



Creciendo Sanos: Mejorando la Salud de la Niñez Mexicana

(ME-L1128/2823/OC-ME)

Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Equipo de Proyecto Original: Ricardo Pérez Cuevas, (SPH/CME), Jefe de Equipo; Gustavo Zuleta (SCL/SPH); Ignez Tristao (SPH/CME); Pablo Ibarrarán (SCL/SPH); Hyun Jung Lee (LEG/SGO); Gloria Coronel (FMP/CME); Victor Escala (FMP/CME); Miriam Garza Cortina (FMP/CME); Jorge Colina (Consultor); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).

Equipo PCR: Ignez Tristao (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Nelly Cerón (CID/CME); Uriel Barrios (VPC/FMP); Miriam Garza (VPC/FMP); Emilio Martínez (CID/CME); Sebastian Martinez (SPD/SDV); Juan Carlos Pérez-Segnini (LEG/SGO); Michelle Pérez (SCL/SPH); Sheyla Silveira (SCL/SPH).

ÍNDICE

Enlaces Electrónicos Requeridos	ii
Enlaces Electrónicos Opcionales	ii
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. CRITERIOS CENTRALES, DESEMPEÑO DEL PROYECTO	3
A. Relevancia	3
a. Alineación con las Necesidades de Desarrollo del País	3
b. Alineación Estratégica.....	3
c. Relevancia del Diseño.....	4
B. Efectividad	10
a. Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Proyecto	10
b. Resultados Alcanzados.....	10
c. Análisis de Contrafactual.....	14
d. Resultados No Anticipados	15
C. Eficiencia.....	15
D. Sostenibilidad.....	18
a. Aspectos Generales sobre Sostenibilidad	18
b. Salvaguardias Ambientales y Sociales	19
III. CRITERIOS NO-CENTRALES	19
A. Desempeño del Banco	19
B. Desempeño del Prestatario.....	20
IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES.....	20
a. Técnico-Sectorial	20
b. Organizacional y Gerencial	21
c. Procesos Públicos/Actores.....	21
d. Fiduciaros y Control de Riesgos.....	22

Enlaces Electrónicos Requeridos

1. [Resumen de la Matriz de Efectividad del Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Cambios a la Matriz de Resultados](#)
3. [Versión final del Reporte de Progreso del Monitoreo \(PMR\)](#)
4. [Lista de Verificación PCR](#)

Enlaces Electrónicos Opcionales

5. [Informe de Análisis Económico](#)
6. [Informe de Evaluación de Impacto](#)
7. [Análisis de Contrafactual Detallado](#)
8. [Ayuda Memoria del Taller de Cierre del Proyecto](#)
9. [Hallazgos de las evaluaciones financiadas con recursos de la contraparte local](#)

Acrónimos y Abreviaturas

AVADs	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DGA	Dirección General Adjunta
EDI	Evaluación de Desarrollo Infantil
CAUSES	Catálogo Único de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
NAFIN	Nacional Financiera, sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo
REPSS	Red de Proveedores de Servicios de Salud
ROP	Reglas de Operación del Programa
SMNG	Seguro Médico Nueva Generación
SNPSS	Sistema Nacional de Protección Social en Salud
SMSXXI	Seguro Médico Siglo XXI
SPD	Oficina de Planeación Estratégica y Efectividad para el Desarrollo
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
VAN	Valor Actual Neto

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

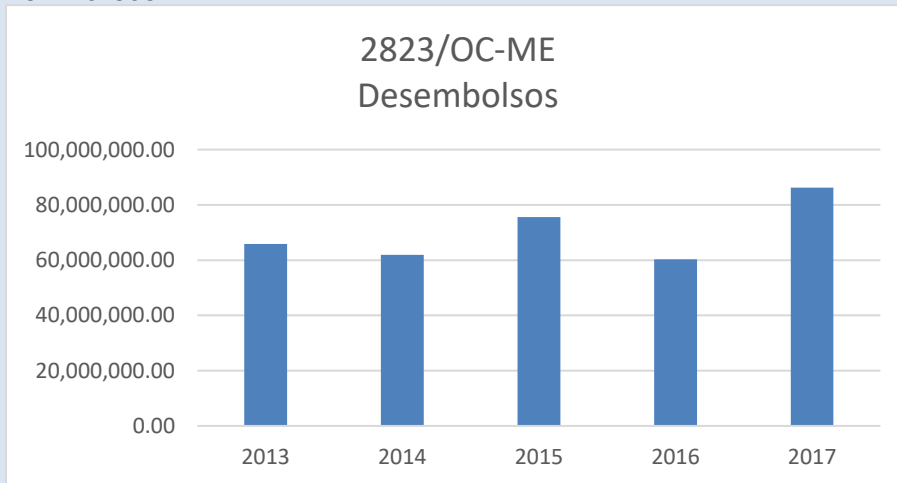
NÚMERO DE PROYECTO (S): ME-L1128
 TÍTULO: CRECIENDO SANOS; MEJORANDO LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ MEXICANA
 INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO: PRÉSTAMO DE INVERSIÓN
 PAÍS: MÉXICO
 PRESTATARIO: ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 PRÉSTAMO (S): 2823/OC-ME
 SECTOR/SUBSECTOR: SALUD/FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO: 01/11/2012
 FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO: 22/11/2012
 FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO: 21/09/2013

MONTO PRÉSTAMO (S)
 MONTO ORIGINAL: US\$350.000.000,00
 MONTO ACTUAL: US\$350.000.000,00
 PARI PASSU: 6,43% APORTACIÓN LOCAL Y 93,57% BID
 COSTO TOTAL DEL PROYECTO: US\$374.041.975,50

MESES DE EJECUCIÓN
 DESDE APROBACIÓN: 61 MESES
 DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO: 60 MESES

PERIODOS DE DESEMBOLSO
 FECHA DE ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL: 22/11/2016
 FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL: 22/11/2017
 EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES): 12
 EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES): 12
DESEMBOLSOS
 MONTO TOTAL DE DESEMBOLSOS A LA FECHA: US\$350.000.000,00
 GRÁFICA DE DESEMBOLSOS



REDIRECCIONAMIENTO. ¿TIENE ESTE PROYECTO?
 ¿RECIBIÓ FONDOS DE OTRO PROYECTO? NO
 ¿ENVIÓ FONDOS A OTRO PROYECTO? NO

Puntaje del Comportamiento del proyecto en PMRs:

<u>No.</u>	<u>Fecha PMR</u>	<u>Etapas de PMR</u>		<u>Desembolsos reales (millones de USD)</u>
1	Enero-Diciembre 2013	2	Satisfactorio	65.910.123,84
2	Enero-Diciembre 2014	2	Satisfactorio	61.864.395,99
3	Enero-Diciembre 2015	2	Satisfactorio	75.617.524,35
4	Enero-Diciembre 2016	2	Satisfactorio	60.356.303,94
5	Enero-Diciembre 2017	3	Satisfactorio	86.251.651,88

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST: CUASI-EXPERIMENTAL (DIFERENCIAS EN DIFERENCIAS)

CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DEL DESARROLLO: PARCIALMENTE SATISFACTORIO

STAFF DEL BANCO

POSICIONES	EN PCR	EN APROBACIÓN
VICE PRESIDENT VPS	SANTIAGO LEVY	SANTIAGO LEVY
VICE PRESIDENT VPC	ALEXANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
COUNTRY MANAGER	VERÓNICA ZAVALA	GINA MONTIEL
SECTOR MANAGER	MARCELO CABROL	KEI KAWABATA
DIVISION CHIEF	FERDINANDO REGALIA	FERDINANDO REGALIA
COUNTRY REP	TOMÁS BERMUDEZ	MERCEDES ARAOZ
PROJECT TEAM LEADER	IGNEZ TRISTAO	RICARDO PÉREZ CUEVAS
PCR TEAM LEADER	IGNEZ TRISTAO	RICARDO PÉREZ CUEVAS

Tiempo y Costo del Staff

Etapas del Ciclo de Proyecto	# de semanas del staff	USD (incluyendo viajes y costos de consultores)
Preparación	37.20	189.027,55
Supervisión	121.01	483.204,81
Total	158.21	672.232,36

DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO/PROGRAMA:

El objetivo del proyecto es contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal, mediante el aseguramiento del financiamiento y acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y el fortalecimiento del papel rector de la SS, a través de su organismo desconcentrado la CNPSS, con el fin de mejorar el estado de salud de los niños y niñas menores de 5 años sin acceso a la seguridad social.

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1 El proyecto Creciendo Sanos, Mejorando la Salud de la Niñez Mexicana, fue aprobado por el directorio del Banco el 1º de noviembre de 2012 para acelerar la reducción de las tasas de mortalidad de recién nacidos (neonatal) y menores de un año (infantil), y contribuir a mejorar su estado de salud.
- 1.2 En el país, entre 1980 y 2008 la mortalidad neonatal disminuyó de 15,7 a 9,6 por 1.000 nacidos vivos¹ (NV), y entre 2000 y 2015, la tasa de mortalidad infantil descendió de 17 a 13 por cada 1.000 NV. No obstante, el descenso de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha sido asimétrico en las diferentes regiones del país, indicando desigualdades en acceso a servicios de salud y debido a las diferencias socioeconómicas e inequidades prevalentes en los estados.
- 1.3 La mitad de las muertes neonatales ocurren durante el trabajo de parto, el parto y en las primeras 24 horas de edad, principalmente por prematuridad (28%), infecciones (26%), asfixia (23%) y malformaciones congénitas (8%)². Las muertes infantiles ocurren principalmente por infecciones (neumonía y complicaciones de diarrea) y accidentes. Son varios los factores de riesgo de mortalidad en estos grupos de edad, pero parte está determinado por el acceso oportuno a la atención médica de calidad y a la coordinación de los mecanismos de referencia entre los diferentes niveles de atención³.
- 1.4 Las políticas de salud en el país para los menores de cinco años, al igual que para la población general, se han centrado en incrementar el financiamiento para servicios de salud y a mejorar y modernizar los programas de prevención y promoción de la salud. En este contexto, en 2003 el gobierno federal inició el SPSS, conocido como Seguro Popular, diseñado para financiar los servicios de salud con fondos públicos para la población sin seguridad social, y con la intención de proteger a las familias más pobres (los primeros cinco deciles de ingresos y más expuestos a sufrir gastos catastróficos en la atención de salud). En la práctica, el Seguro Popular se constituyó como un instrumento esencialmente no contributivo y de afiliación voluntaria. Este seguro inició con dos componentes, el CAUSES⁴ y el FPGC, que financia enfermedades de alto costo y baja prevalencia (por ejemplo, cáncer, VIH-Sida)⁵.
- 1.5 El Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 trazó como una de las estrategias para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, el consolidar un sistema integrado de salud, destacando el papel del SMNG para “...garantizar la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006. En 2013, el nombre del SMNG cambió a SMSXXI.

