultados obtenidos del SUG se deben ver reflejados en la mejora de los servicios	Se recomienda identificar los cambios derivados o atribuidos a los resultados obtenidos del SUG.

DEBILIDADES	RECOMENDACIONES
No se cuenta con una estructura programática específica para Sistema Unificado de Gestión.	Se recomienda incorporar el Servicio Unificado de Gestión dentro del árbol de problemas y objetivos que responda a la metodología del marco lógico o bien que este servicio se ubique a nivel de componente, integrado en todas las áreas de Sistema de Protección Social en Salud.
Aunque se cuenta con un sistema para identificar la percepción de la población atendida, se desconoce la validez de la metodología utilizada.	Realizar una evaluación sobre la percepción de la población atendida.
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.	Se debe implementar un Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), del SPSS que incluya una evaluación externa integral al Seguro Popular y evaluaciones internas de seguimiento y monitoreo por medio de los indicadores de gestión.
Históricamente se tenía consistencia en la información. Sin embargo para 2016 se tiene diferenciales.	Mejorar el sistema de captación de información
Aunque tengan un sistema de captación diverso, este solo recoge información de los extremos.	Se recomienda que se establezcan un sistema de captación que permita la mejora en los servicios.

AMENAZAS	RECOMENDACIONES
Que exista una mejora regulatoria puede poner un riesgo la implementación del servicio.	Cumplir con todas las facultades como Organismo Público Descentralizado.
Recortes en los presupuestos federales, lo que puede afectar el pago de la nómina.	Gestión de recursos de otras fuentes de financiamiento.

10. Conclusiones

En cuanto la justificación, existen varios documentos tanto normativos como oficiales que hablan de la creación del Sistema de Protección Social en Salud y por ende del Sistema Unificado de Gestión para con esto responder eficazmente a la obligatoriedad constitucional y cumplir con las metas establecidas.

Si bien la calidad de los servicios de salud es el fin último del Sistema Unificado de Gestión, éste es tomado en cuenta en la política federal tanto en el plan de desarrollo como en el programa sectorial y de igual manera en el programa sectorial de salud del estado. Por lo que existe una directa vinculación del Propósito emitido por la MIR estatal con estas entidades públicas.

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 en las agendas internacionales de la ONU de forma directa.

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.

Al carecer de apertura programática del Sistema Unificado de Gestión 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.

En cuanto a la complementariedad y coincidencias, 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 obligatoriedad constitucional en cuanto al acceso de eficaz de los servicios de salud.

En cuanto a los instrumentos de planeación, existen pautas que se establecen en documentos normativos u oficiales y puede traer consigo el cumplimiento de las metas encaminadas a la calidad de servicios de salud. Es decir, con la implementación de las acciones de SUG reflejadas en los instrumentos se logra responder de manera satisfactoria cualquier política pública.

Por lo que se recomienda considerar todos los instrumentos que en su diseño contemplan la calidad en la impartición de servicios médicos. Para con esto llegar satisfactoriamente a las metas establecidas.

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. El hecho de no considerar las recomendaciones puede deberse a cuestiones de normativa o de posibilidades por lo que se han quedado en espera de ser atendidas. Por ende, se recomienda implementar las acciones que se encuentren al alcance del Régimen y el SUG refleje la mejora en cuanto a la calidad de los servicios médicos.

La generación de información trae consigo la obtención de conocimiento en cuanto al avance de las metas establecidas en la implementación del SUG y con esto dar pie a la tomar decisiones, para mejorar la implementación del servicio. Por lo que se recomienda que el Régimen siga captando las solicitudes de los usuarios, para con esto generar información en cuanto las acciones que ofrece del REPSS a su población.

En cuanto a la cobertura, se puede determinar que la meta esperada es percibir al cien por ciento de la población objetivo para así cubrir a todos los solicitantes del SUG. Teniendo como resultado una correcta ejecución de

la administración o planeación del servicio dejado de lado los resultados de la aplicación del SUG. Por lo que se recomienda que la cobertura refleje el porcentaje de la satisfacción de los usuarios y no la atención y/o notificación de los usuarios.

Los procesos establecidos para el desarrollo del Sistema Unificado de Gestión, se encuentran documentados con sustento normativo y realizados metódicamente para una fácil comprensión, ya que este servicio tiene como tarea fundamental incidir en el proceso general del Sistema de Protección Social en Salud para la mejora continua de la calidad y atención al paciente.

En cuanto a la Mejora y simplificación regulatoria, intención de identificar los documentos que dan pie a mejorar la eficiencia de las acciones, es para conocer cómo se han atendido las deficiencias de los procesos y revisar constantemente nuevas operaciones y eficiente el Sistema.

Para el caso de Eficiencia y economía operativa, aunque el Régimen no puede presentar un presupuesto designado o establecido por disposición de normativa, éste puede presentar información referente a los recursos gastados y como éstos incidieron en la operación del Sistema Unificado de Gestión. Por tal, se recomienda incluir información referente a la administración de los recursos otorgados y ejercidos para determinar si existió una eficiencia en los recursos recibidos.

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 y por ende como el Sistema Unificado de Gestión está almacenado información referente a los usuarios que buscan mejorar la calidad médica al acercarse a este servicio.

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

OSAFIG, no existen indicadores que hablen del avance del SUG, por tal no existe información que se puede analizar.

Por lo cual, se recomienda ajustar los indicadores que miden la planeación de las acciones y centrarse en indicadores que midan los resultados derivados de la aplicación del SUG, tal como lo muestra el “Indicador de Atención en Salud del SUG”.

En cuanto a la mejora regulatoria, se puede determinar, que existe una avance en los procesos para la eficiencia del Seguro Popular y por ende en la implementación de los procesos encaminados en la calidad de los servicios médicos por medio en la atención del usuario. Por tal, se recomienda monitorear cada proceso e identificar las oportunidades de mejora de cualquier acción implementada.

Con la información recabada, el Régimen emito resultados de la Encuesta de satisfacción, donde solo el 2% de los encuestados presentó una queja por la atención médica y el 5% solo desea presentarla. Con esta información se puede percibir que los usuarios del Sistema no se acercan a realizar alguna queja de los servicios de salud, lo que podría implicar pocos cambios en los procesos establecidos ya que la percepción de los usuarios no es expresada.

Dadas las evaluaciones mencionadas anteriormente se concluye que el SPSS cuenta con los elementos para documentar los resultados, sin embargo, estos no son a nivel de Fin y Propósito. Además, los indicadores analizados por el OSAFIG, no se ven reflejados en la MIR estatal del SPSS.

Bibliografía

- 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>
- Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado régimen estatal de protección social en salud del estado de Colima*. (2015). Obtenido de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatad/Colima/wo106203.pdf>
- DOF. (2003). *Se Reforma y Adiciona la 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. (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. (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*.

Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud del Estado de Colima. (2014).

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. (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.

INSAD. (2015). *Informe de la Evaluación Especifica de Desempeño 2014 - 2015*.

INSP. (2016). Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016.

Ley de Salud del Estado de Colima. (2006). Obtenido de <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/colima/ley-de-salud-del-estado-de-colima.pdf>

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>

Programa Sectorial de Salud 2016-2021. (2016).

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

REPSS. (2011). Manual de Organización.

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

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>

UNAL, Universidad Nacional de Colombia, . (25 de 01 de 2008). Evaluación Inicial del Seguro Popular.

Universidad de Colima. (2016). Evaluación técnica para determinar cumplimiento de objetivos, maetas y resultados de REPSS.