

DIAGNÓSTICO DE PROGRAMAS NUEVOS

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. Antecedentes.

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, persisten retos que superar y deudas que saldar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad. La salud de las personas debe ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe. La salud pública y la atención médica deben constituirse en los elementos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como lo establece el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La población de México está viviendo más y con mejores condiciones de salud. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012 (INEGI 2009 y CONAPO 2013a). En el mismo periodo, se ha producido una reducción importante de la mortalidad en prácticamente todos los grupos de edad (Partida 2008). Los avances en el estado de salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. El progreso en la educación, el nivel de ingreso, la alimentación, las condiciones de la vivienda y del empleo y en la infraestructura pública - agua potable, drenaje, luz eléctrica - así como la mejora en el acceso a servicios de salud y la disponibilidad de nuevas tecnologías al alcance de una mayor población han propiciado una vida más saludable. No obstante, México aún tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud similares a los de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

El presente Diagnóstico de Programas Nuevos, de acuerdo con los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (Lineamientos) establecidos en la Ley General de Desarrollo Social, el Estatuto Orgánico del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Consejo), se realiza para justificar la ampliación o modificación sustantiva de los programas federales existentes, en este caso el Programa U005 “Seguro Popular” y el E020 “Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud”, precisando su impacto presupuestario y las fuentes de financiamiento.

Esta fusión tiene como finalidad consolidar las obligaciones señaladas en los artículos 77 bis 1, 77 bis 5, inciso A), fracciones III y IV, 77 bis 12, 77 bis 13, 77 bis 17, 77 bis 18 y 77 bis 29 de la Ley General de Salud, referentes a la competencia del Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, de transferir los recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal a las entidades federativas, así como las aportaciones al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS).

Hasta el año 2015, los recursos correspondientes a las aportaciones al FSPSS se presupuestaban y ejercían en los Programas presupuestales (Pp) U005 Seguro Popular y E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud, destinados a los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal para el desarrollo de infraestructura física en salud, respectivamente, establecidos en la Ley General de Salud.

El modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, por la vertiente Seguro Popular, se sustenta en un esquema tripartito con aportaciones por persona afiliada del gobierno federal y de las entidades federativas, así como por contribuciones de los afiliados que se determinan de acuerdo a su capacidad socio-económica.

Los recursos aportados para la operación del Sistema son ejercidos en la prestación del paquete de servicios de salud cubierto, integrado por el CAUSES y el FPGC; a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), en infraestructura y equipamiento para la atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social y para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios y la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios.

✓ Aportaciones

El Gobierno Federal realiza una aportación anual por persona afiliada al SPSS, la cual se integra de los dos conceptos siguientes:

Una Cuota Social (CS), en un monto equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el 2015, el monto de esta aportación es de 986.47 pesos, y

Una Aportación Solidaria Federal (ASF), en un monto que debe representar al menos una y media veces el monto de la Cuota Social. El promedio nacional en 2015 asciende a 1,479.71 pesos.

Los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectúan una Aportación Solidaria Estatal (ASE) por persona afiliada, la cual debe ser al menos en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2015, el monto mínimo de este concepto asciende a 493.24 pesos por persona.

Por su parte, los beneficiarios del SPSS participan en su financiamiento con cuotas familiares que son anticipadas, anuales y progresivas y que se determinan con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia. Integración de las aportaciones

- Cuota Social

El artículo 77 BIS 12, fracción II, de la Ley General de Salud (LGS) estipula: “El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor”.

Este mismo artículo señala que “la fecha de inicio para el cálculo de la actualización conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor será el primero de enero de 2009 y el salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal que se tomará como punto de partida será el de ese mismo año.”

Cabe precisar que para el periodo 2004-2009, la LGS vigente para esos años establecía una aportación de Cuota Social por familia afiliada en un monto equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, calculado por única vez a partir del primero de enero de 2004. A partir de los cambios a la LGS en 2010, para modificar el esquema de financiamiento del SPSS, la aportación transitó de un monto por familia a uno por persona afiliada.

- Aportación Solidaria Federal (ASF)

El artículo 77 BIS 13, fracción II, de la Ley General de Salud estipula que “La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley”. La fórmula, establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPS), contiene componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que se determina un monto específico por ASF por persona afiliada para cada una de las entidades federativas, que en promedio es de 1.5 veces la cuota social.

Alineación de presupuestos en la ASF

Para no duplicar los recursos que se envían a las entidades federativas, el SPSS contabiliza como ASF todos los recursos federales asociados a otros programas de salud a la persona, que se

transfieren a las entidades federativas para la atención de la población no derechohabiente de la seguridad social (presupuestos alineados).

En el ejercicio 2015 se alinean los siguientes presupuestos: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona (FASSA-P, Ramo 33); Programas Nacionales de Salud; Programa Seguro Médico Siglo XXI; Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud; y Componente Salud del Programa Prospera de Inclusión Social (Ramo 12).

De esta forma, la CNPSS transfiere por concepto de ASF a las entidades federativas únicamente la parte complementaria que resta luego de considerar los presupuestos alineados. Es importante señalar que de la totalidad de cada presupuesto alineado, el SPSS contabiliza sólo la parte proporcional que corresponde al número de personas asegurables.

- Aportación Solidaria Estatal

La LGS señala, en el artículo 77 BIS 13, fracción I, que los gobiernos de los estados y del Distrito Federal tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por persona beneficiaria, la cual debe ser al menos en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. Esta aportación puede acreditarse a través del gasto estatal en salud a la persona y/o realizarse con una aportación en efectivo o líquida.

- Cuota Familiar

El artículo 77 BIS 21 de la LGS establece que los beneficiarios del SPSS participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas y que se determinarán con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia. El pago de la cuota puede ser de forma trimestral.

Las cuotas vigentes durante el 2015, de acuerdo al decil de ingreso en el que se ubican las familias, se muestran en el Cuadro 1

CUADRO 1 CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO EN 2015
(Cifras en pesos)

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0.0
II	0.0
III	0.0
IV	0.0
V	2,075.0
VI	2,833.6
VII	3,647.9
VIII	5,650.4
IX	7,519.0
X	11,378.9

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud.

El ingreso familiar se determina a partir de la evaluación socioeconómica llevada a cabo en el momento de la afiliación. Con base en esta información se clasifica a las familias según su ingreso.

La clasificación en deciles en el SPSS se refiere a niveles de bienestar de los núcleos familiares afiliados e identificados a través de la aplicación de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) y calculados mediante un modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el Sistema de Administración del Padrón. Dicha clasificación busca identificar a aquellos núcleos familiares que serán objeto de una cuota familiar al momento de su afiliación.

Conforme a las disposiciones en vigor, las familias de los deciles I, II, III y IV, así como las ubicadas en los deciles I al VII que tengan al menos un niño mexicano nacido al momento de incorporarse al

SPSS o que cuenten con una mujer embarazada, pertenecen al régimen no contributivo. Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación a dicho régimen aquellas familias que:

- Sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;
- Residan en localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y,
- Las que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

El hecho de consolidar en el Pp U005 Seguro Popular las aportaciones al FSPSS que este programa realiza junto con aquellas del Pp E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud, contribuirá con las Metas Nacionales y Objetivos Sectoriales al permitir identificar en el mismo cálculo y apoyar en el seguimiento de la distribución de los recursos totales del Sistema de Protección Social en Salud, conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, contribuyendo con ello a la Meta Nacional del Plan Nacional de Desarrollo (PND), México Incluyente, Objetivo 2.3: “Asegurar el acceso a los servicios de salud” y al Objetivo 3 del Programa Sectorial en Salud (PROSESA) 2013-2018: “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”.