La forma de operar del SMSXXI es a través de (1) la transferencia de 210 pesos anuales a las entidades federativas por cada niño menor de cinco años, cuya familia se incorpore

¹ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, 2010, “Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México”, Secretaría de Salud.

² Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015, “Informe Mundial de la Salud”, OMS,

³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2016, “Estado Mundial de la Infancia, Una oportunidad para cada niño”, UNICEF, https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf.

⁴ El CAUSES financia la atención primaria y secundaria de salud de los afiliados, cubriendo 1.400 diagnósticos y sus intervenciones relacionadas con actividades de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación. También incluye la provisión de medicamentos y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete.

⁵ El FPGC financia servicios de alta especialidad para padecimientos de alto costo y baja prevalencia, entre los cuales están: cuidados intensivos neonatales, prematuridad, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria, y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (por ejemplo, malformaciones congénitas cardíacas).

al Sistema y que no haya disfrutado antes de este beneficio, (2) el pago de intervenciones cubiertas por este seguro, y los apoyos económicos para (3) la realización del tamiz auditivo para la detección de niñas y niños con hipoacusia, (4) el equipamiento de los bancos de leche humana, (5) el tamiz metabólico semiampliado⁶ y (6) la realización de la Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI); lo cual se define en las ROP. La transferencia, o cápita adicional, tiene como propósito apoyar la sobredemanda de servicios en primer nivel de atención, originada potencialmente por la mayor concentración de nuevas familias afiliadas con recién nacidos al Sistema, y por sus requerimientos de atención durante el primer año de vida -en especial durante los primeros 28 días de vida. Las intervenciones cubiertas por el SMSXXI son acciones de segundo y tercer nivel de atención de los niños, que no están contempladas en el CAUSES ni en el FPGC. Estas acciones se cubren mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del SMSXXI, en la REPSS en todo el país. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determina conforme a las tarifas del tabulador establecido por la CNPSS⁷. Por otro lado, el SMSXXI financia la adquisición de equipos de emisiones otoacústicas para realizar el tamizaje auditivo en las unidades médicas de todo el país, a fin de detectar la presencia de hipoacusia o sordera en recién nacidos⁸. Asimismo, el SMSXXI financia el equipamiento de bancos de leche humana en todo el país. Estos bancos son centros especializados para el procesamiento, almacenaje y distribución de la leche materna para establecer una reserva de leche materna pasteurizada y favorecer la lactancia materna. Actualmente existen 22 bancos de leche humana. El tamizaje metabólico reduce el riesgo de discapacidades por errores innatos del metabolismo, y el SMSXXI financia la contratación de los servicios para la realización de pruebas de detección, confirmatorias, y de seguimiento. Por último, con la finalidad de potenciar las capacidades de los niños durante la primera infancia, así como identificar y tratar de manera temprana desviaciones del desarrollo infantil, el SMXXI financia la adquisición de insumos para realizar la evaluación del desarrollo infantil que incluye la prueba de tamizaje “EDI”, la prueba diagnóstica “Inventario de Desarrollo Battelle 2ª ed.”, y el Kit de Estimulación Temprana.

- 1.6 A seis años de operación del SMNG, las evaluaciones del Seguro identificaron prioridades y elaboraron diversas recomendaciones para disminuir la mortalidad neonatal y de los menores de 1 año. Las recomendaciones se orientaron a mejorar el acceso y calidad de servicios en las etapas preconcepcional, durante el embarazo, el parto y la etapa posterior al parto, hasta los 28 días^{9,10,11}. Dentro de los principales hallazgos se destacó la necesidad de (1) cerrar las brechas de atención de los servicios de salud a través del aumento en la cobertura en zonas rurales; (2) promover el acceso a servicios de salud de

⁶ Estas pruebas se llevan a cabo para identificar la hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia, fenilketonuria, fibrosis quística y deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

⁷ Estos tabuladores pueden encontrarse en los Anexos 1 de las Reglas de Operación del Programa. Para aquellos casos que no tienen un tabulador asociado, la tarifa es como máximo la cuota de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social que tenga la institución que haya realizado la intervención.

⁸ El tamiz auditivo neonatal es una prueba sencilla y rápida, que permite detectar la presencia de hipoacusia o sordera en recién nacidos, uno a tres de cada mil nacidos vivos presenta discapacidad auditiva.

⁹ Muñoz-Hernández O, Chertorivski-Woldenberg S, Cortés-Gallo G, Pérez-Cuevas R. The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children. *Salud Publica Mex* 2012;54 suppl 1: S3-S10.

¹⁰ Pérez-Cuevas R, Muñoz-Hernández O, Rodríguez-Ortega E, Jasso-Gutiérrez L, Flores-Huerta S, Durán-Arenas L, Pasillas-Torres M, Garduño-Espinosa J, Cortés-Gallo G. Design of the 2009 evaluation of the Medical Insurance for a New Generation program. *Salud Publica Mex* 2012;54 suppl 1: S11-S19.

¹¹ Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Flores-Hernández S, Muñoz-Hernández O. Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation. *Salud Publica Mex* 2012;54 suppl 1: S28-S41.

alta calidad mediante la utilización de guías de práctica clínica, y la disponibilidad de insumos, equipo y personal de salud capacitado para acciones específicas; y (3) fortalecer la atención preventiva y curativa, además de la capacitación a la madre en el cuidado del recién nacido, alimentación inmediata y exclusiva al seno materno durante los primeros 6 meses de edad, atención a consulta preventiva para la aplicación de vacunas, vigilancia del crecimiento, y desarrollo que incluía estimulación temprana.

- 1.7 Estas recomendaciones, más las aportaciones de los directivos del Seguro Popular y del SMNG, las reglas de operación y las políticas nacionales de atención a la salud materna e infantil sirvieron como plataformas para diseñar el proyecto “Creciendo Sanos: Mejorando la Salud de la Niñez Mexicana”. Sus objetivos eran contribuir a mejorar el estado de salud de los niños menores de 1 año, enfocando los esfuerzos en acelerar la reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal. Además, buscaba asegurar el financiamiento y acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y fortalecer el rol rector de la SS, a través de la CNPSS como organismo especializado.

II. CRITERIOS CENTRALES, DESEMPEÑO DEL PROYECTO

A. Relevancia

a. Alineación con las Necesidades de Desarrollo del País

- 2.1 El proyecto ME-L1128, o Creciendo Sanos, se alineó con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 al promover acciones de prevención en salud. En particular, el Eje 3 del Plan, “Igualdad de oportunidades”, señalaba en la estrategia 3.4.3 el incluir a las instituciones de los distintos órdenes de gobierno en la prevención de enfermedades. Asimismo, en la estrategia 3.6.1 señala la importancia de promover la salud materna y perinatal. Por otro lado, el proyecto estaba alineado con los objetivos del SPSS: (i) incrementar el gasto público en salud, (ii) estimular la eficiencia en la asignación, (iii) proteger financieramente a las familias reduciendo sus gastos de bolsillo y catastróficos y (iv) transformar los incentivos del sistema desde la oferta hacia la demanda. Asimismo, el proyecto es congruente con los siguientes cinco objetivos del Programa Sectorial de Salud 2007-2012: (1) mejorar las condiciones de salud de la población, (2) reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, (3) prestar servicios de salud con calidad y seguridad, (4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y (5) garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. En particular, el proyecto ME-L1128 Creciendo Sanos se alinea estratégicamente con los objetivos 2,3 y 4. Además, responde a la estrategia 6 dirigida a garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud, y contribuye directamente a la línea de acción 7.1 referente al establecimiento del SMNG para incorporar a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS.

b. Alineación Estratégica

- 2.2 El proyecto estuvo alineado con la actualización de la Estrategia Institucional (UIS, según sus siglas en inglés) 2010-2020 (AB-3008), al alinearse estratégicamente con los desafíos de inclusión social e igualdad a través de la promoción del acceso a servicios de salud de calidad a la población vulnerable. También contribuyó a la prioridad de financiamiento Noveno Aumento General de Recursos del BID GCI-9 (AB-2764), contribuyendo al incremento en el acceso a servicios de salud mediante el apoyo a beneficiarios de salud. El proyecto se enmarcó en la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4), al aumentar el acceso de menores de 5 años a servicios

de salud y contribuir a reducir la mortalidad infantil. Además, la operación también fue consistente con el Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7), al financiar estrategias que promueven el acceso a servicios de salud y nutrición de alta calidad, de manera oportuna y continua. Asimismo, el proyecto contribuyó al objetivo de la Estrategia del Banco con el País 2010-2012 (GN-2595) al fortalecer e integrar las acciones de mejorar el acceso a la protección social, principalmente para los hogares en pobreza. Además, está alineado con la Estrategia de País del Grupo BID con México 2013-2018 (GN-2749), al fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, y hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud.

