

**EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**  
**SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN**  
**SALUD**  
**(SEGURO POPULAR)**  
**EJERCICIO FISCAL 2018**



## CONTENIDO

Descripción de la evaluación .....	3
Fecha de inicio de la evaluación:.....	3
Fecha de término de la evaluación: .....	3
Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:.....	3
Objetivo general de la evaluación:.....	3
Objetivos específicos de la evaluación: .....	3
Alcances de la Evaluación.....	3
Descripción del Servicio .....	4
Metodología de la evaluación.....	5
Introducción .....	7
Marco Normativo del Sistema de Evaluación del Desempeño.....	8
Justificación de la evaluación .....	10
Marco legal normativo del Seguro Popular 2018.....	12
Normatividad Federal .....	14
Leyes y Códigos .....	14
Normatividad Estatal .....	14
Leyes y Códigos .....	14
Reglamentos.....	15
Otras Disposiciones .....	16
Estructura orgánica del Seguro Popular en Sinaloa .....	18
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).....	19
Antecedentes.....	20
Descripción del Programa.....	21
Misión.....	22
Visión .....	22
Objetivo.....	23
Principales características del Seguro Popular.....	23
Atributos Generales del Seguro Popular .....	23
Beneficiarios: .....	23
Requisitos principales para la Afiliación: .....	24
Objetivo, Destino e Importancia Estratégica del Programa.....	24
Árbol del Problema .....	25

Árbol de Objetivos.....	26
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR Federal).....	27
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR Estatal).....	28
Criterios de Asignación y Fórmula para su Distribución.....	29
Modelo financiero .....	29
Integración de las Aportaciones .....	30
Cuota Social .....	31
Aportación Solidaria Federal (ASF).....	31
Aportación Solidaria Estatal (ASE).....	32
Cuota familiar.....	32
Aplicación de los recursos del SPSS.....	34
Resultados del Seguro Popular.....	36
Renovación de la Vigencia de Derechos .....	37
Consistencia del Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.....	37
Resultados en la afiliación de grupos vulnerables .....	37
Programa Seguro Médico Siglo XXI .....	38
Estrategia de afiliación Embarazo Saludable.....	39
Afiliación de beneficiarios del Programa PROSPERA .....	39
Estrategia Nacional de Inclusión Programas PROSPERA y Adultos Mayores 65 y Más .....	39
Población beneficiaria del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias.....	40
Beneficiarios repatriados .....	40
Cruzada Nacional contra el Hambre.....	41
Principales hallazgos de la evaluación.....	42
Efectos Atribuibles.....	43
Otros efectos .....	43
Otros hallazgos.....	43
Indicadores de resultados .....	44
Disponibilidad .....	46
Accesibilidad.....	46
Utilización .....	46
Calidad .....	46
Destino de los recursos y su vinculación con los resultados.....	47
Población .....	47
Tamaño de núcleos familiares protegidos por el SPSS.....	47

Titularidad de mujeres en la póliza de afiliación .....	48
Afiliados por decil de ingreso .....	48
Afiliación registrada al SPSS por género .....	49
Localidades con afiliados al SPSS.....	49
Afiliados por tipo de localidad .....	49
Población Potencial .....	49
Población Objetivo .....	50
Cobertura .....	51
Análisis de la cobertura.....	53
Conocimiento en la aplicación del Programa.....	55
Utilidad de la evaluación y ámbito de aplicación.....	55
Resultados (Cumplimiento de sus objetivos).....	56
Acciones de Evaluación y Supervisión.....	58
Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS) .....	58
Diagnóstico.....	59
Herramienta informática.....	59
Alineación de la Matriz de Indicadores de Resultados .....	61
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 .....	61
Plan Sectorial de Salud 2013-2018 .....	61
Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 .....	61
Objetivos del Milenio .....	61
Presupuesto.....	62
Análisis FODA .....	64
Fortalezas .....	64
Debilidad o Amenaza .....	64
Conclusiones .....	65
Datos generales del Evaluador .....	67
Forma de contratación del evaluador externo.....	67
Tipo de evaluación contratada.....	67
Costo de la evaluación .....	67
Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación .....	67

## DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN

Evaluación Específica del Desempeño al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), Ejercicio Fiscal 2018, en el Estado de Sinaloa

## FECHA DE INICIO DE LA EVALUACIÓN:

25 de mayo de 2019

## FECHA DE TÉRMINO DE LA EVALUACIÓN:

02 de julio de 2019

## NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE DARLE SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN Y NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA A LA QUE PERTENECE:

Rosa Elena Millán Bueno  
Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Sinaloa.

## OBJETIVO GENERAL DE LA EVALUACIÓN:

Evaluar el desempeño de las aportaciones en la entidad federativa para el ejercicio fiscal concluido el 31 de diciembre de 2018 con el objetivo de mejorar la gestión, los resultados y la rendición de cuentas

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA EVALUACIÓN:

1. Valorar la contribución y el destino de las aportaciones en la prestación de los servicios de salubridad general en la entidad federativa.
2. Valorar los principales procesos en la gestión y operación de las aportaciones en la entidad federativa, con el objetivo de identificar los problemas o limitantes que obstaculizan la gestión del fondo, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran la capacidad de gestión del mismo en la entidad federativa.
3. Valorar el grado de sistematización de la información referente al ejercicio y resultados de la implementación de las aportaciones en la entidad federativa, así como los mecanismos de rendición de cuentas.
4. Valorar la orientación a resultados y el desempeño del fondo en la entidad federativa

## ALCANCES DE LA EVALUACIÓN

Identificar las fortalezas, retos y recomendaciones sobre el desempeño del programa presupuestario en la entidad federativa en el ejercicio fiscal concluido el 31 de diciembre de 2018 a través de análisis de gabinete con la información documentada y complementada con entrevistas a profundidad con los responsables del fondo en la entidad, con la finalidad de retroalimentar la contribución, la gestión y el desempeño local del programa.

## DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria remarca la necesidad de evaluación de los recursos federales por instancias externas de solvencia en el campo de la investigación aplicada que garantice la emisión de un juicio totalmente apegado a un rigor metodológico científico. Asimismo, su congruencia con los objetivos y metas estatales que se reflejan en el Plan Estatal de Desarrollo.

Para cumplir con el objetivo de la evaluación, se debe organizar, revisar y valorar la información disponible para la evaluación proporcionada por las dependencias responsables del fondo en la entidad a través de la unidad coordinadora de la evaluación. La revisión documental se complementará con entrevistas a profundidad con los servidores públicos responsables de la gestión del fondo. La cantidad de las entrevistas y el perfil de los entrevistados dependerán de la calidad y cantidad de la evidencia documental proporcionada, y de la gestión del fondo en la entidad. La valoración de la información y el esquema de las entrevistas se deben presentar en formato libre.

Se deberá considerar la realización de al menos tres reuniones durante el proceso de evaluación entre el proveedor, la unidad coordinadora de la evaluación y las dependencias responsables de la gestión del fondo en la entidad. Una reunión inicial, previa a la entrega del primer producto, en la que se presenten los objetivos, el proceso y el instrumento de evaluación, y en la que se discutirá las necesidades y las dudas sobre la evidencia documental proporcionada. Una reunión intermedia, posterior a la entrega del segundo producto, en la que se discuta el informe inicial. Y una reunión final, posterior a la entrega del tercer producto, en la que se discuta el informe final



## METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La Evaluación Específica de Desempeño es una valoración sintética del desempeño de los programas sociales durante un ejercicio fiscal. Esta evaluación muestra el avance en el cumplimiento de los objetivos y metas programadas de los programas mediante el análisis de indicadores de resultados, de servicios y de gestión, así como con base en una síntesis de la información entregada por las unidades responsables de los programas.

Fue diseñada para generar información útil, rigurosa y homogénea para los servidores públicos de las dependencias, unidades de evaluación y gobierno federal que toman decisiones a nivel gerencial.

La Evaluación Específica de Desempeño reporta datos de un ejercicio fiscal de los programas mediante un informe y un reporte ejecutivo que integran los siguientes temas generales:

- **Resultados.** Avance en la atención del problema o necesidad para el que fue creado el programa.
- **Productos.** Avance en la entrega de bienes y servicios a la población beneficiaria y el ejercicio el presupuesto.
- **Presupuesto.** Cambios en los recursos ejercidos por el programa en el ejercicio fiscal evaluado y anteriores.
- **Cobertura.** Definición y cuantificación de la Población Potencial, Objetivo y Atendida, así como la localización geográfica de la Población Atendida.
- **Seguimiento de aspectos susceptibles de mejora.** Avance en los compromisos de mejora que definen los programas a partir de las evaluaciones.

La metodología de este trabajo consiste en responder mediante un esquema binario (Sí o No) una serie de preguntas sobre cinco temas: Diseño, Planeación Estratégica, Cobertura, Operación, y Resultados. Las respuestas se justifican con evidencia documental sobre los principales argumentos de cada una de las preguntas y temas analizados. De ser el caso, se explican las causas y motivos por los cuales la pregunta no aplica o bien los programas no generan la información suficiente para poder contestarla. Así mismo, se realizaron entrevistas para apoyar el análisis y los resultados de esta evaluación, y se propone la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) con base a la metodología de marco lógico para el Seguro Popular, incluido el árbol del problema y el árbol de objetivos correspondientes.

Se establecieron procesos de evaluación cualitativa, cuantitativa y de carácter mixta para identificar las capacidades operativas, y económicas del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en el Estado de Sinaloa, con el objetivo de obtener información contundente que permitiera coadyuvar a la identificación de los procesos y acciones administrativas que han acrecentado el desempeño del Programa. Para ello se elaboró un marco de evaluación integral, que incluye los componentes financiero, gerencial y de impacto, además se realizó un análisis de gabinete, apoyado en información proporcionada por las diversas dependencias gubernamentales que participan en la presupuestación, programación y operación del Programa Presupuestario en cuestión, las cuales proporcionaron información previamente solicitada y cotejada.

Es importante describir que la evaluación se apegó al análisis metodológico de interpretación de datos, lo que permitió estructurar la información mediante la combinación de tecnología (hoja de cálculo), empleando una interfaz para realizar las mediciones, tabulaciones y gráficas que expresan una realidad

referente a población potencial, población objetivo, cobertura, focalización y presupuesto comprometido, devengado y ejercido en el ejercicio fiscal 2018.

**Nota Metodológica**





## INTRODUCCIÓN

Este documento es una Evaluación Específica del Desempeño del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) que tiene como objetivo general, el contar con una valoración del desempeño de los recursos públicos federales analizando específicamente, la orientación estratégica de los recursos federales evaluados, la población objetivo y atendida, su cuantificación y la cobertura, los indicadores existentes y aplicables en la materia, así como el presupuesto ejercido conociendo sus resultados, esto, en atención al marco del Modelo de Seguimiento y Evaluación del Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021.

A través de la operación del Seguro Popular, el Gobierno Federal promueve estrategias para la atención de la problemática de salud en las entidades y estar en condiciones de ofertar los servicios de salud de calidad, así como contribuir a incorporar a aquellas que no se encuentran afiliadas en ningún régimen de seguridad social del país

Por medio del Seguro Popular se asignan los recursos necesarios a los organismos encargados de brindar el servicio salud con la finalidad de que ofrezcan programas estratégicos para consolidar los servicios proporcionados.

El artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) sienta las bases para el establecimiento de un Presupuesto basado en Resultados (PbR), al señalar que los tres órdenes de gobierno deberán administrar los recursos económicos del Estado con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para la satisfacción de los objetivos a que estén destinados; además los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan respectivamente, la Federación, los estados y la Ciudad de México.

Por su parte, el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008 (PPEF 2008), estableció en la sección de Política de Gasto del Poder Ejecutivo, en su Exposición de Motivos, que a partir del PPEF 2008 se adoptaba el enfoque PbR. Asimismo, se destaca que para lograrlo se realizará una permanente evaluación del desempeño a los programas presupuestarios bajo principios de verificación del grado de cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores que permitan conocer el impacto social de los programas y proyectos.

A partir de 2008, el PEF se estructura considerando los siguientes elementos:

- la instrumentación de un PbR,
- la alineación de los procesos de planeación, programación y presupuestación, y
- la instrumentación de un proceso de evaluación del desempeño.

El desempeño constituye en el ámbito de la administración pública un tema complejo pues involucra distintos aspectos como recursos, acciones, productos, resultados e impactos, cada uno de estos de naturaleza diferente. La evaluación es un análisis sistemático y objetivo de un proyecto, programa o políticas en curso o concluidos, que se efectúa con el propósito de determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad de éstos; consiste en la comparación de los efectos reales del programa con los planes estratégicos acordados. Así pues, las evaluaciones enfocan su realización hacia lo que se ha establecido hacer, lo que se ha conseguido y cómo se ha conseguido.

De acuerdo a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en su artículo 2, Fracción LI, el Sistema de Evaluación del Desempeño es “... *el conjunto de elementos metodológicos que permiten realizar una valoración objetiva del desempeño de los programas, bajo los principios de verificación del grado de cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer el impacto social de los programas y de los proyectos*”.

Por lo cual, la evaluación del desempeño se asocia al juicio que se realiza una vez culminada la acción o la intervención. Busca responder interrogantes claves sobre cómo se ha realizado la intervención, si se han cumplido los objetivos (concretamente, la medida en que éstos han sido cumplidos), el nivel de satisfacción de la población objetivo, entre otras. En suma, se busca evaluar cuán bien o cuán aceptable ha sido el desempeño de determinado organismo público con el objetivo de tomar las acciones necesarias para perfeccionar la gestión”, citado por Bonnefoy, JC. y Armijo, M. (2005).

En este contexto, la evaluación del desempeño se convierte en un instrumento dispuesto para elevar la eficiencia, eficacia y la productividad del gasto público.

La evaluación del desempeño es una herramienta central en la instrumentación del PbR, lo cual se sustenta en la evaluación objetiva del gasto público, mediante el establecimiento de indicadores fundamentados y confiables que permitan medir la eficiencia, eficacia, economía y calidad de los programas y proyectos de forma verificable.

La pertinencia del trabajo dentro del marco del SED, radica en la necesidad que las entidades federativas adopten métodos de evaluación del desempeño para evaluar su gestión; todo ello en apego a las disposiciones establecidas en el marco normativo que regula el proceso presupuestario y que involucra a los tres órdenes de gobierno, el papel de la evaluación del desempeño es ser el sistema de información para el uso de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, y de la ciudadanía, que les permitirá estar mejor informados y, en su caso, tomar mejores decisiones sobre el ejercicio del quehacer público.

## MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Con la administración federal (2006-2012), encabezada por el presidente Felipe Calderón, se ha iniciado con la visión de fomentar en el Estado mexicano una AP orientada hacia resultados. Este proceso se institucionaliza jurídicamente en diversas leyes reformadas desde inicios de su mandato presidencial<sup>1</sup>. Basados en estas modificaciones, la herramienta que sostiene al proceso de modernización administrativa y de gestión para resultados que el gobierno federal quiere implantar es la creación del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED); el cual, es un modelo de gestión que establece las directrices para que el gobierno federal evalúe sus programas, políticas y el desempeño de las instituciones; además, define a las estructuras de gobierno que llevarán a cabo este proceso modernizador. Uno de los aspectos primordiales de este proceso de modernización administrativa en

<sup>1</sup> Durante el 2007 se discutió y aprobó el paquete de la Reforma Integral de la Hacienda Pública, que, en materia de gasto público, propuso el establecimiento de una estructura institucional para fomentar el gasto público orientado a resultados, hacerlo más eficiente y transparente en los tres órdenes de gobierno. Puede destacarse la reforma al artículo 134 constitucional publicada en el DOF el 7 de mayo del 2008 lo siguiente: los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados. Así mismo, incluye dentro esta reforma constitucional la temática de evaluación: los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan, respectivamente, la Federación, los estados y el Distrito Federal, con el objeto de propiciar que los recursos económicos se asignen en los respectivos presupuestos en los términos del párrafo anterior. Lo anterior, sin menoscabo de lo dispuesto en los artículos 74, fracción VI y 79, que estos artículos establecen las facultades a la entidad de Fiscalización Superior de la Federación en materia de vigilancia y fiscalización.

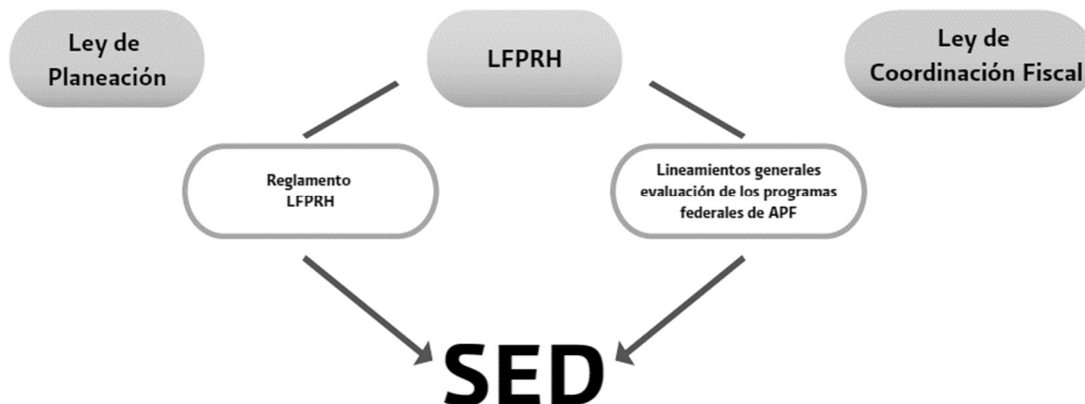
México es la obligación para que los tres órdenes de gobierno evalúen su administración con base en resultados.

### MARCO INSTITUCIONAL DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y SUS IMPACTOS EN LOS GOBIERNOS LOCALES

Ordenamiento jurídico	Descripción de reforma	Impacto en un ámbito local
Artículo 134 constitucional	Los recursos públicos se administrarán con eficiencia, eficacia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.	Cambio en el enfoque actual de administración. Orientación del gobierno local a resultados.
116, 122 y 49 de la CPEUM	Legislaturas de los Estados y del D.F. cuentan con entidades estatales de fiscalización; órganos con autonomía técnica y de gestión en el ejercicio de sus atribuciones.	Facultad para que los órganos estatales de fiscalización evalúen los recursos y emitan recomendaciones del gasto federal que ejercen los municipios (aportaciones Ramo 33, gasto reasignado y subsidios).
Artículo 49, fracción V de la LCF.	Obligación de las entidades federativas, municipios y el D.F., en ejercer los recursos de aportaciones federales en base a la evaluación del desempeño que marca el Artículo 110 de la (LFPRH).	Los municipios deberán fortalecer sus estructuras internas para evaluar el desempeño de las aportaciones federales; mediante el uso de indicadores y por instancias técnicas independientes de quienes los ejerzan.
Lineamientos Generales para la Entrega de los Recursos del Ramo 33	Se nombran las dependencias coordinadoras de los fondos del Ramo 33, la mecánica para el establecimiento de los indicadores de resultados derivados del ejercicio de estos recursos y el formato para que las entidades federativas y municipios reporten el ejercicio y la evaluación de cada fondo.	Los municipios deberán de adecuarse institucional y organizacionalmente para el cumplimiento con la Ley. Así mismo, el definir la instancia local que se responsabilizará de la gestión y seguimiento de dichos recursos. De esta manera, se tendrá a una sola instancia globalizadora como coordinadora local de estos lineamientos. Aunado a lo anterior, se deberá iniciar con una gestión intergubernamental eficaz con las dependencias coordinadoras del Ramo 33. Internamente, el propio ayuntamiento deberá fortalecer sus lazos con las dependencias y entidades paramunicipales para facilitar las diversas tareas que conllevan estos lineamientos.
Lineamientos para Informar sobre el Ejercicio, Destino y Resultados de los Recursos Federales Transferidos a las Entidades Federativas	Se establece que las entidades federativas y sus municipios deberán informar de manera trimestral a través del sistema electrónico de la SHCP, lo relacionado con el ejercicio, destino y resultado de los recursos federales que les sean transferidos por concepto de aportaciones federales, convenios de coordinación en materia de descentralización o reasignación y subsidios; de la misma manera, se reportarán los resultados de las evaluaciones que se lleven a cabo sobre los resultados de la aplicación de los recursos.	
Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del SED	Incluye previsiones para la evaluación de los recursos federales transferidos a las entidades federativas, de conformidad con lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal y en la LFPRH.	
Indicadores de desempeño de los fondos de aportaciones federales del Ramo 33	Establece las bases para el funcionamiento de los indicadores, destacando las responsabilidades, el seguimiento e integración de las fichas técnicas de cada indicador y la capacitación que la SHCP brindará a las entidades federativas. Cabe destacar que dentro de esta disposición se enmarca la propuesta de los indicadores de cada fondo que conforma el Ramo 33: FAEB, FAETA, FAM, FASSA, FASP, FAIS, FORTAMUNDF y FAFEF.	

Fuente: SHCP (2008 y 2009), y DOF (2008a, 2008b, 2008c, 2006, 1978 y 1917).

### CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



## JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La obligatoriedad de evaluar los recursos de los Fondos de Aportaciones Federales del Ramo 33 se señala dentro del artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPUEM) en la cual establece: “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados. Los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan, respectivamente, la Federación y las entidades federativas, con el objeto de propiciar que los recursos económicos se asignen en los respectivos presupuestos en los términos del párrafo precedente...”. Mejorar la calidad del gasto público es uno de los objetivos que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND, 2013), estableciéndose tanto en este como en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012 (PRONAFIDE, 2008) la estrategia de adopción de un enfoque de Presupuesto basado en Resultados (PbR, 2008).

La obligatoriedad legal bajo la cual se encuentra soportada esta Evaluación Específica de Desempeño para el Seguro Popular, Ejercicio Presupuestal 2018 se compone por diversas leyes que contemplan la necesidad de evaluar los resultados de cada uno de los ejercicios por los cuales la Federación dispuso de recursos económicos.

La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH, 2006) publicada en abril de 2006 marca la pauta para la construcción del Presupuesto basado en Resultados, estableciendo que la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos (LIF, 2017), (PEF (2017) se elaborarán con base a objetivos y parámetros cuantificables de política económica, acompañados de sus correspondientes indicadores del desempeño, los cuales, junto con los criterios generales de política económica y los objetivos, estrategias y metas anuales, refiriéndose a la Administración Pública Federal, serán congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo y los programas derivados (PND, 2013).

La Ley antes referida puntualiza en su Artículo 25, fracción III “la evaluación de los avances logrados en el cumplimiento de los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo y los Programas Sectoriales con base en el Sistema de Evaluación del Desempeño, las metas y avances físicos y financieros del ejercicio fiscal anterior y los pretendidos para el ejercicio siguiente”. Continúa en su artículo 45 “Los responsables de la administración en los ejecutores de gasto serán responsables de la administración por resultados; para ello deberán cumplir con oportunidad y eficiencia las metas y objetivos previstos en sus respectivos programas”. Por su parte en el artículo 85 fracción I, se hace énfasis “Los recursos federales que ejerzan las entidades federativas, los municipios, los órganos político-administrativos de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, así como sus respectivas administraciones públicas paraestatales, o cualquier ente público de carácter local, serán evaluados conforme a las bases establecidas en el artículo 110 de esta Ley con base en indicadores estratégicos y de gestión, por instancias técnicas independientes de las instituciones que ejerzan dichos recursos, observando los requisitos de información correspondientes”.

El Sistema de Evaluación del Desempeño (SED, 2017) está definido en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y es un componente clave del Presupuesto basado en Resultados, permitiendo la valoración objetiva del desempeño de los programas y políticas públicas a través de la verificación del cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores estratégicos y de gestión.

El Sistema de Evaluación del Desempeño se crea a partir de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH, 2006), por el Poder Ejecutivo Federal como uno de los principales componentes del Presupuesto Basado en Resultados, implica una nueva dinámica para reforzar el vínculo entre el proceso presupuestario con las actividades de planeación, así como con las de ejecución y evaluación de las políticas, programas e instituciones públicas (LFPRH, 2006).

Cuenta con 2 componentes: evaluación de las políticas públicas y de programas presupuestarios y, la gestión para la calidad del gasto.



## MARCO LEGAL NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR 2018<sup>2</sup>

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (CPEUM)**, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917

Artículo 4, párrafo tercero. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

**LEY GENERAL DE SALUD (LGS)**, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

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

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Artículo 77 bis 3. Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud.

Artículo 77 bis 5. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

- I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;
- II. Proveer servicios de salud de alta especialidad mediante los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;
- III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos;
- IV. Transferir con puntualidad a los estados y a la Ciudad de México las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;

<sup>2</sup> FUENTE: Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada en el DOF el 7 de junio de 2012. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el DOF el 8 de junio de 2011

VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;

X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;

XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;

XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de los estados y la Ciudad de México, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;

II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad;

III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias;

IV. Programar los recursos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional;

VIII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos.

Artículo 77 bis 36. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos.

**REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**, Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004

Artículo 4. El Sistema cubrirá los servicios de salud a la comunidad; así como las acciones en materia de protección social en salud que se realizan mediante la prestación de servicios de salud a la persona.

Artículo 12. La prestación de los servicios de salud a la comunidad será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud.

Artículo 49. El Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión.

Artículo 75. El modelo de evaluación propio del Sistema contará con tres componentes: Financiero, Gerencial y de Impacto.

Artículo 80. Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas.

Artículo 95. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema.

Artículo 107. La previsión presupuestal anual es un fondo con límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento para la atención de las necesidades de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social.

## NORMATIVIDAD FEDERAL

### LEYES Y CÓDIGOS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ✓ Ley General de Salud
- ✓ Código Civil Federal
- ✓ Ley Federal del Trabajo
- ✓ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- ✓ Ley de Coordinación Fiscal
- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental
- ✓ Ley de Amparo
- ✓ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
- ✓ Reglamento Interior De La Secretaria De Salud

## NORMATIVIDAD ESTATAL

### LEYES Y CÓDIGOS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ✓ Constitución Política del Estado de Sinaloa (Última Reforma 19/Diciembre/2012)
- ✓ Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa (Vigencia Parcial)
- ✓ Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa (Norma Vigente, Publicado el día 13 de abril del 2011)
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Entrega y Recepción de los Asuntos y Recursos Públicos del Estado de Sinaloa



- ✓ Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Pensiones para el Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Contratos de Colaboración Público Privada para el Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Hacienda del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley General de Salud
- ✓ Ley de Salud del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Coordinación Fiscal del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Planeación para el Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Obras Públicas del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios y Administración de Bienes Muebles del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de Profesiones del Estado de Sinaloa
- ✓ Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social
- ✓ Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad del Estado de Sinaloa
- ✓ Código Civil para el Estado de Sinaloa
- ✓ Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Sinaloa
- ✓ Código de Procedimientos Penales para el Estado de Sinaloa
- ✓ Código Penal para el Estado de Sinaloa
- ✓ Ley de la Auditoría Superior del Estado de Sinaloa (Última Reforma 19/Abril/2013)

---

## REGLAMENTOS

- ✓ Reglamento Orgánico de La Administración Pública Estatal de Sinaloa (Reformas 05/04/2013, 19/10/2012, 29/02/2012, 24/01/2011)
- ✓ Reglamento para el Acceso a La Información Pública del Estado de Sinaloa
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Transparencia y Rendición de Cuentas
- ✓ Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sinaloa (P.O.E 23/Ene/2013)
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (P.O.E 23/Mar/2007)
- ✓ Adiciones y Modificaciones al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (31/Dic/2003)
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Federal (D.O.F 29/Nov/2006)
- ✓ Reglamento de Sanidad Internacional (D.O.F. 18/Feb/1985)
- ✓ Reglamento de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (D.O.F. 20/Feb/1985)
- ✓ Reglamento de Prestación de Servicios de Atención Médica (D.O.F. 14/Abr/1986)
- ✓ Reglamento de Investigación para la Salud (D.O.F. 6/Ene/1987)
- ✓ Reglamento de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios (D.O.F. 18/Ene/1988)
- ✓ Reglamento de Insumos para la Salud (D.O.F. 4/Feb/1998)
- ✓ Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios (D.O.F. 9/Jul/1999)
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad (D.O.F. 4/May/2000)
- ✓ Reglamento sobre Consumo de Tabaco (D.O.F. 27/Jul/2000)
- ✓ Normas Oficiales Mexicanas
- ✓ Decreto por el que se crea la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios de Sinaloa.

- ✓ Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para el Estado de Sinaloa.

---

## OTRAS DISPOSICIONES

- ✓ Condiciones Generales de Trabajo Vigentes para los Trabajadores de los Servicios de Salud de Sinaloa
- ✓ Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública del Estado de Sinaloa
- ✓ Decreto que establece las medidas y acciones de Disciplina Presupuestaria en el ejercicio del Gasto Público de la Administración Pública Estatal de Sinaloa
- ✓ Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. (D.O.F 25/Sep/1996)
- ✓ Convenio de Colaboración de la Secretaría de Seguridad Pública y Servicios de Salud de Sinaloa
- ✓ Convenio Marco
- ✓ Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Sinaloa
- ✓ Manual De Organización
- ✓ Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE 2010)
- ✓ Convenio Específico en Materia de Transparencia de Recursos para la Operación del Programa Caravanas de la Salud
- ✓ Convenio Específico en Materia de Transparencia de Recursos que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Sinaloa, que tiene por objeto transferir Recursos Presupuestales Federales que permita a la Entidad la ejecución y desarrollo de los Programas y Proyectos contra Riesgos Sanitarios, así como el Fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios
- ✓ Convenio Específico en Materia de Transparencia de Recursos para el Apoyo Económico por Incremento en la demanda de Servicios de Seguro Médico para una Nueva Generación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Sinaloa
- ✓ Convenio Específico en Materia de Transparencia de Recursos que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Sinaloa que tiene por objeto transferir Recursos Presupuestales Federales que permita a la Entidad, la adecuada Instrumentación de los Programas de Acción en Urgencias Epidemiológicas y Desastres
- ✓ Convenio Específico en materia de Transparencia de Recursos que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Sinaloa, que tiene por objeto transferir Recursos Federales que permita a la Entidad la Operación de Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud
- ✓ Convenio Específico en materia de Transparencia de Recursos para fortalecer la ejecución y desarrollo del Programa y Proyectos de Protección contra Riesgos Sanitarios, así como la Red Nacional de Laboratorios, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Sinaloa
- ✓ Segundo Convenio Modificado al Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (2011)
- ✓ Convenio Específico en Materia de Transparencia de Recursos para el Fortalecimiento de las Redes de los Servicios de Salud en el Estado De Sinaloa, específicamente en los Gastos de Operación de Unidades Nuevas
- ✓ Convenio Modificado al Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en Las Entidades Federativas suscritos el 3 de febrero de 2009
- ✓ Convenio Modificado al Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en Las Entidades Federativas Suscrito el 01 de marzo de 2010

Cualquier aclaración sobre la Legislación sinaloense buscar en la siguiente liga: Leyes y Códigos del Gobierno del Estado de Sinaloa

([http://laipsinaloa.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2521&Itemid=979](http://laipsinaloa.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2521&Itemid=979))

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



SEGURO POPULAR  
Comisión Nacional de  
Protección Social en Salud

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



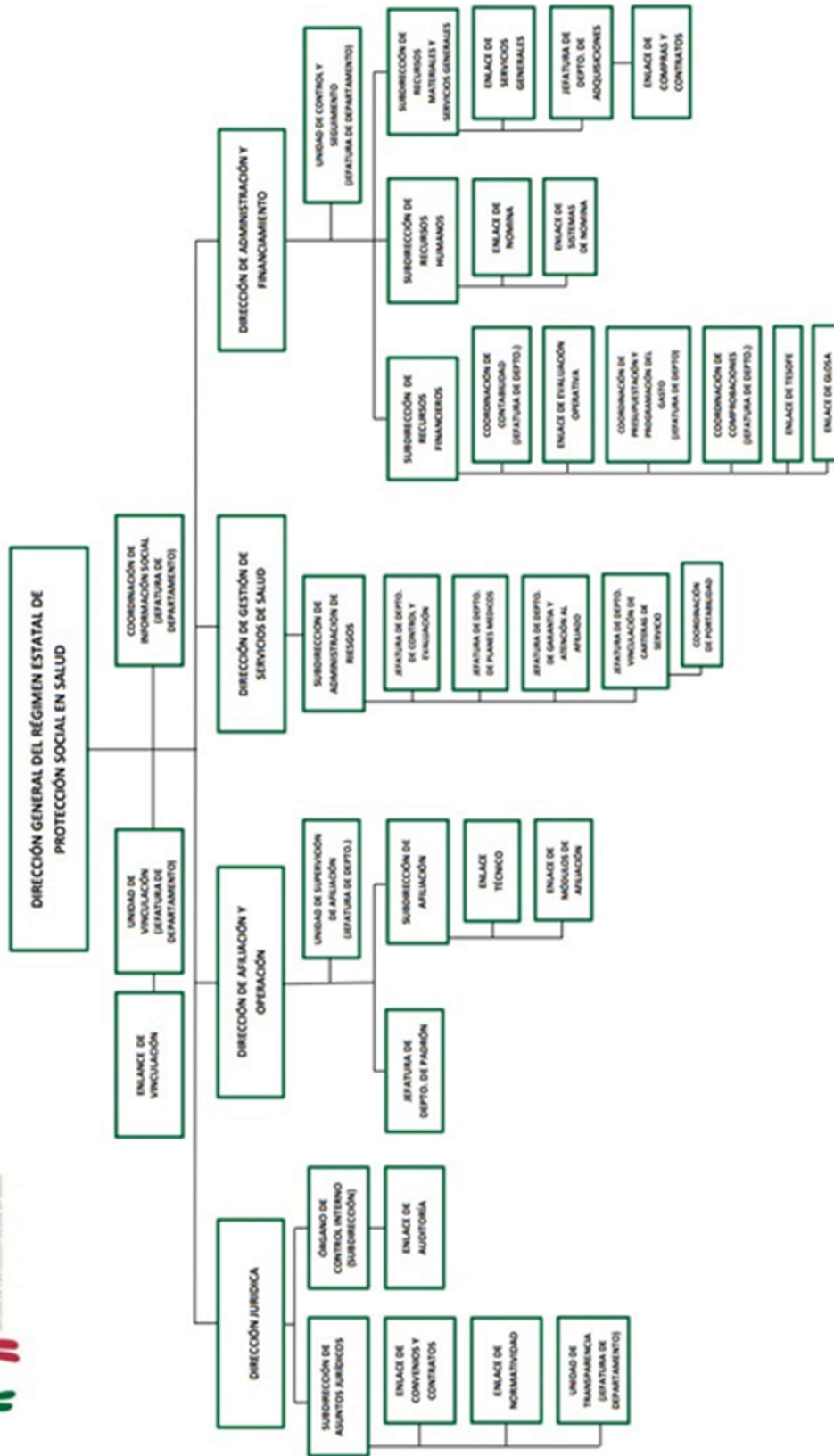
SEGURO POPULAR  
Comisión Nacional de  
Protección Social en Salud

#### IV. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal que corresponda.
- Ley de Coordinación Fiscal.
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
- Ley de Planeación.
- Ley Federal de Archivos.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental.
- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligado.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Reglamento de la Ley Federal de Archivos.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento Interno de la CNPSS.
- Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Decreto por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018.
- Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación.
- Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública y los Lineamientos generales para proporcionar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- Acuerdo por el que se establece la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.
- Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud.
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.
- Acuerdos por los que se establecen nuevos supuestos para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud.
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud
- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.
- Acuerdo que tiene por objeto emitir las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como establecer el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.
- Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

# ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL SEGURO POPULAR EN SINALOA

## ORGANIGRAMA DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD - 2018



## SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SEGURO POPULAR)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en México se modificó radicalmente en el siglo pasado con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sin embargo, como es bien sabido, el aseguramiento en ambos institutos depende del estatus laboral de las personas (o del jefe de hogar). Lo anterior provocaba que una gran proporción de la población (trabajadores informales, rurales, auto-empleados en negocios propios, profesionistas independientes) no contara con acceso efectivo a servicios de salud. Esta población podía acceder a servicios de salud en las unidades de la Secretaría de Salud (SS) y después de la descentralización llevada a cabo en los años 1990, en las unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA), pero no contaban con un esquema de aseguramiento como tal. Este sistema resultaba en una falta de acceso a servicios de salud de calidad de la población que se encuentra fuera de la cobertura de las instituciones públicas de seguridad social.

En el año 2000 aproximadamente el 50% de la población no contaba con un esquema de protección y servicios de salud (datos del Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS), además la calidad, efectividad y grado de protección financiera de las intervenciones variaban sustancialmente entre instituciones prestadoras de servicios, entre grupos de población y regiones del país. En consecuencia, las personas incurrían en gastos excesivos en salud que podían llegar a dañar su patrimonio. En 1994 se documentó por primera vez que el gasto en salud privado representaba entre 40 y 50 por ciento del gasto total en salud y que era una carga importante para las familias (ver los documentos de Fundación Mexicana para la Salud de 1994). Más aún la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe de la Salud en el Mundo 2000 (WHO, 2000) establecía que en México se observaba una inequidad financiera considerable.

El Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo que el Estado debe garantizar el ejercicio de este derecho para toda la población mexicana.

Asimismo, en congruencia con lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013 - 2018, en sus Metas Nacionales: "México Incluyente", y "México Próspero", y en sus objetivos: "Asegurar el acceso a los servicios de salud", "Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población" respectivamente, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013 - 2018, se ha propuesto llevar a la práctica este derecho constitucional.

La Secretaría de Salud es la encargada de ejercer la rectoría del sector correspondiente, por lo que en este sentido, su misión es "Establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud", para lo cual, se pretende "Contar con un Sistema Nacional de Salud Universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como de la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad"

En razón de lo anterior, a partir de las metas nacionales, objetivos y estrategias correspondientes del PND 2013 - 2018, se vinculan a éste los siguientes seis objetivos del PROSESA 2013 - 2018:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Sistema Nacional de Salud, enfrenta importantes desafíos entre los que destacan los cambios producidos en el perfil demográfico, la adopción de estilos de vida poco saludables, baja actividad física de la población, la desnutrición y las adicciones, entre otros; que orientan de manera directa el creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, con la coexistencia de enfermedades propias del rezago. Por lo que se requiere que el Sistema, incluya el diseño e implantación de políticas públicas encaminadas a lograr la coordinación intersectorial, la planeación estratégica de recursos para la salud, el diseño y aplicación de un marco normativo para la regulación sanitaria y la atención a la salud, además de la generación y coordinación normativa de la información, así como la correspondiente evaluación del desempeño.

## ANTECEDENTES

Desde 1943, el sistema de seguridad social mexicano ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población; sin embargo, la cobertura y el acceso efectivo a la salud han sido un reto importante tanto entre regiones como entre grupos de la población, debido a que la dinámica poblacional, así como sus condiciones de morbilidad y mortalidad, imponen una complejidad adicional. La seguridad social se introdujo en México hace más de 65 años. Hasta el 2000, mediante instituciones federales, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y organismos de carácter estatal, se daba cobertura a los trabajadores asalariados del sector privado y a empleados del gobierno, así como a sus familias. Asimismo, mediante la contratación de seguros privados, entre el 3.0% y el 4.0% de la población contaba con un esquema de protección y servicios de salud; sin embargo, el 50.0% de la población no tenía garantizado el acceso a servicios médicos que atendieran sus requerimientos.

En 2001, la Secretaría de Salud elaboró un análisis de la población y del sistema de salud, derivado del mismo en noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Unión una iniciativa de reforma y adiciones de la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003<sup>3</sup>, en las que se adicionó el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, que dio lugar a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), del cual forma parte el Seguro Popular. Estas disposiciones entraron en vigor al inicio de 2004.

Explícitamente, el programa busca a través del aseguramiento reducir los gastos de bolsillo y catastróficos, promover la eficiencia, distribuir de forma más equitativa los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud (Knaut y Frenk, 2005). Implícitamente, la reforma permite al gobierno federal regular la acción de los estados y ejercer un mayor control sobre el gasto, al mismo tiempo que centralizar –con argumentos de agregación de riesgos– el gasto en salud destinado a financiar las enfermedades asociadas a gastos catastróficos (Martínez, Aguilera y Chernichovsky, 2010).

---

<sup>3</sup> Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003.

La evidencia teórica y empírica señalan que la extensión de cobertura a través de programas de aseguramiento es una forma efectiva de protección financiera. Las reformas recientes a los sistemas de salud están convergiendo hacia este modelo. Sólo por mencionar los ejemplos más importantes y de referencia para México, por ser países con un ingreso per cápita similar, podemos mencionar la reforma del Presidente Obama y las reformas de Chile, Colombia y Uruguay (ver Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), 2011). En términos teóricos, el aseguramiento, al eliminar los gastos en el punto de servicio, genera que las personas usen más los servicios (efecto conocido como riesgo moral) y que sean las personas más enfermas quienes voluntariamente se unan al programa (efecto conocido como selección adversa). Por otro lado, este tipo de modelos de aseguramiento establece derechos garantizados que permiten que los afiliados se empoderen, es decir reclamen sus derechos. Si lo que se busca es abatir la inequidad financiera y en el acceso, estos tres efectos son deseables: se quiere atraer a las personas más necesitadas y se busca que los pacientes exijan y usen los servicios de salud.

Después de estas reformas, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está compuesto por tres subsistemas, el subsistema de la seguridad social, el subsistema para la población no afiliada a la seguridad social (hoy en el SPSS) y el subsistema privado.

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

El Seguro Popular fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario, a través de la consolidación de recursos provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiera.

El Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), dependiente de la SS y coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). De acuerdo con la LGS y su Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, tienen la posibilidad de incorporarse voluntariamente al SPSS con lo cual gozarán de acciones de protección social en salud y se les garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que les organicen los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). La finalidad del Seguro Popular es evitar gastos empobrecedores y catastróficos por motivos de salud.