2. Identificación y descripción del Problema

El problema central al que responde esta unificación de programas presupuestarios es la simplificación de la transferencia de recursos, ya que como se sabe, en años anteriores ambos programas recibían fondos para la realización de las acciones de dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud así como de desarrollo de infraestructura física en salud; por lo que el tenerlos separados o de manera ajena, se obstaculiza el correcto seguimiento de dichas acciones para el financiamiento de la atención de los ciudadanos que no forman parte de algún otro esquema de aseguramiento en salud.

De acuerdo a observaciones realizadas por la Secretaría de la Función Pública lo anterior trae como consecuencia que dichas necesidades no se atiendan con oportunidad, aún y cuando se cuente con los recursos no se cumple con uno de los fines para el cual fue creado el fideicomiso, fortalecer la infraestructura en las unidades médicas de atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas con áreas de mayor marginación social.

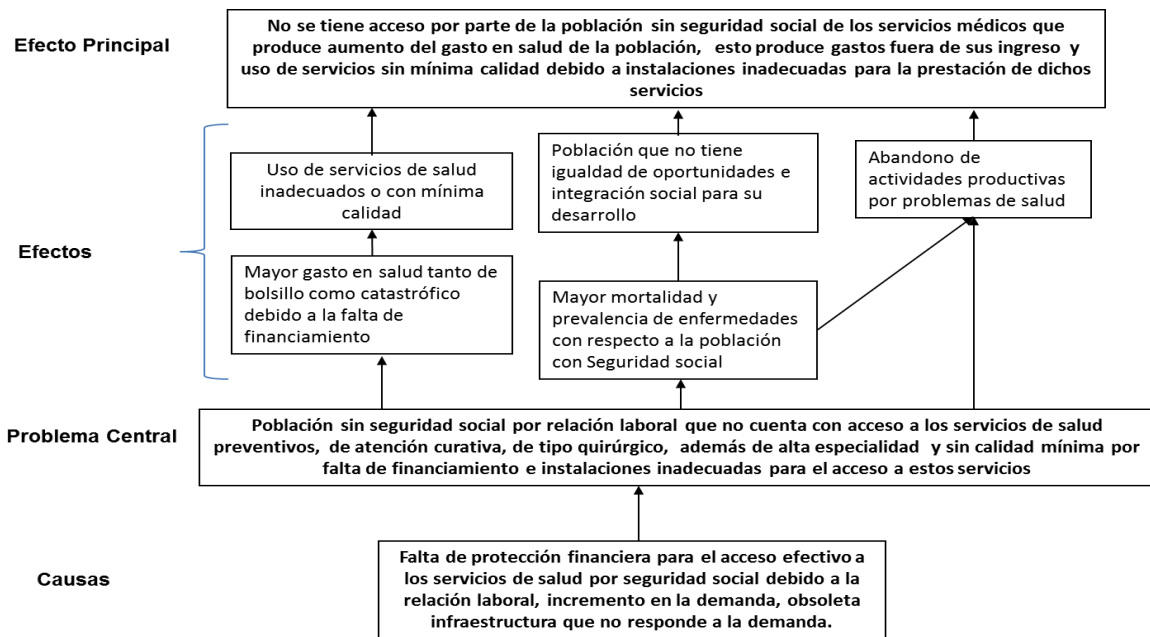
El programa E020 está alineado al Objetivo 5 “Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud” del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual contribuye a la Estrategia 5.3 “Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento para la salud)”. El indicador “Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros” forma parte de un objetivo enfocado a mejorar la gestión de los recursos federales en materia de salud

El programa solamente realiza transferencias de recursos a las entidades federativas e instancias del sector con Pp E-020 formalizando de esta manera convenios y documentando oportunamente los mismos para el registro en el Sistema de Administración Fiscal Federal (SIAFF). Sin embargo las definiciones de población potencial, objetivo y atendida, aún son un área de oportunidad del programa, la cual se puede abordar con los resultados de población atendida y el informe sobre el uso de los recursos que realiza la CNPSS al programa.

A continuación se muestran los objetivos de esta unificación así como información referente a la cobertura y demás aspectos necesarios como si fuera el caso de la creación de un programa presupuestario nuevo. Sin embargo, al ser solamente una unificación de programas donde el

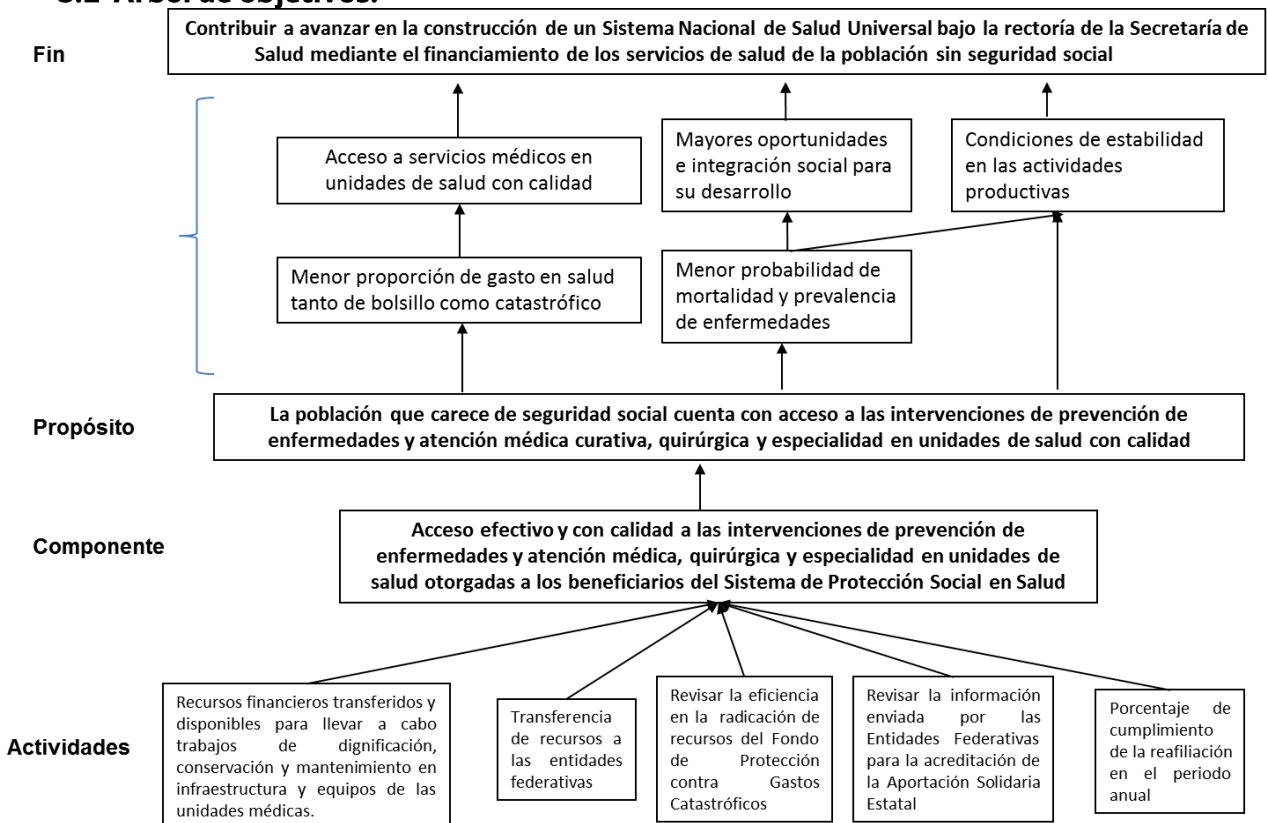
Seguro Popular prevalece, la información corresponde únicamente al Seguro Popular como programa que absorbe al E020.