c. Relevancia del Diseño

- 2.3 La atención a la salud de los menores de cinco años es una prioridad en la agenda de salud. Este grupo de edad representa 10% de la población total (aproximadamente 12 millones), y para el sistema de salud nacional repercute en la obligación de atender una demanda elevada de servicios de salud. La tasa de fertilidad en México es de 2,3 hijos nacidos vivos de mujeres en edad reproductiva¹². Además, en el país ocurren 2,4 millones de nacimientos al año, de los cuales, 95% es atendido por personal profesional, y poco más de la mitad de estos nacimientos son atendidos en hospitales de la SS¹³. Estas cifras dan cuenta de la magnitud de los servicios de salud que este grupo de población requiere. Desde el período prenatal y hasta los cinco años, los niños y niñas deben recibir atención preventiva, curativa y de rehabilitación de forma que mantengan un buen ritmo de crecimiento y desarrollo; con lo cual se determina su resiliencia a factores de riesgo y estado de salud en etapas posteriores.
- 2.4 Creciendo Sanos se fijó dos objetivos. El primero, contribuir a mejorar el estado de salud de los niños menores de un año (componente 1), y se mediría a través de la reducción de la mortalidad neonatal e infantil en México (indicadores de impacto 1.1 y 1.2, respectivamente), que se daría a través de la disminución de las tasas de mortalidad neonatal de niños atendidos por el FPGC (indicador de resultado final 1.2) y de niños atendidos por el SMSXXI (indicador de resultado final 1.3). Además, estas tasas de mortalidad se contrastarían con la tasa de mortalidad neonatal de la gente sin cobertura (indicador de resultado final 1.1). A su vez, la reducción de estas tasas de mortalidad se daría por el aumento de la cobertura del SMSXXI y el FPGC y, en consecuencia, por el incremento del número de niños atendidos (resultados intermedios).
- 2.5 Estas metas se alcanzarían mediante el financiamiento de dos tipos de producto: intervenciones de alto impacto (subcomponente 1.1) y talleres de educación familiar para la promoción del desarrollo en el primer año de vida (subcomponente 1.2). Por parte del banco, se financiarían 10 intervenciones de mayor frecuencia y costo, y 5 de mayor mortalidad. Estas 15 intervenciones representaban 65% del gasto total del SMNG. La contraparte financiaría el conjunto de intervenciones cubiertas por el FPGC. Los talleres tenían como propósito promover la lactancia materna, prevenir la muerte de cuna, promover el desarrollo cognitivo en los primeros años de vida, y contribuir a mejorar el estado de salud de los menores. Para el desarrollo de estos talleres la contraparte financiaría talleres de capacitación tanto para capacitadores que formarían al personal de salud, como para personal de salud que, a su vez, trabajaría con las madres de los recién nacidos.

¹² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Natalidad y Fecundidad. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/> fecha de consulta 10 de nov, 2017.

¹³ Dirección General de Información en Salud. Nacimientos. Cubos dinámicos. Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos.html fecha de consulta 10 nov, 2017.

- 2.6 El objetivo 2, asegurar el financiamiento y acceso efectivo a servicios de salud a través del fortalecimiento del rol rector y financiador de la CNPSS de Salud (componente 2), facilitaría el logro de los resultados del Proyecto, a través de la asistencia y capacitación con cargo a la contrapartida para (i) fortalecer el sistema de afiliación y operación, (ii) mejorar la gestión del flujo de recursos del SMNG a los prestadores de servicios, y (iii) promover la calidad de la atención mediante la revisión y mejora de los protocolos de atención y la gestión de un sistema de supervisiones técnicas del cumplimiento de dichos protocolos. Estas actividades se medirían a partir de los nuevos nacimientos afiliados de familias no cubiertas, el número de tratamientos otorgados y no facturados inicialmente, pero que pasan a serlo; y por visitas de verificación a entidades federativas. Además, se financiaría la evaluación de impacto del programa.
- 2.7 La aprobación del proyecto coincidió con el cambio de gobierno en México; por lo que durante el taller de arranque se hicieron modificaciones a la matriz de resultado a solicitud de la nueva administración. Estos cambios respondieron principalmente a la eliminación del financiamiento de las intervenciones cubiertas por el FPGC, y de los talleres de educación familiar, en relación con el objetivo 1; y a la modificación de los productos del objetivo 2.
- 2.8 El subcomponente 1.1 se redefinió como Fortalecimiento del SMSXXI, a través del cual el BID financiaría atenciones de segundo y tercer nivel para niños menores de 5 años; en particular, intervenciones (manejo médico diagnóstico y terapéutico) de alto impacto para prevenir la muerte neonatal y post-neonatal¹⁴. Al mismo tiempo, la contrapartida para financiar las intervenciones del FPGC se eliminó. Por otro lado, el subcomponente 1.2 se reconfiguró al suspender los talleres de educación familiar, y tomar como contrapartida el financiamiento de intervenciones del SMSXXI adicionales a las que se estaban financiando a través del BID. Asimismo, se incluyó la contratación de consultorías con instituciones académicas para realizar las evaluaciones establecidas en las ROP del programa. Con ello, se agregaron a la matriz de resultados el indicador final de tasa de mortalidad para niños de 29 días a 5 años del SMSXXI (1.4), y tres resultados intermedios: el porcentaje de cobertura del Seguro Popular en neonatos (2.1), el porcentaje de nacimientos prematuros del Seguro Popular financiados por el FPGC (2.2), y el porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos afiliados (2.3). Además, se movió uno de los indicadores de producto, la cantidad de neonatos atendidos y financiados por el FPGC (2.4) como indicador intermedio. En términos de producto, se eliminaron los capacitadores capacitados y el personal de hospitales capacitados.
- 2.9 Por otro lado, el objetivo 2 se reorganizó en dos subcomponentes: aseguramiento del financiamiento de los servicios de salud (2.1) y fortalecimiento institucional (2.2). El subcomponente 1.1 conservó la asistencia y capacitación para los tres temas referidos en el párrafo 2.6. El subcomponente 2.2 buscó mejorar el diseño organizacional del programa y modernizar y optimizar los procesos institucionales para lograr una mayor eficiencia y efectividad. Esto se lograría a través de: (i) mejoras de los sistemas de información, (ii) mejoras en la vigilancia, control, evaluación, seguimiento y monitoreo del ejercicio del gasto y la aplicación de los recursos en los estados; y (iii) mejoras del marco normativo y regulatorio del SMSXXI. Además, como productos adicionales a la evaluación de impacto, se agregó una evaluación de procesos para la identificación que guardaba la cobertura en materia de intervenciones, una evaluación de gestión de calidad y una evaluación de

¹⁴ Estas intervenciones están definidas en el paquete explícito de beneficios del SMSXXI y tienen un carácter individual (por niño atendido).

gestión del flujo de recursos. Todo el componente siguió siendo financiado por la contraparte.

- 2.10 Estas modificaciones respondieron principalmente a las prioridades del nuevo gobierno, lo cual incidió en el recorte presupuestal que enfrentó el SMSXXI y el Seguro Popular. De hecho, entre el contrato original y el modificatorio, la aportación local se redujo 94%, al pasar de US\$465 millones a US\$28,3 millones. En lo que concierne al objetivo 2, el ajuste en los productos se dio en virtud de una mejor concordancia con la lógica del proyecto, priorizando la identificación de los procesos de mejora a través de estudios de diagnósticos y evaluaciones. Más adelante, y nuevamente por razones presupuestarias, durante la misión de administración del 25 de enero de 2016 el gobierno solicitó la cancelación parcial de la aportación local de los productos del objetivo 2; los cuales pasarían a ser financiados con recursos propios, fuera del marco del contrato de préstamo.
- 2.11 En este sentido, las modificaciones de la matriz de indicadores reflejan ajustes resultado del contexto presupuestal cambiante del programa SMSXXI, y una mejor alineación de la definición y objetivos con las prioridades de las nuevas autoridades del organismo ejecutor. No obstante, la cadena de resultados y la lógica del proyecto modificado no se alteró de forma sustancial. El impacto esperado siguió siendo la reducción de la mortalidad neonatal e infantil en México, que resultaría de una menor tasa de mortalidad neonatal y de menores de 5 años de los niños atendidos por el SMSXXI, y que a su vez sucedería por el aumento de la cobertura del SMSXXI y una mayor cantidad de niños atendidos e intervenciones financiadas por el SMSXXI. El objetivo 2 apoyaría estos resultados a través de mejoras derivadas de los resultados de evaluaciones de procesos de afiliación y operación, de procesos de gestión de calidad, y de impacto, así como de revisiones de las ROP y de las visitas de seguimiento y supervisión a los estados.
- 2.12 La Tabla 1 resume las diferentes matrices de resultado utilizadas y modificadas, y el [EER#2](#) detalla los cambios a la matriz de resultados. Debe mencionarse que, si bien se eliminó el financiamiento de las atenciones del FPGC, no ocurrió lo mismo con los indicadores asociados con este Fondo en la matriz de resultado porque se les daría seguimiento para valorar su desempeño en comparación con aquellos del SMSXXI. Además, estas actividades seguirían llevándose a cabo, si bien fuera del marco del Proyecto. Estos indicadores pueden distinguirse en las Tablas 1 y 2 por su formato en cursiva.
- 2.13 A su vez, la cancelación parcial de la aportación local provocó que los productos financiados por el componente 2 salieran del marco del préstamo y del sistema del BID. No obstante, dado que estos estudios fueron efectivamente realizados, aunque con recursos propios de la contraparte, se decidió incluirlos en este informe como parte de los indicadores a ser reportados (ver [EEO#9](#) para mayor detalle sobre los hallazgos de estos estudios).
- 2.14 Debe señalarse que, también en virtud de los ajustes presupuestales, la evaluación de impacto planteada en el objetivo 2 no pudo ser llevada a cabo por el gobierno; por lo que, a petición de la CNPSS, el Banco aprobó la cooperación técnica ME-T1307 en diciembre de 2017 con el propósito de financiar dicho estudio.

