



CÁMARA DE DIPUTADOS  
LXIII LEGISLATURA

**CEFP**

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

CEFP / 036 / 2017

Diciembre 18, 2017

# **Evaluación Ex Post de la Reforma de la Ley General de Salud en 2003**



## Índice

Siglas .....	4
Presentación .....	6
Introducción .....	8
1. Contexto de la Reforma a la Ley General de Salud en 2003 .....	10
1.1 Marco conceptual de la salud pública .....	10
1.2 La salud en la historia de México .....	11
1.3 Generaciones de reformas en materia de salud en México: 1943-1995 .....	14
1.4 Panorama general previo a la Reforma en materia de Salud de 2003 .....	24
2. Antecedentes.....	36
2.1 Identificación del problema que enfrenta la seguridad social en salud .....	36
2.2 Causas asociadas al problema de la seguridad social en salud .....	36
2.3 Efectos derivados de las causas que dan origen al problema.....	38
2.4 Retos del Sistema de Salud.....	38
3. Objetivos de la reforma de 2003 a la Ley General de Salud .....	40
3.1 Objetivo general .....	40
3.2 Objetivos particulares.....	41
4. La evolución de los principales resultados del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) .....	55
4.1 Objetivo 1. Crear un tercer esquema de aseguramiento operado por el SPSS .....	55
4.2 Objetivo 2. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud.....	61
4.3 Objetivo 3. Brindar protección financiera .....	75
Conclusiones.....	89
Anexos .....	92
Anexo 1. Análisis comparado entre el texto de la Ley General de Salud vigente hasta 2002, la Iniciativa de reforma a la misma y el decreto aprobado en mayo de 2003.....	92
Anexo 2. Unidades médicas.....	127
Anexo 3. Cobertura de servicios de salud .....	132
Anexo 4. Afiliados al SP por decil de ingreso y entidad federativa, 2007 (personas afiliadas).....	145
Anexo 5. Afiliados al SP por decil de ingreso y entidad federativa, 2010 (personas afiliadas).....	146
Anexo 6. Afiliados al SP por decil de ingreso y entidad federativa, 2016 (personas afiliadas).....	147
Fuentes de Información.....	148

## Índice de figuras

Figura 1. Grupos poblacionales.....	15
Figura 2. Primera generación de reforma en salud.....	17
Figura 3. Segunda reforma en salud.....	19
Figura 4. Tercera generación de reforma en salud.....	23
Figura 5. Recomendación internacional: Integración horizontal de los sistemas de salud.....	24
Figura 6. Sector Público de Salud.....	27
Figura 7. Análisis de causas asociadas al problema.....	37
Figura 8. Esquema de aseguramiento en salud.....	41
Figura 9. Determinación de la ASF a transferir.....	79
Figura 10. Origen, destino y aplicación de los recursos del SPSS.....	80

## Índice de mapas

Mapa 1. Cobertura del Piloto Programa de Salud para Todos.....	21
--	----

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Etapas de implementación del Piloto Programa de Salud para Todos.....	20
Cuadro 2. Estructura básica del sistema de salud.....	29
Cuadro 3. Cobertura en salud en México, 2000.....	30
Cuadro 4. Recursos humanos (sector público).....	33
Cuadro 5. Distribución de los recursos humanos.....	34
Cuadro 6. Principales recursos materiales del sistema nacional de salud, 2000.....	35
Cuadro 7. Derechohabencia y uso de servicios de salud. Población protegida por los servicios de salud, 2000-2016 (miles de personas) .....	62
Cuadro 8. Cobertura del SP, 2004-2016 (personas) .....	64
Cuadro 9. Porcentaje de afiliados al SP por edad y género, 2016.....	65
Cuadro 10. Población indígena afiliada al SP estimada, 2013-2015.....	66
Cuadro 11. Avance de reafiliación de personas 2011-2016 (personas) .....	68
Cuadro 12. Población afiliada al SMSXXI, 2007-2016 (niños menores de 5 años).....	70
Cuadro 13. Mujeres afiliadas en Embarazo Saludable, 2008-2016.....	72
Cuadro 14. Afiliaciones de beneficiarios de PROSPERA en su componente de salud, 2010-2016.....	73
Cuadro 15. Beneficiarios afiliados que viven en municipios atendidos por el PDZP, 2010-2016.....	74
Cuadro 16. Beneficiarios afiliados que viven en municipios considerados por la CNCH como prioritarios, 2013-2015.....	74
Cuadro 17. Proporción del presupuesto del SPSS con respecto al sector salud (millones de pesos) .....	75
Cuadro 18. Cuota anual por familia, 2005-2016 (pesos) .....	78
Cuadro 19. Presupuesto ejercido del SPSS, 2004-2016 (millones de pesos) .....	82
Cuadro 20. Subsidio transferido por SPSS (ASF y CS) a las entidades federativas, 2007 y 2016 (millones de pesos) .....	84

## Índice de gráficas

Gráfica 1. Evolución de las intervenciones y los medicamentos asociados.....	57
Gráfica 2. Población con SP, 2002-2016 (millones de personas) .....	63
Gráfica 3. Afiliados al SPSS por decil de ingreso, 2016 (por ciento de personas afiliadas) .....	67
Gráfica 4. Gasto público en salud como porcentaje del PIB.....	76
Gráfica 5. Recursos asignados al SPSS, 2004-2016 (miles de millones de pesos) .....	81
Gráfica 6. Evolución de la ASE, 2004-2016 (miles de millones de pesos) .....	85
Gráfica 7. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2000-2014.....	86
Gráfica 8. Porcentaje de hogares que incurren en gasto catastrófico, gasto empobrecedor y/o ambos, 2000 y 2010.....	87

## Siglas

ASE: Aportación Solidaria Estatal

ASF: Aportación Solidaria Federal

CABEME: Catálogo de beneficios médicos

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud

CEFP: Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

CESOP: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

CIDE: Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C

CISEI: Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas

CISP: Centro de Investigaciones en Salud Pública

CNCH: Cruzada Nacional Contra el Hambre

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de Política Social

COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

CRAE: centros regionales de alta especialidad

CS: Cuota Social

CSG: Consejo de Salubridad General

CSS: Consejo Superior de Salubridad

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

ESPM: Escuela de Salud Pública de México

FASSA: Fondo de Aportación a los Servicios de Salud

FASSA-P: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona

FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

FPP: Fondo de Previsión Presupuestal

FSPSS: Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

FUNSALUD: Fundación Mexicana para la Salud

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IMSS-O: Programa IMSS Oportunidades

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INPC: Índice Nacional de Precios al Consumidor

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LCF: Ley de Coordinación Fiscal

LGS: Ley General de Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas

PDZP: Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PND: Plan Nacional de Desarrollo

PROGRESA: Programa de Educación, Salud y Nutrición

SAP: Secretaría de la Asistencia Pública

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEMAR: Secretaría de Marina

SESA: Servicios Estatales de Salud

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SMNG: Programa Seguro Médico para una Nueva Generación

SMSXXI: Programa Seguro Médico Siglo XXI

SNS: Sistema Nacional de Salud

SP: Seguro Popular

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

SS: Secretaría de Salud

SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia

SS: Secretaría de Salud

UNEMES: Unidades de Especialidades Médicas

## Presentación

La actividad legislativa tiene como tarea primigenia la permanente creación, actualización, adecuación, modernización y armonización de la norma jurídica, a efecto de regular los cambiantes y dinámicos contextos sociales, políticos y económicos, así como los múltiples fenómenos que de ahí se derivan y, en los cuales, la sociedad nacional se desarrolla, convive, participa, se beneficia y obliga.

La finalidad última de la norma jurídica es el bien común, por lo tanto, en un marco constitucional y democrático, ha sido por antonomasia la herramienta utilizada por los Estados democráticos y constitucionales para combatir y corregir los desequilibrios existentes. De ahí, la relevancia de la actividad realizada por el Congreso.