2.1 Árbol de Problemas



3. Objetivos

3.1 Árbol de objetivos.



4. Cobertura

Considerando el origen fragmentado del Sistema Nacional de Salud, que distingue a la población en función de su situación laboral, el gran reto de la actual administración, reside en sentar las bases de un ejercicio puntual del garante a la protección de la salud, comenzando por la capacidad del acceso a servicios de calidad.

En este propósito, el Sistema de Protección Social en Salud, adquiere un papel preponderante, puesto que a través de sus componentes, ofrece cobertura financiera en servicios esenciales de salud, mediante 285 intervenciones que cubre el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y 59 del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Con más de 57 millones de personas incorporadas a 2015, el fortalecimiento de esta política pública se constituye en un compromiso ineludible; el cual está orientado a garantizar el derecho a la salud; asegurar el acceso efectivo a servicios de calidad y a la prevención; asegurar la generación y uso efectivo de los recursos financieros; así como a reforzar los mecanismos organizacionales y operativos del sistema, coadyuvando a su vez a transparentar el control y uso adecuado de los recursos.

A lo largo de diez años, el Sistema de Protección Social en Salud, ha demostrado su efectividad y aceptación social; no obstante aún existen pendientes que estamos llamados a asumir con la mayor responsabilidad, para responder oportunamente a las demandas sociales y ofrecer atención a las necesidades de salud de todos los mexicanos.

4.1 Características de la población afiliada al SPSS

La población afiliada al SPSS es aquella que se caracteriza por no ser beneficiaria de las instituciones de seguridad social o que no cuentan con algún otro mecanismo de previsión social en salud en razón a su situación laboral. Dicha población está definida en el artículo 77 bis 3 de la Ley General de Salud (LGS) y presenta las características que se mencionan en los apartados siguientes:

4.1.1 Tamaño de núcleos familiares protegidos por el SPSS

El tamaño promedio de integrantes por familia en los hogares a nivel nacional, es diferente de acuerdo con la metodología utilizada para su medición. Para el caso del SPSS, de conformidad con el artículo 77 bis 4 de la LGS, el núcleo familiar puede integrarse de cualquiera de las siguientes formas: por los cónyuges; por la concubina y el concubinario; por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato; y por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifique su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar. Como se puede advertir, este arreglo normativo en el SPSS hace una diferencia con otros criterios de medición del tamaño de los hogares.

A nivel nacional, el tamaño promedio de los integrantes en los hogares ha mostrado una tendencia hacia la baja, en la Tabla 1 se aprecia que éste ha disminuido en 0.3 personas desde el inicio de operaciones del SPSS en 2004 y hasta 2015; de manera particular el Programa PROSPERA en 0.7 personas y el SPSS en 1.0 persona; esta última se debe principalmente a que cuando los integrantes del núcleo familiar alcanzan la mayoría de edad y no demuestren estar estudiando, deben afiliarse al SPSS como otra familia, aunque vivan en el mismo domicilio.

TABLA 1. TAMAÑO DE LOS HOGARES A NIVEL NACIONAL, SPSS Y PROGRAMA PROSPERA
(Número de personas a junio 2015)

Año	Nacional ^{1/}	SPSS	Programa PROSPERA ^{2/}
2004	4.0	3.4	4.9
2005	4.0	3.2	4.9
2006	4.0	3.1	4.8
2007	4.0	3.0	4.7
2008	4.0	2.9	4.6
2009	3.9	2.9	4.5

2010	3.9	2.8	4.5
2011	3.8	2.6	4.4
2012	3.7	2.6	4.4
2013	3.7	2.5	4.3
2014	3.7	2.5	4.3
2015	3.7	2.4	4.2
Diferencia 2004 vs 2015	-0.3	-1.0	-0.7

1/ Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2005; y ENIGH 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

2/ Coordinación Nacional del Programa PROSPERA.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

Es importante precisar que a partir de la modificación del mecanismo de financiamiento de la cápita de familia a persona, el tamaño del hogar para el SPSS dejó de ser financieramente relevante, pero es un indicador importante para registro y control de los beneficiarios del SPSS en el Padrón y de la póliza de afiliación.

4.1.2 Titularidad de mujeres en la póliza de afiliación

La Ley General de Salud prevé como unidad de protección a los núcleos familiares, aun cuando el financiamiento del SPSS sea por persona afiliada, esa definición normativa favorece la cohesión de la estructura familiar. En concordancia con ello, los REPSS emiten pólizas familiares identificando al integrante que asume la representación con carácter de titular. Actualmente 17.7 millones de mujeres son titulares de su póliza de afiliación al SPSS (Tabla 2), lo que representa el 73.9% de las 24 millones de pólizas de afiliación registradas al mes de junio de 2015.

Es pertinente señalar que dicha estadística no es comparable a la jefatura femenina de los hogares en México, cuyo último dato promedio disponible pasó de 16% en 2000 a 25% en 2010¹, toda vez que para el SPSS el dato observado es una medición de la titularidad de la póliza de derechos del núcleo protegido, sin determinar el papel funcional y sociológico de la mujer en la estructura del hogar que forma parte.

TABLA 2. TITULARIDAD DE AFILIACIÓN AL SPSS ENCABEZADA POR MUJERES
(Cifras a junio 2015)

Entidad federativa	Familias afiliadas	Familias afiliadas encabezadas por mujeres	% Familias afiliadas encabezadas por mujeres
Aguascalientes	213,448	160,961	75.4
Baja California	546,498	359,698	65.8
Baja California Sur	102,226	68,776	67.3
Campeche	220,559	159,831	72.5
Coahuila	369,902	278,662	75.3
Colima	131,997	89,788	68.0
Chiapas	1,390,656	1,028,096	73.9
Chihuahua	629,226	431,166	68.5
Distrito Federal	1,391,356	995,680	71.6
Durango	345,558	246,228	71.3
Guanajuato	1,320,011	1,027,243	77.8
Guerrero	895,439	688,876	76.9
Hidalgo	712,935	526,241	73.8
Jalisco	1,354,488	961,925	71.0
México	3,004,973	2,264,274	75.4
Michoacán	992,218	760,438	76.6
Morelos	443,750	322,740	72.7
Nayarit	308,488	217,153	70.4
Nuevo León	574,826	410,269	71.4
Oaxaca	1,096,713	842,090	76.8
Puebla	1,364,192	1,040,591	76.3
Querétaro	414,868	309,268	74.5

¹ Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Quintana Roo	307,220	221,769	72.2
San Luis Potosí	623,323	446,275	71.6
Sinaloa	479,817	357,009	74.4
Sonora	432,782	304,103	70.3
Tabasco	693,821	487,043	70.2
Tamaulipas	633,514	457,091	72.2
Tlaxcala	385,278	289,195	75.1
Veracruz	1,843,027	1,403,649	76.2
Yucatán	400,069	303,264	75.8
Zacatecas	361,812	266,144	73.6
Total nacional	23,984,990	17,725,536	73.9

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

4.1.3 Afiliados por decil de ingreso

Del total de afiliados al SPSS a junio de 2015, el 99.8% corresponden a los cuatro primeros deciles de ingreso² considerados como no contributivos, mientras que los deciles V al X, que forman parte del régimen contributivo representan solamente el 0.2% del total de los afiliados, con excepción de los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) y de la Estrategia Embarazo Saludable exentos en los deciles V al VII (Tabla 3).