Tabla 1. Matriz de Resultados (aprobación, 60 días después de alcanzar la elegibilidad, y al final del Proyecto)

Indicadores		En aprobación			En elegibilidad + 60 días			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	(A)	
Objetivo de Desarrollo del Programa: Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal, mediante el aseguramiento del financiamiento y acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud.											
1.1	Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nacidos vivos)	Tasa	12,9	12,0	Tasa	13,30	12,40	Tasa	13,30	12,10	El resultado final se reporta para 2016; último año con información disponible.
1.2	Tasa de mortalidad neonatal (x 1.000 nacidos vivos)	Tasa	8,1	7,4	Tasa	8,30	7,60	Tasa	8,30	7,50	El resultado final se reporta para 2016; último año con información disponible.
Objetivo específico de Desarrollo 1: Mejorar el estado de salud de niñas y niños menores de 5 años											
Objetivo específico de Desarrollo 2: Fortalecer el papel rector y financiador de la CNPSS											
Resultados Finales											
1.1	Tasa mortalidad neonatal de la gente que actualmente no tiene cobertura (x 1000 nacidos vivos sin cobertura)	Tasa	9,8	8,1	Tasa	7,80	6,50	Tasa	7,80	9,98	Se recalculó la línea base porque el valor inicial fue hecho con datos preliminares todavía no oficiales. La meta se actualizó trasladando la misma proporción de cambio considerada durante la aprobación. El resultado final se reporta para 2015; último año con información disponible.
1.2	Tasa de mortalidad neonatal del FPGC (x 1000 neonatos financiados por el FPGC)	Tasa	113	90	Tasa	98,48	94,45	Tasa	98,48	109,50	El cambio del valor de línea base y meta del indicador entre la matriz de aprobación y la de elegibilidad se debió a un error de reporte en la escala, pues mientras que en la aprobación las tasas están expresadas por 1000 nacidos vivos, en elegibilidad lo están por 100 nacidos vivos. Para ser consistentes con la definición del indicador, al cierre del proyecto se reportan las cifras por 1000 nacidos vivos, actualizando, además, los valores de línea base, pues originalmente se habían usado series de datos incompletas para ese año. El valor del indicador al final del proyecto está reportada para 2015, pues los valores de 2016 y 2017 aún no están disponibles.

Indicadores		En aprobación			En elegibilidad + 60 días			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	(A)	
1.3	Tasa de mortalidad neonatal de 0 a 28 días del SMSXXI (x 1000 neonatos financiados por el SMSXXI)	Tasa	40	30	Tasa	39,90	37,41	Tasa	39,90	36,90	<p>El cambio del valor de línea base y meta del indicador entre la matriz de aprobación y la de elegibilidad se debió a un error de reporte en la escala, pues en ese momento se expresó por 100 nacidos vivos, en lugar de 1000 nacidos vivos. Para ser consistentes con la definición del indicador, al cierre del proyecto se reportan las cifras por 1000 nacidos vivos, actualizando, además, los valores de línea base, pues originalmente se habían usado series de datos incompletas para ese año.</p> <p>El valor del indicador al final del proyecto está reportada para 2016, pues el valor de 2017 aún no está disponible.</p>
1.4	Tasa de mortalidad para niños de 29 días a 5 años del SMSXXI (x 1000 niños menores a 5 años)				Tasa	62,20	58,90	Tasa	58,90	47,30	<p>El cambio del valor de línea base y meta del indicador al momento de elegibilidad se debió a un error de reporte en la escala, pues mientras que en la aprobación las tasas están expresadas por 1000 nacidos vivos, en elegibilidad lo están por 100 nacidos vivos. Para ser consistentes con la definición del indicador, al cierre del proyecto se reportan las cifras por 1000 nacidos vivos, actualizando, además, los valores de línea base, pues originalmente se habían usado series de datos incompletas para ese año.</p> <p>El valor del indicador al final del proyecto está reportada para 2016, pues el valor de 2017 aún no está disponible.</p>
Resultados Intermedios											
	Porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos nacimientos	%	45,4	57,7							Este indicador se reemplazó por el “porcentaje de cobertura del seguro popular en neonatos”, por precisión.
	Porcentaje de nacimientos prematuros del Seguro Popular cubiertos por el FPGC y el SMNG	%	63	63							Este indicador se reemplazó por “porcentaje de nacimientos prematuros del seguro popular financiados por el FPGC”, pues es el Fondo el único seguro que cubre condiciones que afectan a los neonatos prematuros.

Indicadores		En aprobación			En elegibilidad + 60 días			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	(A)	
2.1	Porcentaje de cobertura del Seguro popular en nuevos neonatos				%	3,50	5,10	%	3,50	6,40	
2.2	<i>Porcentaje de nacimientos prematuros del Seguro Popular financiados por el FPGC</i>				%	43,2	48,0	%	43,2	17,0	
2.3	Porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos afiliados				%	80,0	80,0	%	80,0	116,0	
2.4	<i>Cantidad de neonatos atendidos y financiados por el FPGC</i>							# de Beneficiarios	18,000	91,762	Se agregó este indicador de resultado para explicitar la contribución del programa a las metas de desarrollo corporativas y de país.

B. Efectividad

a. Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Proyecto

- 2.15 El objetivo del proyecto es contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal; particularmente de los niños y niñas menores de 5 años sin acceso a seguridad social.

b. Resultados Alcanzados

- 2.16 La reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal se llevaría a cabo a través de dos objetivos: (1) Mejoramiento del estado de salud de niñas y niños menores de 5 años, y (2) Fortalecimiento del papel rector y financiador de la CNPSS.

1. Objetivo 1. Mejoramiento del estado de salud de niñas y niños menores de 5 años

- 2.17 El proyecto financió dos productos: la cantidad de intervenciones financiadas por el SMSXXI para neonatos (1.1), y la cantidad de intervenciones financiadas por el SMSXXI para niños de entre 29 días y 5 años (1.2). En ambos casos, la meta planeada se superó en casi 60% y en 117%.
- 2.18 El proyecto tuvo un buen desempeño en tres de los indicadores de resultado intermedio, alcanzando y superando la meta programada. El porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos neonatos (2.1) se previó alcanzaría 5,10%, y se llegó a 6,40%. Este buen desempeño del Programa obedece a la convergencia de la política para lograr la cobertura universal y que se traduce en las acciones que el Seguro Popular mantiene permanentemente para promover la afiliación de la población en los establecimientos de salud. Además, la política de protección social favorece la asistencia a servicios de salud preventiva (atención prenatal y del niño sano) y ambas políticas convergen con los programas para mejorar la salud reproductiva y materno-infantil que promueven la atención prenatal, el parto institucionalizado y la atención posnatal de alta calidad.
- 2.19 El porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos afiliados (2.3) superó en varios años la meta de 80%, llegando a 116 al cierre de la operación. El proyecto tenía previsto mantener como tasa de afiliación el 80% del 54% de los nacimientos anuales (que el Seguro Popular estima como su población elegible al ser población sin seguridad social), dado que la afiliación es un proceso voluntario. La mayor parte de los nacimientos en el país ocurre en hospitales de la SS, y el Seguro Popular ha logrado mejorar sus mecanismos de afiliación y promoción de la tutela de derechos en las instalaciones de salud, lo que ha permitido superar ese 80% previsto.
- 2.20 Por otro lado, la cantidad de neonatos atendidos y financiados con el FPGC (2.2) superó en 25% la meta de 77.000 beneficiarios. El FPGC es un mecanismo de financiamiento para padecimientos de alto costo y en muchos casos, dicho financiamiento llega directamente a los hospitales de tercer nivel, derivado de los cambios en los mecanismos de financiamiento que el Seguro Popular ha impulsado en los últimos años; lo que ha permitido un aumento de la oferta. Este aumento, junto con el incremento sostenido de la afiliación, hace posible afirmar la viabilidad del incremento observado de la cantidad de neonatos financiados por el FPGC.
- 2.21 Sólo el porcentaje de nacimientos prematuros del Seguro Popular financiados por el FPGC (2.4) presentó un retroceso en relación con la meta trazada, y esto responde a que las medidas de verificación de los diagnósticos y procesos de reembolso se han vuelto más estrictas año con año; con lo cual han disminuido los diagnósticos efectivamente cubiertos por el Fondo.

- 2.22 Por otro lado, los indicadores finales de las tasas de mortalidad neonatal y para niños de 29 días a 5 años del SMSXXI (1.3 y 1.4, respectivamente) superaron la meta en 20% y 301%, respectivamente. La tasa de mortalidad neonatal de la gente sin cobertura (1.1) y de los atendidos por el FPGC (1.2) presentaron retrocesos. Para el segundo caso, destaca que se trata de los casos más graves y justamente por el tipo de patología es que se tienen mayores tasas de mortalidad. En todo caso, es importante mencionar que la cobertura de estas condiciones por parte del Seguro Popular es loable pues incluso otras aseguradoras no las cubrirían. Además, los indicadores relacionados con el FPGC estaban asociados con las actividades que serían financiadas por la contrapartida local. Esa contrapartida fue reducida sustancialmente con la renegociación del préstamo. Así, estos indicadores se incluyen para hacer el seguimiento del proyecto original, pero no son atribuibles al proyecto implementado puesto que salieron del marco del financiamiento del préstamo, así como del acompañamiento técnico y operativo del BID.
- 2.23 En relación con los indicadores de impacto de tasas de mortalidad neonatal (1.1) y de 29 días a 5 años (1.2) del SMSXXI se han logrado superar las metas programadas. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 13,30 a 12,10 entre 2012 y 2016, y la tasa de mortalidad neonatal pasó de 8,30 a 7,50 en ese mismo periodo. Estos efectos pueden explicarse por la mayor cobertura a nivel de padecimientos y a nivel geográfico, pero también por una mejor atención primaria, fortalecida por diferentes inversiones financiadas a través de la cápita del SMSXXI. Una mejor atención primaria permite prevenir la ocurrencia de padecimientos y eventos más graves en el futuro, logrando, por tanto, incidir en la mortalidad. En la siguiente sección se aborda el análisis de atribución que da sustento a la conclusión de que el SMSXXI ha tenido impactos en estos indicadores.

2. Objetivo 2. Fortalecimiento del papel rector y financiador de la CNPSS

- 2.24 En términos del objetivo 2, se alcanzaron 2 de las 3 metas programadas. El SMSXXI, como parte de los compromisos del préstamo, financió la evaluación de los procesos de gestión de calidad de atención neonatal, y la línea basal de la evaluación de impacto -no así la evaluación de proceso de afiliación y operación. Además, se revisaron las reglas de operación del programa todos los años, se implementaron visitas de seguimiento y supervisión anuales, y se realizaron supervisiones y capacitaciones en los estados. Estos productos, no obstante, no aparecen en el sistema porque fueron financiados por recursos propios del ejecutor fuera del marco del contrato de préstamo, y no como parte de la aportación local originalmente convenida. La Tabla 2 detalla los avances alcanzados para cada objetivo e indicador.