El Seguro Popular es coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), con el apoyo de los servicios Estatales de Salud.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SS) con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga principalmente de establecer las medidas y acciones para la debida tutela de los derechos de los beneficiarios del Sistema; administrar los recursos financieros para el desarrollo de programas de salud, así como los

que son transferidos a los estados y a la Ciudad de México; y promover y coordinar las acciones de los REPSS y evaluar su desempeño.

En referencia a la evolución del Sistema de Protección Social en Salud se han presentado etapas en cuanto a la cobertura desde el 2002 a la fecha, por un lado, la prestación del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cuenta con 294 intervenciones médicas, agrupadas en 5 conglomerados: **prevención y promoción en salud; medicina general y de especialidad; urgencias; cirugía general y obstetricia;** contiene además 633 claves de medicamentos.

El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC), el cual tiene como finalidad, cubrir la atención de 65 padecimientos que implican un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con el que ocurren-

A 14 años de su creación y con un padrón cercano a los 53.5 millones de afiliados, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) enfrenta, como reto fundamental, el asegurar la accesibilidad a servicios oportunos y de calidad en todo el país, bajo una óptica incluyente, que permita impulsar el progreso y desarrollo social; motivo por el cual el fortalecimiento de acciones enfocadas a la atención de las demandas de la población en situación de pobreza, adquiere un papel preponderante.

El SPSS ha permitido ampliar las opciones en servicios de salud para la población que carece de seguridad social, ofreciendo actualmente, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), cobertura en la totalidad de las intervenciones del primer nivel de atención médica y los principales padecimientos reportados como egresos hospitalarios; así como en 65 intervenciones consideradas como catastróficas por su complejidad y alto costo, financiadas por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC).

Asimismo, con el Programa Seguro Médico Siglo XXI se brinda protección a niñas y niños menores de cinco años de edad afiliados al SPSS, contra todas las enfermedades de este grupo de edad, complementarias a las cubiertas por el CAUSES y por el FPCGC, permitiendo asegurar condiciones óptimas de desarrollo para la niñez mexicana, brindando un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia

## MISIÓN

Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, a través de la afiliación de la población no derechohabiente de la Seguridad Social; la tutela de sus derechos, así como la administración y uso eficiente de los recursos, dentro de un marco de transparencia y rendición de cuentas.

En la página oficial del Seguro Popular en Sinaloa aparece la siguiente misión: *Ofrecer a los mexicanos que carecen de algún tipo de seguridad social, acceso a los servicios de salud, mediante un esquema de aseguramiento sin desembolso al momento de su utilización, con trato digno y de calidad que favorezca la igualdad social en materia de salud.*

## VISIÓN

México tiene el Sistema de Protección Social en Salud financieramente sustentable y transparente, que permite tutelar el acceso efectivo a los servicios integrales de salud, con estándares homogéneos de calidad para atender de manera oportuna e incluyente las necesidades de salud de su población afiliada.



En la página oficial del Seguro Popular en Sinaloa aparece la siguiente visión: *Fomentar en la Entidad una nueva cultura en materia de protección social en salud, propiciando una sociedad sana, justa y desarrollada, disminuyendo significativamente los gastos que por salud realizan las familias, avanzando hacia un esquema de aseguramiento gradual y universal, mejorando la calidad de vida de las familias futuras.*

## OBJETIVO

Garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

## PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO POPULAR

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece dentro de sus cinco metas nacionales, la de “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población. En ese contexto, el SPSS juega un papel importante para brindar el acceso real a la seguridad en materia de salud, a 53.3 millones de personas.

La póliza de afiliación que emite el SPSS, a quien voluntariamente decide afiliarse, consolida el derecho a la salud consagrado en el artículo 4° de nuestra Carta Magna, que señala: “...*toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto en la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...*”, ya que el derecho a la salud se hace explícito

En materia de Protección Social en Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud se describen las características del Seguro Popular que se detallan a continuación:

---

### ATRIBUTOS GENERALES DEL SEGURO POPULAR

1. Ser de cobertura nacional.
2. Ser servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización.
3. Ser acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica.
4. Ser servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos.
5. Prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponibles para otros miembros de la población.

---

### BENEFICIARIOS:

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.

El Núcleo familiar puede integrarse de cualquiera de las maneras siguientes:

1. Por los cónyuges.

2. Por la concubina y el concubinario.
3. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato.
4. Los hijos menores de edad; los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad; los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes, y los hijos discapacitados dependientes.
5. Los ascendientes directos en línea recta mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar.
6. Las personas que, aun no teniendo parentesco de consanguinidad, habitan en la misma vivienda y dependen económicamente y sean menores de 18 años o discapacitados dependientes de cualquier edad.

---

#### REQUISITOS PRINCIPALES PARA LA AFILIACIÓN:

1. Ser residentes en el territorio nacional.
2. No ser derechohabientes de la seguridad social.
3. Contar con Clave Única de Registro de Población.
4. Cubrir las cuotas correspondientes.
5. Cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley General de Salud.

#### OBJETIVO, DESTINO E IMPORTANCIA ESTRATÉGICA DEL PROGRAMA

El Programa tiene como objetivo contribuir al aseguramiento de la población que carece de seguridad social para que tenga acceso efectivo y con calidad a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y de especialidad en unidades de salud, mediante su incorporación voluntaria y equitativa al SPSS y la tutela de sus derechos. La prestación de la atención médica, se realiza a través de la red de servicios de salud del OPD Salud de Sinaloa. Las familias beneficiarias reciben el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contempla actualmente 294 intervenciones y la cobertura, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), ante la ocurrencia de algunos padecimientos que requieren tratamientos que pueden representar un gasto catastrófico para la familia (65 intervenciones).

La afiliación es voluntaria y los hogares pagan una cuota de acuerdo a su situación socioeconómica

Las entidades federativas son las responsables a nivel local de la afiliación y reafiliación de beneficiarios, administración de los recursos, supervisión de los prestadores de servicios y pago de los mismos

El programa tiene complementariedades con dos programas principalmente y con una estrategia nacional:

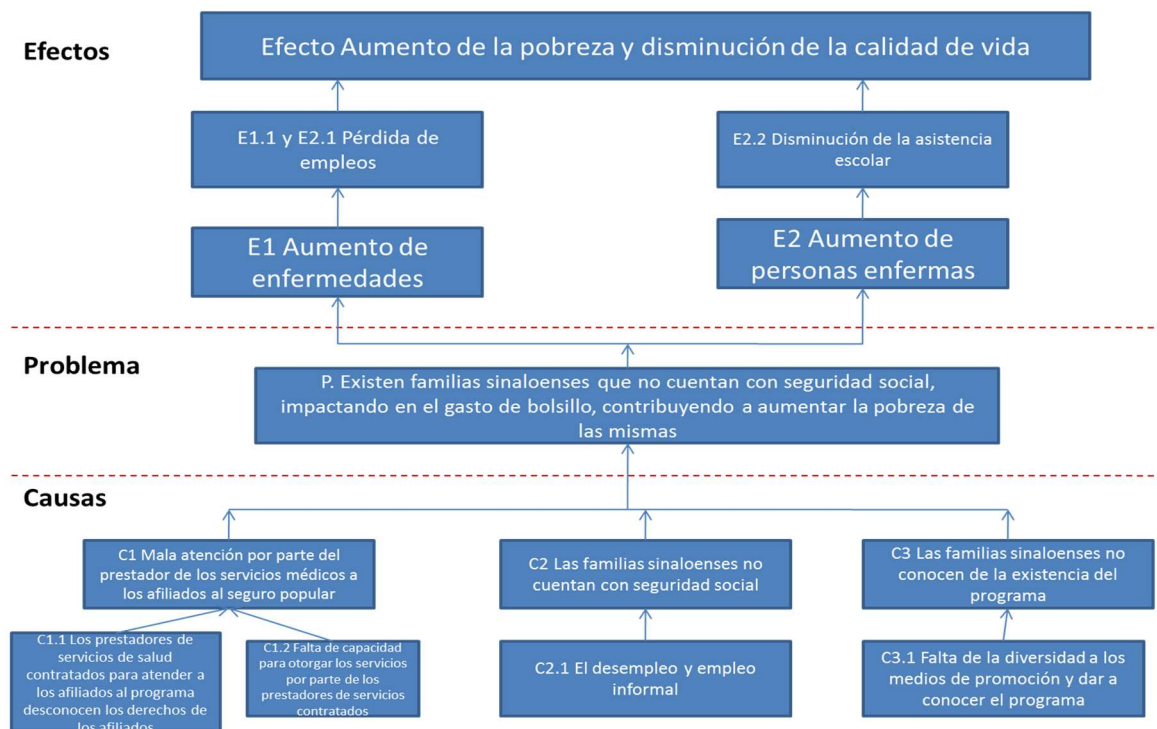
- i. Prospera,
- ii. IMSS Prospera (para la atención del tercer nivel y del FPGC) y
- iii. Cruzada Nacional Contra el Hambre.

En el caso de Prospera, el SPSS aborda el tema de la carencia de servicios de salud de la población beneficiaria del programa. Por lo que existe complementariedad a nivel de propósito, población objetivo, tipos de apoyo y cobertura del programa.

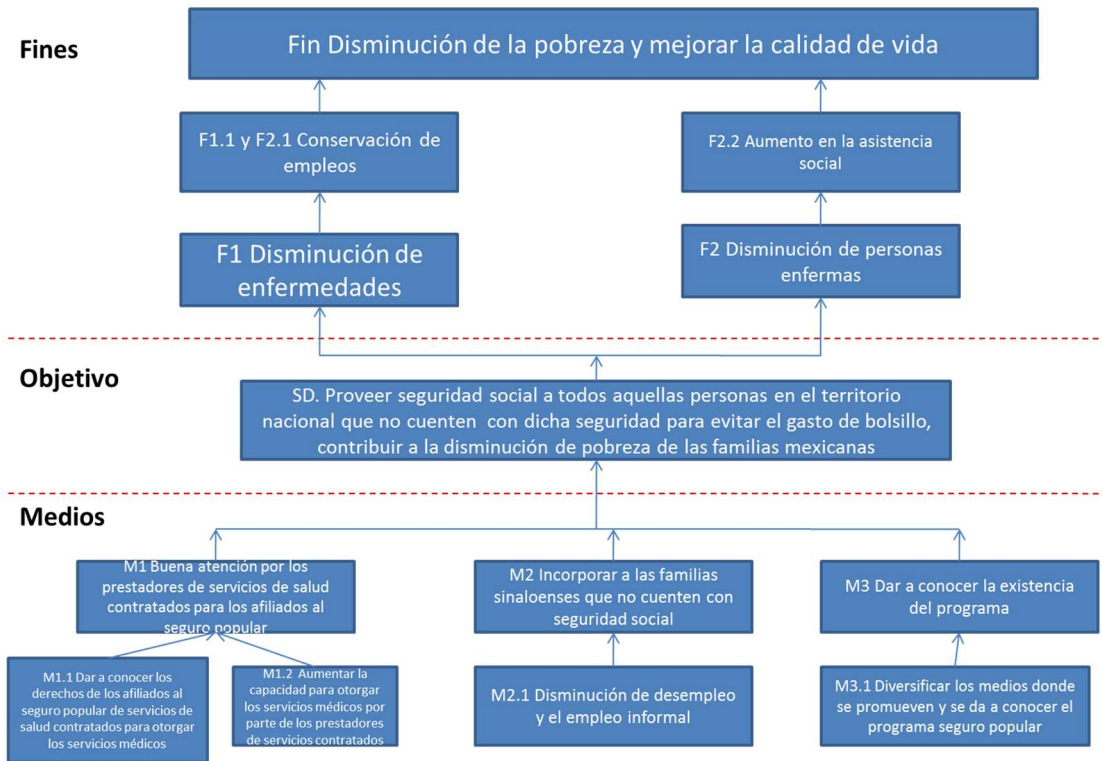
La aplicación específica de los recursos se hace a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), que son las entidades que reciben los recursos, acorde al número de afiliados que tengan y se encargan de garantizar el financiamiento de servicios de salud a través de los proveedores de servicios (centros de salud, caravanas, hospitales generales y hospitales de especialidades). El total de recursos con que cuenta el SPSS se distribuye de la siguiente manera:

- ✓ El 89% de los recursos se destinan a la prestación de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención médica.
- ✓ El 8% se destina al pago de los tratamientos de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico, mediante el fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC).
- ✓ El restante 3% se destina al fondo de previsión presupuestal (FPP) que se utiliza para el desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, así como para cubrir necesidades de demandas imprevistas.

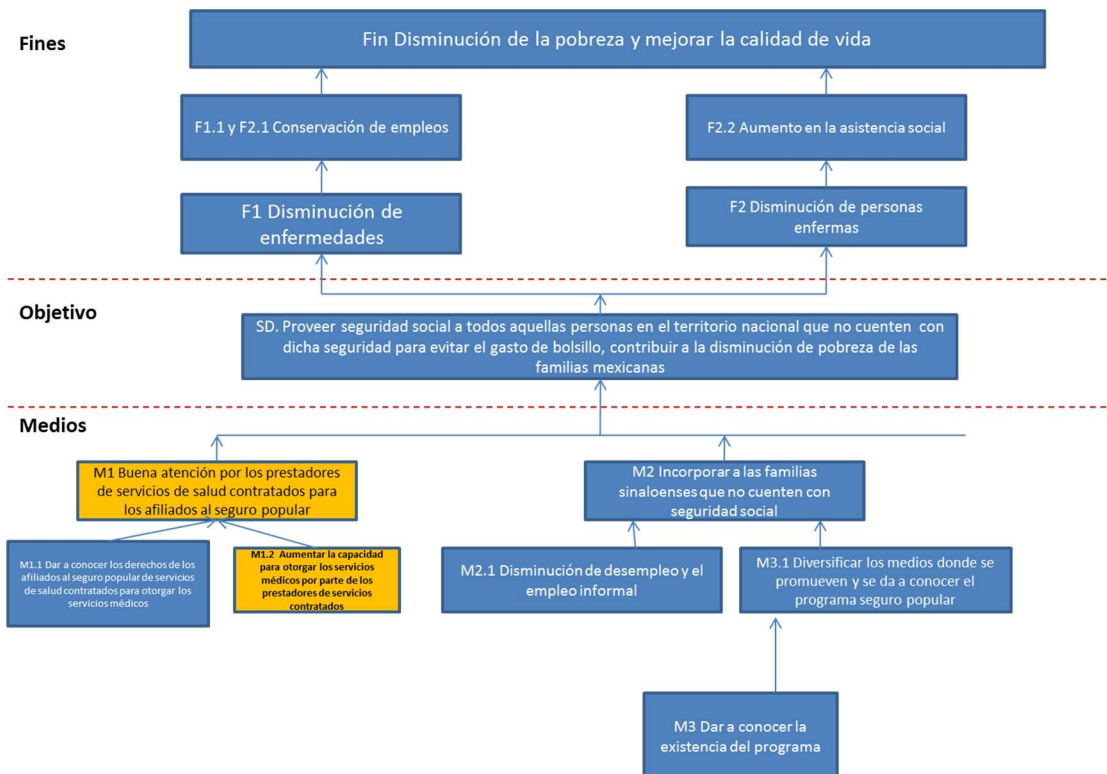
## ÁRBOL DEL PROBLEMA



Árbol de Objetivos A



Árbol de Objetivos B



# MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR FEDERAL)

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018		Objetivos, Indicadores y Metas para Resultados de los Programas Presupuestarios			
Datos del Programa Presupuestario					
Programa Presupuestario	0005 Seguro Popular				
Ramo	12 Salud				
Unidad Responsable*	000-Comisión Nacional de Protección Social en Salud				
Endógeno Transversal*	1 (Ejecuciones para el Desarrollo Integral de los Pueblos y Comunidades Indígenas), 2 (Programa Especial Concreta para el Desarrollo Rural Sustentable), 8 (Recursos		69,274.6		
Presupuesto (millones de pesos)					
Alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018					
Meta Nacional					
2 México Incluyente	Objetivo de la Meta Nacional 3 Asegurar el acceso a los servicios de salud Estrategia del Objetivo 1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal Estrategia Transversal 2 Gobierno Cercano y Moderno				
Programa Sectorial o Transversal					
Programa	12 Programa Sectorial de Salud				
Objetivo	6 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud				
Objetivos, Indicadores y Metas de la MIR					
		Nivel: Fin			
Objetivo	Nombre del Indicador Sectorial/Transversal	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo - Dimensión - Frecuencia	Meta anual programada
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	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Resultado de la división del número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud entre el total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud, multiplicado por 100. Se considera que un hogar incurre en gasto catastrófico en salud cuando afecta un pago de bolsillo para atender su salud mayor al 30% de su ingreso efectivo (Ingreso total menos gasto en alimentos)	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Semestral	3.5
		Nivel: Propósito			
Objetivo	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo - Dimensión - Frecuencia	Meta anual programada
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especializada en unidades de salud con calidad	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	(Total de personas incorporadas en el mes)/(Total de personas a incorporar en el mes) x 100	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Anual	100
		Nivel: Componente			
Objetivo	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo - Dimensión - Frecuencia	Meta anual programada
Acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud otorgado a los beneficiarios del Seguro Popular	Acceso a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a través de las consultas promovidas por afiliado.	(Número de consultas en el periodo) / (Total de personas afiliadas en el periodo)	Promedio	Gestión - Eficacia - Semestral	1.66

# MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR ESTATAL)



## Ramo 10 - Salud Unidad Responsable - Secretaría de Salud

<b>Detalle de la Matriz</b>	<b>Clave y Modalidad del Pp</b> 1 - Gasto Federalizado. <b>Denominación del Pp</b> I029 Seguro Popular.
<b>Clasificación Funcional</b>	<b>Finalidad</b> 2 - Desarrollo Social. <b>Función</b> 23 - Salud. <b>Subfunción</b> 232 Prestación de Servicios de Salud a la Persona. <b>Actividad Institucional</b> 116 Promoción de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades.
<b>Alineación Plan Estatal de Desarrollo</b>	<b>Eje Estratégico PED</b> Eje Estratégico II. Desarrollo humano y social . <b>Tema</b> Tema 4. Por un entorno y sociedad saludable. <b>Objetivos</b> Objetivo 3. Alcanzar cobertura en salud, con base en un Sistema de Redes de Servicios de Atención, con unidades de primer, segundo y tercer nivel de calidad y seguridad para los usuarios, garantizando la protección financiera a la población que carece de seguridad social. <b>Estrategias</b> Estrategia 3.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Estatal de Salud.
<b>Fin</b>	<b>Orden</b> 1 <b>Objetivo</b> Contribuir al acceso de los servicios de salud, mediante la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud. <b>Supuestos</b> Que el Estado no se encuentre en periodo electoral. Que las personas acudan al lugar de la convocatoria para solicitar la incorporación al SPSS. Que las unidades médicas brinden una adecuada atención. Condiciones climatológicas adecuadas. Que los recursos lleguen oportunamente. Seguridad adecuada en las comunidades. Cambio de domicilio de las familias para su reincorporación al SPSS. Incorporación de los afiliados a otra Seguridad social. Que las personas acudan individualmente a los módulos de afiliación a solicitar su incorporación.
	<b>Indicador</b> Porcentaje de variación de la población afiliada al seguro popular. <b>Definición</b> El indicador mide la variación de la población afiliada en el año anterior y el año actual. <b>Método de Cálculo</b> (Número de sinaloenses afiliados al seguro popular en el año actual / Número total de la población sinaloense en el año actual) - (Número de sinaloenses afiliados al seguro popular en el año anterior / Número total de la población sinaloense en el año anterior)*100 <b>Tipo de valor de la meta</b> Relativo. <b>Dimensión del Indicador</b> Eficacia <b>Unidad de medida</b> Porcentaje. <b>Frecuencia de medición</b> Anual <b>Tipo de indicador</b> Estratégico . <b>Medios de verificación</b> Información del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
<b>Propósito</b>	<b>Orden</b> 2 <b>Objetivo</b> Otorgar servicios de salud a las familias sinaloenses que no tienen acceso a los mismos. <b>Supuestos</b> Que las unidades médicas brinden una atención de calidad, oportuna y eficaz. Que se cuente con los insumos y materiales necesarios para la atención. Que las unidades médicas cuenten con la infraestructura adecuada y recursos humanos necesarios para la atención.
	<b>Indicador</b> Porcentaje de la población sinaloense incorporada al seguro popular <b>Definición</b> El indicador mide el total de personas incorporadas al Seguro Popular. <b>Método de Cálculo</b> (Número de personas incorporadas al seguro popular / Número total de la población sinaloense)*100 <b>Tipo de valor de la meta</b> Relativo. <b>Dimensión del Indicador</b> Eficacia <b>Unidad de medida</b> Porcentaje. <b>Frecuencia de medición</b> Anual <b>Tipo de indicador</b> Estratégico . <b>Medios de verificación</b> Información del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

## CRITERIOS DE ASIGNACIÓN Y FÓRMULA PARA SU DISTRIBUCIÓN

Para la cobertura del CAUSES y del FPGC, hasta 2015, los recursos federales que se autorizaban contemplaban el programa presupuestario E020 para el Fondo de Previsión Presupuestal. No obstante, a partir del año 2016, este programa se fusiona al U005 Seguro Popular, por lo que la cobertura en salud, se proporciona actualmente por la CNPSS, a través de los programas presupuestarios siguientes: U005 Seguro Popular, S201 Seguro Médico Siglo XXI para la cobertura complementaria al CAUSES y FPGC a niños menores de 5 años y, S072 para el Componente de Salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social. Para la administración del SNPSS, la CNPSS recibe su presupuesto, a través del programa presupuestario M001 Apoyo Administrativo.