TABLA 3. AFILIADOS AL SPSS POR DECIL DE INGRESO ^{1/}
(Personas afiliadas a junio 2015)

Entidad federativa	Beneficiarios por decil de ingreso										
	Total	I	%	II	%	III	%	IV	%	V a X	%
	a	b	c = (b/a)*100	d	e = (d/a)*100	f	g = (f/a)*100	h	i = (h/a)*100	j	k = (j/a)*100
Aguascalientes	548,267	231,765	42.3	222,335	40.6	70,895	12.9	18,512	3.4	4,760	0.9
Baja California	1,167,917	712,534	61.0	361,571	31.0	78,634	6.7	13,094	1.1	2,084	0.2
Baja California Sur	228,886	62,873	27.5	86,899	38.0	49,625	21.7	24,592	10.7	4,897	2.1
Campeche	509,853	320,672	62.9	163,596	32.1	22,960	4.5	2,287	0.4	338	0.1
Coahuila	806,302	493,414	61.2	274,708	34.1	37,312	4.6	746	0.1	122	0.0
Colima	293,260	149,133	50.9	111,777	38.1	26,987	9.2	4,781	1.6	582	0.2
Chiapas	3,628,090	2,857,979	78.8	694,698	19.1	62,846	1.7	10,944	0.3	1,623	0.0
Chihuahua	1,374,978	921,723	67.0	411,792	29.9	40,802	3.0	609	0.0	52	0.0
Distrito Federal	2,956,186	1,799,347	60.9	869,696	29.4	232,251	7.9	50,552	1.7	4,340	0.1
Durango	822,495	475,531	57.8	309,604	37.6	34,339	4.2	2,518	0.3	503	0.1
Guanajuato	3,278,864	1,211,950	37.0	1,444,569	44.1	474,108	14.5	128,308	3.9	19,929	0.6
Guerrero	2,314,605	1,754,426	75.8	519,334	22.4	35,897	1.6	4,102	0.2	846	0.0
Hidalgo	1,722,933	1,134,413	65.8	534,713	31.0	45,855	2.7	7,461	0.4	491	0.0
Jalisco	3,121,669	1,432,248	45.9	1,208,254	38.7	391,507	12.5	77,512	2.5	12,148	0.4
México	7,243,746	4,985,336	68.8	2,051,374	28.3	187,456	2.6	17,635	0.2	1,945	0.0
Michoacán	2,419,597	1,755,973	72.6	606,988	25.1	51,854	2.1	3,813	0.2	969	0.0
Morelos	999,863	723,209	72.3	249,856	25.0	22,945	2.3	3,070	0.3	783	0.1
Nayarit	681,665	420,650	61.7	238,776	35.0	21,293	3.1	912	0.1	34	0.0
Nuevo León	1,277,713	440,747	34.5	553,987	43.4	214,804	16.8	63,283	5.0	4,892	0.4
Oaxaca	2,757,110	2,250,970	81.6	461,751	16.7	35,855	1.3	7,584	0.3	950	0.0
Puebla	3,418,227	2,157,576	63.1	1,082,501	31.7	145,225	4.2	27,470	0.8	5,455	0.2
Querétaro	957,701	531,113	55.5	342,564	35.8	63,835	6.7	18,627	1.9	1,562	0.2
Quintana Roo	675,393	439,858	65.1	209,877	31.1	21,889	3.2	3,305	0.5	464	0.1
San Luis Potosí	1,587,065	442,807	27.9	677,717	42.7	320,973	20.2	119,303	7.5	26,265	1.7
Sinaloa	1,184,835	334,773	28.3	511,603	43.2	223,298	18.8	92,316	7.8	22,845	1.9
Sonora	955,196	386,752	40.5	411,827	43.1	130,790	13.7	23,414	2.5	2,413	0.3
Tabasco	1,619,003	444,079	27.4	820,735	50.7	268,399	16.6	73,168	4.5	12,622	0.8

² Se considera hasta el decil IV como deciles no contributivos, a partir del 23 de junio de 2010 con la publicación en el DOF del "Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo".

Tamaulipas	1,428,473	1,036,286	72.5	328,353	23.0	51,572	3.6	11,925	0.8	337	0.0
Tlaxcala	930,877	715,778	76.9	202,646	21.8	11,636	1.3	644	0.1	173	0.0
Veracruz	4,430,954	3,156,669	71.2	1,219,741	27.5	51,605	1.2	2,734	0.1	205	0.0
Yucatán	1,024,331	706,447	69.0	272,704	26.6	40,396	3.9	4,060	0.4	724	0.1
Zacatecas	930,024	313,583	33.7	470,012	50.5	118,780	12.8	24,446	2.6	3,203	0.3
Total nacional	57,296,078	34,800,614	60.7	17,926,558	31.3	3,586,623	6.3	843,727	1.5	138,556	0.2

1/ La decilización de la población afiliada al SPSS corresponde a una clasificación propia basada en el estudio socioeconómico aplicado al titular de la póliza para fines del SPSS.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

4.1.4 Afiliación registrada por género

De la afiliación total a junio de 2015, el 54.2% corresponde a mujeres y el 45.8% a hombres. En la Tabla 1.6 se pueden apreciar las entidades federativas en donde la población femenina supera en mayor proporción el promedio nacional, tal es el caso de Coahuila 56.9%; Nuevo León 55.9%; Querétaro 55.4%; y el Distrito Federal, Puebla y Tamaulipas con 54.9%; por otra parte, las entidades federativas que tienen una menor proporción femenil son Yucatán y Zacatecas con 52.8%.

TABLA 4. AFILIACIÓN REGISTRADA AL SPSS POR GÉNERO

(Personas afiliadas a junio 2015)

Entidad federativa	Afiliación 2015 ^{1/}	Mujeres	%	Hombres	%
Aguascalientes	548,267	296,863	54.1	251,404	45.9
Baja California	1,167,917	630,674	54.0	537,243	46.0
Baja California Sur	228,886	124,066	54.2	104,820	45.8
Campeche	509,853	271,372	53.2	238,481	46.8
Coahuila	806,302	459,183	56.9	347,119	43.1
Colima	293,260	157,541	53.7	135,719	46.3
Chiapas	3,628,090	1,930,457	53.2	1,697,633	46.8
Chihuahua	1,374,978	751,548	54.7	623,430	45.3
Distrito Federal	2,956,186	1,622,802	54.9	1,333,384	45.1
Durango	822,495	444,180	54.0	378,315	46.0
Guanajuato	3,278,864	1,781,500	54.3	1,497,364	45.7
Guerrero	2,314,605	1,242,060	53.7	1,072,545	46.3
Hidalgo	1,722,933	924,056	53.6	798,877	46.4
Jalisco	3,121,669	1,711,280	54.8	1,410,389	45.2
México	7,243,746	3,959,029	54.7	3,284,717	45.3
Michoacán	2,419,597	1,308,500	54.1	1,111,097	45.9
Morelos	999,863	538,481	53.9	461,382	46.1
Nayarit	681,665	362,561	53.2	319,104	46.8
Nuevo León	1,277,713	714,055	55.9	563,658	44.1
Oaxaca	2,757,110	1,478,697	53.6	1,278,413	46.4
Puebla	3,418,227	1,875,131	54.9	1,543,096	45.1
Querétaro	957,701	530,819	55.4	426,882	44.6
Quintana Roo	675,393	369,620	54.7	305,773	45.3
San Luis Potosí	1,587,065	845,467	53.3	741,598	46.7
Sinaloa	1,184,835	630,168	53.2	554,667	46.8
Sonora	955,196	523,371	54.8	431,825	45.2
Tabasco	1,619,003	880,897	54.4	738,106	45.6
Tamaulipas	1,428,473	784,283	54.9	644,190	45.1
Tlaxcala	930,877	498,235	53.5	432,642	46.5
Veracruz	4,430,954	2,402,579	54.2	2,028,375	45.8
Yucatán	1,024,331	541,119	52.8	483,212	47.2
Zacatecas	930,024	491,213	52.8	438,811	47.2
Total nacional	57,296,078	31,081,807	54.2	26,214,271	45.8