El mandato jurídico y el cabal cumplimiento del mismo, repercuten e impactan en las funciones del Estado, en sus instituciones, en la organización de la sociedad, sus sectores, sistemas y, por lo tanto, en el bienestar de la colectividad. De ahí que, en los parlamentos y congresos modernos, la efectividad y eficiencia legislativa, han sido una preocupación central que requiere de la articulación de diversos mecanismos de medición y evaluación, en beneficio de la sociedad.

Bajo el anterior orden de ideas, la evaluación legislativa tiene la finalidad de determinar si la norma jurídica, ha cumplido con sus objetivos de creación y, por ende, ha logrado los resultados esperados. Para ello, existen diversos indicadores, uno de los cuales, es precisamente: la eficacia o utilidad de la norma jurídica, el cual puede ser evaluado desde diferentes enfoques, tales como: viabilidad técnica, pertinencia jurídica, coherencia normativa, vigencia social y los resultados generados a partir de su expedición, entre otros aspectos.

En tal virtud, la Dirección de Estudios del Presupuesto y Gasto Público del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP), a efecto de dar cumplimiento cabal al marco jurídico que nos rige, ha llevado a cabo la evaluación ex-post a la reforma de la Ley General de Salud del 2003, toda vez que, cumple con las condicionantes para su realización (tiempo transcurrido de implementación, disponibilidad de datos oficiales y pertinentes, metodología, tamaño de la población afectada y relevancia en la agenda pública), así como por sus implicaciones en materias de finanzas públicas, economía familiar y ejercicio de derechos sociales.



Es de precisar que, la selección para realizar la evaluación a dicha reforma, se hizo a partir de dos criterios fundamentalmente: los objetivos y metas planteados por la propia reforma, los cuales se justificaron en la realidad concreta en las que vivían millones de mexicanos, la cual pretendía modificarse con la expedición de las nuevas normas; y la realidad actual de la población nacional.

En suma, las condiciones concretas de 2003 y de 2017, nos llevan a plantear la necesaria medición del impacto y los resultados que ha tenido la reforma ya mencionada, en aras de contribuir, en el marco de nuestras atribuciones a los esfuerzos y trabajos que ha realizado el Estado, y en particular, el Poder Legislativo para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, posibilitando con ello el ejercicio de sus Derechos Sociales.

La presente evaluación ex post, tiene como propósito presentar los principales hallazgos, retos y oportunidades, de la reforma sujeta a evaluación, los cuales, representan un elemento más para la toma de decisiones futuras, en materia de seguridad social y salud.

## Introducción

La evaluación ex post, realizada a la reforma de 2003 a la Ley General de Salud, es el resultado de una investigación que conjuga diferentes elementos que permiten entender la problemática que se pretendió resolver en ese entonces, así como los objetivos planteados para ello. En tal virtud, se analiza el contexto y evolución de la seguridad social y la salud en México, desde el Siglo XIX, así como los principales antecedentes que permitieron consolidar el trabajo legislativo de los Poderes Ejecutivo y Legislativo, para dar vida a un nuevo andamiaje normativo e institucional, de cuya evolución y resultados, se da cuenta en la presente investigación.

En el Capítulo I, se analiza la conceptualización de la salud pública como un marco referencial fundamental que, nos permite entender a cabalidad, los diferentes aspectos que influyeron en la evolución del sistema de salud en México, así como las principales políticas públicas instrumentadas en la materia. Es de destacar que, este análisis contempla las tres generaciones de reformas por las que transitó el sistema de salud, previas a la reforma de 2003, objeto de la presente evaluación. Así mismo, se lleva a cabo un breve recorrido del contexto político, económico, social e internacional en el que se gestó la reforma.

A efecto de identificar el problema que la reforma de 2003 proponía atender, a partir del cual, se identifican sus principales causas y consecuentes efectos, en el Capítulo II, se ofrece un diagnóstico general del entorno en el cual se desarrolló el sistema de salud.

Los objetivos de la reforma en comento, se describen en el Capítulo III, la cual se estructuró como una estrategia para eliminar o reducir la brecha existente entre la población con seguridad social y la no asegurada, lo cual, tenía como resultado que casi el 60 por ciento del gasto en salud en México, proviniera de fuentes privadas, principalmente del bolsillo de las personas, derivando en gastos empobrecedores o catastróficos para ellas. En razón de lo cual, se da cuenta precisa de las principales modificaciones legislativas aprobadas por el Congreso, la cuales fueron concebidas para cumplimentar dichos objetivos.

En el último Capítulo, se analiza la evolución de los resultados alcanzados en relación con los objetivos particulares planteados por la reforma (crear un tercer esquema de aseguramiento; dar contenido efectivo al ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud; y brindar protección

financiera), con el fin de evaluar el avance que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), ha tenido desde el primer año de su implementación.

Con el objeto de coadyuvar con el trabajo legislativo, se presenta un apartado de Conclusiones, en las que, se da cuenta de los principales hallazgos y resultados evaluados, los cuales, nos permiten determinar la pertinencia, eficacia y eficiencia de la reforma de 2003, así como las áreas susceptibles de mejora y los retos que México tiene en la materia.

Finalmente, se presentan a manera de Anexos, diversos cuadros y gráficas que compendian ordenan y explican los elementos sujetos a estudio, constituyendo un valioso material que, permite profundizar en el análisis, así como encontrar nuevas vertientes de estudio.

## **1. Contexto de la Reforma a la Ley General de Salud en 2003**

En el presente capítulo, se analiza la conceptualización de la salud pública como un marco referencial fundamental que, nos permite entender a cabalidad, los diferentes aspectos que influyeron en la evolución del sistema de salud en México, así como las principales políticas públicas instrumentadas.

Bajo el anterior orden de ideas, destaca el análisis realizado a las tres generaciones de reformas por las que transitó el sistema de salud en México, previo a la reforma de 2003, objeto de estudio de la presente investigación. Las cuales, dieron lugar a la creación del sistema nacional de salud; al reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud; y a un nuevo modelo, de tipo universal, participativo y plural.

Destaca en este apartado, una breve, pero puntual revisión, sobre el contexto político, económico, social e internacional en el que se llevó a cabo la reforma de 2003, el cual, fue sin duda un elemento sustancial que dio impulso a la transformación del sistema de salud de México.

### **1.1 Marco conceptual de la salud pública**

El punto de partida para entender la concepción de la salud pública, en nuestros días, lo encontramos en el siglo XVIII, debido al impacto de las epidemias, cuyo origen ha sido asociado a enfermedades como la viruela, el cólera y la malaria, lo que constituyó un problema de alta incidencia derivado de la movilización de las personas (principalmente de los ejércitos).

En este sentido, es de precisar que, la literatura ha identificado la mala alimentación como causa de enfermedades (evidente, por ejemplo, en la tuberculosis y el raquitismo); el crecimiento de las ciudades como detonante de la acumulación de personas en espacios reducidos y sin calidad en los servicios básicos; los hospitales como medio de bienestar y progreso, acompañado del aumento en el número de estos en las ciudades; los avances tecnológicos y científicos como instrumentos y herramientas de prosperidad; y el aseo social como mecanismo de limpieza de las ciudades.

Con la consolidación de algunos Estados-nación, la creciente importancia sobre la prevención de enfermedades generaron el nacimiento de la salubridad pública; tal es el caso de Alemania, país donde se instituye un sistema de seguros sociales: el de enfermedad (1883), el de accidentes de trabajo (1884), el de invalidez y vejez (1889) y el de supervivencia (1911), lo cual muestra la

preocupación del aparato estatal por crear conciencia sobre el cuidado de la salud de los individuos (Sánchez, 2012).

Es de destacar que, la salud pública de finales del siglo XVIII y principios del XIX, se vinculaba a conceptos como el hacinamiento, la pobreza, y la distribución de servicios básicos (agua potable), mientras que actualmente, se asocia con una amplia gama de instituciones dedicadas a asuntos específicos sobre el cuidado de la salud.

## **1.2 La salud en la historia de México**

Para entender en nuestros días, el concepto de salud de forma integral, así como sus retos y perspectivas, es menester, conocer su trayectoria histórica como marco referencial para examinar los elementos instrumentados a lo largo del tiempo.