### PRESUPUESTO EJERCIDO DEL SNPSS 2012-2018

Concepto	Ejercidos					Programado		Variación
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 <sup>1/</sup>	%
						(a)	(b)	(b-a)/b
<b>U005 Seguro Popular</b>	63,129.6	67,926.6	71,266.8	72,301.0	68,597.5	67,412.5	63,208.1	-6.7
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	51,855.4	56,232.5	58,524.8	58,999.5	55,394.2	54,046.6	53,511.2	-1.0
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	11,090.9	11,694.1	12,742.0	13,301.5	13,203.3	13,365.9	9,696.9	-37.8
Enfermedad Renal Crónica	183.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
Fondo de Previsión Presupuestal	4,160.9	4,385.3	4,778.3	4,988.1	4,951.2	5,012.2	4,703.0	-6.6
S201 SMSXXI <sup>2/</sup>	3,128.1	1,508.7	1,468.6	1,836.8	1,751.7	1,955.9	1,874.2	-4.4
S072 PROSPERA Programa de Inclusión Social <sup>3/</sup>	4,999.9	5,534.9	5,099.1	5,941.7	6,209.9	5,942.9	6,135.2	3.2
<b>Sub total</b>	<b>75,418.5</b>	<b>79,355.5</b>	<b>82,612.8</b>	<b>85,067.6</b>	<b>81,510.3</b>	<b>80,323.5</b>	<b>79,920.50</b>	<b>-5.8</b>
M001 Actividades de apoyo administrativo <sup>4/</sup>	572.3	224.4	422.0	211.8	297.8	218.1	192.1	-13.5
O001 Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno <sup>5/</sup>	0.0	0.0	0.0	0.0	11.6	8.6	10.1	-17.4
<b>Total</b>	<b>75,990.8</b>	<b>79,579.9</b>	<b>83,034.8</b>	<b>85,279.4</b>	<b>81,819.7</b>	<b>80,550.2</b>	<b>76,112.60</b>	<b>-5.8</b>

<sup>1/</sup> Para el ejercicio 2018 se incluyen 1,405.8 millones de pesos transferidos por el SPSS al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) para la adquisición de vacunas, anticonceptivos, fármacos anti tuberculosis de primera línea y tiras reactivas para la determinación de hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos, glucosa capilar y microalbúmina, contempladas en el CAUSES.

<sup>2/</sup> El dato proporcionado del SMSXXI, se otorga por la DGF conforme al control presupuestal que se tiene implementado.

<sup>3/</sup> PROSPERA Programa de Inclusión Social, cifra preliminar. Datos de la DGPO.

<sup>4/</sup> Incluye servicios personales. Datos de la DGAF.

<sup>5/</sup> A partir del ejercicio 2016 se reporta por separado el programa O001 Actividades de Apoyo a la función pública y buen Gobierno del programa M001 Actividades de Apoyo Administrativo. Datos de la DGAF.

## MODELO FINANCIERO

El modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como 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 las intervenciones del CAUSES<sup>4</sup> y del FPGC; así como del

<sup>4</sup> Los afiliados al Seguro Popular tienen derecho a recibir el tratamiento de las enfermedades incluidas en el CAUSES, el cual cubre el 100% de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud (1er. nivel), la mayoría de los egresos hospitalarios (2o nivel) y los medicamentos asociados.

Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) en infraestructura y equipamiento, para la atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas; preferentemente en aquellas con mayor marginación social y para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios.

## INTEGRACIÓN DE LAS APORTACIONES

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

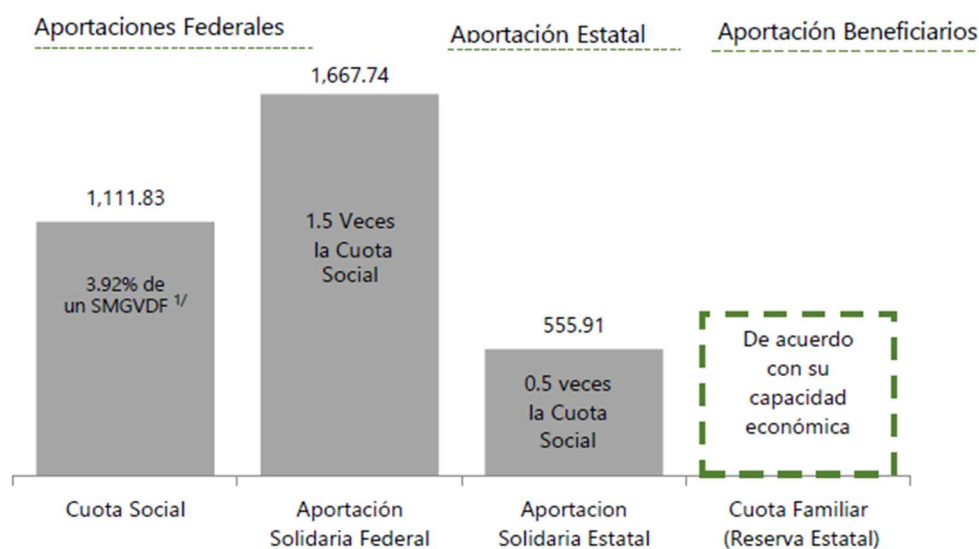
- ✓ Una Cuota Social (CS), equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario del año 2009, para la Ciudad de México antes Distrito Federal, que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2018, el monto de esta aportación es de 1,111.83 pesos, y
- ✓ Una Aportación Solidaria Federal (ASF), equivalente a un monto que debe representar al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. El promedio nacional para 2018 asciende a 1,667.74 pesos.

Los gobiernos de las entidades federativas 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 2018, el monto mínimo de este concepto es de 555.91 pesos por persona.

Por su parte, los beneficiarios del SNPSS 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.

Los montos y equivalencias de las aportaciones anuales por persona al SNPSS, para el ejercicio fiscal 2018, se resumen en la siguiente gráfica

### APORTACIÓN ANUAL POR PERSONA EN EL EJERCICIO 2018



1/ SMGVDF: Salario Mínimo General vigente en el Distrito Federal de 2009, actualizado con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.  
Fuente: DGF, CNPSS, Secretaría de Salud.

La aportación gubernamental anual por afiliado en el 2018, asciende en promedio a 3,335.48 pesos por persona.



---

## CUOTA SOCIAL

El artículo 77 BIS 12, fracción II, de la Ley General de Salud estipula que “El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para la Ciudad de México. 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 en cuenta como punto de partida será el de ese mismo año.”

---

## 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 a que hace referencia, se encuentra 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, así como criterios compensatorios con base en el perfil de 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.

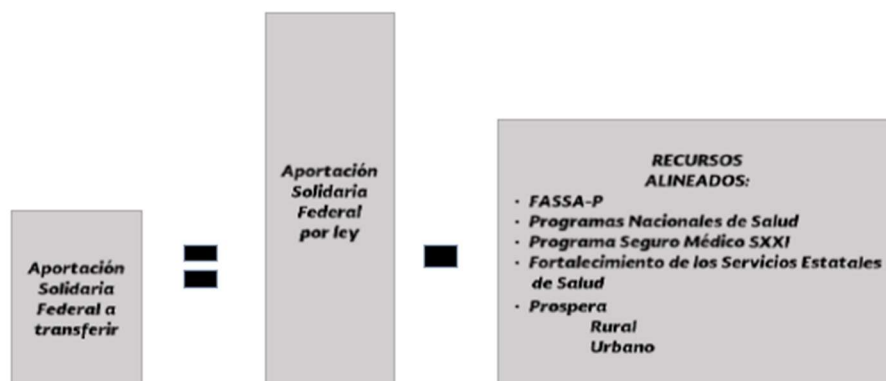
### ***Alineación de presupuestos en la ASF***

Para no duplicar los recursos que se envían a las entidades federativas, el SNPSS 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 2018, se alinean los siguientes presupuestos dirigidos a la Persona: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-P, Ramo 33); Programas Nacionales de Salud; Programa Seguro Médico Siglo XXI; Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud 2018; y Componente Salud de Prospera Programa 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 SNPSS contabiliza sólo la parte proporcional que corresponde al número de personas asegurables. Este proceso de alineación de recursos se esquematiza en la siguiente figura.

## DETERMINACIÓN DE LA ASF A TRANSFERIR



Fuente: DGF, CNPSS, Secretaría de Salud

### APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL (ASE)

La Ley General de Salud señala, en el artículo 77 bis 13, fracción I, que la aportación mínima de las entidades federativas por persona será equivalente a la mitad de la cuota social que se determine. Esta aportación debe acreditarse de conformidad a lo establecido en el ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud, publicados el 20 de septiembre de 2016.

### CUOTA FAMILIAR

El artículo 77 BIS 21 de la Ley General de Salud establece que los beneficiarios del SNPSS 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 o anual.

Las cuotas vigentes durante 2018, de acuerdo al decil de ingreso en el que se ubican las familias, se muestran a continuación:

#### CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO EN 2018

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0
II	0
III	0
IV	0
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

Fuente: CNPSS. Aviso publicado en el DOF del 27 de febrero de 2018.

Nota: Son las mismas cuotas del Aviso publicado en el DOF del 15 de febrero de 2011.

Fuente: DGF, CNPSS, Secretaría de Salud

El ingreso familiar se determina a partir de la evaluación socioeconómica de cada familia llevada a cabo en el momento de la afiliación. Con base en esta información se clasifica a las familias para ubicarlas en los deciles de la distribución de ingresos adecuado.

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<sup>5</sup>

### ANEXO III - 2018

DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL ESTADO DE SINALOA, PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS).

Recursos Presupuestales para el SPSS 2018

Entidad federativa: **Sinaloa**

RECURSOS PRESUPUESTALES LÍQUIDOS PARA EL SPSS (Anual por persona)	APORTACIONES (pesos)	EXISTENTES (pesos)	TRANSFERIBLES (pesos)	MONTO DIARIO <sup>(6)</sup> (pesos)
<b>1. CUOTA SOCIAL (CS)<sup>(1)</sup></b>	1,111.83			3.05
1.1 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)	249.05			0.68
((1) + (2) + (3)) * 8%				
1.2 Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) ((1) + (2) + (3)) * 3%	93.39			0.26
<b>1.3 Cuota Social transferible<sup>(2)</sup></b> (1) - (1.1) - (1.2)			<b>769.39</b>	2.11
<b>2. APORTACIÓN SOLIDARIA FEDERAL (ASF)<sup>(1)</sup></b>	1,445.38			
1.30 veces la CS <sup>(3)</sup>				
2.1 Recursos por persona 2018 (a) / (e)		1,635.37		
2.2 Prospera-P (Rural) (f) / (h)		202.91		
2.3 Prospera-P (Urbano) (g) / (i)		202.91		
<b>COMPLEMENTO ASF<sup>(2)(4)</sup></b>				
Personas No Derechohabientes (2) - (2.1)			-	-
Personas Prospera (Rural) (2) - (2.1) - (2.2)			-	-
Personas Prospera (Urbano) (2) - (2.1) - (2.3)			-	-
<b>3. APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL (ASE)<sup>(5)</sup></b> (0.5 veces la CS)	555.92			1.52

Notas:

(1) CS y ASF aplicables al ejercicio presupuestal 2018.

(2) Monto a transferir directamente a la Entidad Federativa.

(3) Como lo establece el Artículo 77 Bis 13 fracción II de la Ley General de Salud: El límite utilizado para el cálculo de la ASF es obtenido con base en la fórmula establecida para tal efecto en el Artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. El límite será publicado en el Diario Oficial de la Federación. En caso de que se presenten variaciones como resultado de ajustes a la información utilizada para la construcción de la fórmula, la Comisión Nacional notificará los cambios correspondientes a los recursos transferibles.

(4) Diferencia entre la ASF por persona y los recursos federales susceptibles de integración orientados a la prestación de los servicios de salud a la persona, como lo establece el Artículo Décimo Transitorio de la Ley General de Salud, Décimo Cuarto Transitorio fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud y los Mecanismos para la Contabilización de los recursos a integrar en la ASF, publicados en el D.O.F. el 12 de diciembre de 2006.

(5) Cantidad sujeta a que la entidad federativa entregue la ASE del ejercicio fiscal 2018, conforme a lo establecido en el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la integración de la ASE del Sistema de Protección Social en Salud vigente.

(6) Monto diario de las aportaciones federales y estatales del SPSS, financiamiento de acuerdo a la vigencia de derechos de las personas incorporadas al SPSS, derivado de la reforma al artículo 44 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, publicado en el D.O.F. el 17 de diciembre de 2014. La cápita anual del ejercicio 2018 determinada se divide entre 365 (días) para obtener la cápita diaria por afiliado.

<sup>5</sup> Artículo 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

INTEGRACIÓN DE LA ASF (ALINEACIÓN DE PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS <sup>(7)</sup> )		
<b>RECURSOS A LA PERSONA (pesos)</b>	<b>(a)</b>	<b>2,000,058,806</b>
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P)		1,815,809,505
Seguro Médico Siglo XXI		67,640,802
Otros Programas <sup>(8)</sup>		76,211,388
Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud		40,397,111
<b>POBLACIÓN ASEGURABLE</b>		
Personas sin seguridad social	<b>(b)</b>	1,355,620
Personas IMSS-Prospera (Rural)	<b>(c)</b>	115,208
Personas IMSS-Prospera (Urbano)	<b>(d)</b>	17,411
Personas asegurables	<b>(e) = (b) - (c) - (d)</b>	1,223,000
<b>2.1 RECURSOS A LA PERSONA (pesos)</b>	<b>(a) / (e)</b>	<b>1,635.37</b>
<b>RECURSOS PROSPERA A LA PERSONA</b>		
Prospera-P (Rural) (pesos)	<b>(f)</b>	54,740,095
Prospera-P (Urbano) (pesos)	<b>(g)</b>	32,286,905
Personas Prospera / SSA (Rural)	<b>(h)</b>	269,779
Personas Prospera / SSA (Urbano)	<b>(i)</b>	159,023
<b>2.2 RECURSOS PPROSPERA RURAL POR PERSONA (pesos)</b>	<b>(f) / (h)</b>	<b>202.91</b>
<b>2.3 RECURSOS PROSPERA URBANO POR PERSONA (pesos)</b>	<b>(g) / (i)</b>	<b>202.91</b>

Notes:

(7) Esta integración es con base en los presupuestos federales autorizados 2018 y puede sufrir ajustes en función de modificaciones a los mismos, como lo establece la fracción II, en su numeral II del Artículo Décimo Cuarto transitorio del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud y los Mecanismos para la Contabilización de los recursos a integrar en la ASF publicados en el D.O.F. el 12 de diciembre de 2006. En caso de sufrir variaciones, la Comisión Nacional notificará a la entidad federativa los ajustes correspondientes a los recursos transferibles.

(8) Programas Nacionales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

La información de las compras en especie centralizadas por la Secretaría de Salud que se autoricen, se concentrará en el Apéndice IV-I-2018 del Anexo IV, ejercicio 2018, del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

## APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SPSS

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

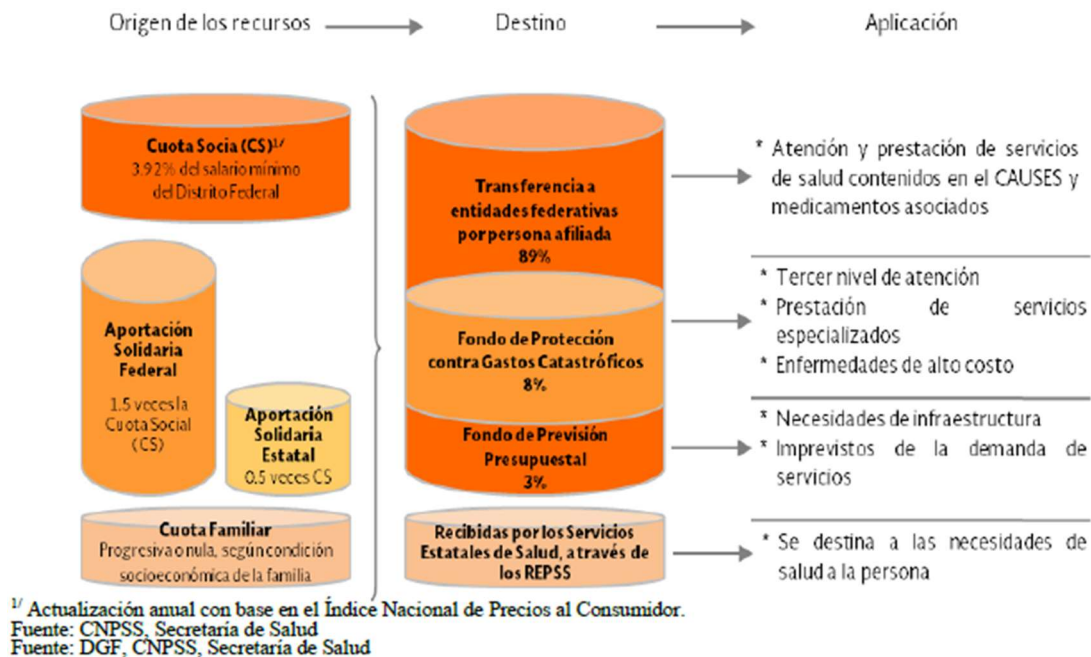
1. El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el CAUSES;
2. El 8% se canaliza al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias; y,
3. El 3% se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal, 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 Nacional de Protección Social en Salud, 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, a través de los REPSS y destinadas a las necesidades de salud a la persona.

El origen, destino y aplicación de los recursos financieros del SPSS se muestra a continuación:

## ORIGEN, DESTINO Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SPSS



La aplicación de los recursos del SPSS, se destinan a garantizar el financiamiento de:

- ✓ La prestación de los servicios de salud ofrecidos a la población afiliada contenidos en el Catálogo Universal de servicios de salud (Causes)
- ✓ El tratamiento de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico, mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y,
- ✓ La previsión presupuestal, a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), conforme a lo establecido en la LGS, que contempla recursos para:
- ✓ El desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social;
- ✓ La cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal;
- ✓ El establecimiento de una garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud (portabilidad).
- ✓ El uso de estos recursos se realiza de acuerdo al destino al que pertenecen (subsidio o fondos del SPSS).

## RESULTADOS DEL SEGURO POPULAR

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece dentro de sus cinco metas nacionales, la de “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población. En ese contexto, el SPSS juega un papel importante para brindar el acceso real a la seguridad en materia de salud, a 53.3 millones de personas.

La póliza de afiliación que emite el SPSS, a quien voluntariamente decide afiliarse, consolida el derecho a la salud consagrado en el artículo 4° de nuestra Carta Magna, que señala: “...*toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto en la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...*”, ya que el derecho a la salud se hace explícito.

A más de 14 años de su puesta en operación como política pública dirigida a garantizar el acceso a la salud de la población sin seguridad social

Bajo esta premisa, el planteamiento del SPSS se dirige a lograr y consolidar un único sistema que logre posicionar a México como uno de los países que tienen un sistema de protección social que protege a todos los ciudadanos independientemente de su condición laboral.

De manera general la visión del sistema de salud mexicano busca tener prestaciones de atención médica, prestaciones monetarias (vejez, enfermedad, accidentes, invalidez y vida) y vivienda; para ello es necesario que cuente con componentes específicos que cambiarían el funcionamiento actual del sistema:

- ✓ Un fondo único de aseguramiento que permitiría diversificar riesgos en salud a escala nacional, de manera solidaria y eficiente.
- ✓ La existencia de una contribución social generalizada para la salud.
- ✓ Separar el financiamiento de la atención médica del de otras prestaciones de la seguridad social.
- ✓ Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud.
- ✓ Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud.

De conformidad con el marco legal que rige al SPSS, los beneficiarios adquieren obligaciones en materia de afiliación, como cumplir dentro de los plazos establecidos con los siguientes requisitos: complementar los expedientes de afiliación en un término de 90 días en caso de haberse afiliado sin ningún documento probatorio, y hasta 365 días para complementar documentación en caso de que en su núcleo familiar cuente con un recién nacido del cual se haya acreditado su existencia con el Certificado Único de Nacimiento, en tanto obtienen el Acta de Nacimiento que expide el Registro Civil para dar fe pública del hecho. Las familias afiliadas que aportan cuota familiar, deben acreditar ante el MAO haber cubierto dicha cuota en forma trimestral, semestral o anual y acudir por su póliza renovada.

El incumplimiento de los requisitos enumerados anteriormente permite que otros beneficiarios ocupen los espacios disponibles, con la prelación previamente acordada con las entidades federativas en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Al respecto, se da prioridad a población vulnerable como niños menores de cinco años, mujeres

embarazadas, adultos mayores y beneficiarios de “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya”.