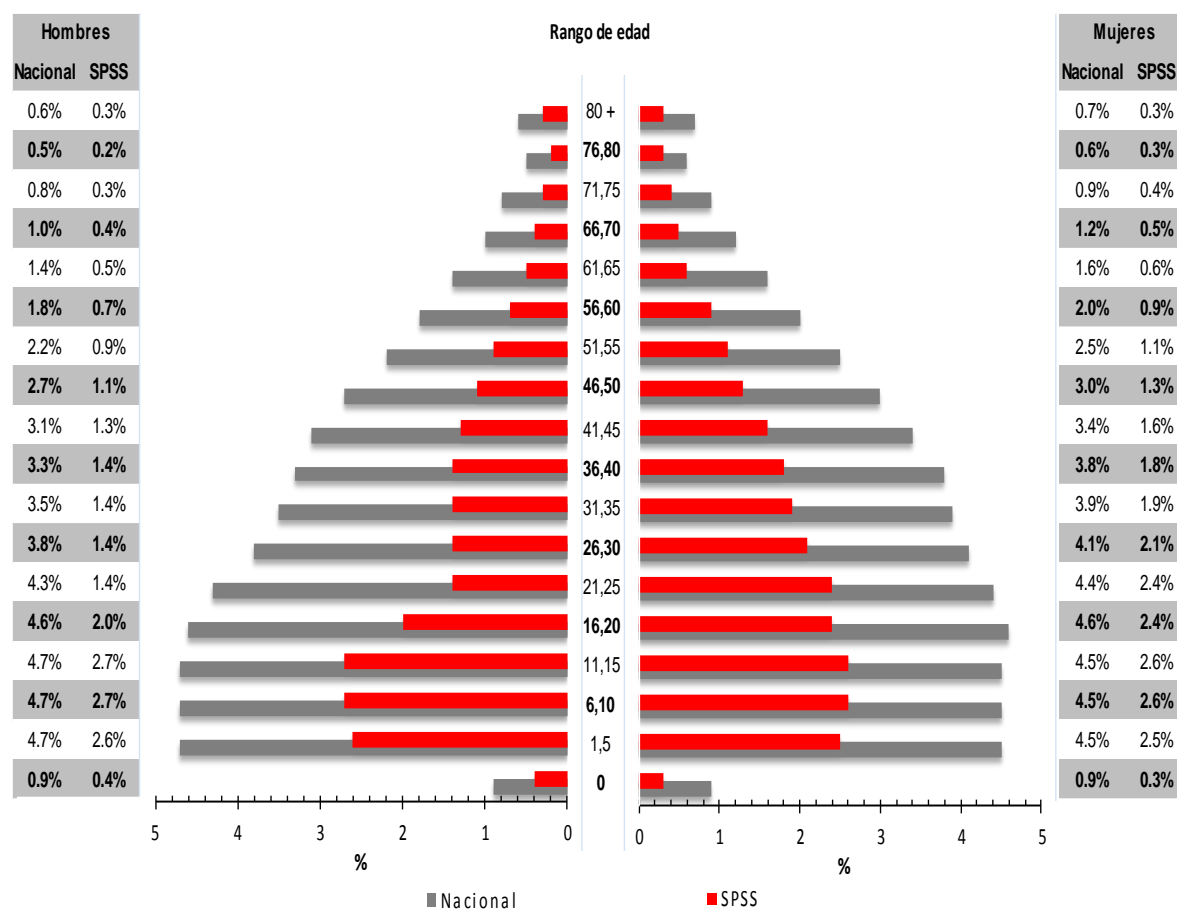
1/ Número de personas acumuladas validadas al mes de Junio 2015.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

En la Gráfica 1 se muestra la distribución de personas por género y edad afiliadas al SPSS para junio de 2015, comparada con la pirámide de población general de México proyectada a 2015. Se puede observar, por ejemplo, que la afiliación de hombres pertenecientes a la Población Económicamente Activa (PEA) entre los 16 a 45 años es menor en comparación a la de mujeres en ese mismo rango de edad.

Esta situación se debe, principalmente, a que la población masculina de estas edades se encuentra incorporada en actividades laborales que cuentan con cobertura de las instituciones de seguridad social. Mientras que las mujeres afiliadas en estas edades productivas realizan actividades domésticas o empleos más precarios (rurales o urbanos) que no poseen protección social en salud. Esta condición genera una distribución poblacional distinta en edades con respecto a los afiliados al SPSS de la estructura poblacional del país.

GRÁFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE AFILIADOS SPSS Y NACIONAL A 2015
(Cifras a junio 2015)



Nota: Los porcentajes nacionales se obtuvieron respecto a la población total de México proyectada a mitad de año 2015.

Fuente: Elaboración propia con información de la CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015 y las "Proyecciones de la Población de México 2010-2051" de CONAPO, 2010.

4.1.5 Localidades con afiliados al SPSS

La localidad es la unidad de menor desagregación que presenta la división política del territorio nacional; el INEGI reporta 190,732 localidades con población mayor a cero, dentro de las cuales el SPSS tiene presencia de afiliados en 113,1653. Las entidades en las cuales se incrementó significativamente la presencia geográfica del SPSS a junio de 2015 son: Chiapas (96), Durango (36), Guerrero (31), Tamaulipas (22), Coahuila (21) e Hidalgo (20), tal como se puede apreciar en la Tabla 5.

TABLA 5. LOCALIDADES CON PRESENCIA DE AFILIADOS AL SPSS
(Localidades a junio 2015)

Entidad federativa	Total de localidades 1/	Localidades con afiliados		Variación absoluta
		2014	2015	
		a	b	c = b-a
Aguascalientes	1,969	1,010	1,011	1
Baja California	4,441	804	799	-5
Baja California Sur	2,788	826	821	-5
Campeche	2,705	970	983	13
Coahuila	3,771	1,359	1,380	21
Colima	1,205	425	407	-18
Chiapas	19,930	11,198	11,294	96
Chihuahua	12,186	5,975	5,842	-133
Distrito Federal	526	194	178	-16
Durango	5,742	3,437	3,473	36
Guanajuato	8,946	6,253	6,232	-21
Guerrero	7,251	5,364	5,395	31
Hidalgo	4,685	3,902	3,922	20
Jalisco	10,867	7,126	7,026	-100
México	4,821	4,258	4,256	-2
Michoacán	9,403	6,902	6,886	-16
Morelos	1,494	939	941	2
Nayarit	2,658	1,545	1,538	-7
Nuevo León	5,246	2,669	2,632	-37
Oaxaca	10,450	7,222	7,220	-2
Puebla	6,368	4,994	4,959	-35
Querétaro	2,700	1,846	1,820	-26
Quintana Roo	1,929	706	708	2
San Luis Potosí	6,812	4,809	4,802	-7
Sinaloa	5,817	3,583	3,584	1
Sonora	7,138	1,827	1,828	1
Tabasco	2,500	2,079	2,079	0
Tamaulipas	7,302	3,361	3,383	22
Tlaxcala	1,247	676	654	-22
Veracruz	20,778	12,766	12,760	-6
Yucatán	2,421	1,451	1,393	-58
Zacatecas	4,636	2,977	2,959	-18
Total nacional	190,732	113,453	113,165	-288

1/ Total de localidades vigentes de acuerdo con INEGI con población mayor a cero.
Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

³ Por referencia de personal de las entidades federativas se sabe que algunas localidades sin presencia del SPSS son unidades económicas como granjas agropecuarias, ingenios azucareros, asentamientos mineros etc., cuyos habitantes están cubiertos por la seguridad social en razón de su situación laboral y algunas otras, con menos de tres viviendas, administrativamente los ayuntamientos las agrupan en localidades de menor tamaño, por tanto su población al momento de la afiliación se absorbe por éstas.