En tal virtud, realizamos una revisión de los acontecimientos más destacados en la materia, a partir de 1831, año en que se creó la Facultad Médica del Distrito Federal (Rodríguez, 2004), que sustituyó al Real Tribunal del Protomedicato (organismo de origen Español, fundado en 1628 con el propósito de implementar el ejercicio de la medicina), hasta 1943 en que surge el Sistema de Salud Mexicano, es decir, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), instituciones que representaron la base de los actuales modelos de atención a la salud.

El modelo de la SSA estuvo orientado a la población en general, y el del IMSS, destinado a los trabajadores con una relación laboral formal (Secretaría de Salud, s.a. y Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública -CESOP- de la Cámara de Diputados, 2006).

En 1841 se creó el Consejo Superior de Salubridad (CSS), el cual, reemplazó a la Facultad Médica, cuyas funciones principalmente, estaban relacionadas con el cuidado de la práctica de la medicina, la farmacopea que debía regir en México y las tarifas de los precios de los medicamentos. Asimismo, se otorgaba a esta institución la autoridad sobre las distintas formas de gobierno en el país en materia de higiene y salud pública (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud).

A partir de 1842, surgen instituciones dedicadas al cuidado de la salud, como la Academia Nacional de Medicina y la Escuela Nacional de Medicina, cuyo desempeño incluyendo al CSS estuvieron marcados por conflictos políticos, carencia de recursos y una relativa desorganización del país.

En 1872, se expidió un nuevo Reglamento del CSS (adicional a las versiones de 1841 y 1842) puntualizándose la formación de la estadística médica, entre otros aspectos.

Posteriormente, en 1876 surgió una nueva etapa en la historia de México, caracterizada por un período de gobierno prolongado (alrededor de 30 años), a cargo del Presidente Porfirio Díaz, el cual, de acuerdo a diversos autores sería determinante en las políticas públicas en materia de salud (Zorrilla, 1988 y Fierros, 2014), toda vez que, es cuando se llevó a cabo la centralización de las funciones de este sector, a través del CSS, así como la implementación de una serie de políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país (CESOP, 2006).

Cabe mencionar que, durante dicho lapso de tiempo, la Ciudad de México creció en espacio y población a un ritmo inusitado, al pasar de 200 mil habitantes en 1870 a 471 mil habitantes en 1910; se crearon colonias no siempre planeadas, el 91 por ciento de los habitantes pertenecían al sector más pobre de la población (77 por ciento lo constituían peones-jornaleros y 14 por ciento obreros); la alimentación era insuficiente; se carecía de medidas de higiene; y no se contaba con agua entubada y drenaje (Rivera, 2003).

Para el año de 1879, se creó la Comisión de Epidemiología como una dependencia con tareas específicas de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles (a excepción de las venéreas), así como estaciones sanitarias en jurisdicciones estatales, puertos y fronteras para apoyar a los Consejos de Salubridad de cada estado y, se estableció un rígido control de viajeros e inmigrantes, principalmente, si procedían de países con endemias o infecciones por problemas epidémicos. También, se destinó el dinero que se recaudaba por concepto de impuestos a los juegos de azar y de multas a la beneficencia pública a cargo del CSS.

En 1880, se crearon quince sociedades científicas y en 1882 el Congreso Higiénico Pedagógico, este último, a cargo de la salud y la higiene en las escuelas. Posteriormente, en 1888 se fundó el Instituto Médico Nacional y en 1891 se presenta el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, el cual reunía todo lo relativo a la higiene.

En 1895, dio comienzo el proyecto de construcción del Hospital General de México, iniciando servicios en 1905, complementado así el servicio de los hospitales de finales del siglo XVIII y principios del XIX que, carecían de las condiciones necesarias para ser considerados higiénicos.

En 1910 los médicos eran escasos, siendo su proporción en la república de 1 por cada mil habitantes, los que se concentraban alrededor de la población que podía pagar sus consultas, el 86 por ciento de estos profesionistas residían en el Distrito Federal, mientras que, por ejemplo, en Chilpancingo, sólo había uno y Minatitlán no contaba con los servicios de los médicos (Rivera, 2003). El año de 1915, se caracterizó por el desabasto de alimentos y la existencia de epidemias, lo que, originó que la higiene pública se agravara, particularmente, en las zonas rurales.

En 1917, el CSS adopta el nombre de Consejo de Salubridad General (CSG) y es elevado a rango constitucional, dependiendo directamente del Presidente de la República, siendo de su competencia aprobar y publicar en el Diario Oficial de la Federación, lo relacionado con la salubridad general, la declaratoria de los casos de enfermedades graves que sean causa de emergencia, las medidas contra la venta y producción de sustancias tóxicas, las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica, elaborar y mantener actualizado el cuadro básico de medicamentos, y definir aquellos tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos, principalmente (Kershenobich, 2012).

En 1920, se atribuye a la Fundación Rockefeller (una de las instituciones más activas en la internacionalización de la sanidad pública), el surgimiento del sistema moderno de salud en México, el cual proponía como referente para el país el modelo sanitarista estadounidense (Gudiño, Magaña y Hernández, 2013).

En 1922, ante la necesidad de estudios especializados en salud pública, se crea la Escuela de Salubridad.

A partir de 1930, dio inicio la organización de los Servicios Sanitarios Coordinados en los Estados y Territorios, que mediante convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos estatales fusionaron al personal a fin de poner en práctica una política sanitaria general en todo el país para aplicar principios técnicos homogéneos y uniformar los procedimientos.

En 1934, se crearon los servicios coordinados de salud pública que fungen como instancias de colaboración entre la federación y los estados.

En 1937, se creó la Secretaría de la Asistencia Pública (SAP) como resultado de la integración de la Dirección de Beneficencia Pública del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia

Social e Infantil. La SAP tenía como propósito prestar asistencia social, incluyendo servicios de salud a la población considerada socialmente débil.

Es hasta la década de 1940 que, se desarrollan las principales instituciones de salud bajo un sistema de seguridad social basado en la alianza entre trabajadores, patrones y gobierno. Así, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, posteriormente con la reforma constitucional de 1959, se establecieron las bases para la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), iniciando operaciones en 1960. Ambas instituciones fueron pioneras en la construcción de clínicas y hospitales en todo el país.

En 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho expide un decreto mediante el cual se crea la SSA, resultado de la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de la Asistencia Pública.

### **1.3 Generaciones de reformas en materia de salud en México: 1943-1995**

El sistema de salud en México, de acuerdo con diversos autores (Jaramillo, 2007 y Frenk et al, 2003) y en congruencia con lo señalado por la Secretaría de Salud (SS, 2004), ha pasado por tres reformas generacionales: 1943-1978; 1979-1988 y 1995; las cuales han tenido como propósito dirigir al país hacia la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud.

#### **1.3.1 Primera generación: 1943-1978**

La primera generación de reformas data de 1943, siendo el aspecto más destacado, la creación del *sistema nacional de salud*, que da origen a la SSA -hoy Secretaría de Salud (SS)-; el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para trabajadores asalariados de la economía formal, principalmente del área urbana; así como el inicio de los institutos nacionales de salud, comenzando por el Hospital Infantil de México (Instituto Nacional de Salud Pública, 2005).

Esta primera reforma *marcó el inicio de la atención médica y de la salud pública* en el país, su objetivo fue responder a las demandas de salud que requería el desarrollo industrial, mediante el cuidado de la población obrera, a través de instituciones de seguridad social.

Esta reforma se caracterizó por:

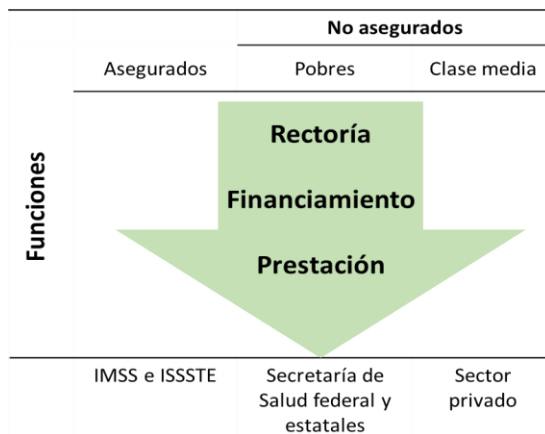
- i. *La separación de la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos (denominados derechohabientes) y aquellos que eran sujetos a la acción*



*asistencial del Estado*, a quienes eventualmente se les denominó como *población abierta* (SS, 2005).