Cabe mencionar que, a partir de 2016, mediante la “Estrategia Nacional de Inclusión”, se reforzó la prioridad en la prelación de afiliación de los beneficiarios de los programas “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya” y Pensión para Adultos Mayores 65 y Más. Esta Estrategia tuvo su origen en un acuerdo interinstitucional en el mes de marzo del mismo año, entre la Secretaría de Desarrollo Social ahora Secretaría de Bienestar y la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y de los 32 Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Su objetivo es contribuir a reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios de estos programas, que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

## RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA DE DERECHOS

Con la publicación de los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, el 9 de mayo de 2018 en el Diario Oficial de la Federación, se reemplazó el término de reafiliación por el de Renovación de la Vigencia de Derechos, a partir del cual el Sistema de Administración del Padrón, renueva la vigencia de derechos de los afiliados no contributivos, y que no cuentan con seguridad social en materia de salud de otras instituciones públicas.

Para el SPSS, la Renovación de la Vigencia de Derechos es un indicador importante, que permite asegurar la continuidad del esquema de protección social en salud a la población beneficiaria sin que los trámites tengan que realizarse de manera presencial de origen. De tal forma que si se requiere el servicio de salud y su vigencia concluyó solo habrá que presentarse en cualquier MAO de la entidad, o en el centro de salud que le corresponda, a efecto de recibir la atención médica y su correspondiente póliza renovada por 3 años.

## CONSISTENCIA DEL PADRÓN NACIONAL DE BENEFICIARIOS DEL SPSS

El Padrón Nacional de Beneficiarios se valida mensualmente en cumplimiento al marco normativo, mediante procesos informáticos que identifican los registros que cumplen con los criterios de validación de Padrón y los que deben ser objeto de revisión por parte de los REPSS. Asimismo, se solicita la confronta con la base de datos del Registro Nacional de Población (RENAPO), a fin de corroborar que la Clave Única de Registro de Población (CURP), proporcionada por los beneficiarios al momento de su afiliación, es válida.

## RESULTADOS EN LA AFILIACIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

Una de las prioridades del SPSS, en materia de afiliación, es asegurar el acceso efectivo a la salud a los grupos vulnerables. Al respecto, el Artículo 36, Apartado A, fracción I del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2018, establece que la CNPSS deberá difundir criterios para la definición de la población sujeta a afiliación, prioritariamente niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. Asimismo, en acuerdo con las entidades federativas, se establece la atención, de manera prioritaria, a la población en condiciones de vulnerabilidad.

Como estrategia particular para la atención de la población en condición de vulnerabilidad y asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud de la misma, se implementó la Estrategia Nacional de Inclusión, en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social ahora Secretaría de Bienestar, que

incluyó a los beneficiarios de los programas “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya” y Pensión para Adultos Mayores 65 y Más, y que representa el desarrollo y continuidad, de un esfuerzo sin precedentes para el SPSS, en las 32 entidades federativas para 2018.

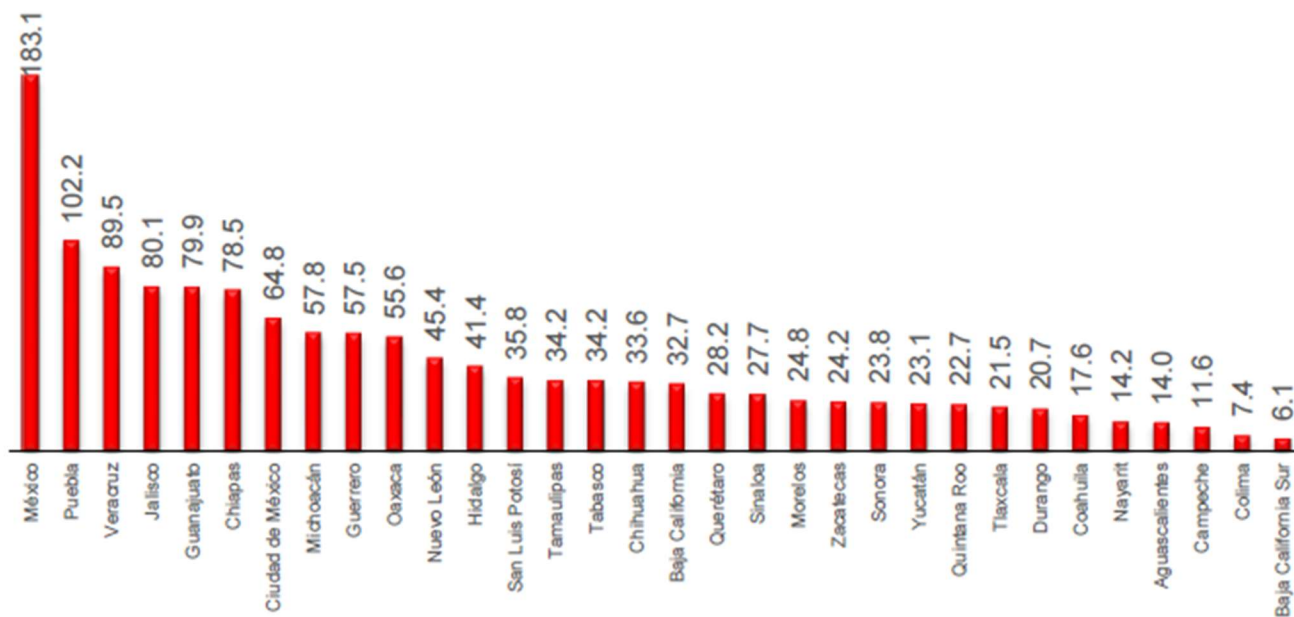
Asimismo, en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), la Secretaría de Gobernación (SEGOB) y el Instituto Nacional de Migración (INM), se brinda a los mexicanos, repatriados en la frontera norte, atención integral; implementando esfuerzos en materia de provisión de información sobre el SPSS, ya sea afiliando a los connacionales procedentes de los Estados Unidos, en los 5 estados fronterizos del norte, donde se encuentran los 11 puntos de recepción (Módulos de Repatriación), así como en la reimpresión de pólizas de afiliación a los que ingresan por el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México.

## PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI

El Programa SMSXXI, tiene el objetivo de garantizar el financiamiento de la atención médica y preventiva de la población menor de cinco años de edad, a fin de procurar mejores condiciones de salud y mayores oportunidades, para niños y niñas sin acceso a protección social en salud; por lo que, resulta prioritaria la afiliación de la población elegible residente en el territorio nacional como beneficiarios de este programa.

De esta forma, de enero a diciembre de 2018 se afiliaron al programa un total de 1.4 millones de niños elegibles y que, en conjunto con el número de menores de cinco años de las familias afiliadas previamente al 2018, suman un total de 4.8 millones de niños incluidos en el Programa SMSXXI.

### NUEVOS AFILIADOS BAJO EL PROGRAMA SMSXXI



Fuente: DGAO, CNPSS, Secretaría de Salud. Diciembre 2018.



## ESTRATEGIA DE AFILIACIÓN EMBARAZO SALUDABLE

Embarazo Saludable surgió, en el año 2008, como una estrategia de afiliación enfocada a reducir la mortalidad materna e infantil, asegurando la incorporación al SPSS de las mujeres embarazadas, para tener acceso inmediato a los servicios de salud. De manera complementaria, se determinó que las mujeres embarazadas y sus familias, que se ubiquen entre los deciles de ingresos del I al VII, se afilien bajo el régimen no contributivo, por lo que quedan exentas del pago de la cuota familiar con la finalidad de coadyuvar a romper el ciclo de pobreza.

Con datos a diciembre de 2018, para el estado de Sinaloa se alcanzaron 68,184 de incorporaciones bajo esta modalidad, es decir, se tuvo un crecimiento porcentual de 2.9% en la afiliación, respecto de 2017.

## AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PROSPERA

“PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya” tiene el objetivo de incrementar las capacidades asociadas a la educación, salud y alimentación de las familias beneficiarias, para contribuir a la ruptura del ciclo generacional de la pobreza. En este sentido, los beneficiarios de este programa, en su componente de salud, son un grupo que forma parte de la población objetivo del SPSS, en aquellos casos en los que carecen de algún tipo de seguridad social en salud.

## ESTRATEGIA NACIONAL DE INCLUSIÓN PROGRAMAS PROSPERA Y ADULTOS MAYORES 65 Y MÁS

La coordinación interinstitucional entre el SPSS y Secretaría de Desarrollo Social ahora Secretaría de Bienestar, trajo como resultado la afiliación de beneficiarios al SPSS de dos de los principales programas de esta institución: “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya” y Pensión para Adultos Mayores 65 y Más. Si bien, la población beneficiaria de ambos programas, ha sido focal para el SPSS desde sus inicios, el volumen alcanzado de personas afiliadas durante el año 2018, constituye un logro importante, que involucra recursos humanos, financieros y logísticos a nivel federal y de las entidades federativas.

El trabajo coordinado entre ambas instituciones, mediante la confronta de sus respectivos padrones, permitió la determinación del universo de la población objetivo, de acuerdo a los criterios de elegibilidad del SPSS. De esta manera, se estableció una cobertura de afiliación al SPSS de 2.5 millones de personas para “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya” y de 1 millón de personas para el Programa Pensión para Adultos Mayores 65 y Más; logrando al mes de diciembre de 2018, un avance en las coberturas a nivel nacional de 121.7% y 63.3%, respectivamente en cada programa, y para el estado de Sinaloa la meta fue de 88,759 personas para PROSPERA lo que representa un avance de 121.2% y para el Programa de Pensión para Adultos Mayores 65 y Más, fueron 20,944 lo que representa un avance del 72.9%, lo anterior indica que Sinaloa esta muy cerca de la media nacional para PROSPERA y por arriba de la media para el Programa de Pensión para Adultos Mayores 65 y Más

## POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE ZONAS PRIORITARIAS

En 2009, el Gobierno Federal puso en marcha el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), operado por la Secretaría de Desarrollo Social ahora Secretaría de Bienestar, con el objetivo de contribuir a la reducción de las desigualdades regionales mediante la atención integral de los rezagos relacionados con la infraestructura comunitaria y la carencia de servicios básicos en las viviendas localizadas en localidades y municipios de muy alto y alto grado de marginación, rezago social o alta concentración de pobreza.

De esta forma, el SPSS orienta sus esfuerzos de afiliación a las zonas de atención del PDZP, a efecto de coadyuvar al cumplimiento del objetivo de ese programa de reducir las desigualdades regionales, en materia de salud.

### AFILIACIÓN EN ZONAS PRIORITARIAS

Entidad federativa	Beneficiarios del SPSS	Beneficiarios en zonas prioritarias 1/	% de participación en ZP del total de afiliados	%
	a	b	c = (b/a)*100	Participación
Campeche	474,324	102,472	21.6%	0.8
Chiapas	3,470,352	2,720,860	78.4%	20.9
Chihuahua	1,204,987	196,839	16.3%	1.5
Durango	736,363	123,642	16.8%	0.9
Guanajuato	3,011,165	71,138	2.4%	0.5
Guerrero	2,241,345	1,496,485	66.8%	11.5
Hidalgo	1,666,161	417,169	25.0%	3.2
Jalisco	3,014,388	60,698	2.0%	0.5
México	7,114,973	705,241	9.9%	5.4
Michoacán	2,309,934	399,758	17.3%	3.1
Morelos	977,729	6,157	0.6%	0.0
Nayarit	526,632	55,314	10.5%	0.4
Nuevo León	1,191,656	28,033	2.4%	0.2
Oaxaca	2,637,807	1,760,725	66.7%	13.5
Puebla	3,349,337	1,293,780	38.6%	9.9
Querétaro	881,601	98,939	11.2%	0.8
Quintana Roo	600,393	152,171	25.3%	1.2
San Luis Potosí	1,484,429	573,386	38.6%	4.4
Sinaloa	1,054,648	111,793	10.6%	0.9
Sonora	868,430	7,875	0.9%	0.1
Tamaulipas	1,293,441	47,104	3.6%	0.4
Veracruz	4,050,186	2,109,879	52.1%	16.2
Yucatán	949,958	480,649	50.6%	3.7
Zacatecas	868,567	15,544	1.8%	0.1
Las demás <sup>2/</sup>	7,551,553	0	n.a.	n.a.
<b>Total nacional</b>	<b>53,530,359</b>	<b>13,035,651</b>	<b>24.4%</b>	<b>100.0</b>

<sup>1/</sup> La frase "beneficiarios en zonas prioritarias" se refiere a los afiliados de los municipios del PDZP, catálogo 2018.

<sup>2/</sup> Entidades Federativas sin Zonas Prioritarias: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Ciudad de México, Tabasco y Tlaxcala.

n.a. = no aplica.

Fuente: DGAO, CNPSS, Secretaría de Salud. Diciembre 2018.

## BENEFICIARIOS REPATRIADOS

La Secretaría de Gobernación, a través del Instituto Nacional de Migración lanzó la estrategia "Somos mexicanos", cuyo objetivo es brindar a los mexicanos en retorno, una atención integral, por medio de

un modelo interinstitucional para que contribuyan en el corto plazo al desarrollo de nuestro país, fortaleciendo la política orientada a la reinserción social de las personas repatriadas desde los Estados Unidos.

Se estima que, a partir del año 2009, después de la recesión que sacudió la economía mundial, el flujo migratorio entre México y los Estados Unidos cambió, alcanzando una tasa neta igual a cero; es decir, el número de mexicanos que regresa al país es, prácticamente igual, al número de personas que deciden emigrar. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) del INEGI, entre 2009 y 2014, cerca de 1 millón de mexicanos y sus familias, regresaron de Estados Unidos a México. Según el Censo de Población de los Estados Unidos, en el mismo periodo, más de 870,000 personas ingresaron a ese país provenientes de México.

## CRUZADA NACIONAL CONTRA EL HAMBRE

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé en su artículo 4°, que el Estado tiene el deber de implementar las medidas necesarias para garantizar el derecho de toda persona a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad.

En este sentido, la estrategia Cruzada Nacional contra el Hambre, es un esfuerzo participativo entre los sectores público, social y privado, así como de organismos e instituciones internacionales, que tiene como propósito conjuntar recursos de la federación, de las entidades federativas y los municipios, para canalizarlos a personas que viven en condiciones de pobreza extrema y que presentan carencias en el acceso a la alimentación.

En este rubro, al mes de diciembre de 2018, se han afiliado 74,29 de personas en Sinaloa.

## PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN

Al ser un programa federal, el SP cuenta de una matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Esta MIR se puede consultar en la página electrónica del CONEVAL o en la del SP: El cuadro siguiente presenta lo relativo al nivel de Fin y de Propósito.

Nivel: Fin					
Objetivo	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo - Dimensión - Frecuencia	Meta anual programada
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	Sectorial/Transversal:				
	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Resultado de la división del número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud entre el total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud, multiplicado por 100. Se considera que un hogar incurre en gasto catastrófico en salud cuando efectúa un pago de bolsillo para atender su salud mayor al 30% de su ingreso efectivo (Ingreso total menos gasto en alimentos)	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Bimestral	3.5
Nivel: Propósito					
Objetivo	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo - Dimensión - Frecuencia	Meta anual programada
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especializada en unidades de salud con calidad	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	(Total de personas incorporadas en el año)/(Total de personas a incorporar en el año) x 100	Porcentaje	Estratégico - Eficacia - Anual	100

A consideración del equipo evaluador, el Resumen Narrativo de del Fin y del Propósito es consistente con el problema a atender por el SP y el objetivo del SP. Los indicadores también son consistentes con el Resumen Narrativo. En este sentido se tiene que hay una lógica horizontal y vertical de la MIR

El programa presupuestario cuenta con una MIR Estatal que esta muy apegada a la MIR Federal y por lo tanto es consistente con el objetivo del programa. Se muestra el nivel Fin y Propósito de la MIR Estatal.

<b>Fin</b>	<b>Orden</b>	1
	<b>Objetivo</b>	Contribuir al acceso de los servicios de salud, mediante la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.
	<b>Supuestos</b>	Que el Estado no se encuentre en periodo electoral. Que las personas acudan al lugar de la convocatoria para solicitar la incorporación al SPSS. Que las unidades médicas brinden una adecuada atención. Condiciones climatológicas adecuadas. Que los recursos lleguen oportunamente. Seguridad adecuada en las comunidades. Cambio de domicilio de las familias para su reincorporación al SPSS. Incorporación de los afiliados a otra Seguridad social. Que las personas acudan individualmente a los módulos de afiliación a solicitar su incorporación.
	<b>Indicador</b>	Porcentaje de variación de la población afiliada al seguro popular.
	<b>Definición</b>	El indicador mide la variación de la población afiliada en el año anterior y el año actual.
	<b>Método de Cálculo</b>	$(\text{Número de sinaloenses afiliados al seguro popular en el año actual} / \text{Número total de la población sinaloense en el año actual}) - (\text{Número de sinaloenses afiliados al seguro popular en el año anterior} / \text{Número total de la población sinaloense en el año anterior}) * 100$
	<b>Tipo de valor de la meta</b>	Relativo.
	<b>Dimensión del Indicador</b>	Eficacia
	<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.
	<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
	<b>Tipo de indicador</b>	Estratégico .
	<b>Medios de verificación</b>	Información del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
<b>Propósito</b>	<b>Orden</b>	2
	<b>Objetivo</b>	Otorgar servicios de salud a las familias sinaloenses que no tienen acceso a los mismos.
	<b>Supuestos</b>	Que las unidades médicas brinden una atención de calidad, oportuna y eficaz. Que se cuente con los insumos y materiales necesarios para la atención. Que las unidades médicas cuenten con la infraestructura adecuada y recursos humanos necesarios para la atención.
	<b>Indicador</b>	Porcentaje de la población sinaloense incorporada al seguro popular
	<b>Definición</b>	El indicador mide el total de personas incorporadas al Seguro Popular.
	<b>Método de Cálculo</b>	$(\text{Número de personas incorporadas al seguro popular} / \text{Número total de la población sinaloense}) * 100$
	<b>Tipo de valor de la meta</b>	Relativo.
	<b>Dimensión del Indicador</b>	Eficacia
	<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje.
	<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
	<b>Tipo de indicador</b>	Estratégico .
	<b>Medios de verificación</b>	Información del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

La evaluación encuentra que el incremento de la cobertura del Seguro Popular disminuye la probabilidad de que los hogares elegibles al programa realicen un gasto de bolsillo en salud estrictamente positivo. También muestra que el Programa reduce también la probabilidad de hacer un gasto positivo en atención primaria y en hospitalización.

El Seguro Popular reduce, de forma causal, el gasto de bolsillo de los hogares afiliados al programa. Esta es la principal función del Programa de acuerdo a la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR), por lo tanto, el programa cumple con su objetivo.

## EFFECTOS ATRIBUIBLES

1. Efecto en reducción de gastos catastróficos y efecto menor en el gasto de bolsillo por medicamentos en la atención ambulatoria,
2. Mayor ahorro (Eficientización) en medicamentos para atención hospitalaria.
3. Mayor probabilidad de utilización de servicios de salud de la población afiliada al sistema.
4. Mejora en la prevención de las condiciones de salud y atención a los afiliados.

## OTROS EFECTOS

El SPSS consiste básicamente en un mecanismo financiero, el Seguro Popular, a través del cual se busca que los afiliados puedan acceder a una serie de intervenciones de salud garantizadas de los tres niveles de atención sin tener que hacer una erogación en el punto de servicio. Las intervenciones se dividen en aquéllas que se listan en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), las que se cubren por parte del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), así como también las que contempla el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)

Para el fin del ejercicio 2018 CAUSES cubre **294** intervenciones, el FPGC **65** intervenciones y el SMSXXI **146** intervenciones.

## OTROS HALLAZGOS

El SPSS es un programa operado por la federación, en específico por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y por los estados, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Cabe mencionar además que los proveedores de servicios de salud son hoy en su mayoría los Servicios Estatales de Salud. Para la operación del SPSS es crucial que:

1. Se logre la afiliación y reafiliación de la población al Seguro Popular; y
2. Se garantice el acceso a los servicios de salud de calidad sin costo en el punto de servicio.

El SPSS tiene una mecánica bien establecida<sup>6</sup>, que garantiza que el proceso se lleve a cabo de acuerdo a lo planeado. Gracias a ese proceso se tiene cobertura universal. El acceso a servicios de calidad depende por un lado, que las unidades que atiendan a los afiliados del SPSS se lleven a cabo en unidades acreditadas, responsabilidad que corresponde a la Secretaría de Salud, y por el otro, que no se les cobre a los afiliados cuotas en el punto de servicio, que depende de las unidades médicas.

