

DIAGNÓSTICO DE PROGRAMAS NUEVOS

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. Antecedentes.

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

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

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

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

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

Además de la citada aportación al FSPSS, el Pp U005 Seguro Popular incluye, la Cuota Social y la Aportación Solidaria que corresponden aportar al Gobierno Federal por cada persona afiliada al Seguro Popular, participando de esta forma en el financiamiento de la atención de los ciudadanos que no forman parte de algún otro esquema de aseguramiento en salud.

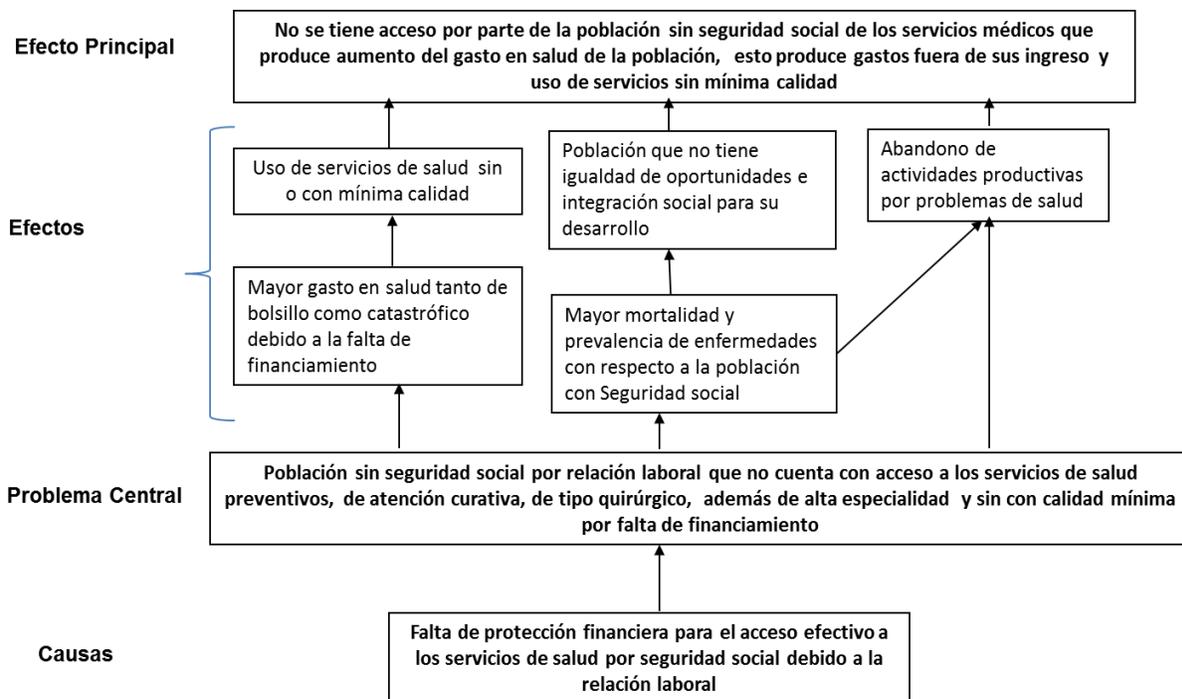
El hecho de consolidar en el Pp U005 Seguro Popular las aportaciones al FSPSS que este programa realiza junto con aquellas del Pp E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud, contribuirá con las Metas Nacionales y Objetivos Sectoriales al permitir identificar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

2. Identificación y descripción del Problema

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

A continuación se muestran los objetivos de esta unificación así como información referente a la cobertura y demás aspectos necesarios como si fuera el caso de la creación de un programa presupuestario nuevo. Sin embargo, al ser solamente una unificación de programas donde el Seguro Popular prevalece, la información corresponde únicamente al Seguro Popular como programa que absorbe al E020.

2.1 Árbol de Problemas



3. Objetivos

3.1 Árbol de objetivos.



4. Cobertura

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

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

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

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

4.1 Identificación y caracterización de la población potencial.

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

Cabe señalar, que la afiliación se mantiene en núcleos familiares, toda vez que el documento que se emite es una póliza familiar (ver artículo 77 bis 3 y Bis 4, Decreto por el que se reforma y Adiciona la Ley General de Salud DOF 15 mayo a 2003). Es importante indicar, que la modificación a la Ley General de Salud de familias a personas, fue a partir de Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial el día 30 de diciembre de 2009. La determinación de esta población se realiza a partir de la estimación de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para el año 2010; la DGIS realiza sus estimaciones con base en los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI.