- ii. Brindar *servicios de manera vertical* a diversos grupos poblacionales, es decir, cada institución pública creada era responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud para su propia población (véase figura 1).

**Figura 1. Grupos poblacionales**



Fuente: SS (2004). Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México.

La SS era responsable de la llamada “población abierta”, constituida por campesinos, desempleados, trabajadores de la economía informal y con mayores índices de marginación; contaba con una fuente de financiamiento y un paquete de servicios inadecuadamente definidos. Desde sus orígenes y hasta la reforma de 2003, se financiaba fundamentalmente con fondos federales y, en menor medida, con contribuciones de los gobiernos estatales y cuotas pagadas por las familias en el momento de recibir la atención.

Es de señalar que, los *proveedores privados*, muchos de los cuales *carecían de acreditación* y calidad, brindaban servicios a los no asegurados con capacidad de pago.

El *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), estaba dirigido a los empleados del sector formal privado y a sus familias, se financiaba a través de tres fuentes de contribuciones: del trabajador, del empleador y del gobierno federal.

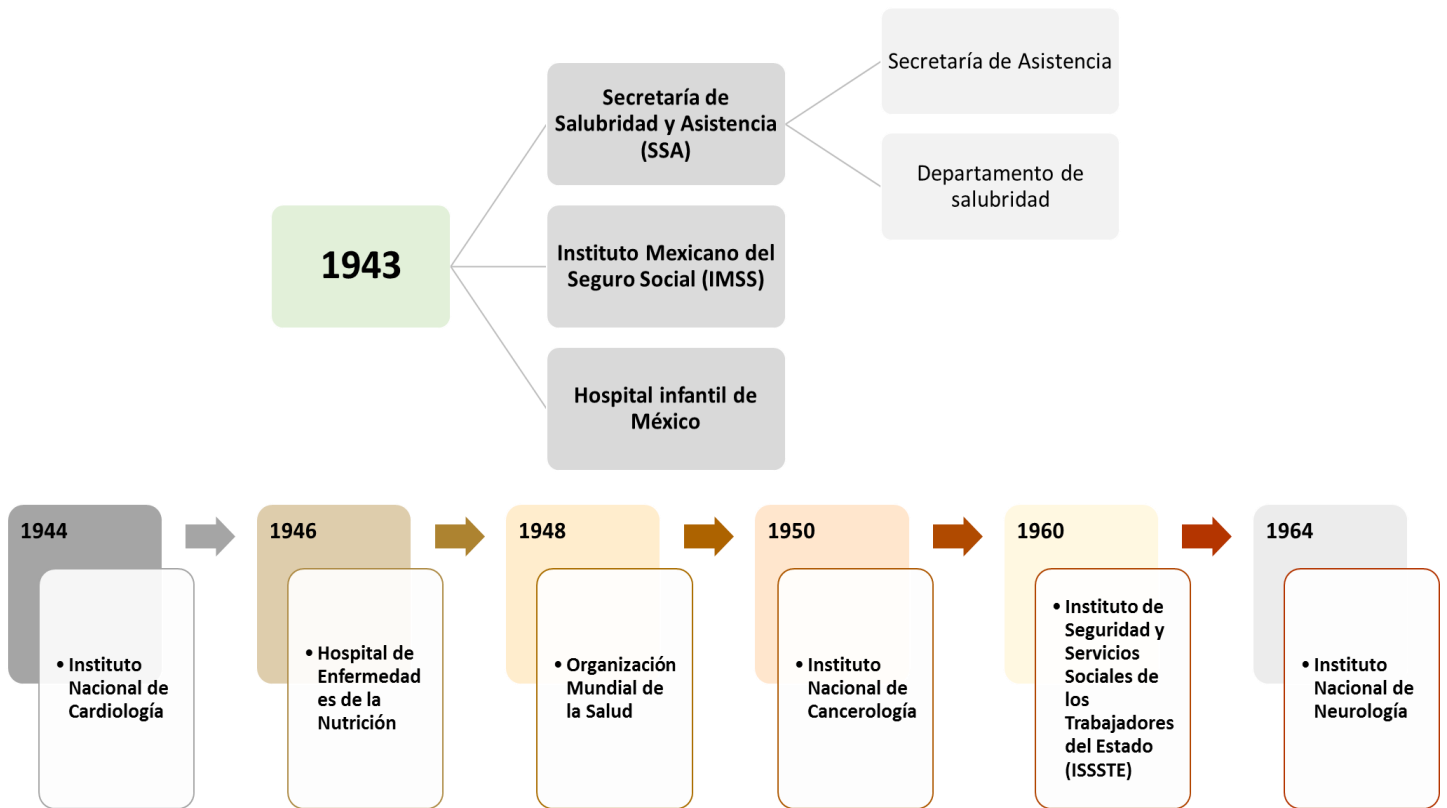
El *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE), brindaba servicios a los empleados del gobierno y a sus familias, y tenía dos fuentes de financiamiento: las contribuciones del empleado y del gobierno.

No obstante, los esfuerzos institucionales emprendidos, tanto *las familias aseguradas como las no aseguradas* de todos los niveles de ingreso, *utilizaban servicios privados* pagando de su bolsillo en el momento de recibir la atención (Frenk, 2004).

Esta primera generación de reformas, que como se apuntó líneas atrás comenzó en 1943, tuvo un proceso continuado hasta 1972, como podemos observar en los párrafos precedentes.

Destaca que de 1954 a 1972, el IMSS amplía gradualmente su espectro de aseguramiento: asalariados y agrícolas del norte del país (1954), trabajadores urbanos independientes (1959), trabajadores estacionales del campo y miembros de sociedades de crédito ejidal (1960), productores y cortadores de caña (1963), ejidatarios y productores de escasos recursos (1965) y ejidatarios del cultivo del henequén (1972), (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

En suma, es oportuno precisar que, en 1943 el sistema nacional de salud respondía a las condiciones del país de entonces, poniendo énfasis en atender a la población que contribuía con su fuerza de trabajo a la industrialización y el crecimiento económico, a través del IMSS; esquema que se complementaría en 1960 con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los trabajadores del sector público de la economía (véase figura 2).

**Figura 2. Primera generación de reforma en salud**

Fuente: Elaborado por el CEFP con base en Organización Mundial de la Salud, 2016 y SS, 2005.

### 1.3.2 Segunda generación: 1979 – 1994

La segunda generación de reformas, como “*el cambio estructural de la salud*”, tuvo lugar entre 1979 y 1988. Surgió con la finalidad de crear un sistema nacional de salud con énfasis en la atención primaria. Asimismo, giró en torno a la descentralización y el reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud.

Cabe señalar que, la naturaleza del sistema de seguridad social marginó en alguna medida a la población integrada a un trabajo no asalariado (autoempleo, sector informal y desempleo), por tal motivo, en 1979 se creó el *Programa IMSS-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados -Coplamar-* (SS, 2002), el cual, tiene su antecedente en 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extrema -en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad- (IMSS, 2014).