<sup>6</sup> Acuerdos de Coordinación, en los cuales se establece el número de familias a afiliar en cada entidad, Manual de Afiliación y Operación, Sistema informáticos y procesos de revisión

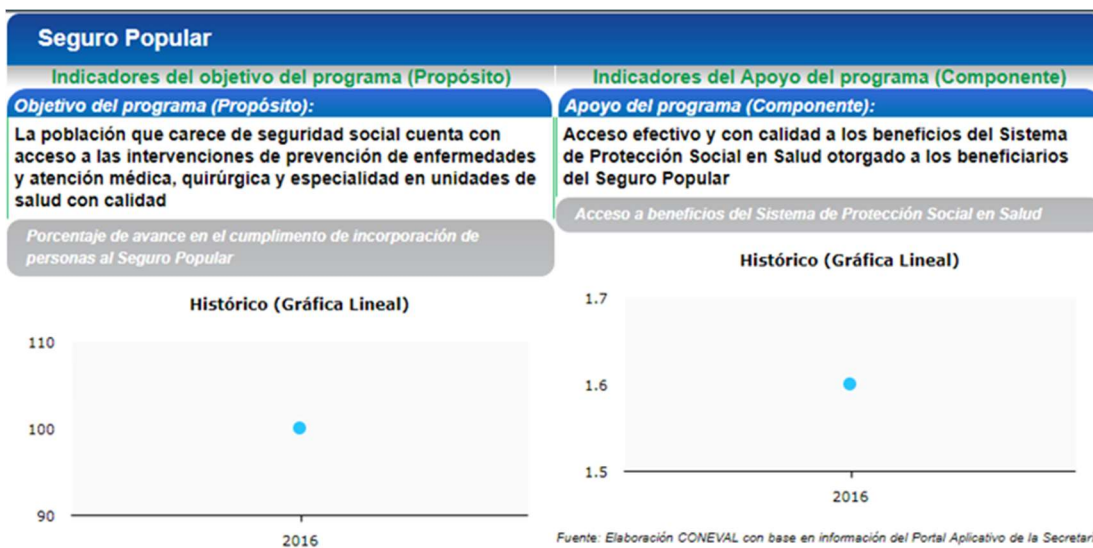
El Padrón de beneficiarios del Estado de Sinaloa, marca como meta 1 millón 223 mil personas a afiliarse o reafiliarse en el ejercicio 2018, en base a lo anterior se declara cobertura universal voluntaria, que reconoce que existe un grupo de la población que busca administrar sus riesgos financieros por motivos de salud por otros medios. En cuanto a la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2018 se han acreditado 73 unidades, aunque se conoce el porcentaje de personas atendidas en dichas unidades hasta el cierre del ciclo.,

Se reconoce que el SPSS documenta sus resultados a nivel de Fin y Propósito con indicadores de la MIR, informes de resultados. Con base en la información disponible se concluye que el programa ha tenido resultados positivos a nivel de Fin y Propósito.

En la actualidad la cantidad de recursos existentes no son el factor determinante en la calidad de los servicios sino la forma como se utilizan y operan. En base a la documentación obtenida, se aprecia una distribución inadecuada del personal médico ya sea por zona geográfica, cargas de trabajo y horarios de atención. El mecanismo de acreditación de las unidades médicas es insuficiente para asegurar la calidad de la atención. La satisfacción de los usuarios se considera alta, a pesar de que se reportaron tiempos prolongados de espera para recibir la atención ambulatoria. Menos de la mitad de los beneficiarios recibieron información sobre sus derechos al momento de su inscripción. Un área de oportunidad es el resurtimiento de medicamentos en la cantidad que requiere el afiliado

El manejo de la afiliación, reafiliación y verificación de sistema de protección de adscripción tiene hoy una limitante muy clara, si bien existe una base de datos única (WEB SERVICE) en la que entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por mencionar algunos puede ser actualizada diariamente para todo el sistema de salud. Es importante reconocer que esta actualización se hace muy a lo largo o simplemente no se realiza. Lo que ocasiona que al momento de consultar una derechohabencia, esta puede estar desactualizada o incorrecta, por lo que es muy necesario avanzar en esta plataforma para alcanzar la visión de largo plazo y poder dar un servicio oportuno, eficaz y sobre todo eficiente.

## INDICADORES DE RESULTADOS



Fuente: Elaboración CONEVAL con base en información del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH)

Fuente: Elaboración CONEVAL con base en información del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH)

El derecho a la salud en México emana de la Constitución, la cual lo reconoce dentro de las garantías individuales en el cuarto párrafo del artículo 4º: "... toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general". Este reconocimiento del derecho se ajusta a los lineamientos internacionales en la materia, tales como recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre derechos humanos.

En México, el derecho a la salud forma parte de los derechos sociales, lo que obliga al Estado a garantizarlo y protegerlo ofreciendo una serie de prestaciones y medios necesarios para satisfacer las necesidades relativas a dicho derecho; es decir, el Estado interviene a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente.

El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, lo cual, a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales) (OPS/ OMS, 2000).

La afiliación a un sistema de salud no asegura que se esté recibiendo el servicio y que, en su caso, éste sea de calidad y resolutivo. Para ello, es conveniente considerar elementos de análisis que permitan identificar si la cobertura de los servicios de salud se traduce en que, al demandarlos, éstos sean otorgados y en qué medida son accesibles, de calidad y corresponden a las necesidades de las y los beneficiarios.

Diversas razones pueden determinar el que una persona afiliada a un sistema de salud no reciba los servicios a los que tiene derecho: pueden ir desde la inexistencia del servicio específico que es requerido hasta la falta de información sobre los servicios a los que pueden acceder o la desconfianza en los que son ofrecidos.

El análisis de acceso y uso efectivo de los servicios de salud puede ser realizado desde la perspectiva de diferentes dimensiones a través de las cuales se pueden construir indicadores que informen sobre la existencia de las características de los servicios que permitan garantizar el derecho a la salud. De acuerdo con la OMS, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó en el año 2000 una observación general sobre el derecho a la salud en la que se afirma que éste abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad<sup>7</sup>

Con base en estos últimos y con la revisión de fuentes de información pública, se definieron dimensiones<sup>8</sup> para analizar el acceso y uso efectivo, las cuales incluyen tres de los elementos

---

<sup>7</sup> Consultado el 27 de septiembre de 2013 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

<sup>8</sup> Para definir las dimensiones del análisis realizado, se consultaron las fuentes de información existentes, entre las que se encuentran el MCS-ENIGH, el Censo de Población y Vivienda 2010, ambos realizados por el INEGI, la ENSANU del Instituto Nacional de Salud Pública,

considerados por la OMS: disponibilidad, accesibilidad y calidad, y la utilización de los servicios de salud. Se construyeron indicadores que corresponden a una aproximación de cada una de las dimensiones, considerando que la información no siempre fue suficiente para cubrir todos los aspectos relevantes en cada dimensión.

En el estado de Sinaloa, el Seguro Popular ha sufrido cambios para mejorar su desempeño en la afiliación y reafiliación de los derechohabientes, la generación de una MIR estatal es la prueba de que están comprometidos en una mejora continua y por ende el logro de los objetivos y metas plasmados en el Plan Estatal de Desarrollo y su Plan Sectorial de Salud.

---

## DISPONIBILIDAD

Se refiere a la obligación del Estado de garantizar la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud. La disponibilidad de servicios de salud se basa en la puesta en marcha de las unidades médicas y hospitales mediante la existencia de los recursos materiales, humanos y presupuestarios necesarios para la atención a la salud de la población.

En este sentido, la disponibilidad se mide como los recursos humanos y unidades existentes, así como sus características, para dar atención a problemas de salud de la población en relación con la población que potencialmente se está obligado a atender.

---

## ACCESIBILIDAD

La accesibilidad se basa a la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean éstos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender. En este caso, la accesibilidad se mide con indicadores que sólo consideran el tiempo que los individuos requieren para trasladarse al hospital en una emergencia médica.

Se da por sentado que el Seguro Popular es el responsable de la atención de los derechohabientes, es decir, que es el responsable de dar los servicios de salud, hospitalización, medicamentos, por mencionar algunos. Pero en realidad su finalidad es de afiliar o reafiliar a las personas y canalizarlos a las unidades médicas de los Servicios de Salud en el estado por lo que a veces una mala calidad en la atención le repercute directamente a este programa, cuando este indicador no depende de él.

---

## UTILIZACIÓN

Se refiere al uso que hacen los individuos de la infraestructura o establecimientos, bienes y servicios de salud cuando lo requieren. Este indicador al igual que la accesibilidad depende de manera indirecta del Seguro Popular.

---

## CALIDAD

Se refiere a que la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de salud de los pacientes, lo cual requiere, entre otros aspectos, de personal

---

registros administrativos del Seguro Popular hasta 2010 y las bases de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2000-2010 producidas por el SINAIS.



suficiente, medicamentos apropiados y suficientes, equipamiento adecuado, condiciones sanitarias y de higiene adecuadas, y buen trato por parte del personal de salud hacia las y los beneficiarios.

Como se ve los indicadores de accesibilidad, utilización y calidad estos impactan de manera directa en el desempeño del Seguro Popular, por lo cual es importante encontrar la correlación entre el servicio otorgado por los Servicios de Salud del estado y la participación del programa en mención.

## DESTINO DE LOS RECURSOS Y SU VINCULACIÓN CON LOS RESULTADOS

En la Ley General de Salud se establece que el SPSS afiliará voluntariamente a las personas que no están afiliados a una institución de seguridad social. La verificación de esta condicionante se basa en el reporte de los solicitantes, el cual se toma de buena fe. A nivel nacional a la fecha se encuentran afiliados al sistema más 51.8 millones de personas, con lo cual se declara que se ha logrado la cobertura universal voluntaria, en el estado de Sinaloa, esta cobertura se tiene desde el ejercicio 2011.

El término voluntaria reconoce que existe un grupo de la población, como ocurre en otros países, que busca administrar sus riesgos financieros por motivos de salud por otros medios. A lo largo del tiempo el SPSS ha priorizado la afiliación a grupos particularmente vulnerables, beneficiarios de Prospera (antes Oportunidades), mujeres embarazadas y niños.

## POBLACIÓN

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 y presenta las características que se mencionan en los apartados siguientes.

### TAMAÑO DE NÚCLEOS FAMILIARES PROTEGIDOS POR EL SPSS

Para el caso del SPSS, de conformidad con el artículo 77 bis 4 de la Ley General de Salud, 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, particularmente con la metodología implementada por el INEGI.

A nivel nacional, el tamaño promedio de integrantes en los hogares ha mostrado una tendencia hacia la baja, en la Tabla se aprecia que éste, ha disminuido en 0.4 personas, desde el inicio de operaciones del SPSS en 2004, y hasta 2018. De manera particular, “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya” en 0.9 personas y el SPSS en 1.2 personas, muestran también, una tendencia decreciente.

**TAMAÑO DE LOS HOGARES A NIVEL NACIONAL, SPSS Y “PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL O DE AQUEL PROGRAMA QUE LO SUSTITUYA” (Número de Personas)**

<b>Año</b>	<b>Nacional <sup>1/</sup></b>	<b>SPSS</b>	<b>“PROSPERA Programa de Inclusión Social” <sup>2/</sup></b>
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
2016	3.8	2.3	4.1
2017	3.7	2.3	4.1
2018	3.6	2.2	4.0
<b>Diferencia 2004 vs 2018</b>	<b>-0.4</b>	<b>-1.2</b>	<b>-0.9</b>

<sup>1/</sup> Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010. Encuesta Intercensal 2015 y, ENH 2004-2016.

<sup>2/</sup> Coordinación Nacional de “PROSPERA Programa de Inclusión Social o de aquel programa que lo sustituya”. Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Diciembre 2018.

Es necesario 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 el registro y control de los beneficiarios del SPSS en el Padrón y para la póliza de afiliación.

#### 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, en Sinaloa 330,809 mujeres son titulares de la póliza de afiliación al SPSS lo que representa el 73.0 % de los 453,291 de pólizas de afiliación registradas al mes de diciembre de 2018.

#### AFILIADOS POR DECIL DE INGRESO

Del total de afiliados al SPSS, a diciembre de 2018, 99.6% corresponden a los cuatro primeros deciles de ingreso<sup>2</sup>, considerados como no contributivos; mientras que los deciles V al X, que forman parte del régimen contributivo, representan solamente el 0.4% del total de los afiliados, con excepción de los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) y de la Estrategia de afiliación Embarazo Saludable, exentos en los deciles V al VII

## AFILIADOS AL SPSS POR DECIL DE INGRESO<sup>9</sup>

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
Sinaloa	1,054,648	184,892	17.5	421,086	39.9	265,539	25.2	128,234	12.2	54,897	5.2

Fuente: DGAO, CNPSS, Secretaría de Salud, diciembre 2018.

## AFILIACIÓN REGISTRADA AL SPSS POR GÉNERO

De la afiliación total a diciembre de 2018, 53.4% corresponde a mujeres y el 46.6% a hombres

Entidad Federativa	Afiliación 2018	Mujeres	%	Hombres	%
Sinaloa	1,054,648	562,782	53.4	491,866	46.6

Fuente: DGAO, CNPSS, Secretaría de Salud, diciembre 2018.

## LOCALIDADES CON AFILIADOS AL SPSS

La localidad, es la unidad de menor desagregación, que constituye la división política del territorio nacional; el INEGI reporta para Sinaloa 5,752 localidades con población mayor a cero, dentro de las cuales, el SPSS tiene presencia de afiliados en 3,618.

## AFILIADOS POR TIPO DE LOCALIDAD

Del total de afiliados al mes de diciembre de 2018, 457,154 personas, se sitúan en zonas rurales en el estado de Sinaloa, lo que equivale al 43.3% del total de afiliados; en tanto que la Encuesta Nacional de Hogares 2018, indica que, sólo el 23.1% de la población nacional, habita en zonas rurales<sup>10</sup>.

El CONEVAL establece las siguientes clasificaciones para determinar la magnitud del problema

### Población Potencial

- Es la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del Fondo y que por tanto pudiera ser elegible para su atención

### Población Objetivo

- Es la población que el Fondo tiene planeado o programado atender para cubrir la Población Potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecido

### Población Atendida

- Es la población beneficiada por el Fondo en un ejercicio Fiscal.

Para el Programa presupuestario Seguro Popular tenemos las siguientes poblaciones

## POBLACIÓN POTENCIAL

La población potencial se define en la Ley General de Salud (LGS) en el artículo 77 bis 3, en la cual se establece que el SP está dirigido a todas las familias y las personas que no tengan seguridad social.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.

Dado que la afiliación al SP se estableció en un inicio como un proceso transitorio, la población objetivo se definió al principio como la población a afiliar y atender en cada año determinado. A partir de la cobertura universal, la población objetivo debe ser igual a la población potencial en el periodo en cuestión. Es importante recalcar que a partir del 2011 el estado de Sinaloa alcanzó la cobertura universal en salud, de acuerdo a los datos administrativos.

Cada año como parte del Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS (Anexo IV), la entidad federativa y la CNPSS validan el número de personas nuevas a afiliar al programa y las que se van a reafiliar en el año fiscal en cuestión. La nueva población se refiere a los nacimientos, personas de nueva residencia en la entidad y personas que perdieron la cobertura de la seguridad social en ese periodo de tiempo.

A través de la consulta en el WEB SERVICE se nota que la mayoría de las personas ya cuentan con una derechohabencia, por lo que las metas sobre afiliación y reafiliación han disminuido en los últimos años. No hay que olvidar que el objetivo principal del Seguro Popular es darle acceso a los servicios de salud a la población que no se encuentra afiliada a ningún sistema de salud.

Las fuentes de información utilizada para la población potencial y objetivo son las bases de datos que genera la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud y que proporciona a la CNPSS. Dicha información toma como base las proyecciones de CONAPO. La población atendida toma fuente básica de información las bases de afiliación del programa.

Para el año fiscal 2018 la población afiliada estimada fue de 1.223,000 personas.

Dada la firma cada año del Convenio de Colaboración entre la entidad de Sinaloa y el gobierno federal y la elaboración del Anexo II se tienen metas de cobertura anual. Para lograr las metas de afiliación, el programa tiene puntos de afiliación que se llaman MAO o establece brigadas de afiliación. Esta estrategia está basada en la población objetivo a afiliar a nivel municipal.

Se calcula con base en el Padrón General de Salud - el cual es la base de datos que integra y cruza información del SPSS, del IMSS y del ISSSTE - que existen aproximadamente 1'150,000 de personas que tiene el SP. Actualmente se está depurando en el padrón las personas que tienen afiliación con otras instituciones. En el estado de Sinaloa es probable que el porcentaje sea menor al nacional pues es un estado con mayor proporción de afiliados al SP que el promedio del país.

---

## 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 Egresos 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.

	Unidad de Medida	2018
Población Potencial	Personas	1,355,620
Población Objetivo	Personas	1,223,000
Población Atendida	Personas	1,078,828
<i><b><u>Población atendida</u></b></i> <i><b><u>Población objetivo</u></b></i>	Porcentaje	88.21%

**REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD**

**DIRECCION DE AFILIACION Y OPERACION**

**DEPARTAMENTO DE PADRON**

**Informe de Familias y Personas Vigentes al Seguro Popular en Diciembre de 2018**

<b>Familias Beneficiadas con el Seguro Popular</b>				
<b>CVE. MPO.</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>FAMILIAS</b>	<b>PERSONAS</b>	<b>%</b>
001	AHOME	59,852	132,603	12.29
002	ANGOSTURA	10,554	24,632	2.28
003	BADIRAGUATO	10,573	27,818	2.58
004	CONCORDIA	9,055	20,699	1.92
005	COSALA	6,445	17,095	1.58
006	CULIACAN	107,224	256,164	23.74
007	CHOIX	11,051	27,181	2.52
008	ELOTA	11,046	27,663	2.56
009	ESCUINAPA	15,331	38,366	3.56
010	EL FUERTE	21,615	49,185	4.56
011	GUASAVE	47,970	114,564	10.62
012	MAZATLAN	53,094	116,991	10.84
013	MOCORITO	14,126	31,997	2.97
014	ROSARIO	12,695	30,544	2.83
015	SALVADOR ALVARADO	14,610	33,293	3.09
016	SAN IGNACIO	6,512	14,880	1.38
017	SINALOA	23,656	58,790	5.45
018	NAVOLATO	23,828	56,363	5.22
	<b>TOTAL</b>	<b>459,237</b>	<b>1,078,828</b>	<b>100.00</b>

**COBERTURA**

El sistema de cobertura de primer y segundo nivel de atención médica se define en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); es clasificado en cinco conglomerados. Actualmente incluye 294 intervenciones, mismas que son reportadas como los principales egresos hospitalarios, cubriendo en su totalidad el diagnóstico, tratamiento y estudios requeridos en el primer nivel de atención

médica y la mayor parte de las intervenciones hospitalarias de segundo nivel; además de que incluye los 634 medicamentos asociados a estas.

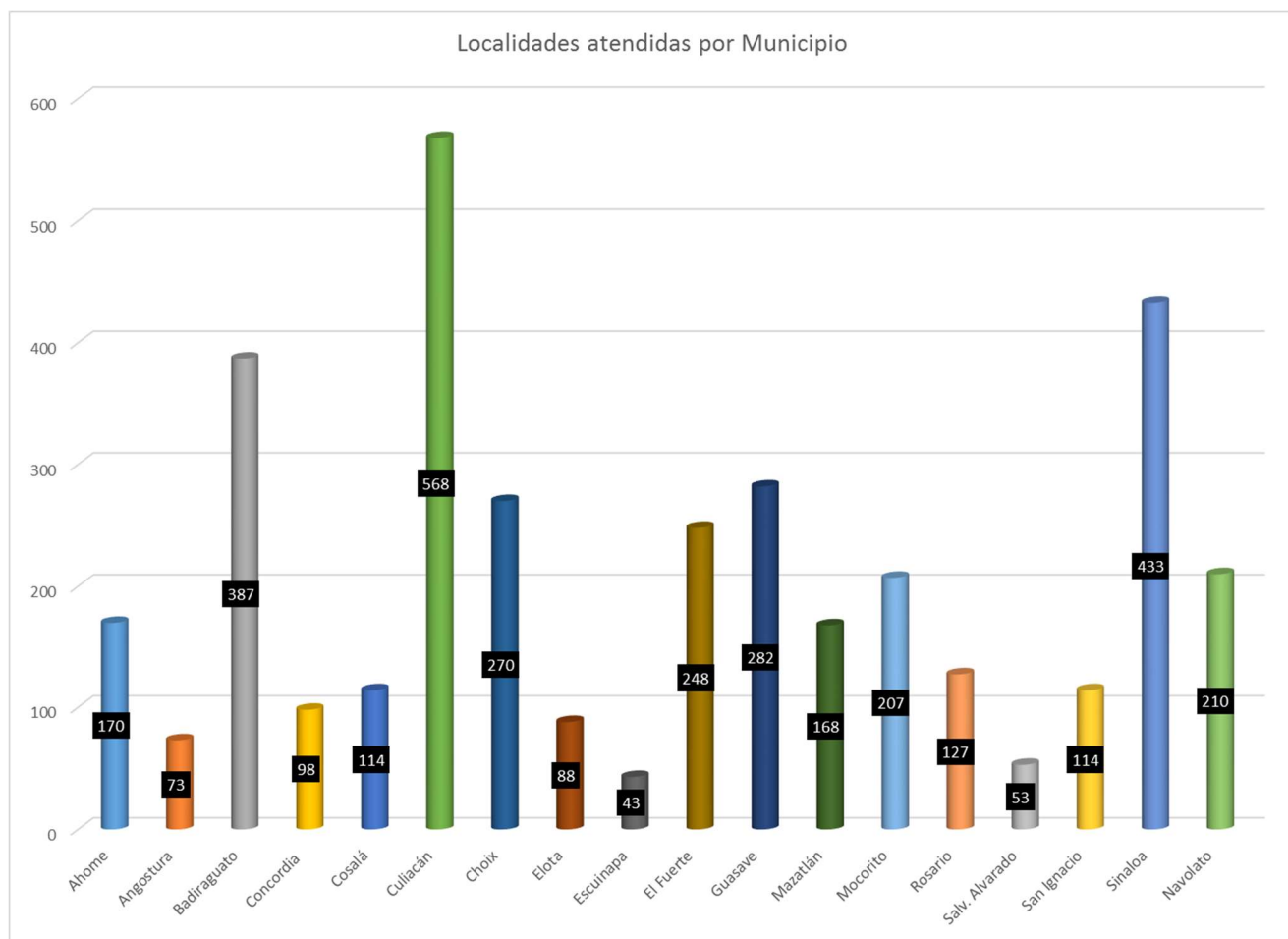
En cuanto a la infraestructura, se cuenta con 73 unidades acreditadas que brindan estos servicios médicos. En cuanto a medicina de alta especialidad que protege de gastos catastróficos, el Seguro Popular, a través del FPGC, cubre un total de 65 intervenciones agrupadas en 16 conglomerados de enfermedades.

