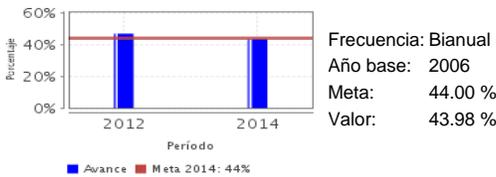


**Descripción del Programa:**

"El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tiene como objetivo brindar a la población sin seguridad social, el acceso a un esquema de protección financiera que evite el deterioro del patrimonio de las familias por gastos en salud, con especial atención en aquella población que se encuentra en condiciones de desventaja y marginación sociales". Tiene cobertura de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en unidades médicas de los tres niveles de atención; con una vigencia renovable cada tres años.

**Resultados**

Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares

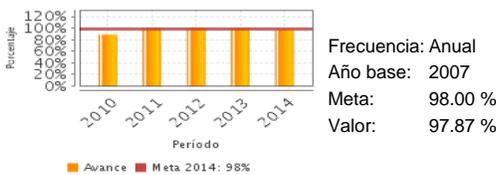


Frecuencia: BIANUAL  
 Año base: 2006  
 Meta: 44.00 %  
 Valor: 43.98 %

**¿Cuáles son los resultados del programa y cómo los mide?**

La evaluación de impacto de 2008 del Programa muestra que, la afiliación a éste reduce en seis puntos porcentuales la prevalencia del gasto en salud y en tres puntos porcentuales la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud, y evita que miles de familias pongan en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud. La Evaluación Complementaria de 2012 señaló que la reducción del gasto de bolsillo en 2010 a 44%, significó para el 20% de los hogares de mayores ingresos el 19%; en tanto que, para el 20% más pobre representó el 35%: impactó en mayor medida en hogares con más vulnerabilidad financiera. El Programa cuenta con dos indicadores de resultados. 1) A nivel de Fin, mide el gasto de bolsillo en salud de los hogares. En 2014 el cumplimiento de la meta fue de 100.05% y una reducción de -6.82% respecto de 2012; la meta se considera adecuada. La MIR 2015 contempla un nuevo indicador de Fin. 2) A nivel de Propósito, Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular. De 2010 a 2013 se logró alcanzar las metas establecidas; en 2014 el avance en el cumplimiento fue de 99.87%. Esta meta se considera en general adecuada al contemplar factores de movilidad y de reafiliación de la población. (ECO12, EIM08, MIR10, MIR11, MIR12, MIR13, MIR14)

Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular



Frecuencia: ANUAL  
 Año base: 2007  
 Meta: 98.00 %  
 Valor: 97.87 %

**Cobertura**

**Definición de Población Objetivo:**

"Se establece como meta a alcanzar en el año que se trate, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el Presupuesto de Egreso de la Federación (PEF) y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas (EF), dicha meta se suscribe mediante el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, suscrito entre la Federación y las EF".

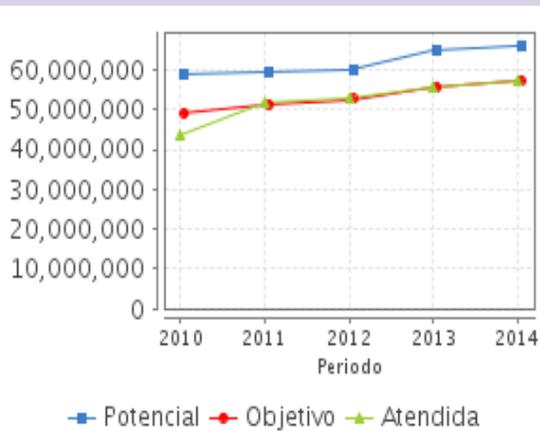
**Cobertura**

Entidades atendidas	32
Municipios atendidos	2,457
Localidades atendidas	113,447
Hombres atendidos	ND
Mujeres atendidas	ND