Tabla 2. Matriz de Resultados Alcanzados

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea Base	Año de Línea Base	Metas y Logros Actuales		% Logrado	Medios de Verificación
Impacto #1 Acelerar la reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal nacional							
1.1 Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nacidos vivos)	Niños	13,30	2012	P	12,37	129,03	Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, Registro de Certificados de Nacimiento. (Secretaría de Salud).
				P(a)	12,37		
				A	12,10		
1.2 Tasa de mortalidad neonatal (x 1.000 nacidos vivos)	Neonatos	8,30	2012	P	7,58	111,11	Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, Registro de Certificados de Nacimiento. (Secretaría de Salud).
				P(a)	7,58		
				A	7.50		

Resultado/indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea Base	Año de Línea Base	Metas y Logros Actuales		% Logrado	Medios de Verificación
Indicador de Resultado Final #1 Tasa de mortalidad neonatal y post-neonatal del SMSXXI							
1.1 Tasa mortalidad neonatal de la gente que actualmente no tiene cobertura (x 1.000 nacidos vivos sin cobertura)	Neonatos	7,80	2012	P	6,45	-161,48	Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, Registro de Certificados de Nacimientos (Secretaría de Salud)
				P(a)	6,45		
				A	9,98		
1.2 Tasa de mortalidad neonatal atendidos por el FPGC (x 1.000 neonatos financiados por FPGC)	Neonatos	98,48	2012	P	94,45	-273,45	Sistema de Información de Gastos Catastróficos
				P(a)	94,45		
				A	109,50		
1.3 Tasa de mortalidad neonatal de 0 a 28 días del SMSXXI (x 1.000 neonatos financiados por SMSXXI)	Neonatos	39,90	2012	P	37,41	120,48	Sistema de Información del SMSXXI
				P(a)	37,41		
				A	36,90		
1.4 Tasa de mortalidad para niños de 29 días a 5 años del SMSXXI (x1.000 niños menores a 5 años).	Niños	62,20	2012	P	58,49	401,62	Sistema de Información del SMSXXI
				P(a)	58,49		
				A	47,30		
Indicador de Resultado Intermedio #1 Cobertura del SMSXXI							
2.1 Porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos neonatos	%	3,50	2012	P	5,10	181,25	Sistema Administración del Padrón. CONAPO.
				P(a)	5,10		
				A	6,40		
2.2 Porcentaje de nacimientos prematuros del Seguro Popular financiados por el FPGC	%	43.20	2012	P	48	-545,83	Sistema de Información Gastos Catastróficos.
				P(a)	48		
				A	17		
2.3 Porcentaje de cobertura del Seguro Popular en nuevos afiliados	%	80	2012	P	80	100	Sistema Administración del Padrón. CONAPO.
				P(a)	80		
				A	116		

2.4 Cantidad de neonatos atendidos y financiados con el FPGC (Personas)	Beneficiarios (#)	18,000	2012	P	77,000	125	Sistema de Información Gastos Catastróficos.
				P(a)	77,000		
				A	91,762		

Producto	Unidad de Medida	Valor de Línea Base	Año de Línea Base	Metas y Logros Actuales		% Logrado	Medios de Verificación
Objetivo 1. Mejoramiento del estado de salud de niñas y niños menores de 5 años							
1.1 Cantidad de Intervenciones financiadas por el SMSXXI en neonatos de 0 a 28 días en las prestaciones aseguradas (Intervenciones)	Intervenciones (#)	13,500	2012	P	74,000	159,90	Sistema de Información del SMSXXI
				P(a)	114,614		
				A	110,241		
1.2 Cantidad de Intervenciones financiadas por el SMSXXI en niños de 29 días a 5 años en las prestaciones aseguradas (Intervenciones)	Intervenciones (#)	6,255	2012	P	27,618	217,10	Sistema de Información del SMSXXI
				P(a)	62,309		
				A	52,632		
Objetivo 2. Fortalecimiento del papel rector y financiador de la CNPSS							
2.2 Evaluación línea basal realizada	Reporte	1	2012	P	1	100	Reporte de Evaluación
				P(a)	1		
				A	0		
2.3 Evaluación de procesos de gestión de calidad realizada. Medición basal	Reporte	1	2012	P	1	100	Reporte de Evaluación
				P(a)	1		
				A	1		
2.4 Evaluación de impacto	Reporte	1	2012	P	1	100	Reporte de Evaluación
				P(a)	1		
				A	1		

Donde: P = Plan Inicial; P (a) = Meta anual revisada; A = Actual.

c. Análisis de Contrafactual

- 2.25 A través de la evaluación de impacto del Programa se estimó el efecto de ofrecer la cobertura financiera del Seguro Popular en tres indicadores de resultado: gastos de bolsillo, egresos hospitalarios y mortalidad en edades tempranas, empleando una metodología de diferencias en diferencias. Esta estrategia de identificación aprovecha: (1) el despliegue temporal del SMSXXI en el país, que se da conforme las unidades hospitalarias en los estados van estableciendo convenios con la CNPSS (para el caso de los análisis de las tres variables de resultado), y (2) la entrada de diferentes grupos de condiciones (catálogos de enfermedades) a ser cubiertas por el seguro según las reglas de operación de cada año) para los análisis de las variables de egresos y mortalidad).
- 2.26 Los resultados de impacto indican que, a medida que las jurisdicciones entran al SMSXXI, la probabilidad de que un hogar experimente un gasto elevado se reduce de un 7%, previo al SMSXXI, a un 6%. Esto representa una disminución relativa de 15,7% en la probabilidad de enfrentar un gasto elevado. Asimismo, el Seguro reduce el gasto en salud como porcentaje del ingreso en 0,0034 puntos porcentuales. Esta caída se observa principalmente en los hogares sin acceso a la seguridad social, el grupo objetivo del SMSXXI, y en los gastos relativos al embarazo y al parto, el periodo de especial atención del SMSXXI.
- 2.27 Los análisis en términos de egresos hospitalarios no encuentran ningún efecto. Una posible explicación es que el SMSXXI no está generando nuevas atenciones, sino que simplemente se están redistribuyendo las atenciones en hospitales con capacidad de atender condiciones cubiertas por el SMSXXI. Es decir, esas atenciones ya se daban, solo que probablemente a costa de una menor calidad y/o a un mayor costo (gasto de bolsillo).
- 2.28 La evaluación encuentra una reducción significativa de la tasa de mortalidad al primer mes y primer año de vida; no así para la primera semana de vida. También puede observarse que los efectos vienen dados principalmente al primer mes de vida, cuyo efecto de una reducción de 7% en términos relativos; seguido de una reducción de 5,3% en términos relativos para menores de un año. Dado que las condiciones financiadas por el SMSXXI representan entre el 21 y 24% de la mortalidad ocurrida durante los primeros periodos de vida, según datos de 2006, estos efectos, por tanto, representan reducciones en mortalidad sobre ese 24% de las causas de muerte. Así, el impacto del Programa en términos de mortalidad se traduce, a su vez, en una reducción de la tasa de mortalidad nacional de 1,3%. Para un mayor detalle de estos resultados puede consultarse el informe de evaluación de impacto ([EOP#6](#)).
- 2.29 La evaluación de impacto del SMSXXI muestra evidencia de los efectos que tuvo este Programa sobre los indicadores relacionados con el aseguramiento financiero de las familias y mejoras en salud a través de la reducción de mortalidad neonatal e infantil. Es importante señalar que, aun cuando los indicadores de resultados de la evaluación no convergen uno a uno con los indicadores de resultados del Proyecto, sí es posible argumentar – tanto por los resultados, como por la evidencia empírica a nivel nacional e internacional- que el Programa tuvo impacto sobre los indicadores mencionados.

- 2.30 A partir de diciembre de 2016, la probabilidad de que una familia se inscribiera en el Seguro Popular a través del SMSXXI aumentó de manera exógena en poco más de 40%. Junto con ello, la mayor cobertura del SMSXXI, y consecuentemente del Seguro Popular, ha representado para los estados mayores recursos por concepto de cápitas por nuevas afiliaciones, que generalmente son destinadas para la atención primaria. Así, el fortalecimiento de las atenciones a este nivel permite dar un mejor seguimiento desde las etapas tempranas del embarazo, lo cual influye en una menor incidencia de complicaciones que deban ser atendidas posteriormente a través del FPGC o el SMSXXI y, a su vez, en una menor tasa de mortalidad del Seguro Popular, como muestran los análisis de impacto; lo cual impacta a su vez en las tasas de mortalidad infantil y neonatal a nivel nacional. La evolución de los indicadores de resultado finales e intermedios presenta evidencia de los avances del SMSXXI en materia de cobertura y mortalidad, que sin duda contribuyen a lograr los resultados de impacto. Para una discusión más detallada de la atribución de los resultados puede consultarse el [EOP#7](#).

d. Resultados No Anticipados

- 2.31 La disponibilidad de datos del Registro Nacional de Peso y Talla permitió que en la evaluación de impacto ([EOP#6](#)) pudieran explorarse efectos de largo plazo del SMSXXI en términos antropométricos. Los resultados indican que en estados con un 100% de cobertura de la población elegible, la altura promedio de los estudiantes que estuvieron expuestos durante su primer año de vida al Seguro aumentó en 0,72 cm. Además, se encontró un efecto heterogéneo por grado de marginación de las escuelas. En efecto, mientras que los estudiantes de escuelas con mediana, baja y muy baja marginación el aumento en talla fue de 0,47 cm, en el caso de aquellos en escuelas con alta o muy alta marginación, el aumento en talla fue más de tres veces mayor, alcanzando 1,51 cm. Si bien este resultado no se anticipaba como uno de los objetivos del Proyecto, la evidencia muestra un claro efecto positivo.