La finalidad del FPGC es disminuir el empobrecimiento de las familias, sobre todo en los hogares de menores ingresos, ya que son los que tienen una mayor incidencia de enfermedades catastróficas y empobrecedoras, y al mismo tiempo, tienen menor probabilidad de acceder a un seguro.

Presencia del Seguro Popular en el Estado		
CVE. MPO.	MUNICIPIO	LOCALIDADES
001	AHOME	169
002	ANGOSTURA	73
003	BADIRAGUATO	390
004	CONCORDIA	93
005	COSALA	115
006	CULIACÁN	574
007	CHOIX	260
008	ELOTA	87
009	ESCUINAPA	36
010	EL FUERTE	243
011	GUASAVE	281
012	MAZATLÁN	168
013	MOCORITO	215
014	ROSARIO	124
015	SALVADOR ALVARADO	51
016	SAN IGNACIO	104
017	SINALOA	434
018	NAVOLATO	206
<b>TOTAL</b>		<b>3,623</b>

Hogares Beneficiados con el Seguro Popular (Prospera)			
CVE. MPO.	MUNICIPIO	Familias	Personas
001	AHOME	17,268	37,298
002	ANGOSTURA	3,777	8,409
003	BADIRAGUATO	6,688	17,018
004	CONCORDIA	3,069	6,983
005	COSALA	3,068	6,617
006	CULIACÁN	25,377	58,496
007	CHOIX	5,676	12,613
008	ELOTA	3,275	6,894
009	ESCUINAPA	4,152	10,094
010	EL FUERTE	9,906	20,614
011	GUASAVE	17,595	42,117
012	MAZATLÁN	10,268	23,986
013	MOCORITO	5,747	12,765
014	ROSARIO	3,784	9,271
015	SALVADOR ALVARADO	3,809	8,212
016	SAN IGNACIO	2,686	6,347
017	SINALOA	11,336	26,769
018	NAVOLATO	7,554	16,428
<b>TOTAL</b>		<b>145,035</b>	<b>330,931</b>

MUNICIPIO	PERSONAS QUE HABLAN LENGUA INDIGENA	HOGARES ENCABEZADOS POR MUJERES	HOGARES QUE TAMBIEN ESTAN INCORPORADOS A ALGUNA COLECTIVIDAD
AHOME	77	43,347	17,639
ANGOSTURA	12	7,438	3,877
BADIRAGUATO	2	7,916	6,769
CONCORDIA	0	6,273	3,549
COSALA	5	4,682	3,090
CULIACÁN	337	81,935	26,551
CHOIX	113	8,153	5,727
ELOTA	67	7,919	3,731
ESCUINAPA	638	10,935	4,397
EL FUERTE	526	16,033	10,107
GUASAVE	100	35,254	18,545
MAZATLÁN	274	38,376	11,433
MOCORITO	0	9,784	6,077
ROSARIO	59	9,300	4,634
SALVADOR ALVARADO	7	10,524	3,925
SAN IGNACIO	9	4,484	2,932
SINALOA	97	17,109	11,644
NAVOLATO	466	18,034	7,761
	<b>2,789</b>	<b>337,496</b>	<b>152,388</b>



## ANÁLISIS DE LA COBERTURA

El capítulo IV del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud, regula el Padrón de Beneficiarios, el cual es el consolidado de los padrones de beneficiarios de cada entidad federativa. De acuerdo al Artículo 50, el Padrón será de tipo nominal y deberá contener al menos los siguientes elementos: nombre, apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento, sexo; Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la CNPSS, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

Los lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, es el documento que establece el detalle de cómo conformar el Padrón de Beneficiarios. Los lineamientos establecen dos tipos de información que es en un principio integrada y administrada por los REPSS y concentrada en una base de datos que administra y pone a disposición de las entidades federativas la CNPSS:

- i) información de la identidad de la persona; e
- ii) información recabada por la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

La CURP es la clave básica de identificación en el SPSS a nivel personal, aunque a cada familia se le asigna un folio, que es el número que normalmente usan los REPSS. Previo al envío de la información

a la CNPSS cada mes se llevan a cabo los procesos de verificación y validación inicial de la información a cargo del REPSS.

La CNPSS una vez recibida la información también lleva a cabo procesos de validación de la base de datos remitida por los REPSS. De encontrar inconsistencias se lo hará del conocimiento del REPSS. La información definitiva del padrón del mes en turno será la del cierre autorizada por la CNPSS.

La recolección de información socioeconómica se realiza como parte de la afiliación al programa, con el objetivo primario de determinar la cuota familiar que debe pagar la familia en cuestión. El Capítulo III Afiliación y Reafiliación, descrita en los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, establece el procedimiento para recolectar información, el instrumento y la temporalidad. El instrumento utilizado es la CECASOEH que es una encuesta definida a nivel federal que cuenta con dos apartados:

1. Solicitud de afiliación al SPSS, en el que se indique los datos de los beneficiarios como nombre, apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento, sexo; Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad.
2. Evaluación socioeconómica que contiene las variables necesarias para definir los ingresos de la familia y con ello, si la familia pertenece al régimen contributivo o no contributivo. Las variables que mide son si la vivienda es propia, rentada o prestada, el material de la vivienda, el número de cuartos, si se dispone de escusado, baño o letrina, si se cuenta con DVD, refrigerador, estufa de gas, auto propio o lavadora.

De acuerdo con los lineamientos los Módulos de Atención y Orientación (MAO) o las brigadas, solicitarán al interesado que se haya acercado para tramitar su incorporación al SPSS, la información necesaria para requisar la CECASOEH. Esta va acompañada por copia de documentos que validan la información.

Cada año el REPSS establece en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación, las personas que serán afiliadas al SPSS con el fin de establecer la transferencia de recursos federales. Periódicamente a lo largo del año se verifica el Padrón de Beneficiarios

355 mil personas; y la población objetivo se establece como el número de personas a afiliar en el año, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en el PEF y las aportaciones que debe realizar la entidad federativa y para el caso del Estado de Sinaloa son 1 millón 223 mil personas.

La población potencial está correctamente identificada. Sin embargo, no es posible estimar apropiadamente la cobertura debido a la inadecuada definición de la población objetivo. Debido a que esta definición se establece "ad hoc" para el Programa de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, no cumple con representar a la población que cumple con los criterios de afiliación. Este problema conceptual se refleja en las cifras de la población objetivas y atendidas, que son prácticamente idénticas, lo que tiene como consecuencia una "cobertura" de 100% o mayor, que resulta artificial.

Es necesario redefinir las poblaciones de acuerdo al objetivo del Programa. Si el objetivo final es afiliación, este es el criterio de población atendida. Justamente la población atendida (la que se logra afiliar), permitirá estimar la cobertura y reflejará las capacidades de recursos y los límites de atención de los estados, como menciona el Programa. Aún con este ajuste, será necesario revisar con detalle estas definiciones, que carecen de coherencia con el alcance que el Programa tiene de acuerdo a sus



objetivos, los que consideran el “acceso efectivo” a los servicios, que rebasa el nivel reflejado en las definiciones.

## CONOCIMIENTO EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

La administración actual del Seguro Popular, identifica plenamente la metodología del marco lógico, lo que ha permitido una modificación a la MIR estatal, así como llevar las acciones necesarias para poder alcanzar las metas plasmadas en la MIR federal, MIR estatal y en los planes de desarrollo tanto nacional como estatal.

Aunado a la alineación de las metas estatales con las federales, se ve un trabajo exitoso en relacionar los objetivos del programa con el proyecto de las Naciones Unidas.

## UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El personal encargado de la ejecución del Seguro Popular, tiene identificada la MIR Federal con la que cuenta el Fondo, la cual operó a partir de 2013, también se comentó que en el Estado ya se manejan distintos programas presupuestarios, los cuales son financiados con recursos del Seguro Popular y cuentan con su propia MIR.

En esta evaluación se detecta que los principales puntos en los que han centrado las mejoras en el programa, son aquellas situaciones que fueron detectadas en evaluaciones previas. Si bien no han sido resueltas en su totalidad si se nota avances con respecto a años pasados.

De nueva cuenta se detecta que aún no se toman en cuenta las necesidades reales de salud del estado. Por lo tanto, los servidores públicos han visualizado las fallas con las que se enfrentan ante el Fondo y los temas con mayor peso, en el que observan áreas de oportunidad como es la planeación, la rendición de cuentas y el establecimiento y cumplimiento de metas. Esto ha ocasionado que la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR Estatal) se haya modificado para minimizar esta observación.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
SINALOA  
PODER EJECUTIVO

### MINUTA

REUNIÓN EFECTUADA EN LA SECRETARÍA DE SALUD PARA LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO “REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SEGURO POPULAR)”

LUGAR	SALA DE JUNTAS CENTRO DE VACUNOLOGIA
FECHA Y HORA	25 DE ABRIL DE 2018, a las 10:00 horas.
PARTICIPANTES	DEPENDENCIA
Lic. Ricardo Arturo Sainz López. Arq. José Francisco Aguilar Félix. Dra. Laura Verónica Partida Jasso.	Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
Lic. Odin Omar Vega Espinoza	Secretaría de Salud
Dr. Felipe de Jesús Peraza Garay	Secretaría de Administración y Finanzas, Dirección de Planeación
Ing. Ricardo Bazúa Parra	Secretaría de Administración y Finanzas, Dirección de Planeación

Aunado a la debilidad anterior el presupuesto del Seguro Popular ha disminuido, pero las metas han quedado iguales o han aumentado.

## RESULTADOS (CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS)

Los actores identifican el objetivo del Programa y también cuál es el principal destino de sus recursos. Esta conciencia constituye el punto de partida para cualquier acción que intente generar mejoras en la operación y resultados del Seguro Popular.

La programación se realiza colaborativamente con la participación de las áreas y por ello existe comunicación al interior del ejecutor del gasto.

Por cada movimiento realizado con los recursos de Seguro Popular se genera una póliza de control interno y por ello, existen referentes de control con información sobre todos los pagos que se llevan a cabo al interior del ejecutor del gasto

La evaluación encuentra que el incremento de la cobertura del Seguro Popular disminuye la probabilidad de que los hogares elegibles al programa realicen un gasto de bolsillo en salud estrictamente positivo. También muestra que el Programa reduce también la probabilidad de hacer un gasto positivo en atención primaria y en hospitalización.

El Seguro Popular reduce, de forma causal, el gasto de bolsillo de los hogares afiliados al programa. Esta es la principal función del Programa de acuerdo a la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR), por lo tanto, el programa cumple con su objetivo.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**SEGURO POPULAR**  
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dirección de Afiliación y Operación

### 1. OBJETIVO GENERAL DE SU PUESTO

CONTRIBUIR AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TODOS LOS SINALOENSES SIN DERECHOHABIENCIA, MEDIANTE LA INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SEGURO POPULAR) A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES MODULOS FIJOS Y MÓVILES EN EL ESTADO , EN APEGO A LA META ASIGANDA EN EL ANEXO II.

### 2. COBERTURA POBLACIONAL QUE SE TIENE EN EL ESTADO DE SINALOA EN RELACIÓN A OTRAS INSTITUCIONES.

EL 35.26 % DE LOS SINALOENSES CUENTA CON SEGURO POPULAR. (dato al 31 de diciembre de 2018)

### 3. ¿SE TIENE DEFINIDO LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO DE LOS PROGRAMAS QUE SE FINANCIAN CON EL FONDO?

SI SE TIENE DEFINIDO PARA LOS PROCESOS DE AFILIACION; LA POBLACION POTENCIAL SON TODOS LOS SINALOENSES QUE NO CUENTAN CON UN SISTEMA DE DERECHOHABIENCIA.

LA POBLACION OBJETIVO PARA ESTE AÑO ES DE 102,611 PERSONAS POR INCORPORAR DE PRIMERA VEZ AL SISTEMA Y DE 261,358 PERSONAS A RENOVAR SUS DERECHOS AL SISTEMA.

PARA GARANTIZAR LA META DE COBERTURA DEL ANEXO II DE 1,054,648 AFILIADOS



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS - SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
INDICADORES DE RESULTADOS POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO  
5257 PROSOFT-SINALOA  
Del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2018

Nombre del Indicador	Nivel	Tipo	Dimensión	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Meta 2018	Metas				Porcentaje de Cumplimiento	
							Avance Trimestral					
							I	II	III	IV		
Porcentaje de variación de la población afiliada al seguro popular	Fin	Estratégico	Eficacia	Porcentaje	Anual						-1,98%	
Porcentaje de la población sinaloense incorporada al seguro popular	Propósito	Estratégico	Eficacia	Porcentaje	Anual						35,26%	
Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas sinaloenses al Seguro Popular	Componente 1	Estratégico	Eficacia	Porcentaje	Trimestral	382.133	96.831	98.759	123.828	61.380		99,65%
Porcentaje de personas incorporadas al Seguro popular en localidades urbanas	Actividad 1.1	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Trimestral	205.254	54.856	54.557	65.186	39.136		104,13%
Porcentaje de personas incorporadas al Seguro popular en localidades rurales	Actividad 1.2	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Trimestral	176.879	41.975	44.202	58.642	22.244		94,45%
Porcentaje de unidades que brindan atención a los beneficiarios	Componente 2	Estratégico	Eficacia	Porcentaje	Semestral	256		256		256		100%
Porcentaje de la atención a solicitudes, quejas, sugerencias y felicitaciones de los usuarios	Actividad 2.1	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Semestral	80% del total de solicitudes		94%		84%		89,00%
Porcentaje de informes de supervisión	Actividad 2.2	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Semestral	2		1		1		100%
Porcentaje de entrevistas a beneficiarios	Actividad 2.3	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Semestral	2304		3767		5514		403%
Porcentaje de contratación distintos medios de comunicación	Componente 3	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Trimestral	8		10				125%
Porcentaje de spots en los distintos medios	Actividad 3.1	Gestión	Eficacia	Porcentaje	Semestral	4000		5297				132,42%

## ACCIONES DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN

El Plan Estratégico de Supervisión (PES), tiene como objetivo establecer y verificar el cumplimiento normativo y operativo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, mejorar la calidad de los servicios, evaluar el desempeño de los REPSS y coadyuvar con los órganos competentes federales y locales en el control y fiscalización de los recursos transferidos a las entidades federativas, así como incrementar la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua.

Las actividades de supervisión y seguimiento establecidas en el PES, son coordinadas por la Dirección General de Coordinación con Entidades Federativas y ejecutadas por las direcciones generales y adjuntas de la Comisión.

## MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD (MOSSSESS)

Desde el año 2015, se iniciaron actividades a nivel nacional para implementar el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSSESS), el cual tiene como objetivo general, monitorear el desempeño de los servicios prestados a la población afiliada al SPSS, con el fin de contar con los elementos necesarios para la toma de decisiones, enfocados a garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad y contribuir a la tutela de sus derechos con un enfoque de mejora continua.

 <b>SEGURO POPULAR</b> SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD		<b>MOSSSESS</b> Cédula de Encuesta de Satisfacción		Entidad Federativa: _____	CLUES: _____
Nombre del Gestor: _____		Establecimiento: _____		Nivel de Atención: 1° ( ) 2° ( ) 3° ( )	
Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____	N° Póliza afiliación: _____	Cartera: _____	CAUSES ( )	FPGC ( )	SMSXXI ( )
Nombre del Afiliado: _____		Sexo: M ( ) H ( )	Edad: _____		

Instrucciones: El supervisor deberá presentarse ante el beneficiario con respeto y explicarle el objetivo de la entrevista, asegurándole que los datos asentados en la cédula serán tratados con confidencialidad. Asegúrese de no dejar preguntas sin contestar. Aplicar la encuesta posterior a la entrega del medicamento.

---

**ESCOLARIDAD**

1.- ¿Cuál fue el último año o grado completo de estudios que aprobó en la escuela?

Ninguno   
  Preescolar o Kinder   
  Primaria   
  Secundaria   
  Preparatoria o Bachillerato  
 Normal   
  Carrera Técnica o Comercial   
  Profesional o Superior   
  Maestría o Doctorado   
  No sabe / No recuerda

---

**ASPECTOS DE ASEGURAMIENTO**

2.- Al afiliarse, ¿Le entregaron su Carta de Derechos y Obligaciones?     Si     No     No sabe / No recuerda

3.- ¿Le explicaron el contenido de la Carta de Derechos y Obligaciones?     Si     No     No sabe / No recuerda

---

**MOTIVO DE CONSULTA**

4.- ¿Cuál es el motivo por el que acudió a este establecimiento?

Consulta externa   
  Hospitalización   
  Medicina preventiva (vacuna, método anticonceptivo)  
 Urgencias   
  Auxiliares diagnósticos (Laboratorios/Rayos X)   
  Farmacia   
  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

5.- ¿Le dieron información clara sobre su enfermedad o el motivo por el que acude a este establecimiento?     Si     No

6.- ¿Entendió la información que le dio el médico en relación a su padecimiento?     Si     No (Especifique) \_\_\_\_\_

7.- ¿Se atendería nuevamente con el mismo médico?     Si     No     No sabe / No recuerda

8.- ¿Recomendaría al médico que lo atendió con otras personas?     Si     No     No sabe / No recuerda

9.- De una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Cómo calificaría a quién lo(la) atendió del área médica?

<b>Médico general o familiar</b> <input type="radio"/> 5. Muy Satisfecho <input type="radio"/> 4. Satisfecho <input type="radio"/> 3. Ni satisfecho ni insatisfecho <input type="radio"/> 2. Insatisfecho <input type="radio"/> 1. Muy Insatisfecho <input type="radio"/> No aplica	<b>Enfermera(o)</b> <input type="radio"/> 5. Muy Satisfecho <input type="radio"/> 4. Satisfecho <input type="radio"/> 3. Ni satisfecho ni insatisfecho <input type="radio"/> 2. Insatisfecho <input type="radio"/> 1. Muy Insatisfecho <input type="radio"/> No aplica	<b>Médico especialista</b> <input type="radio"/> 5. Muy Satisfecho <input type="radio"/> 4. Satisfecho <input type="radio"/> 3. Ni satisfecho ni insatisfecho <input type="radio"/> 2. Insatisfecho <input type="radio"/> 1. Muy Insatisfecho <input type="radio"/> No aplica
---	--	---

---

**ATENCIÓN RECIBIDA**

A partir de 2016, el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud se instrumentó en dos etapas (componentes):

---

## DIAGNÓSTICO

Consiste en las actividades de supervisión realizadas por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, mediante la aplicación de cédulas que incluyen los temas de:

- ✓ Acreditación (criterios mayores: infraestructura, equipo y recursos humanos).
- ✓ Redes de Servicios (integración de redes, continuidad de cuidados, Operación del Sistema de Referencia –Contrareferencia, etc.).
- ✓ Expediente Clínico (apego a la NOM del expediente clínico, congruencia diagnóstica, etc.).
- ✓ Acciones de Prevención y Promoción a la Salud (detección oportuna de Cáncer de la Mujer, prevención de enfermedades al nacimiento, enfermedades crónico–degenerativas, etc.).
- ✓ Abasto de Medicamentos e Insumos.
- ✓ Surtimiento de Recetas.
- ✓ Conocimiento del CAUSES, FPGC y SMSXXI (capacitación a personal operativo, conocimiento de cobertura, etc.).
- ✓ Sistema de Quejas (conocimiento y uso por los afiliados).