4.2 Identificación y caracterización de la población objetivo.

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

4.3 Cuantificación de la población objetivo.

AÑO	POB POTENCIAL	POBLACIÓN OBJETIVO	POB AFILIADA
2008	16,034,904	9,142,903	9,146,013
2009	16,313,548	10,994,538	10,514,325
2010	59,124,464	49,148,823	43,518,719
2011	59,567,138	51,303,424	51,823,314
2012	59,975,558	52,630,454	52,908,011
2013	64,929,066	55,716,387	55,637,999
2014	66,294,528	57,300,000	57,300,000

5. Diseño de la intervención

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

5.1 Etapas de la intervención.

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

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

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

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

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

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

✓ Aportaciones

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

- Una Cuota Social (CS), en un monto equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el 2014, el monto de esta aportación es de 947.80 pesos, y
- Una Aportación Solidaria Federal (ASF), en un monto que debe representar al menos una y media veces el monto de la Cuota Social. El promedio nacional en 2014 asciende a 1,421.70 pesos.

Los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectúan una Aportación Solidaria Estatal (ASE) por persona afiliada, la cual debe ser al menos en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2014, el monto mínimo de este concepto asciende a 473.90 pesos por persona.

Por su parte, los beneficiarios del SPSS participan en su financiamiento con cuotas familiares que son anticipadas, anuales y progresivas y que se determinan con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia. La aportación gubernamental anual por afiliado en el 2014 asciende en promedio a 2,843.40 pesos por persona.

✓ Integración de las aportaciones

- Cuota Social

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

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

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

- Aportación Solidaria Federal (ASF)

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

Alineación de presupuestos en la ASF

Para no duplicar los recursos que se envían a las entidades federativas, el SPSS contabiliza como ASF todos los recursos federales asociados a otros programas de salud a la persona, que se transfieren a las entidades federativas para la atención de la población no derechohabiente de la seguridad social (presupuestos alineados).

En el ejercicio 2014 se alinean los siguientes presupuestos: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona (FASSA-P, Ramo 33); Programas Nacionales de Salud; Programa Seguro Médico Siglo XXI; Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud; y Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (Ramo 12).

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

- Aportación Solidaria Estatal

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

- Cuota Familiar

El artículo 77 BIS 21 de la LGS establece que los beneficiarios del SPSS participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas y que se

determinarán con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia. El pago de la cuota puede ser de forma trimestral.

Las cuotas vigentes durante el 2014, de acuerdo al decil de ingreso en el que se ubican las familias, se muestran en el Cuadro 1

CUADRO 1 CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO EN 2014
(Cifras en pesos)

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

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

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

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

Conforme a las disposiciones en vigor, las familias de los deciles I, II, III y IV, así como las ubicadas en los deciles I al VII que tengan al menos un niño mexicano nacido al momento de incorporarse al SPSS o que cuenten con una mujer embarazada, pertenecen al régimen no contributivo. Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación a dicho régimen aquellas familias que:

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

5.2 Matriz de Indicadores.

De acuerdo con la Metodología de Marco Lógico (MML), es necesario establecer la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) que contemple los cambios de la fusión de los programas U005 y E020. Por lo tanto, cabe señalar que solamente se adicionará el indicador de actividad que el programa E020 “Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud” tiene establecido en su MIR 2015. Dicho indicador tiene contemplada la transferencia de recursos mediante la redacción del resumen narrativo de la siguiente forma: “Recursos financieros transferidos y disponibles para llevar a cabo trabajos de dignificación, conservación y mantenimiento en infraestructura y equipos de las unidades médicas” el cual es un indicador del

tipo actividad, mismo que se mantiene en la MIR 2016 del U005, debido a que esta adición de programas lo único en lo que impacta es en llevar de manera más puntual el seguimiento de las transferencias para acciones de mejor en la infraestructura. Es decir, el componente de E020 se encontraba diluido a nivel del indicador de actividad de la MIR 2015 del E020.

6. Presupuesto

6.1 Fuentes de financiamiento.

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

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

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

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

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

	2014			2015			2016
	Autorizado	Ejercido	%	Autorizado	Modificado	%	Proyecto
12-S072 PROSPERA Programa de Inclusión Social	5,825,135,650	5,627,528,348	97	5,465,629,623	5,465,629,623	100	6,006,043,800
12-S201 Seguro Médico Siglo XXI	2,519,425,918	1,468,622,615	58	2,605,086,400	1,905,108,146	73	2,865,595,040
12-U005 Seguro Popular	72,330,032,307	66,522,603,790	92	77,793,162,700	72,093,162,701	93	S/D

E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	2,897,679,505	3,433,990,436	119
--	---------------	---------------	-----