C. Eficiencia

- 2.32 La evaluación económica de Creciendo Sanos se hizo a través de un análisis costo beneficio, concentrándose en el Componente 1 del proyecto, que representó 100% de los recursos invertidos en el préstamo. A partir de las actividades desarrolladas a través de este componente, se identificaron beneficios derivados de la disminución en: (i) la tasa de mortalidad neonatal y en (ii) el gasto de bolsillo en salud de las familias. Para la estimación de estos beneficios se utilizaron los resultados de la evaluación de impacto del proyecto reportados en la sección anterior.
- 2.33 El enfoque del análisis económico para valorar los beneficios por mortalidad utiliza los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs) para cuantificar los beneficios que se obtienen de la implementación de líneas de atención de salud de eficiencia probada, y convierte dichos beneficios expresados en años productivos en beneficios económicos, multiplicando los AVADs evitados por los seis años de la operación por el producto interno bruto per cápita de la población beneficiada. A partir de los resultados de la evaluación de impacto en términos de reducción infantil (1,3%) se calcularon 1954 muertes evitadas, para las cuales se calcularon los respectivos AVADs evitados. Para ello, se siguió la metodología de Jamison, D., et al., 2016, por la cual mencionan que la conversión de muertes a AVADs en países en vías de desarrollo (con una expectativa de vida de 60 años a una tasa de descuento del 3 por ciento) es de aproximadamente 32 AVADs. Posteriormente, se utilizó el PIB per cápita proyectado por el FMI para el país al 2017, pues es el año en el que se observan los beneficios finales del Proyecto. Además, dado que los resultados de la evaluación de impacto son aplicables para el Seguro Popular en

su conjunto, se ajustaron los beneficios, de acuerdo con la proporción que representa el SMSXXI en términos de costos sobre el presupuesto total del SP, y tomando esta misma proporción de los beneficios agregados del SP.

- 2.34 Por otro lado, las intervenciones llevadas a cabo por el SMSXXI protegen a las familias de los gastos de bolsillo, empobrecedores o catastróficos. Con base en los resultados de la evaluación, se estimó, con datos de la ENIGH 2014, que el gasto de bolsillo ahorrado es de MXN\$58,58 anuales por familia. Para la determinación de los beneficios se multiplicó este monto por el número de hogares que no tienen acceso a seguridad social, pues son las familias sin acceso a seguridad social las que, al afiliarse, podrían beneficiarse de estos ahorros. Al igual que para el caso de mortalidad, se ajustó el beneficio estimado con la evaluación de acuerdo con la proporción que representa el SMSXXI del SP.
- 2.35 Estos cálculos asumen que la intervención es uniforme en todos los beneficiarios del SMSXXI, los AVADs evitados son uniformes para todas las muertes evitadas, y el impacto del SMSXXI es proporcional a la distribución de costos al interior del SP. Asimismo, para el caso de la mortalidad, se consideró que los beneficios se observan en el mismo año en el que ocurren, trasladándolos después a valores de 2017. En línea con los estándares del Banco y con la literatura sobre análisis económico de proyectos, se utilizó una tasa de descuento de 12%.
- 2.36 Los costos considerados para el análisis reflejan el costo total del proyecto, incluyendo los montos del préstamo más la contrapartida local, y no se toman en cuenta otro tipo de costos derivados de él.
- 2.37 La rentabilidad económica del Proyecto se calculó mediante los indicadores estándar utilizados en los análisis costo beneficio: Valor Actual Neto VAN, Tasa Interna de Retorno (TIR) y la razón Beneficio Costo (B/C). Los resultados del análisis indican que el VAN es positivo, sumando un valor de US\$112.878.890,08 la TIR Social es de 23,4%; y los beneficios alcanzan a cubrir 1,8 veces los costos. Asimismo, el análisis de sensibilidad muestra que aun reduciendo a 80% los impactos agregados del Programa, y a 50% el impacto en gasto de bolsillo, este sigue siendo rentable. Para más detalle puede consultarse el [EOP#5](#).
- 2.38 La Tabla 3 resume la estructura de costos del Proyecto al momento de su cierre. Los fondos asignados originalmente al subcomponente 1.2 fueron redistribuidos al subcomponente 1.1. Dentro de este componente, a su vez, se reasignaron cerca de 30 millones del producto 1.1 al 1.2. tras la extensión de un año de plazo original para último desembolso. De ahí la diferencia entre los valores planeados (P) y los planeados ajustados (P(a)). Por otro lado, la CNPSS solicitó una cancelación parcial de aportación local equivalente a US\$4,3 millones que, además de afectar las actividades del componente 2, tuvo repercusiones para la evaluación de impacto final del programa, las áreas de administración, y auditoría financiera. Tal y como se ha descrito en párrafos anteriores, este ajuste se derivó de los recortes presupuestales anuales al sector. Estas actividades, sin embargo, fueron llevadas a cabo bajo financiamiento propio del ejecutor (administración y auditorías), y a través de la Cooperación técnica ME-T1307 (evaluación de impacto).
- 2.39 En esta tabla también se observa valores actuales de avances financieros menores a los planeados inicialmente, y a los posteriormente ajustados, en virtud de los desafíos propios de la operación del SMSXXI. Esto explica la solicitud de extensión del plazo del préstamo a un año adicional para cubrir los compromisos financieros acordados.

Tabla 3. Costos del Proyecto (dólares)

1 Component: Componente 1. Mejoramiento del estado de salud de niñas y niños menores de 5 años

Component
Revised Cost
374,041,975.50

Output Definition		2013	2014	2015	2016	2017	Cost
Cantidad de Intervenciones financiadas por el SMSXXI en neonatos de 0 a 28 días en las prestaciones aseguradas (Intervenciones)	P	46,000,000.00	61,450,000.00	93,613,000.00	71,774,000.00		272,837,000.00
	P(a)	46,000,000.00	61,450,000.00	93,612,913.00	87,964,773.49	51,750,991.13	238,624,835.43
	A	45,155,000.00	60,134,547.00	45,370,514.94	36,213,782.36	51,750,991.13	238,624,835.43
Cantidad de Intervenciones financiadas por el SMSXXI en niños de 29 días a 5 años en las prestaciones aseguradas (Intervenciones)	P	21,400,000.00	24,088,000.00	33,359,000.00	22,104,000.00		100,951,000.00
	P(a)	21,400,000.00	24,088,000.00	33,359,000.00	58,643,182.33	34,500,660.75	135,417,140.07
	A	20,755,000.00	25,771,948.00	30,247,009.74	24,142,521.58	34,500,660.75	135,417,140.07

Other Cost		2013	2014	2015	2016	2017	Cost
Administración	P				750,000.00		750,000.00
	P(a)			0.00	0.00	0.00	0.00
	A		0.00	0.00			0.00
Auditoría Financiera	P				250,000.00		250,000.00
	P(a)			0.00	0.00	0.00	0.00
	A		0.00	0.00			0.00

Total		2013	2014	2015	2016	2017	Cost
Total Cost	P	67,400,000.00	85,538,000.00	126,972,000.00	94,878,000.00		374,788,000.00
	P(a)	67,400,000.00	85,538,000.00	126,971,913.00	146,607,955.82	86,251,651.88	374,041,975.50
	A	65,910,000.00	85,906,495.00	75,617,524.68	60,356,303.94	86,251,651.88	374,041,975.50

- 2.40 El Proyecto tuvo una calificación satisfactoria según la metodología de desempeño de proyectos utilizada por el Banco. Dicha metodología mide cinco índices que se combinan en un indicador sintético.¹⁵ Los índices miden desviaciones en términos de costo y tiempo con respecto al plan acumulado, al plan anual del Proyecto y a la planificación de la duración del Proyecto estimada cuando logró su elegibilidad. Creciendo Sanos estuvo clasificado como satisfactorio en todos sus años de ejecución, con la única salvedad en términos del índice de cronograma acumulado (SPI). El Proyecto logró desembolsar la totalidad de sus recursos de financiamiento. La Tabla 4 presenta los indicadores de desempeño según la metodología del banco.

Tabla 4. Indicadores de Desempeño

Índices	2013	2014	2015	2016	2017
CPI	1.10	1.05	1.39	1.56	1.66
CPI(a)	1.10	1.00	1.35	1.58	0.95
SPI	1.08	1.04	1.12	1.19	1.32
SPI(a)	1.08	1.00	1.09	1.22	0.76
Calificación	Satisfactorio	Satisfactorio	Satisfactorio	Satisfactorio	Satisfactorio

D. Sostenibilidad

a. Aspectos Generales sobre Sostenibilidad

- 2.41 La evidencia sobre los impactos del SMSXXI en gastos hospitalarios y mortalidad indican que el Seguro es altamente sostenible en términos de efectividad. No obstante, merecen destacarse tres consideraciones importantes para fortalecer esta sostenibilidad. Por un lado, la coordinación y gestión del Seguro está a cargo de la DGA del SMSXXI. Esta oficina no forma parte de la estructura orgánica de la CNPSS y, por tanto, está sujeta a disposición presupuestal anual. Esto hace al Programa vulnerable para efectos de planeación y garantía de sostenibilidad, pudiendo afectar también sus impactos y alcances.
- 2.42 Por otro lado, el Programa no realiza proyecciones sobre la necesidad de coberturas futuras. Para que el SMSXXI pueda determinar su capacidad de operación efectiva, es relevante hacer este cálculo con base en proyecciones de demanda basados en análisis actuariales con información epidemiológica. Esto permitirá poder alinear la demanda de coberturas con el financiamiento disponible. No obstante, es importante considerar que a partir del ejercicio fiscal 2017, el SMSXXI cuenta con una metodología específica para el cálculo de la población objetivo y de la población a afiliar que se basa en el comportamiento histórico de la afiliación al SNPSS.
- 2.43 Asimismo, la división de padecimientos de alto costo y de alto impacto para niños menores de 5 años entre dos fuentes de financiamiento, SMSXXI y FPGC, complejiza el entendimiento y las solicitudes de reembolso por parte de los estados. Considerando el buen desempeño del SMSXXI frente al FPGC, sería recomendable integrar bajo un mismo pilar los beneficios cubiertos por tanto por el SMSXXI como por el FPGC. Esto permitiría organizar y gestionar de una manera mejor articulada la atención médica para la población objetivo.
- 2.44 Estos desafíos han estado presentes durante toda la operación de crédito, sin impedir, no obstante, que el Programa sea implementado; incluso logrando resultados positivos, como

¹⁵ Los cinco indicadores de desempeño son: (i) desembolsos históricos acumulados por el proyecto y comparado con la curva de desembolso histórica de 10 años de desembolsos en todos los proyectos de México; (ii) índice de costo de desempeño anual, CPI (a); (iii) índice de costos de desempeño acumulado, CPI; (iv) índice de cronograma anual, SPI(a); e (v) índice de cronograma acumulado, SPI. El Proyecto se considera satisfactorio cuando tiene su indicador sintético es igual o mayor a 2.5.

se mencionó en secciones anteriores. De hecho, desde su creación, el Programa ha logrado aumentar el listado de intervenciones médicas cubiertas, de 108, a 151 que se contemplan en 2018. Sin embargo, solventar estos factores representa un área de oportunidad que ayudaría a facilitar la operación del Programa, hacerlo más eficiente, y dar mayor certidumbre sobre sus alcances; por lo que se incluyen en este documento de cierre de la operación como parte de las recomendaciones.

b. Salvaguardias Ambientales y Sociales

- 2.45 Esta Operación fue clasificada como categoría “C” de acuerdo con la Política de Salvaguardias y Medio Ambiente (OP-703) ya que no se previeron impacto de esta naturaleza. Por esta razón, no se requirió implementar salvaguardias durante la ejecución de la operación.