---

## HERRAMIENTA INFORMÁTICA

Para la segunda etapa, a través de la Herramienta Informática MOSSSESS, se contempló la supervisión y verificación de cuatro componentes:

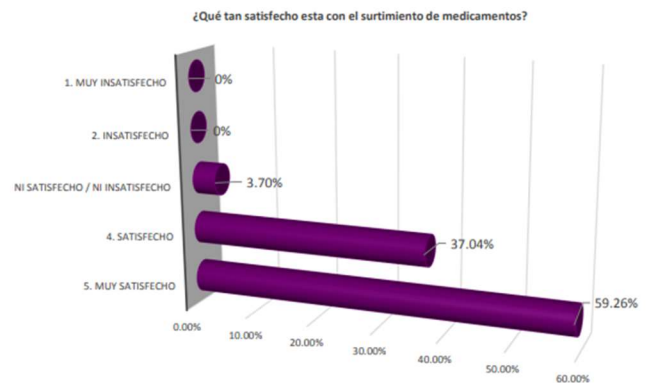
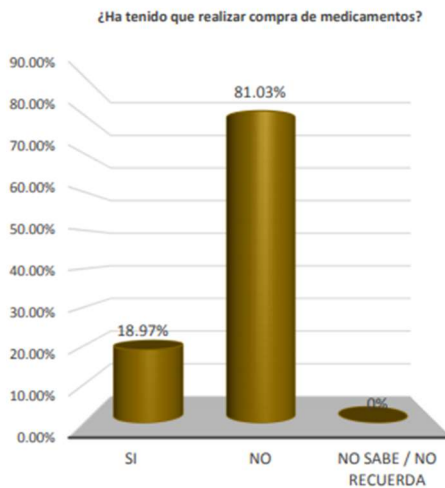
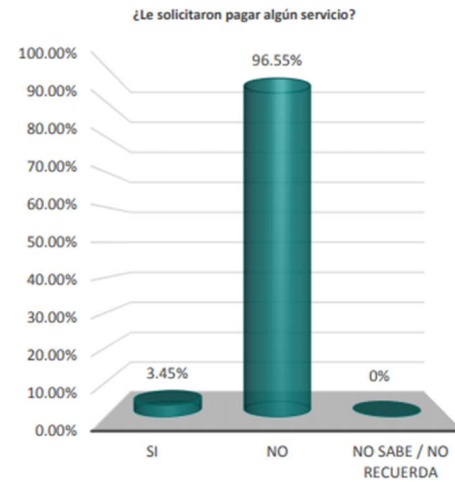
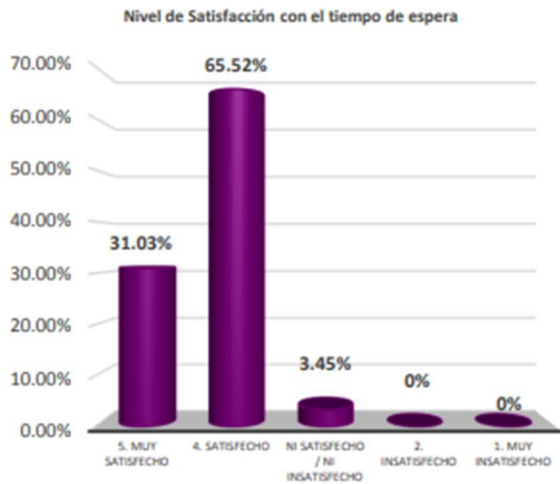
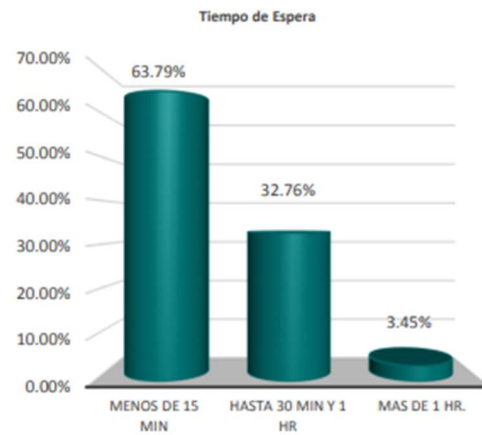
- ✓ Satisfacción del beneficiario
- ✓ Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en los Estados (SIAFFASPE)
- ✓ Capacitación
- ✓ Redes de Servicios.

Lo anterior, con el objetivo de brindar a los REPSS una herramienta que coadyuve a la adecuada planeación de los recursos (humanos, financieros, insumos, equipo, etc.) para la atención y seguimiento de las áreas de oportunidad ya identificadas.

La operación de la Herramienta Informática, inició con un periodo de pilotaje en la que participaron las 32 entidades federativas; iniciando su implementación en el mes de agosto de 2016, con la apertura y operación del Módulo de Satisfacción del Beneficiario, para lo cual se proporcionó a las entidades la meta de unidades a visitar, así como el número de beneficiarios del SPSS a encuestar; lo anterior, con base a la metodología y los tiempos definidos por la CNPSS.

## Total de Encuestas Realizadas en 2018

MES	NUMERO DE ENCUESTAS
ENERO	621
FEBRERO	645
MARZO	624
<b>1er trim</b>	<b>1890</b>
ABRIL	48
MAYO	735
JUNIO	1096
<b>2do trim</b>	<b>1879</b>
JULIO	923
AGOSTO	1137
SEPTIEMBRE	1069
<b>3er trim</b>	<b>3129</b>
OCTUBRE	1094
NOVIEMBRE	879
DICIEMBRE	416
<b>4to trim</b>	<b>2389</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9287</b>



## ALINEACIÓN DE LA MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADOS

### PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018

El programa se alinea al Plan Nacional de Desarrollo dentro de la meta “México Incluyente” bajo el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de Salud”

### PLAN SECTORIAL DE SALUD 2013-2018

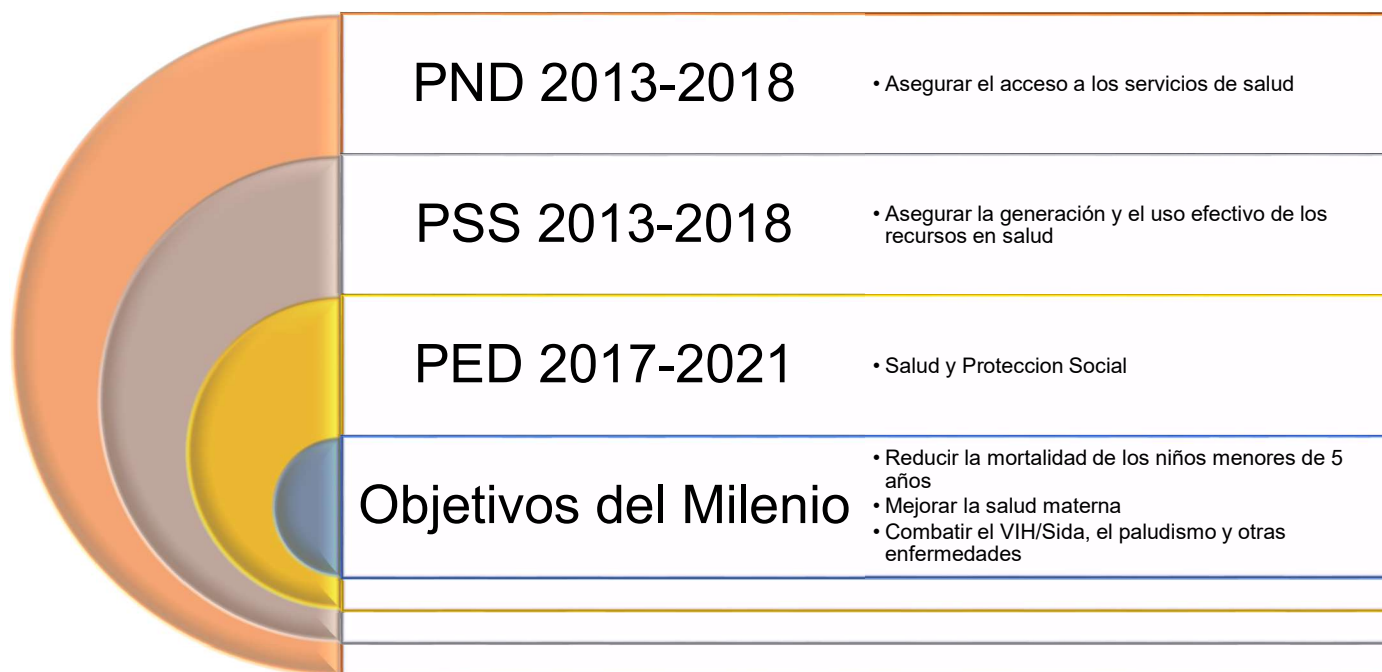
El programa se alinea al objetivo 5 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018: "Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud".

### PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 2011-2016

El programa se alinea dentro del Eje 2, la Obra Humana del Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021, en el apartado 2C “Salud y Protección Social”.

### OBJETIVOS DEL MILENIO

El programa cubre los objetivos 4, 5 y 6, “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”, “Mejorar la salud materna” y “Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades”.



## PRESUPUESTO

Parte de la comprobación de recurso por concepto de Cuota Social (C.S.) y Aportación Solidaria Federal (A.S.F.) del periodo fiscal 2018, fue ejercido en los meses de enero a abril de 2019, por un importe de \$147,301,586.88 (ciento cuarenta y siete millones trescientos unos mil quinientos ochenta y seis pesos 88/100 M.N.). Quedando comprobado el total del recurso transferido en el periodo en mención de conformidad con lo siguiente:

11

Importe transferido	Comprobación al 31 de diciembre 2018	Comprobación de enero-abril 2019	Reintegro
\$807,970,560.21	\$659,073,110.92	\$147,301,586.88	\$1,595,862.41

<sup>11</sup> FUENTE: Asunto: Comprobación de CS y ASF 2018. No. REPSS/DAD/SRF/701/2019, Oficio recibido el día 06 de mayo de 2019, atención al Ing. Joaquín Paredes Naranjo, Director General de Financiamiento.



**Régimen Estatal de Protección Social en Salud**  
**ESTADO DE SITUACION FINANCIERA**  
**AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018**



IC-ESF-02-1812

	2018	2017	2018	2017
<b>ACTIVO</b>				
<b>ACTIVO CIRCULANTE</b>				
Efectivo y Equivalentes	148,017,431.13	113,215,003.13	223,148,072.33	75,325,826.33
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	171,367,505.76	61,010.31		
Derechos a Recibir Bienes o Servicios				
Inventarios				
Atmóferas				
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos Circulantes				
Otros Activos Circulantes				
<b>Total de Activos Circulantes</b>	<b>319,385,336.89</b>	<b>113,276,013.44</b>	<b>223,148,072.33</b>	<b>75,325,826.33</b>
<b>ACTIVO NO CIRCULANTE</b>				
Inversiones Financieras a Largo Plazo				
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes a Largo Plazo	36,825,602.07	43,805,110.76		
Bienes Inmuebles, Infraestructura y Construcciones en Proceso	117,619,202.62	1,052,785.91		
Bienes Muebles	1,333,288.87			
Activos Intangibles				
Depreciación, Deterioro y Amortización Acumulada de Bienes	-11,835,165.53	-1,811,453.06		
Activos Diferidos				
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos no Circulantes				
Otros Activos no Circulantes				
<b>Total de Activos No Circulantes</b>	<b>143,942,328.03</b>	<b>43,046,443.61</b>	<b>240,180,192.59</b>	<b>80,596,630.72</b>
<b>TOTAL DEL ACTIVO</b>	<b>463,328,264.92</b>	<b>156,322,457.05</b>	<b>463,328,264.92</b>	<b>156,322,457.05</b>
<b>PASIVO</b>				
<b>PASIVO CIRCULANTE</b>				
Cuentas por Pagar a Corto Plazo				
Documentos por Pagar a Corto Plazo				
Porción a Corto Plazo de la Deuda Pública a Largo Plazo				
Títulos y Valores a Corto Plazo				
Pasivos Diferidos a Corto Plazo				
Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o Administración a Corto Plazo				
Provisiones a Corto Plazo				
Otros Pasivos a Corto Plazo				
<b>Total de Pasivos Circulantes</b>			<b>223,148,072.33</b>	
<b>PASIVO NO CIRCULANTE</b>				
Cuentas por Pagar a Largo Plazo				
Documentos por Pagar a Largo Plazo				
Deuda Pública a Largo Plazo				
Pasivos Diferidos a Largo Plazo				
Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o Administración a Largo Plazo				
Provisiones a Largo Plazo				
<b>Total de Pasivos No Circulantes</b>			<b>223,148,072.33</b>	<b>75,325,826.33</b>
<b>TOTAL DEL PASIVO</b>			<b>223,148,072.33</b>	<b>75,325,826.33</b>
<b>HACIENDA PUBLICA/PATRIMONIO</b>				
<b>HACIENDA PUBLICA/PATRIMONIO CONTRIBUIDO</b>				
Aportaciones				
Donaciones de Capital				
Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio				
<b>HACIENDA PUBLICA/PATRIMONIO GENERADO</b>				
Resultados del Ejercicio (Ahorro/ Desahorro)			58,331,543.41	87,364,689.74
Resultados de Ejercicios Anteriores			181,846,649.16	-4,368,059.02
Reservas				
Rectificaciones de Resultados de Ejercicios Anteriores				
<b>EXCESO O INSUFICIENCIA EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA</b>				
<b>HACIENDA PUBLICA/ PATRIMONIO</b>				
Resultado por Posición Monetaria				
Resultado por Tenencia de Activos no Monetarios				
<b>Total Hacienda Pública/Patrimonio</b>			<b>240,180,192.59</b>	<b>80,596,630.72</b>
<b>Total del Pasivo y Hacienda Pública/Patrimonio</b>			<b>463,328,264.92</b>	<b>156,322,457.05</b>

Bajo protesta de decir verdad declaramos que los Estados Financieros y sus Notas, son razonablemente correctos y son responsabilidad del emisor

C.P. RAMONA AIDA INZUNZA BELTRÁN

C. ROSA ELENA MILLAN BUENO

## ANÁLISIS FODA

### FORTALEZAS

1. Cumplimiento del Fin del objetivo del SPSS, al reducirse el gasto de bolsillo en salud de los hogares.
2. Lograr y mantener la cobertura universal en la afiliación al SPSS de personas sin derechohabencia a instituciones de seguridad social.
3. El programa atiende un problema ampliamente documentado: el riesgo financiero al que se enfrentaban familias por motivos de salud
4. Es una tendencia mundial el que se provea aseguramiento a las personas, más que financiar únicamente mayor oferta de servicios
5. El propósito del programa está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo, con el Programa Sectorial de Salud, Plan Estatal de Desarrollo y con las metas del milenio
6. La población potencial y objetivo están claramente establecidas
7. El Programa tiene un plan estratégico en el que se identifica el Fin y el Propósito y se establecen indicadores y cuenta con planes de trabajo anuales
8. El SPSS ha estado sujeto a evaluaciones externas en los niveles Federal y Estatal
9. El SPSS ha solventado las observaciones que se le han hecho en las evaluaciones externas
10. El SPSS tiene una estrategia de cobertura y metas claras anuales y de mediano y largo plazo
11. Desde 2011 se alcanzó la cobertura universal voluntaria
12. La normatividad del programa establece procesos para llevar a cabo la afiliación y reafiliación de las familias al SPSS
13. Los procedimientos de afiliación y reafiliación están estandarizados, son conocidos y se apegan a los documentos normativos; además existen mecanismos de verificación
14. Los apoyos están claramente establecidos en la regulación y se tienen procedimientos para que sean conocidos por los beneficiarios
15. La normatividad es muy clara en establecer responsabilidades de cada instancia pública
16. El SPSS cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas
17. El SPSS cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción y con canales para las quejas

### DEBILIDAD O AMENAZA

1. Mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia de la red de prestadores de servicios del SPSS, que permita dar atención y seguimiento a los beneficiarios del Programa.
2. Implementar procedimientos para conciliar el padrón de beneficiarios del Programa con los correspondientes a las instituciones de seguridad social, que evite duplicidades en el otorgamiento de recursos financieros.
3. El padrón de beneficiarios no funciona en tiempo real ni incorpora información de otras instituciones, por lo que puede haber problemas de afiliación
4. Regionalizar La MIR (Federal) para poder cumplir con los compromisos e indicadores estatales
5. Generar nuevos indicadores que midan mejor la gestión del Programa y no solo el cumplimiento de acciones administrativas.
6. Revisar la definición de Población Objetivo para hacerla conceptualmente coherente.
7. No se ha hecho una evaluación a nivel estatal que mida como efecto causal el impacto del SPSS en el gasto de bolsillo (empobrecedores y catastróficos)

8. Al no contar con un sistema único nacional que pueda funcionar en tiempo real no es posible verificar la afiliación o reafiliación de las personas a otras instancias.
9. Diversas fuentes de financiamiento concurren en los mismos servicios y beneficiarios lo que complica la administración del sistema
10. Las encuestas de percepción se enfocan a los usuarios de los sistemas de salud, pero los beneficiarios del SPSS son los afiliados; en este sentido, las encuestas están estudiando sólo a un subconjunto de la población de interés
11. No se ha agregado el indicador de gasto de bolsillo en la MIR (Federal) con información de la ENIGH 2010

## CONCLUSIONES

El Seguro Popular es el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), es un mecanismo financiero que otorga aseguramiento de servicios médicos a la población que no cuenta con seguridad social. Su principal objetivo es evitar los gastos catastróficos por atender problemas de salud, ofreciendo a los afiliados un conjunto de intervenciones de salud en los tres niveles de atención. Las intervenciones cubiertas están descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Las Secretarías Estatales de Salud son las responsables de la operación del programa en las entidades federativas, así como de la afiliación, la administración de recursos, la supervisión y pago a los prestadores de servicios.

A 14 años de su creación y con una cobertura universal en Sinaloa, el Sistema de Protección Social en Salud enfrenta, como reto fundamental, el asegurar la accesibilidad a servicios oportunos y de calidad en todo el país, bajo una óptica incluyente, que permita impulsar el progreso y desarrollo social; motivo por el cual el fortalecimiento de acciones enfocadas a la atención de las demandas de la población en situación de pobreza, adquiere un papel preponderante.

El SPSS ha permitido ampliar las opciones en servicios de salud para la población que carece de seguridad social, ofreciendo actualmente, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), cobertura en la totalidad de las intervenciones del primer nivel de atención médica y los principales padecimientos reportados como egresos hospitalarios; así como en 65 intervenciones consideradas como catastróficas por su complejidad y alto costo, financiadas por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Durante la evaluación se constató que el programa para 2018 cuenta en su Matriz de Indicadores para Resultados, con un indicador de Fin bienal, dos indicadores de Propósito que reportan anual y semestral.

Es necesario diseñar nuevos indicadores de gestión y resultados, enfocados a medir el acceso y calidad de los servicios de salud otorgados a los beneficiarios del Programa, se debe fortalecer la red de prestadores de servicios de salud del Programa en todos los niveles de atención (primero, segundo y tercero) debidamente acreditados

Mediante los resultados de las encuestas de satisfacción se puede asegurar que los usuarios de los servicios de salud afiliados al SPSS están satisfechos o muy satisfechos con el Seguro Popular. La información de los sistemas de recepción de solicitudes de información o quejas permite concluir que no existe una inconformidad generalizada. No se puede ignorar, sin embargo, que existen áreas de

oportunidad, como mejorar la calidad de los servicios de salud; garantizar que no haya cobros en el punto de servicio; y asegurar que a ninguna persona le sea negada la afiliación o reafiliación al sistema.

El programa cuenta con un Sistema de Administración del Padrón (SAP) que funciona como herramienta para las entidades federativas para registrar y administrar a las familias afiliadas al Seguro Popular. En el padrón debe estar la información y los requisitos que deben cubrir los núcleos familiares para poder ser afiliados en el programa. Estos requisitos deben renovarse después de cierto periodo, por lo que los REPSS se encargan de actualizar la información y la Comisión realiza de forma mensual un proceso de validación a los padrones estatales para verificar si los requisitos de las familias se encuentran vigentes.

El SPSS cuenta con un sistema de seguimiento que permite monitorear los indicadores de Fin y de Propósito. Este sistema está compuesto por indicadores de la MIR, informes de resultados y evaluaciones externas.

En cumplimiento al Artículo 110 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria se informa lo siguiente:

## **DATOS GENERALES DEL EVALUADOR**

Chávez, Ames y Cía., S.C.  
C.P.C. Francisco Javier Ames Cebreros, Director General

## **FORMA DE CONTRATACIÓN DEL EVALUADOR EXTERNO**

Contratación por honorarios personales

## **TIPO DE EVALUACIÓN CONTRATADA**

Evaluación del desempeño de la aplicación de recursos al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) Ejercicio Fiscal 2018.

## **COSTO DE LA EVALUACIÓN**

\$43,103.45 (Cuarenta y Tres Mil Ciento Tres Pesos 45/100)

## **CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LA EVALUACIÓN**

La información, en general, fue suficiente para elaborar la evaluación

**CORDIALMENTE**



**C.P.C. FRANCISCO JAVIER AMES CEBREROS  
DIRECTOR GENERAL**