**Cuantificación de Poblaciones**

Unidad de Medida PA	Valor 2014
Personas	
Población Potencial (PP)	66,294,528
Población Objetivo (PO)	57,300,000
Población Atendida (PA)	57,300,000
Población Atendida/ Población Objetivo	100.00 %

**Evolución de la Cobertura**

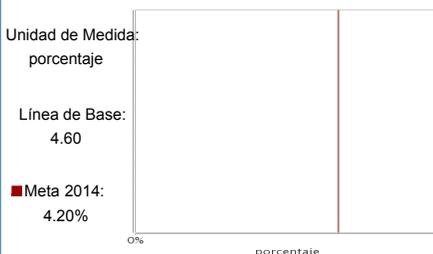


**Análisis de la Cobertura**

En 2014, la PA era de 57.3 millones de personas, cobertura de 86.4% de la PP para ese mismo año. En el periodo 2010-2014, se observa un incremento de 31.7% en la PA, entre 2010 y 2011 se incrementó en 19.1%. Este ritmo de crecimiento es decreciente durante el periodo 2011-2014, situación coherente considerando que la población sin afiliación al Programa es cada vez menor. La PP está definida e identificada de manera correcta; no así la PO, esta última debe revisarse. Las PO y PA son prácticamente idénticas y en algunos años (2011 y 2012) la PA es superior a la PO, en virtud que esta última es una proyección (Gráfica).

**Análisis del Sector**

Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud



**Presupuesto Ejercido \***

Año	Presupuesto Ejercido *		%
	Presupuesto del Programa (MDP) (1)	Presupuesto del Ramo (MDP) (2)	
2009	43,973.18	90,034.11	48.84 %
2010	48,688.50	93,410.93	52.12 %
2011	58,529.15	103,051.00	56.80 %
2012	64,703.80	109,769.12	58.95 %
2013	65,802.53	114,534.29	57.45 %
2014	64,110.49	111,900.42	57.29 %

**Análisis del Sector**

El Programa alineado a los objetivos del PND 2013-2018 "Asegurar el acceso a los servicios de salud" y del PROESA 2013-2018 "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud". La variación del presupuesto ejercido en términos reales de 2009 a 2014 es de 45.8%; sin embargo, se observa una variación negativa de -2.6% en 2014 respecto de 2013. En relación al presupuesto total del Ramo 12, en 2009 representaba 48.84%; para 2014 representó 57.29%

Año de inicio del Programa: 2004

\* Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC)  
 MDP: Millones de Pesos. Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

### Fortalezas y/o Oportunidades

1. Cumplimiento del Fin del objetivo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), al reducirse el gasto de bolsillo en salud de los hogares, que evita el empobrecimiento por cuestiones de salud. 2. Lograr y mantener la cobertura universal en la afiliación al SPSS de personas sin derechohabencia a instituciones de seguridad social. 3. Reformas a la normatividad del Programa que dan claridad a los mecanismos de prestación de servicios de salud. 4. El Programa cuenta con diferentes evaluaciones realizadas de forma periódica, que han permitido modificaciones y mejoras en su operación y desempeño: portabilidad y compensación económica, separación de funciones entre los Servicios Estatales de Salud y los Regímenes Estatales. 5. Se debe mejorar y fortalecer la red de prestadores de servicios de salud, así como, los sistemas de referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención médica. 6. Dar continuidad al fortalecimiento del ejercicio de la tutela de derechos de los beneficiarios.

### Debilidades y/o Amenazas

1. La cobertura universal de afiliación al Programa no ha estado acompañado de acceso efectivo de servicios de salud con calidad. 2. El Programa no cuenta con indicadores de seguimiento de prestación, acceso y calidad de los servicios de salud que ofrece. 3. Falta de un Padrón General de Salud de beneficiarios de las distintas instituciones de salud, que evite duplicidades en el financiamiento y contribuya al logro del objetivo de construcción de un Sistema Universal de Salud. 4. Falta de acceso efectivo a los servicios de salud, medicamentos y estudios que otorga el Programa. 5. Distintas fuentes de financiamiento no alineadas, dirigidas a una misma población objetivo y asignadas bajo criterios y reglas diferentes; provocando ineficiencia en el financiamiento y el ejercicio de los recursos presupuestales.