III. CRITERIOS NO-CENTRALES

A. Desempeño del Banco

- 3.1 Como principal logro del Banco en esta operación, destaca el acompañamiento cercano que se le dio a la CNPSS y, en particular, a la DGA del SMSXXI, para dar seguimiento y cumplimiento a los compromisos acordados en el proyecto.
- 3.2 Creciendo Sanos se convirtió en la primera operación de préstamo del Banco con el sector salud en México. Como tal, el acompañamiento del Banco a la contraparte fue clave para el éxito del proyecto. En efecto, el Banco apoyó al SMSXXI en la conformación de la unidad coordinadora del proyecto, especialmente a través de la contratación del coordinador del proyecto durante los primeros seis meses de la ejecución de la operación. Asimismo, el Banco ofreció capacitación a través de talleres como apoyo para la gestión del proyecto, e invitó a miembros del equipo del SMSXXI al taller de evaluación de impacto celebrado en Washington, DC en junio de 2017, a fin de trabajar en conjunto en la propuesta metodológica para llevar a cabo la evaluación del Programa. Así, la operación de préstamo representó una oportunidad para que el equipo del SMSXXI pudiera acceder a diversos foros y tener intercambios de experiencias internacionales, creando oportunidades de aprendizaje en materia de gestión, operación y evaluación.
- 3.3 El Banco, en conjunto con el SMSXXI, también coordinó visitas técnicas a los hospitales de la SS e instalaciones del Seguro Popular. Estas visitas de supervisión se realizaron en hospitales de la SS e instalaciones del Seguro Popular en los estados de Hidalgo y Querétaro, y se realizaron auditorías en el Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Veracruz. Las visitas permitieron constatar los mecanismos de afiliación, la tutela de derechos, la atención médica que se brindaba a los afiliados al SMSXXI, el sistema de información para la captura de las intervenciones y los mecanismos de reembolso. Asimismo, se constató la adquisición de equipo médico de alta tecnología para unidades de cuidado intensivo neonatal. A partir de estas visitas también se generaron recomendaciones para mejorar sus sistemas de control interno.
- 3.4 Otro valor agregado del apoyo del Banco es que, mediante los instrumentos de préstamo ajustados bajo las prioridades del nuevo gobierno, se pudo blindar parte del presupuesto del SMSXXI frente a los diferentes recortes presupuestales que el Seguro Popular enfrentó durante el periodo de ejecución del préstamo. En efecto, el financiamiento otorgado por el Banco permitió continuar con la oferta de servicios de salud, evitando posibles afectaciones derivadas de un menor flujo de recursos para atender a la población objetivo del Programa.

- 3.5 Por último, el SMSXXI carecía de una evaluación de impacto rigurosa. Como se mencionó en el párrafo 2.11, los ajustes presupuestales que enfrentó el gobierno impidieron que pudiera llevarse a cabo como parte del objetivo 2. Sin embargo, la cooperación técnica ME-T1307 permitió financiar la primera evaluación de impacto del Programa, ayudando a atender la recomendación emitida por el CONEVAL de contar con una evaluación del programa, generando evidencia rigurosa para dar sustento a su continuidad, y destacando el papel del SMSXXI como un Programa efectivo con buenas prácticas para la provisión de servicios de salud dentro del marco de operación de la CNPSS.

B. Desempeño del Prestatario

- 3.6 Para la CNPSS, Creciendo Sanos fue la primera operación implementada con un organismo multilateral; por lo que destaca el desempeño positivo del órgano desconcentrado. La Comisión, y en particular la DGA del SMSXXI, se apegaron a las herramientas de gestión del proyecto con base en los lineamientos establecidos por las políticas del Banco. En paralelo, el SMSXXI mantuvo una ágil revisión de los casos de reembolso de eventos, a fin de lograr procesar los desembolsos a tiempo.
- 3.7 La Comisión y el Proyecto contaron en todo momento con el apoyo directo de la Secretaría de Hacienda, a través de la Unidad de Asuntos Internacionales, y de Nacional Financiera, como agente financiero del Gobierno Federal para la administración y supervisión del proyecto, para dar seguimiento a las actividades y facilitar los procesos financieros para asegurar el desembolso exitoso del préstamo. La experiencia en la gestión operativa del préstamo se vio beneficiada ampliamente por el involucramiento de NAFIN.
- 3.8 El cambio en autoridades durante la ejecución del proyecto representó ciertas dificultades para continuar con el préstamo. No obstante, los trabajos de apoyo y capacitación del equipo de proyecto del Banco y de NAFIN a los nuevos funcionarios, permitieron mitigar el impacto de dicho cambio, y su acompañamiento fue clave para el éxito en la ejecución del proyecto.

IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

- 4.1 Los resultados de la evaluación de impacto del SMSXXI indican que el Programa ha sido efectivo en disminuir la mortalidad infantil y neonatal, siendo clave la contribución del proyecto Creciendo Sanos para ayudar a garantizar la cobertura del Seguro. Esto confirma que la canalización de recursos a través de la operación de préstamo ha sido positiva para tener mejores servicios de salud.
- 4.2 También destaca como éxito importante del proyecto plantear como una discusión abierta del tema de brechas en términos de calidad de atención entre los diferentes estados. Además, el Proyecto ha servido para documentar con cifras los logros de los diferentes indicadores de salud que, en su ausencia, no habrían sido monitoreados de manera sistemática. Para mejorar y dar continuidad al Programa, no obstante, se discuten a continuación algunas recomendaciones importantes.

a. Técnico-Sectorial

- 4.3 Uno de los hallazgos importantes son las ventajas que ganaría el SMSXXI si se incluyera dentro de la estructura formal de la CNPSS. El SMSXXI es un programa de financiamiento directo de servicios de salud a niños menores de 5 años que se ha expandido gradualmente, alcanzando una cobertura de 54% de los menores de cinco años, y cubriendo, junto con el CAUSES y el FPGC, la mayor parte de padecimientos. Actualmente, cuenta con una estructura de financiamiento tripartita compleja, tanto para el propio SMSXXI como para los estados y la operación del Programa. Lograr que el

financiamiento de las atenciones neonatales y de menores de 5 años se consolide únicamente bajo el amparo del SMSXXI permitiría aumentar la eficiencia de dicho financiamiento. El SMSXXI ha demostrado un desempeño muy satisfactorio en términos del ejercicio del gasto y de logro de resultados. Este cambio en la estructura permitiría fortalecer la dirección del SMSXXI, que por ahora es muy pequeña (cuatro personas) en relación con las funciones que realiza y, por tanto, es dependiente de los sistemas y mecanismos organizacionales y gerenciales de la CNPSS. Por otro lado, y tal como se apuntó en el párrafo 2.40, a fin de determinar mejor los alcances del Seguro dado el financiamiento disponible, sería recomendable realizar análisis actuariales para efectos de una mejor planeación.

- 4.4 Otro de los hallazgos es que, si bien el Seguro ha logrado cada vez una mayor cobertura, persisten algunas asimetrías en el acceso a la atención neonatal en los estados como resultado de las diferencias en la oferta de hospitales certificados. No es una responsabilidad del SMSXXI generar esta oferta, o decidir sobre la inversión en los servicios para lograr la certificación, pero contrastar los datos sobre solicitudes de reembolso con la demanda esperada permitiría identificar estas brechas y las barreras que se podrían estar presentando para brindar los servicios. A partir de este análisis, podría fortalecerse el diálogo con los estados y generar recomendaciones para futuras inversiones en infraestructura o capacidad instalada para atender a los niños afiliados, o con potencial de afiliarse al Seguro.
- 4.5 También sería recomendable consolidar un sistema de evaluación y monitoreo de la calidad de la atención médica, a través del diseño de indicadores de calidad de la atención clínica, de la satisfacción de los usuarios y de la capacidad de respuesta de los proveedores de servicios de salud del SMSXXI y el FPGC. Con ello, es aconsejable fortalecer los sistemas de información del Seguro Popular, y extender esta recomendación en general al SNPSS. Esto permitirá sistematizar la información para asegurar la disposición oportuna, la calidad y confiabilidad de los datos para poder dar seguimiento a indicadores y metas, y evaluar el desempeño del Programa.

b. Organizacional y Gerencial

- 4.6 Otra lección aprendida es que existe la necesidad que los procesos de reembolso sean comprensibles para facilitar la operación del SMSXXI. Para ello, sería aconsejable extender las capacitaciones a los REPSS en los temas de gestión, administración, calidad y seguimiento de acciones específicas relacionadas con las intervenciones que cubre el SMSXXI. Se recomienda que se actualicen las guías de llenado de solicitudes de reembolso y que se impulsen capacitaciones continuas del personal de los estados que trabajen en las funciones de rendición de cuentas. Esto ayudaría a reducir la tasa de rechazo de las solicitudes de reembolso de las declaratorias.
- 4.7 Por otro lado, SMSXXI podría solicitar a la SS que el personal de los hospitales certificados reciba capacitaciones y actualizaciones en los protocolos y guías clínicas de atención de los padecimientos financiados para el Seguro para disminuir la heterogeneidad en la calidad de la atención que existe entre los hospitales. Los padecimientos de mayor costo y trascendencia se presentan principalmente en los recién nacidos, y su atención requiere personal altamente entrenado y servicios de calidad.