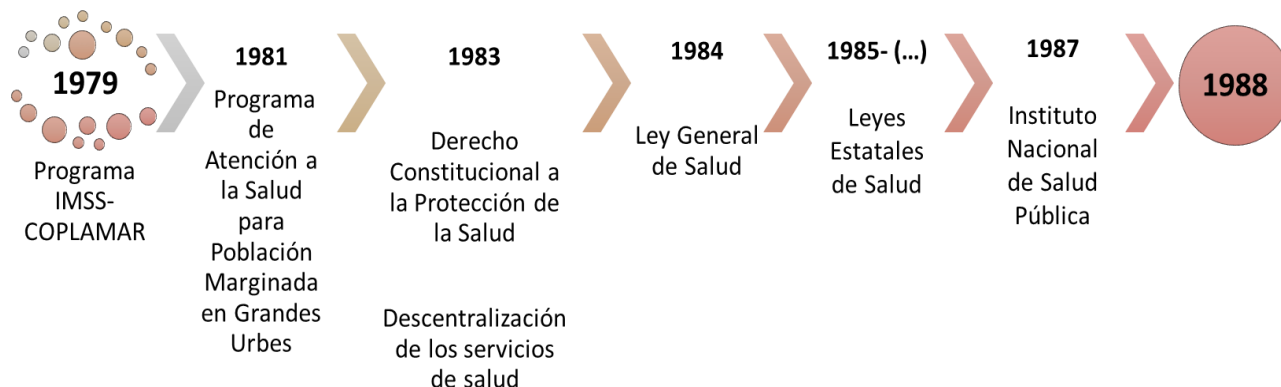
En 1981, la SS instrumentó el *Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes*, dirigido a las zonas de pobreza urbana. Si bien, estos programas realizaron innovaciones importantes, la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud (SS, 2001).

Es hasta 1983 que, se establece la salud como un derecho constitucional, desvinculándose de la situación laboral de los individuos. De ahí que, se propuso por primera vez, integrar las diversas instituciones en un Sistema Nacional de Salud.

Bajo este contexto, se reformó la legislación sanitaria, con lo cual se iniciaron los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de salud para la atención de la población abierta (no asegurada), llevándose a cabo, en una primera etapa en 14 entidades federativas, situación que se mantuvo inalterada hasta 1995 (SS, 1996).

En 1984 se promulgó, la *Ley General de Salud* y en los años consecuentes las *leyes estatales de salud*. Destaca en el mismo año la publicación del primer Programa Nacional de Salud, instrumento en el que se definieron los principales objetivos, metas y estrategias que contribuirían al desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, racional y eficiente (DOF, 1984).

En 1987, se creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), resultado de un decreto que conjuntó tres instituciones: la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), el Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) y el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas -CISEI- (véase figura 3).

**Figura 3. Segunda reforma en salud**

Fuente: Elaborado por el CEFP con base en SS, 2005.

Sin lugar a dudas, las instituciones de salud contribuyeron a mejorar la salud de las y los mexicanos, tuvieron que superar los rezagos existentes y adaptarse a las rápidas transformaciones que experimentaba el país. Lo cual propició una tercera generación de reformas, cuyo propósito consistió en “sustituir el modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo *universal, participativo y plural*” (SS, 2001:59).

### 1.3.3 Tercera generación: 1995-2001

La tercera generación de reformas en materia de salud, inició en 1995, y se caracterizó por el surgimiento de un *nuevo modelo, de tipo universal, participativo y plural*. En esta etapa, se extendió la descentralización de la prestación y el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada a todos los estados de la federación; se formuló un paquete básico con 13 intervenciones para la población dispersa; se certificaron hospitales y escuelas de medicina; se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y se regularon las Instituciones de Seguros Especializados en Salud.

En 1997, se creó un programa de bienestar social integral basado en incentivos (PROGRESA, Programa de Educación, Salud y Nutrición -OPORTUNIDADES en 2001-) que incluyó un paquete básico de salud y un componente de educación dirigido a la población en pobreza. La implementación de esta política pública constituyó una importante herramienta para la extensión de la cobertura básica en salud.

En 2001, la SS puso en operación el piloto “Programa de Salud para Todos” (que antecede la reforma a la Ley General de Salud de 2003) con una duración de tres años, la cual se llevó a cabo en el siguiente orden (véase cuadro 1):

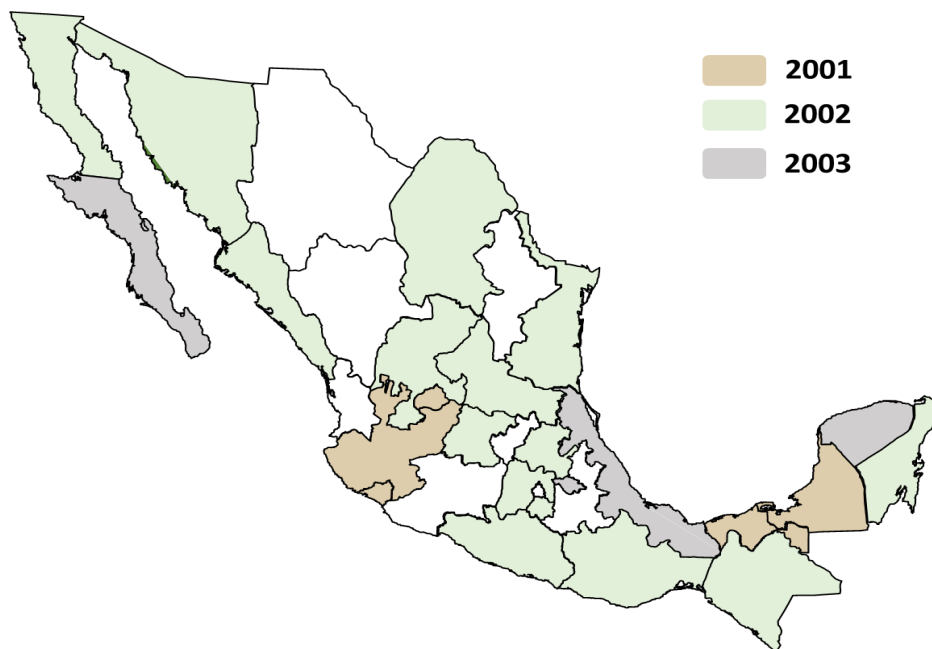
**Cuadro 1. Etapas de implementación del Piloto Programa de Salud para Todos**

<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.	Baja California Norte, Sonora, Sinaloa, Coahuila, Tamaulipas, San Luis Potosí, Zacatecas, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo y Morelos.	Baja California Sur, Veracruz, Tlaxcala y Yucatán.

Fuente: Elaborado por el CEFP con base en SS, 2005.

En la etapa inicial, se afiliaron a 59,484 familias, mientras que, en el año 2002, sumaban 296,000 familias afiliadas, para concluir en 2003 con 614,000 familias afiliadas, en 24 entidades federativas (véase mapa 1).

**Mapa 1. Cobertura del Piloto Programa de Salud para Todos**



Fuente: Elaborado por el CEFP con base en la SS, 2005.

De acuerdo a la SS, el *piloto, Programa de Salud para Todos*, respondió a los siguientes objetivos:

- a. *Brindar protección financiera* a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud,
- b. Crear una *cultura de pago anticipado* entre los beneficiarios, y
- c. *Disminuir el número de familias que se empobrecen* anualmente al enfrentar gastos en salud.

Del mismo modo, dicho piloto se caracterizó por:

- i. Ser un seguro *público y voluntario*,
- ii. Considerar como población objetivo a aquella *no derechohabiente de la seguridad social y de bajos ingresos* (ubicadas dentro de los primeros deciles de la distribución de ingreso),
- iii. Ofrecer una lista de beneficios, integrado por 78 intervenciones (Catálogo de beneficios médicos -CABEME-), las cuales cubrían el 85 por ciento del total de la demanda de atención de salud,
- iv. Tener como *unidad de afiliación la familia*,