4.1.6 Afiliados por tipo de localidad

Del total de afiliados al mes de junio de 2015, 19 millones de personas se sitúan en zonas rurales⁴, lo que equivale al 33.2% del total de afiliados (Tabla 6), en tanto que el Censo de Población y Vivienda 2010, indica que sólo el 22.2% de la población nacional habita en zonas rurales.

TABLA 6. AFILIACIÓN EN ZONAS RURALES

(Personas afiliadas a junio 2015)

Entidad federativa	Afiliados en zonas rurales		Variación		Afiliados en zonas rurales respecto al total	
	2014	2015	Absoluta	Relativa (%)	2014	2015
	a	b	c = b-a	d = [(b/a)-1]*100		
Aguascalientes	153,707	153,841	134	0.1%	28.0%	28.1%
Baja California	65,706	66,308	602	0.9%	5.6%	5.7%
Baja California Sur	37,834	36,549	-1,285	-3.4%	16.5%	16.0%
Campeche	177,283	179,950	2,667	1.5%	34.8%	35.3%
Coahuila	110,231	111,452	1,221	1.1%	13.7%	13.8%
Colima	49,344	47,109	-2,235	-4.5%	16.7%	16.1%
Chiapas	1,982,290	2,005,763	23,473	1.2%	54.6%	55.3%
Chihuahua	229,955	231,437	1,482	0.6%	16.7%	16.8%
Distrito Federal	20,113	20,084	-29	-0.1%	0.7%	0.7%
Durango	304,837	305,889	1,052	0.3%	37.1%	37.2%
Guanajuato	1,264,132	1,257,983	-6,149	-0.5%	38.6%	38.4%
Guerrero	1,132,071	1,148,334	16,263	1.4%	48.9%	49.6%
Hidalgo	919,477	930,324	10,847	1.2%	53.4%	54.0%
Jalisco	618,203	602,070	-16,133	-2.6%	19.8%	19.3%
México	1,612,139	1,648,241	36,102	2.2%	22.3%	22.8%
Michoacán	898,093	880,230	-17,863	-2.0%	37.1%	36.4%
Morelos	175,322	175,215	-107	-0.1%	17.5%	17.5%
Nayarit	261,890	265,593	3,703	1.4%	38.4%	39.0%
Nuevo León	147,774	147,759	-15	0.0%	11.6%	11.6%
Oaxaca	1,324,401	1,313,069	-11,332	-0.9%	48.0%	47.6%
Puebla	1,211,233	1,229,104	17,871	1.5%	35.4%	36.0%
Querétaro	382,539	383,732	1,193	0.3%	39.9%	40.1%
Quintana Roo	138,253	138,837	584	0.4%	20.5%	20.6%
San Luis Potosí	812,007	804,254	-7,753	-1.0%	51.2%	50.7%
Sinaloa	517,064	511,033	-6,031	-1.2%	43.6%	43.1%
Sonora	194,135	194,488	353	0.2%	20.3%	20.4%
Tabasco	928,774	930,022	1,248	0.1%	57.4%	57.4%
Tamaulipas	239,019	240,008	989	0.4%	16.7%	16.8%
Tlaxcala	166,116	167,282	1,166	0.7%	17.8%	18.0%
Veracruz	2,249,187	2,247,978	-1,209	-0.1%	50.8%	50.7%
Yucatán	206,469	204,770	-1,699	-0.8%	20.2%	20.0%
Zacatecas	451,697	451,335	-362	-0.1%	48.6%	48.5%
Total nacional	18,981,295	19,030,043	48,748	0.3%	33.1%	33.2%

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

⁴ Se toma la clasificación empleada por el INEGI, en la que se establece que las localidades con más de 2,500 habitantes son urbanas y el resto son rurales.

En zonas urbanas, al mes de junio de 2015 se contabilizan 38.3 millones de afiliados, equivalentes al 66.8% del total, con un decrecimiento del 0.1% con relación a 2014 (Tabla 7).

TABLA 7. AFILIACIÓN EN ZONAS URBANAS
(Personas afiliadas a junio 2015)

Entidad federativa	Afiliados en zonas urbanas		Variación		Afiliados en zonas urbanas respecto al total	
	2014	2015	Absoluta	Relativa (%)	2014	2015
	a	b	c = b-a	d = [(b/a)-1]*100		
Aguascalientes	395,845	394,426	-1,419	-0.4%	72.0%	71.9%
Baja California	1,102,211	1,101,609	-602	-0.1%	94.4%	94.3%
Baja California Sur	191,052	192,337	1,285	0.7%	83.5%	84.0%
Campeche	332,570	329,903	-2,667	-0.8%	65.2%	64.7%
Coahuila	696,071	694,850	-1,221	-0.2%	86.3%	86.2%
Colima	246,553	246,151	-402	-0.2%	83.3%	83.9%
Chiapas	1,645,800	1,622,327	-23,473	-1.4%	45.4%	44.7%
Chihuahua	1,145,023	1,143,541	-1,482	-0.1%	83.3%	83.2%
Distrito Federal	2,936,073	2,936,102	29	0.0%	99.3%	99.3%
Durango	517,658	516,606	-1,052	-0.2%	62.9%	62.8%
Guanajuato	2,014,732	2,020,881	6,149	0.3%	61.4%	61.6%
Guerrero	1,182,534	1,166,271	-16,263	-1.4%	51.1%	50.4%
Hidalgo	803,456	792,609	-10,847	-1.4%	46.6%	46.0%
Jalisco	2,503,466	2,519,599	16,133	0.6%	80.2%	80.7%
México	5,631,607	5,595,505	-36,102	-0.6%	77.7%	77.2%
Michoacán	1,521,504	1,539,367	17,863	1.2%	62.9%	63.6%
Morelos	824,541	824,648	107	0.0%	82.5%	82.5%
Nayarit	419,775	416,072	-3,703	-0.9%	61.6%	61.0%
Nuevo León	1,129,939	1,129,954	15	0.0%	88.4%	88.4%
Oaxaca	1,432,709	1,444,041	11,332	0.8%	52.0%	52.4%
Puebla	2,206,994	2,189,123	-17,871	-0.8%	64.6%	64.0%
Querétaro	575,162	573,969	-1,193	-0.2%	60.1%	59.9%
Quintana Roo	537,140	536,556	-584	-0.1%	79.5%	79.4%
San Luis Potosí	775,058	782,811	7,753	1.0%	48.8%	49.3%
Sinaloa	667,771	673,802	6,031	0.9%	56.4%	56.9%
Sonora	761,061	760,708	-353	0.0%	79.7%	79.6%
Tabasco	690,229	688,981	-1,248	-0.2%	42.6%	42.6%
Tamaulipas	1,189,454	1,188,465	-989	-0.1%	83.3%	83.2%
Tlaxcala	764,761	763,595	-1,166	-0.2%	82.2%	82.0%
Veracruz	2,181,767	2,182,976	1,209	0.1%	49.2%	49.3%
Yucatán	817,862	819,561	1,699	0.2%	79.8%	80.0%
Zacatecas	478,327	478,689	362	0.1%	51.4%	51.5%
Total nacional	38,318,705	38,266,035	-52,670	-0.1%	66.9%	66.8%

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Junio 2015.