c. Procesos Públicos/Actores

- 4.8 El SMSXXI interactúa constantemente con las autoridades federales encargadas de los programas de atención a los niños(as), autoridades estatales y de los hospitales, organismos multilaterales (UNICEF, BID) y con organizaciones de la sociedad civil cuyo

objeto de intervención son temas de salud en la niñez. Esta interacción con diferentes actores merece destacarse pues el SMSXXI es un programa representativo en el financiamiento y diseño de políticas de atención para el menor de cinco años. Por ello, sería valioso hacer mayor difusión de sus acciones y logros del SMSXXI para obtener mayor apoyo político y financiero. En paralelo, también sería recomendable fortalecer las campañas de comunicación y difusión entre la población para dar a conocer los beneficios del Seguro.

d. Fiduciarios y Control de Riesgos

- 4.9 Si bien el esquema de ejecución del Programa, en el cual los fondos fluían de las oficinas centrales hacia las entidades subnacionales mediante demanda, dio como resultado una ejecución ágil y dinámica en materia de desembolsos, también es verdad que esta misma condición implicó un mayor seguimiento a nivel subnacional dadas las atribuciones de la CNPSS. Por ello, el Programa se beneficiaría si en el sistema informático en donde se registran los casos y se evalúa la pertinencia de su pago con base en los expedientes también fuera posible visualizar los montos transferidos a las entidades subnacionales y los casos ya pagados, para así dar un mejor seguimiento de los recursos. Por otro lado, se sugiere homologar el entendimiento y criterios de aplicación de las reglas de operación en todas las entidades federativas.
- 4.10 El cambio de personal en la CNPSS presentó ciertos retos en la presentación de información de ejecución y financiera requerida. Sin embargo, gracias a los apoyos y capacitaciones brindados por los equipos fiduciarios del Banco y de NAFIN, no se presentaron problemas de índole fiduciario. La Tabla 5 a continuación resume los hallazgos, así como las recomendaciones sugeridas en los párrafos predecesores.

Tabla 5. Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Dimensión 1: Técnico-Sectorial	
1. Dado que el SMSXXI no forma parte de la estructura formal de la CNPSS, es difícil garantizar su certeza presupuestaria. Esto genera incertidumbre para efectos de planeación.	1. Integrar el SMSXXI a la estructura formal de la CNPSS para fortalecer su organización y capacidad gerencial al interior de la CNPSS y mejorar su certidumbre presupuestal.
2. La estructura de financiamiento tripartita del SMSXXI (SMSXXI, CAUSES y FPGC) es compleja tanto para el propio Seguro como para los estados; lo que dificulta la óptima operación del Programa.	2. Consolidar el financiamiento de las atenciones neonatales y de menores de 5 años bajo el amparo del SMSXXI permitirá aumentar la eficiencia de dicho financiamiento.
3. Actualmente, el Programa no realiza proyecciones sobre la necesidad de cobertura futuras.	3. Realizar análisis actuariales para determinar su capacidad de operación efectiva y tener una mejor planeación de sus alcances.
4. Aún persiste heterogeneidad en la calidad de la atención que ofrecen los estados como resultado de las diferencias en la oferta de hospitales certificados.	4. Mejorar los análisis de brechas a través de los datos sobre solicitudes de reembolso y la demanda esperada por estado, para identificar estas brechas y las barreras para la atención.
	5. Fortalecer el diálogo con los estados y generar recomendaciones para futuras inversiones en infraestructura o capacidad instalada para atender a los niños afiliados, o con potencial de afiliarse al Seguro.
5. No existe un sistema consolidado de evaluación y monitoreo de la calidad de la atención médica.	6. Diseñar indicadores de calidad de la atención clínica, de la satisfacción de los usuarios y de la capacidad de respuesta de los proveedores de servicio de salud y fortalecer los sistemas de información del Seguro para contar con datos oportunos para dar seguimiento a sus metas y evaluar su desempeño.
Dimensión 2: Organizacional y Gerencial	
6. Algunos estados tienen dificultades en completar la información para cumplir con los procesos de reembolsos; lo cual produce retrasos en la operación del Programa.	7. Capacitar a los REPSS en temas de gestión, administración, calidad y seguimiento de acciones específicas relacionadas con las intervenciones que cubre el Seguro, a fin de reducir los rechazos de las solicitudes de reembolso.
7. Los padecimientos de mayor costo y gravedad se presentan principalmente en los recién nacidos, y su atención requiere personal altamente entrenado y mejoras en la calidad de la prestación de servicios.	8. Solicitar a la SS capacitación del personal en los hospitales sobre protocolos y guías clínicas.
Dimensión 3: Procesos Públicos/Actores	
8. El SMSXXI es un referente en el ámbito de las políticas de atención a los menores de 5 años.	9. Impulsar la visibilidad de las acciones y logros del SMSXXI para obtener mayor apoyo político y financiero.
Dimensión 4: Fiduciarios y Control de Riesgos	
9. El Sistema informático de seguimiento no permite visualizar los fondos transferidos a cada entidad federativa.	10. Mejorar el Sistema informático de seguimiento a las transferencias.
	11. Homologar los criterios de reembolso a aplicarse en cada entidad federativa.

10: Los apoyos y capacitaciones brindados por los equipos fiduciarios del Banco y de NAFIN resultaron claves para enfrentar los retos en la presentación de información sobre la ejecución y financiera, consecuencia de los cambios de personal en la CNPSS	12: Capacitar rápidamente en aspectos fiduciarios a nuevos funcionarios del Gobierno a cargo de futuros Proyectos del Banco.
--	--

Referencias

Bauhoff S, Hotchkiss, Smith O (2011) The impact of medical insurance for the poor in Georgia: a regression discontinuity approach. *Health Economics* 20(11): 1362–1378.

Chou, Shin-Yi & Grossman, Michael & Liu, Jin-Tan, 2014. "The impact of National Health Insurance on birth outcomes: A natural experiment in Taiwan," *Journal of Development Economics*, Elsevier, vol. 111(C), pages 75-91.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), "Indicadores demográficos básicos 1999-2030". www.conapo.gob.mx.

Conti G., and Ginja, R., 2017 Who benefits from free health insurance: evidence from Mexico. IFS Working Paper W17/26.

Dirección General de Información en Salud. Nacimientos. Cubos dinámicos. Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos.html fecha de consulta 10 nov, 2017.

Dow W., Schmeer K., (2003) Health insurance and child mortality in Costa Rica. *Social Science and Medicine* 94(2): 975-8.

Duarte, B., et al., 2015, "Social determinants of infant mortality in socioeconomic deprived rural areas in Mexico", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*.

Finkelstein, A, Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J.P., and Allen, H., and Baicker, K., The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year (July 2011). NBER Working Paper No. w17190.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2016, "Estado Mundial de la Infancia, Una oportunidad para cada niño", UNICEF, https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Natalidad y Fecundidad. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/> fecha de consulta 10 de nov, 2017.

Jaminson, D., 2016, "Disease Control Priorities 3rd Edition: Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health", Bill & Melinda Gates Foundation, InterAcademy Medical Panel and World Bank.

Jasso-Gutiérrez L, Durán-Arenas L, Flores-Huerta S, Cortés-Gallo G. Recommendations to improve healthcare of neonates with respiratory insufficiency beneficiaries of Seguro Popular. *Salud Pública Mex* 2012;54 suppl 1:S57-S64.

King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R. T., Nall, C., Ravishankar, N., Vargas, M., Téllez-Rojo, M. M., Hernández Ávila, J. E., Hernández Ávila, M., and Hernández Llamas, H. (2009). Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet*, 373(9673):1447–54.

King, G., Gakidou, E., Ravishankar, N., Moore, R., Lakin, J., Vargas, M., Téllez-Rojo, M., Hernández, J., Hernández, M., Hernández, H. (2007). "A politically robust experimental design for public policy evaluation, with application to the Mexican Universal Health Insurance Program", *Journal of Policy Analysis and Management*, 26(3): 479-506.

Knauth FM, Arreola-Ornelas H, Wong R, Lugo-Palacios DG, Méndez-Carniado O. Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. *Salud Pública Mex* 2018; 60:130-140.

Miller G, Pinto DM, Vera-Hernandez M. 2013. "Risk Protection, Service Use, and Health Outcomes under Colombia's Health Insurance Program for the Poor," *American Economic Journal: Applied Economics*, American Economic Association, vol. 5(4), pages 61-91, October.

Muñoz-Hernández O, Chertorivski-Woldenberg S, Cortés-Gallo G, Pérez-Cuevas R. The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children. *Salud Publica Mex* 2012;54 suppl 1: S3-S10.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015, "Informe Mundial de la Salud", OMS.

Pérez-Cuevas R, Chertorivski S, Cortés-Gallo G, Rodríguez-Ortega E, Caballero F, Muñoz-Hernández O. "Lessons learned from the first evaluation of the Medical Insurance for a New Generation: Bridging research and policy". *Salud Pública Mex* 2012;54 suppl 1: S90-S97.

Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Flores-Hernández S, Muñoz-Hernández O. "Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation. *Salud Publica Mex* 2012"; 54 suppl 1: S28-S41.

Pérez-Cuevas R, Jasso L, Doubova S, Flores S, Mantilla C, González E, Muñoz O. "Evaluación de la calidad de la atención de la taquipnea transitoria en recién nacidos afiliados al Seguro Médico Siglo XXI". *Boletín Hospital Infantil de México. Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014; 71(6):346--351.

Pérez-Cuevas R, Muñoz-Hernández O, Rodríguez-Ortega E, Jasso-Gutiérrez L, Flores-Huerta S, Durán-Arenas L, Pasillas-Torres M, Garduño-Espinosa J, Cortés-Gallo G. "Design of the 2009 evaluation of the Medical Insurance for a New Generation program". *Salud Publica Mex* 2012; 54 suppl 1: S11-S19.

Rodríguez-Ortega EE, Pasillas-Torres EM. Family healthcare expenditure on children affiliated to the Medical Insurance for a New Generation. *Salud Pública Mex* 2012;54 suppl 1:S65-S72.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, 2010, "Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México", Secretaría de Salud.

Thornton R., Field E. (2010) Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: a randomized evaluation. *Health Economics* 19: 181-206.

Wagstaff A (2010) Estimating health insurance impacts under unobserved heterogeneity: the case of Vietnam's health care fund for the poor. *Health Economics*, 19(2): 189-208.