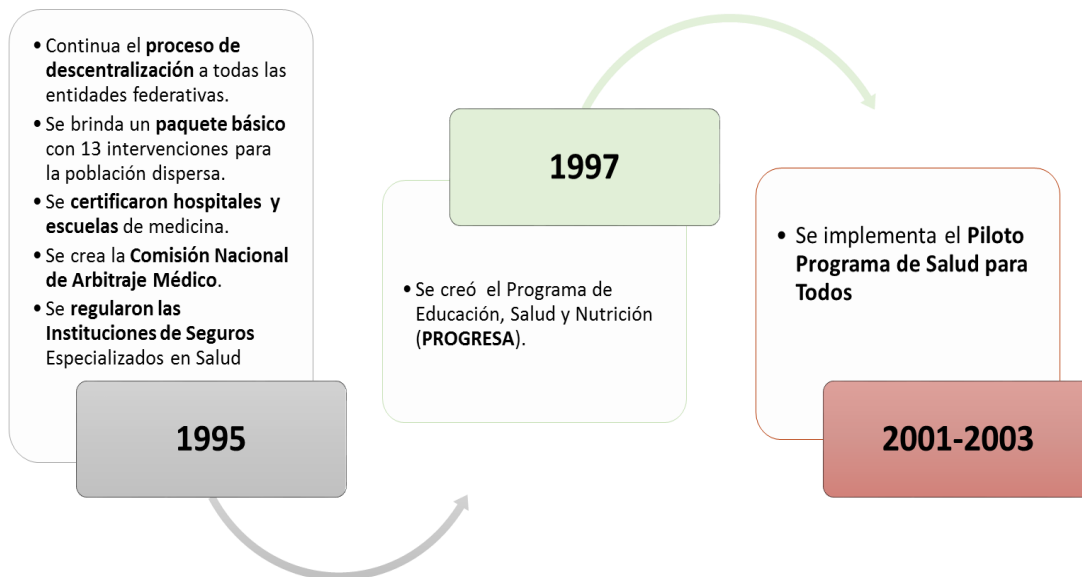
- v. Brindar los servicios de salud incluidos en el CABEME a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA), mediante una red médica conformada por un hospital general y centros de salud,
- vi. Incluir como parte de la prestación de servicios el *surtimiento de recetas*,
- vii. Basarse en un *esquema bipartita de financiamiento* con participación mayoritaria por parte del gobierno federal, mediante un subsidio transferido a través de la SS, y el pago de cuotas de afiliación por parte de las familias (esquema que cambiaría con la reforma a la LGS 2003),  
y
- viii. Establecer una *cuota de afiliación progresiva* según el nivel de ingreso de cada familia.

Es importante mencionar que, al transitar el programa piloto al SPSS (objeto de la reforma a la Ley General de Salud de 2003, que se analizará más adelante), se conservaron en su mayoría las características arriba señaladas, razón por lo cual, es de destacar su valor como fase inicial.

En la figura 4, se muestran los eventos más relevantes en torno a la tercera generación de reforma en salud.



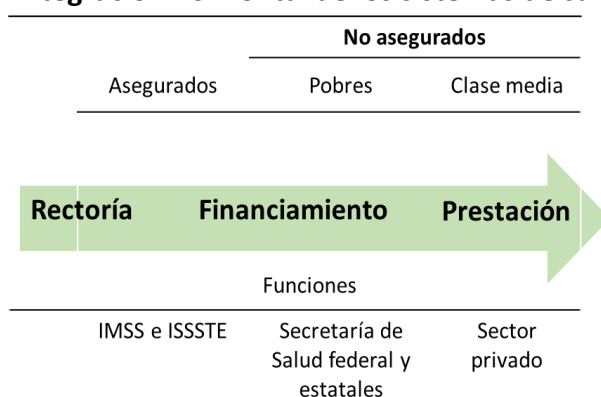
**Figura 4. Tercera generación de reforma en salud**



Fuente: Elaborado por el CEFP con base en SS, 2005.

Esta generación, también se sumó a la atención de las recomendaciones que en el ámbito internacional se planteaban en la materia, las cuales, sugerían una *reorganización de los sistemas de salud*, mediante la *integración horizontal* de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud (véase figura 5).

**Figura 5. Recomendación internacional:  
Integración horizontal de los sistemas de salud**



Fuente: Elaborado por el CEFP.

En síntesis, las tres generaciones de reformas descritas anteriormente, constituyeron la base que permitió impulsar la reforma a la Ley General de Salud en 2003, objeto de este estudio, enfatizando su contribución en la atención y desarrollo del Sistema Mexicano de Salud, así como en la identificación de aspectos que permitieran mejorar la atención, como la segmentación y la inequidad financiera.

## 1.4 Panorama general previo a la Reforma en materia de Salud de 2003

- **Contexto político**

El año 2000, marcó el inicio de una transición del Titular del Poder Ejecutivo. Las prioridades, objetivos y estrategias de dicho gobierno se enunciaron en el *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006*, el cual, comprendió tres áreas: desarrollo social y humano; crecimiento económico con calidad; y, orden y respeto social. Ubicándose en la primera el sector salud con el objetivo de mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.

Para el cumplimiento de dicho PND, se contempló entre otros aspectos, la *Estrategia 5, Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población*, la cual se llevaría a cabo, a través de las siguientes líneas de acción: consolidar la protección básica y promover un seguro de salud

popular; promover y ampliar la afiliación al seguro social; ordenar y regular el prepago privado; y articular el marco de aseguramiento en salud.<sup>1</sup>

- **Contexto económico**

El Producto Interno Bruto (PIB) en 1997, fue de 3,174.2 billones de pesos (bdp), en 1998 de 3,846.3 bdp, en 1999 de 4,583.7 bdp y en el 2000 fue de 5,432.3 bdp. El crecimiento medio anual del PIB para los mismos años fue de 6.8, 5.0, 3.7 y 6.6, respectivamente. Asimismo, el gasto en salud como por ciento del gasto social representó para el año 2000 el 34 por ciento mientras que en 1999 fue de 35 por ciento (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

El porcentaje de la población que se encontraba en situación de pobreza tomando como referencia la línea de pobreza nacional, indicaba que poco más de la mitad de los habitantes estaba por debajo de ésta (53.6 por ciento)<sup>2</sup>.

- **Contexto demográfico**

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2000 la población total en el país, ascendió a 98.4 millones de habitantes, y la que habitaba en zonas rurales (localidades con menos de 2,500 habitantes) representó el 25.2 por ciento.

La población menor de cinco años como porcentaje del total fue de 11.6, en tanto la de 65 o más años de 4.7 por ciento; la esperanza de vida al nacer correspondió a 74 años y la tasa de fecundidad ascendió a 2.4 nacidos vivos por mujer.

- **Contexto internacional**

En el mundo, los países buscaban a través de políticas públicas asegurar derechos en salud a sus ciudadanos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en su Informe de Salud en el Mundo 2000 como acción prioritaria, no sólo *mejorar el desempeño de los sistemas de*

---

<sup>1</sup> PND 2001-2006, p. 81 y 116.

<sup>2</sup> Tasa de pobreza medida como el porcentaje de la población que vive por debajo de la línea de pobreza patrimonial definida por el Consejo Nacional de Evaluación de Política Social (CONEVAL), organismo que describe la pobreza patrimonial como “insuficiencia de los ingresos disponibles para comprar la canasta básica, así como hacer los gastos necesarios en salud, ropa, hogar, transporte y educación, incluso si los ingresos totales del hogar fueron utilizados sólo para la compra de estos bienes y servicios” (Knaul *et al*, 2013:211).

*salud en todo el mundo a favor de la salud de la población sino también protegerla contra los costos financieros de la enfermedad*; ya que, si bien algunos países contaban con sistemas de salud que se encontraban en condiciones favorables, dicha situación no persistía en otras naciones, aun incluso entre países con niveles similares de gasto sanitario.

El informe referido, asimismo, señalaba que el principal reto era *conocer los factores* que habían de permitir cambiar la situación. En este sentido, el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud 2003 de la OMS, planteó que los países en desarrollo deberían empezar a planificar una vía para el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales; que uno de los objetivos de los sistemas de salud era lograr la equidad en las contribuciones financieras, es decir, que los hogares no tenían por qué empobrecerse o pagar una proporción excesiva de sus ingresos para obtener atención médica (OMS, 2003). Cabe señalar que, en 2005 México como miembro de la OMS asumió el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal.

Por otro lado, en el mismo año con motivo de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (ONU), 189 naciones (entre ellas México), se comprometieron a más tardar en 2015 alcanzar lo que se denominaron los *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Dichos objetivos, plantearon como propósito erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad infantil y materna, mejorar la salud reproductiva, intensificar la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y crear una alianza mundial para el desarrollo (Naciones Unidas, 2000).