4.2 Identificación y caracterización de la población potencial.

Conforme lo establece la primera reforma en materia de Protección Social en Salud de la Ley General en Salud, la población susceptible de ser incorporada al Sistema de Protección Social en Salud, es toda aquella persona que no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuente con algún otro mecanismos de prevención social en salud, en otras palabras es la población susceptible a afiliarse.

Cabe señalar, que la afiliación se mantiene en núcleos familiares, toda vez que el documento que se emite es una póliza familiar (ver artículo 77 bis 3 y Bis 4, Decreto por el que se reforma y Adiciona la Ley General de Salud DOF 15 mayo a 2003). Es importante indicar, que la modificación a la Ley General de Salud de familias a personas, fue a partir de Decreto por el que se reforman los artículos

77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial el día 30 de diciembre de 2009. La determinación de esta población se realiza a partir de la estimación de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para el año 2010; la DGIS realiza sus estimaciones con base en los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI.

Población Potencial=

(1) Población total del país registrada en el Censo de Población y Vivienda o estimaciones de CONAPO al año en curso – (2) Población con acceso a servicios de salud por derechohabencia en los sistemas de seguridad social registrada en el Censo de Población y Vivienda o estimaciones de CONAPO al año en curso = Población Potencial (población sin seguridad social)

AÑO	POB POTENCIAL	POB AFILIADA
2008	16,034,904	9,146,013
2009	16,313,548	10,514,325
2010	59,124,464	43,518,719
2011	59,567,138	51,823,314
2012	59,975,558	52,908,011
2013	64,929,066	55,637,999
2014	66,294,528	57,300,000

4.3 Identificación y caracterización de la población objetivo.

La 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, 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 entidades federativas.

La población objetivo se obtuvo a partir de la información de la población objetivo en familias y empleando un factor calculado por la propia CNPSS. Este método se fundamenta en el Anexo II del acuerdo de coordinación con entidades federativas que utiliza los datos de las proyecciones de CONAPO para determinar la población objetivo (programada), estas proyecciones se encuentran subestimadas con respecto a los datos obtenidos por el Censo de Población y Vivienda 2010. Esto produce un estimado para la afiliación que se mueve dentro de un rango de tendencia central con una variación de +/- 2% de la posible población a ser atendida durante el año, de ahí que para 2014 la población atendida pueda ser mayor a la objetivo.

Para mayor detalle sobre los factores empleados en la conversión de familias a personas es necesario consultar el Informe de Resultados 2008-2009, mismos que se encuentran disponibles en las páginas electrónicas de la Comisión.

4.4 Cuantificación de la población objetivo.

Población Objetivo=

Población que se deriva de la población potencial (subconjunto) que es posible de cubrir considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el Presupuesto de Egreso de la Federación (PEF) y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas, dicha meta se suscribe mediante el Anexo II

AÑO	POBLACIÓN OBJETIVO	POB AFILIADA
2008	9,142,903	9,146,013
2009	10,994,538	10,514,325
2010	49,148,823	43,518,719
2011	51,303,424	51,823,314
2012	52,630,454	52,908,011
2013	55,716,387	55,637,999
2014	57,300,000	57,300,000

5. Diseño de la intervención

El diseño del programa que se quiere implementar responde exactamente al ya definido como SEGURO POPULAR con la clave presupuestal U005, cuyo mecanismo de operación a través del apoyo monetario transferido a cada entidad federativa, de acuerdo a las condiciones relacionadas con su otorgamiento (condicionalidad de los apoyos o corresponsabilidad de los beneficiarios y la unidad responsable de operación del programa) ya se han definido con anterioridad y no se presenta ningún cambio dentro del mismo.

Si bien esta fusión no implica un cambio en la operación del Pp U005 consideramos que la revisión de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud pudiera ayudar a entender la operación de los mecanismos del recurso presupuestal en sí. (http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/leyes/ROP_fideicomiso.pdf)

5.1 Etapas de la intervención.

El CAUSES es una de las carteras de servicios del Sistema de Protección Social en Salud, en este se describen los servicios de salud cubiertos, los cuales se otorgan fundamentalmente en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención médica.

El Catálogo se agrupa por conglomerados, en los cuales se encuentran las intervenciones vinculados a cada conglomerado, en ellas se describen los insumos necesarios para realizar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento de las enfermedades, incluyendo las medidas para su rehabilitación.

En cada intervención están contempladas las enfermedades de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), así como aquellos procedimientos médicos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Revisión Modificación Clínica (CIE-9MC).

El incremento de las intervenciones del CAUSES se ha realizado de manera progresiva desde el año 2004, pasando de 90 hasta llegar a 266 en 2009. En 2010 como compromiso de México con la Organización Mundial de la Salud (OMS) de disminuir la mortalidad Materno-infantil, se sumaron seis intervenciones para la atención de la emergencia obstétrica. También, se reforzó las intervenciones de salud mental así como del programa de atenciones, con lo cual el CAUSES se incrementó en ese año a 275, prevaleciendo en 2011 sin modificaciones. Para 2012 se incrementan 9 intervenciones dando como resultado 284 que incluyen nuevos esquemas de vacunación, acciones dirigidas a la prevención de trastornos de la alimentación y fortalecimiento de la atención de personas de la tercera edad, diabetes y salud del hombre y la mujer en edad adulta. Así mismo, en algunos casos se conjuntaron dos o más intervenciones relacionadas entre sí, con la finalidad de mejorar su administración. Para 2013 se incorpora el diagnóstico y tratamiento de cataratas como nueva intervención del CAUSES, alcanzando las 285 intervenciones de salud. Para 2014, la misma cobertura de 285 intervenciones continúa. (Anexo I, Catálogo Universal de Servicios de Salud 2014).

5.2 Matriz de Indicadores.

De acuerdo con la Metodología de Marco Lógico (MML), es necesario establecer la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) que contemple los cambios de la fusión de los programas U005 y E020. Por lo tanto, cabe señalar que solamente se adicionará el indicador de actividad que el programa E020 “Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud” tiene establecido en su MIR 2015. Dicho indicador tiene contemplada la transferencia de recursos mediante la redacción del resumen narrativo de la siguiente forma: “Recursos financieros transferidos y disponibles para llevar a cabo trabajos de dignificación, conservación y mantenimiento en infraestructura y equipos de las unidades médicas” el cual es un indicador del tipo actividad, mismo que se mantiene en la MIR 2016 del U005, debido a que esta adición de programas lo único en lo que impacta es en llevar de manera más puntual el seguimiento de las transferencias para acciones de mejor en la infraestructura. Es decir, el componente de E020 se encontraba diluido a nivel del indicador de actividad de la MIR 2015 del E020.