### Recomendaciones

1. Mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia de la red de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud, que dé atención y seguimiento a los beneficiarios del Programa. 2. 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. 3. Diseñar nuevos indicadores de gestión y resultados, enfocados a medir el acceso y calidad de los servicios de salud otorgados. 4. Fortalecer la red de prestadores de servicios de salud del Programa en los tres niveles de atención debidamente acreditados que garantice el acceso efectivo de los beneficiarios. 5. 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. 6. Construir un sistema de evaluación que incluya el análisis de tres componentes: financiero, gerencial y de impacto; de acuerdo con la normatividad y con una periodicidad establecida.

### Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

#### Avances en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

1. Para 2013-2014, se comprometieron como ASM con fechas de término de abril 2015; el diseño de indicadores de gestión e incorporación en la MIR 2015 (avance 90%). 2. El estudio "Evaluación del Padrón de Beneficiarios" permitirá la modificación de la definición de población objetivo de forma coherente (avance 70%). 3. Capacitación de gestores sobre tutela de derechos (avance 70%). 4. En relación con ASM 2012-2013, con fechas de término de febrero 2014; se continúa con el estudio de las metas de cobertura con la inclusión de un escenario presupuestal (avance 80%). 5. Diseño de indicadores de calidad (avance 90%). 6. La continuidad en el diseño de metas de cobertura y de calidad, permitirán dar seguimiento a la gestión, acceso y derechos de la población beneficiaria.

#### Aspectos comprometidos en 2015

1. "Diseñar un indicador que se refiera a la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de salud otorgados con ayuda del Seguro Popular". Este tipo de indicadores permite consolidar la medición y oportunidad en la calidad de los servicios otorgados. 2. "Gestionar Modelo de Seguimiento de los Servicios de Salud (MOSESS)". De manera complementaria a la medición de satisfacción de los beneficiarios, se contará con herramientas para fortalecer y mejorar los servicios de salud proporcionados por el Programa.

### Avances del programa en el ejercicio fiscal actual (2015)

1. En diciembre de 2014 se reforma el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (Reglamento), que permite la separación de funciones entre los Regímenes Estatales (REPSS) y los Servicios Estatales de Salud, y otorga atribuciones a los REPSS para la administración y ejercicio de los recursos transferidos a las entidades federativas; con la finalidad de garantizar a partir de 2015 la transferencia de recursos a las unidades ejecutores del gasto (REPSS) en tiempo y forma, así como el acceso oportuno y de calidad de servicios de salud. 2. La reforma permite, a partir de 2015, la compensación económica entre estados por pago de servicios de salud otorgados fuera de área de circunscripción. 3. La MIR 2015 incorpora dos indicadores: de Fin y de Actividad, para medir el gasto de bolsillo en salud de los hogares más vulnerables y el mantenimiento de la afiliación, respectivamente.

### Datos de Contacto

#### Datos de Unidad Administrativa

(Responsable del programa o acción)

Nombre: Gabriel Jaime O Shea Cuevas

Teléfono: 500360057205

Correo electrónico: goshea@seguro-popular.gob.mx

#### Coordinador de la Evaluación

(Responsable de la elaboración de la Ficha)

Nombre: Manuel Urbina Fuentes

Teléfono: 56158252

Correo electrónico: insad@insad.com-mx

#### Datos de Contacto CONEVAL

(Coordinación de las Fichas de Monitoreo y Evaluación)

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx 54817245

Liv Lafontaine Navarro llafontaine@coneval.gob.mx 54817239

Erika Ávila Mérida eavila@coneval.gob.mx 54817289