Cabe resaltar que los ODM, situaron a la *salud* como elemento fundamental en el desarrollo de los países<sup>3</sup>.

---

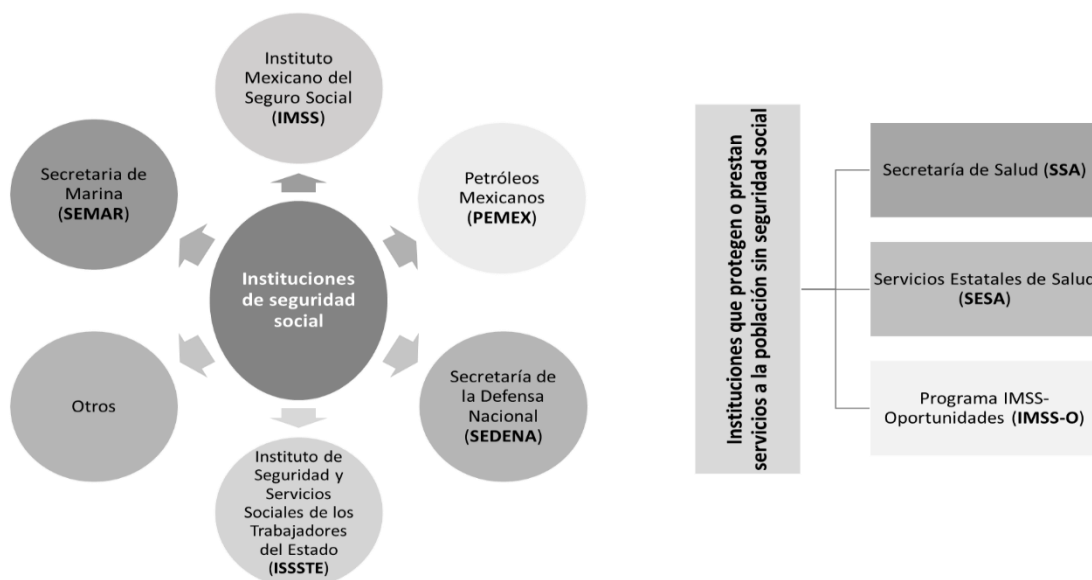
<sup>3</sup> Para mayor información sobre el cumplimiento de los ODM ver <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/>

- **Contexto de la seguridad social en salud**

### i) Organización

El sistema de salud de México, estaba constituido por dos sectores: público y privado. El primero, comprendía tanto los servicios a los trabajadores del *sector formal de la economía* como a las *instituciones que protegen o prestan servicios* a la población sin seguridad social (véase figura 6).

**Figura 6. Sector Público de Salud**



Fuente: Elaborado por el CEFP con base en Gómez Dantes et al, 2011.

El sector privado, integraba a las *compañías aseguradoras* y los *prestadores de servicios* que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

La estructura básica del sistema de salud correspondiente al *sector público*, comprendía a los *trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias*, quienes eran beneficiarios de las instituciones de seguridad social. Al respecto, es de hacer notar que, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, atendían a su población en unidades y con recursos humanos propios.

Los auto empleados, trabajadores del sector informal de la economía, desempleados y las personas que se encontraban fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes, recurrían

a los servicios de la SS, los SESA e IMSS-Oportunidades (IMSS-O). En tanto que, la población con capacidad de pago hacía uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguros o pagos de bolsillo (véase cuadro 2).

**Cuadro 2. Estructura básica del sistema de salud**

Institución prestadora de servicios	Población que atiende (usuarios)	Mecanismo de atención		Beneficios que reciben los afiliados	Financiamiento
		Unidades propias (hospitales y clínicas)	Recursos humanos propios (médicos y enfermeras)		
<b>Instituciones que prestan servicios a población con y sin seguridad social</b>					
SSA	Auto-empleados, desempleados, trabajadores de la economía informal	•	•	Servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio en las grandes ciudades.	Gobierno federal (Ramo 12 y 33 del PEF) y cuotas de usuarios.
SESA		•	•		Gobierno federal, gobiernos estatales y cuotas de usuarios.
IMSS-Oportunidades	Población vulnerable marginada	•	•	Servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se centra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.	Gobierno federal (Ramo 19).
<b>Instituciones que prestan servicios a población con seguridad social</b>					
IMSS	Trabajadores formales del sector privado y sus familias	•	•	Regimen Obligatorio: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros.	Tripartita: Gobierno Federal, patrones y trabajadores
ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX	Trabajadores formales del sector público	•	•	ISSSTE: Servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental. SEDENA, SEMAR y PEMEX: Atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.	Gobierno federal y trabajadores
<b>Instituciones del sector privado</b>					
Hospitales y clínicas privadas	Personas con o sin seguridad social y con mayor capacidad de pago	•	•	Cualquier servicio de salud	Empleados y empleadores

Fuente: Elaborado por el CEFP con base en: Gómez-Dantes O, et al. (2011); y Dávila Torres (2017).

## ii) Cobertura en salud

En 2000, del total de la población el 50.9 por ciento no contaba con seguridad social (véase cuadro 3).

**Cuadro 3. Cobertura en salud en México, 2000**

	2000	
	Número	%
Población con seguridad social	48,361,713	49.1
Población no asegurada	50,076,844	50.9
Población total	98,438,557	100.0

Fuente: Gómez Dantes *et al*, 2011.

## iii) Aspectos financieros del sector salud

El sector salud en materia financiera, en el año 2000, se caracterizó entre otros aspectos, por lo siguiente:

- El *gasto público en salud* (incluye tanto los recursos públicos o presupuestos gubernamentales como las contribuciones a la seguridad social) *como porcentaje del PIB* fue de 2.4 por ciento, mientras que la demanda de servicios más complejos y de mayor calidad crecía en forma acelerada (Bonilla y Aguilera, 2013).<sup>4</sup>
- El *gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud* era de 50.9 por ciento, el cual resultaba ineficiente e inequitativo, además de que exponía a los hogares, especialmente a

---

<sup>4</sup> Los recursos públicos o presupuestos gubernamentales ingresan por medio del cobro de los impuestos generales y específicos (impuestos al valor agregado, sobre la renta, al tabaco y al alcohol, entre otros). Los recursos provenientes de las contribuciones a la seguridad social ingresan a través de impuestos a la nómina donde participan tanto empleadores como trabajadores. Así, el gasto público está constituido por los presupuestos ejercidos en atención a la salud de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSTE y Petróleos Mexicanos -PEMEX-) y por el presupuesto ejercido de la Secretaría de Salud. Este último, a su vez, está compuesto por el presupuesto federal y los presupuestos estatales. El gasto federal incluye los recursos que se presupuestan por medio de los ramos 12 y 33 (FASSA). El gasto estatal incluye los recursos propios que las entidades gastan en servicios de salud. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:28)



los pobres y no asegurados, a gastos de salud catastróficos y empobrecedores (Fundación Mexicana para la Salud, 2016).

- Comparativamente, en Colombia y Costa Rica el gasto de bolsillo ascendió en el mismo año a 12 y 34 por ciento del gasto total en salud, respectivamente. Cabe mencionar que en 2001 alrededor de tres millones de hogares mexicanos incurrieron en gastos catastróficos (aquellos gastos superiores al 30 por ciento de la capacidad de pago de un hogar) y empobrecedores (aquellos gastos que, independientemente de su monto, llevan a los hogares no pobres por debajo de la línea de pobreza) por motivos de salud (INSP, 2006:18).
- La proporción del *gasto público por persona, entre aquéllos cubiertos por la seguridad social y quienes no lo están*, era de 2.1 a 1.0; asimismo, la proporción del *gasto federal en salud por persona* en estados con la cifra más alta en relación a aquellos que presentaban la cifra más baja, era de 6.1 a 1.0 (Bonilla y Aguilera, 2013).
- El presupuesto federal para salud en el año 2000<sup>5</sup>, fue de poco más de 127 mil millones de pesos. El destinado a la población abierta, es decir, aquella que no tiene acceso a las instituciones de seguridad social, correspondió a 29.3 por ciento; mientras que el gasto para atender a la población asegurada se distribuyó de la siguiente forma: 15.6 por ciento ISSSTE y 55.1 por ciento IMSS (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2000).