Detalle de la Matriz								
Ramo:	12 - Salud							
Unidad Responsable:	U00 - Comisión Nacional de Protección Social en Salud							
Clave y Modalidad del Pp:	U - Otros Subsidios							
Denominación del Pp:	U-005 - Seguro Popular							
Clasificación Funcional:								
Finalidad:	2 - Desarrollo Social							
Función:	3 - Salud							
Subfunción:	5 - Protección Social en Salud							
Actividad Institucional:	22 - Reforma financiera consolidada con acceso universal a los servicios de salud a la persona							
Fin								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social			1			La población sin seguridad social por estatus laboral, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar gastos por motivos de salud		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	El indicador mide indirectamente la eficiencia en aseguramiento público en salud para evitar gastos de bolsillo catastróficos en los hogares más pobres	(Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud / Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud)*100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Bienal	
Propósito								
Objetivo			Orden			Supuestos		
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad			11			La población sin seguridad social, accede a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidades en unidades de salud mediante la afiliación al sistema, contribuyendo a evitar los gastos por motivos de salud.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación

Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	Mide la cobertura en relación al total de personas susceptibles de afiliación al seguro popular en el 2015	(Total de personas incorporadas en el año)/(Total de personas a incorporar en 2015) x 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Total de personas incorporadas en el año: Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud; Total de personas programadas a incorporar al Seguro Popular al 2011: Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud
Componente								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Acceso efectivo y con calidad a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud otorgadas a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud			111			La población sin seguridad social por estatus laboral, utiliza los servicios del Seguro Popular a través de las consultas en las diferentes unidades de salud de manera efectiva y con calidad, contribuyendo con ello a evitar gastos por motivos de salud		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Proporciona el número de consultas promedio por año de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud	(Número de consultas en el período) / (Total de personas afiliadas en el período)	Relativo	Promedio	Gestión	Eficacia	Semestral	Número de consultas en el período: Dirección General de Información en Salud (Concentrado por unidad Médica) Sistema de Administración del padrón del Sistema de Protección Social en Salud; Total de personas afiliadas en el período: Sistema de Administración del padrón del Sistema de Protección Social en Salud
Actividad								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Incorporación de personas al Seguro Popular			1111			A través de la incorporación de personas sin seguridad social por estatus laboral, a los servicios del Seguro Popular se contribuye a evitar gastos por motivos de salud		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de cumplimiento de la reafiliación en el período anual	Es el porcentaje alcanzado de la reafiliación obtenida en el período contra la programada	(Personas reafiliadas en el período)/(Personas programadas para reafiliar en el período) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Personas reafiliadas al Sistema de Protección Social en salud: Sistema de administración del padrón

	a realizarse en el mismo periodo							
Objetivo			Orden			Supuestos		
Transferencia de recursos a las entidades federativas			1112			El cumplimiento de las transferencias de los recursos calendarizados sirven para asegurar que la población sin seguridad social obtenga la atención medica sin incurrir en gastos por motivos de salud		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	Mide el cumplimiento de la transferencia de los recursos calendarizados modificados por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal a las Entidades Federativas.	(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal transferidos a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada)/(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal calendarizados modificados para transferir a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada) x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal transferidos a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada: Informes emitidos por el Sistema de Información y Administración Financiera de la SHCP; Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal calendarizados modificados para transferir a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada: Oficinas de transferencias para las Entidades Federativas de la Dirección General de Financiamiento
Recursos financieros transferidos y disponibles para llevar a cabo trabajos de dignificación, conservación y mantenimiento en infraestructura y equipos de las unidades médicas.	Porcentaje de recursos financieros transferidos a las entidades federativas y disponibles en instancias del sector salud	Total de recursos transferidos y/o disponibles/total de recursos programados en el año	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	
Objetivo			Orden			Supuestos		
Revisión de la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos			1113			El cumplimiento del tiempo empleado en la radicación de Recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos permite que la población económicamente desfavorecida al utilizar los servicios del		

						Seguro Popular no aumenten su empobrecimiento por motivos de salud		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Mide el cumplimiento del tiempo empleado en la radicación de Recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	(Número de casos pagados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del tiempo promedio de pago)/(Número total de casos pagados) x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de casos pagados del fondo de protección contra Gastos Catastróficos dentro del tiempo promedio de pago:Base de datos de los pagos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; Número total de casos pagados:Base de datos de los pagos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
Objetivo			Orden			Supuestos		
Revisión de la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal			1114			La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar su empobrecimiento por motivos de salud		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas	Mide el cumplimiento del número de días establecidos para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal en el tiempo meta establecido a las Entidades Federativas	(Número de Estados a los que se les revisa la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal dentro del promedio de revisión)/(Total de Entidades Federativas) x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de Estados a los que se les revisa y notifica la situación del proceso de acreditación de la aportación solidaria Estatal dentro de los 14 días establecidos:Informes de notificación de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal; Total de Entidades Federativas:Informes de notificación de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal

6. Presupuesto

6.1 Fuentes de financiamiento.

Los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del Sistema (CS, ASF y ASE), son ejercidos de la siguiente forma:

1. El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el CAUSES;
2. El 8% se canaliza al FPGC para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias; y,
3. El 3% se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que se destinan de la siguiente forma: dos terceras partes para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de atención primaria y de especialidades básicas preferentemente en zonas de mayor marginación social, y una tercera parte para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.

Cabe precisar que del monto de Cuota Social que corresponde a la entidad federativa, conforme a la afiliación registrada y validada, se descuentan los recursos que corresponden a los fondos (FPGC y FPP), los cuales son transferidos a las cuentas del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), el cual cuenta con un órgano colegiado (Comité Técnico) que autoriza el destino de los recursos para los conceptos cubiertos por ambos fondos.

Las cuotas familiares son recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud y destinadas al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud.

A continuación se muestran los presupuestos ejercidos del 2014 así como el modificado para el presente ejercicio fiscal. Para el presupuesto 2016 se debe contemplar la adición del E020 dentro del mismo.

	2014			2015			2016
	Autorizado	Ejercido	%	Autorizado	Modificado	%	Proyecto
12-S072 PROSPERA Programa de Inclusión Social	5,825,135,650	5,627,528,348	97	5,465,629,623	5,465,629,623	100	6,006,043,800
12-S201 Seguro Médico Siglo XXI	2,519,425,918	1,468,622,615	58	2,605,086,400	1,905,108,146	73	2,865,595,040
12-U005 Seguro Popular	72,330,032,307	66,522,603,790	92	77,793,162,700	72,093,162,701	93	S/D
E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	2,897,679,505	3,433,990,436	119	3,626,317,327	3,657,780,000	101	S/D

6.2 Impacto presupuestario.

Como lo señala el Artículo 18 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria:

“A toda propuesta de aumento o creación de gasto del proyecto de Presupuesto de Egresos, deberá agregarse la correspondiente iniciativa de ingreso distinta al financiamiento o compensarse con reducciones en otras previsiones de gasto.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 54, no procederá pago alguno que no esté comprendido en el Presupuesto de Egresos o determinado por ley posterior; en este último caso primero se tendrá que aprobar la fuente de ingresos adicional para cubrir los nuevos gastos, en los términos del párrafo anterior.

Las comisiones correspondientes del Congreso de la Unión, al elaborar los dictámenes respectivos, realizarán una valoración del impacto presupuestario de las iniciativas de ley o decreto, con el apoyo del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados, y podrán solicitar opinión a la Secretaría sobre el proyecto de dictamen correspondiente.

El Ejecutivo Federal realizará una evaluación del impacto presupuestario de las iniciativas de ley o decreto que presente a la consideración del Congreso de la Unión.”

Sin embargo, la fusión de estos dos programas no implica ningún aumento o creación de gasto ya que ambas partidas tenían contemplado el uso de dichos recursos para las actividades que se continuaran realizando conforme a lo establecido en las Reglas de Operación del Fideicomiso.