#### **iv) Condiciones de salud**

Como resultado del esfuerzo de las instituciones de salud que se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX, las condiciones de salud en México mejoraron sustancialmente en los inicios del presente siglo. De ahí que, conforme a la Información para la rendición de cuentas 2001, emitida por la SS, se registran en el año 2000 diversos avances como resultado de las acciones y esfuerzos que antecedieron, entre los que destacan:

---

<sup>5</sup> Incluye el presupuesto de la SS, el FASSA del Ramo 33, y el gasto en salud del IMSS y del ISSSTE. (Presupuesto de Egresos de la Federación, 2000. p. 68)

- i. La probabilidad de *muerte en menores de 1 año* disminuyó casi 35 por ciento; equivalente a evitar la muerte de 12 de cada 1000 niños nacidos vivos (comprende el periodo de 1990 a 2000),
- ii. La *mortalidad infantil de niños menores de 5 años* pasó de 167 de cada 1000 niños menores de 5 años en la década de los 50 a menos de 30 muertes, resultado del control de las enfermedades infecciosas,
- iii. La *mortalidad general* pasó de 16 defunciones por 1000 habitantes en 1950 a 4.5 en el año 2000,
- iv. Entre 1950 y 2000 el *porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales* disminuyó 14 veces (de 14.3 por ciento a 1 por ciento), y
- v. La *mortalidad por infecciones respiratorias* agudas en menores de 5 años disminuyó, de casi 120 muertes por cada 100,000 niños a tasas de casi 30 en diez años.

Para el caso de la presente investigación, resulta de fundamental importancia, señalar que, no obstante, los esfuerzos y resultados obtenidos, los datos y cifras sobre los principales padecimientos en nuestro país, constituían un problema latente, por citar sólo algunos ejemplos, podemos señalar que para el año 2000:

- i. La *mortalidad por diarreas* constituyó la cuarta causa de muerte en menores de 1 año y la tercera causa de mortalidad en la población preescolar; a pesar de que de 1990 a 2000 la mortalidad por diarreas en menores de 5 años disminuyó 85 por ciento,
- ii. Los estados del sur del país presentaban en general una *mortalidad por infecciones respiratorias agudas* considerablemente mayor que los estados del norte. Estas son también más comunes en los niños que en las niñas,
- iii. La *desnutrición* pasó a ser un problema prioritario, toda vez que con base en la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, en México había poco más de dos millones de niños menores de 5 años que padecían algún grado de desnutrición,
- iv. La *prevalencia de desmedro* (talla baja para la edad) era tres veces más elevada en el medio rural (33 por ciento) que en el medio urbano,
- v. Las llamadas *enfermedades del rezago* (enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción), afectaban con mayor frecuencia a las poblaciones pobres. A nivel nacional eran responsables del 15 por ciento de las muertes, pero en los municipios de alta marginación contribuían con poco más del 25 por ciento de las defunciones,

- vi. Los padecimientos propios del rezago originaban marcadas diferencias, por ejemplo, un niño nacido en Chiapas tenía 50 por ciento más probabilidades de morir antes de cumplir 1 año de edad que un niño nacido en el Distrito Federal o Nuevo León,
- vii. Las *enfermedades del corazón*, las enfermedades *cerebrovasculares*, los *tumores malignos*, la *diabetes* y la *cirrosis*, concentraron casi 55 por ciento de las muertes ocurridas en el país,
- viii. La *tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino* en México (19 por cada 100 000 mujeres de 25 años y más) fue una de las más altas del mundo, y
- ix. La *diabetes mellitus* representó la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

#### v) Recursos humanos: médicos y enfermeras

En 2000 el número de profesionales y técnicos de la salud que formaba parte de las instituciones públicas ascendió a 367,352 (véase cuadro 4).

**Cuadro 4. Recursos humanos (sector público)**

	<b>2000</b>
<b>Total</b>	<b>367,352</b>
Total de Médicos	140,629
Total de Enfermeras	190,335
Personal de servicios de diagnóstico y tratamiento*	36,388
Médicos por 10,000 habitantes	12.1
Enfermeras por 10,000 habitantes	19.0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

\* Se refiere a profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Respecto a la distribución de los recursos humanos en cada una de las instituciones de salud, comparativamente con el sector privado, éste concentraba el mayor número de médicos (casi 63 mil en 1999), mientras que el mayor número de enfermeras se encontraba en el IMSS con un total de 79,100 (véase cuadro 5).

**Cuadro 5. Distribución de los recursos humanos**

Institución	Médicos	Enfermeras
SS y SESA	54,293	73,502
IMSS-Solidaridad	5,541	6,847
IMSS	53,473	79,100
ISSSTE	17,886	20,052
PEMEX	2,386	2,678
SEDENA	1,753	2,128
MARINA	829	1,025
SECTOR PRIVADO (1999)	62,951	29,365

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

Cabe mencionar que, mientras que los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1,000 habitantes, respectivamente; caso contrario se observaba en el Distrito Federal y el estado de Baja California Sur en cuyo caso contaban con 3.2 y 2.5 médicos, respectivamente.

Asimismo, la tasa de médicos por cada 1,000 habitantes en los municipios de muy alta marginación fue de 0.7, en tanto que en los de muy baja marginación era de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca contaban con sólo 0.13 médicos (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Respecto al equipamiento y tecnología, las unidades médicas del sector público correspondían a 19,107 en el año 2000, perteneciendo el 60.5 por ciento a la SS, quien también poseía el mayor porcentaje de camas censables (40.8 por ciento), de laboratorios de análisis clínicos (49.9 por ciento), salas de parto (87.5 por ciento) y quirófanos (54.9 por ciento); por su parte, la mayor proporción de equipos de radiodiagnóstico la tenía el IMSS con 42.4 por ciento (véase cuadro 6).

**Cuadro 6. Principales recursos materiales del sistema nacional de salud, 2000**

Institución	Unidad médica	Consultorios	Camas censable	Laboratorio clínico	Equipos de radiografía	Bancos de sangre	Salas Parto	Quirófanos
SSA y SESA	11 551	23 395	31 487	927	1 135	112	6 074	1 112
IMSS Solidaridad	3 609	4 193	1 994	69	69	0	69	69
Otros	79	648	1 477	15	58	10	36	68
<b>SUBTOTAL POB. ABIERTA</b>	<b>15 239</b>	<b>28 236</b>	<b>34 958</b>	<b>1 011</b>	<b>1 262</b>	<b>122</b>	<b>6 179</b>	<b>1 259</b>
IMSS	1 784	14 089	28 622	496	1 511	31	470	972
ISSSTE	1 244	5 313	6 745	201	436	58	159	286
PEMEX	215	1 538	980	22	60	8	28	52
SEDENA	296	1 053	3 885	39	92	6	44	84
MARINA	142	408	732	25	64	4	29	39
OTROS	187	855	1 222	24	61	11	36	68
<b>SUBTOTAL POB. ASEGU.</b>	<b>3 868</b>	<b>22 041</b>	<b>42 186</b>	<b>807</b>	<b>2 224</b>	<b>118</b>	<b>766</b>	<b>1 501</b>
SECTOR PRIVADO	2 550	12 455	31 241	682	ND	211	2 392	2 568
POR C/ 1,000 HABTS.	77.5	51.5	75.9	1.8	2.0	0.2	7.0	2.8

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

Es de precisar que, a nivel entidad federativa persistían marcadas diferencias, tal era el caso del Distrito Federal, Baja California y Sonora en cuyo caso contaban con 1.9, 1.5 y 1.1 camas por cada 1,000 habitantes, respectivamente. Situación contraria a la ocurrida en los estados de Chiapas, Puebla, Veracruz y Oaxaca que tenían 0.2, 0.19, 0.11 y 0.07 camas por cada 1,000 habitantes, respectivamente.

En resumen, la evolución del sistema de salud en México, tanto en su conceptualización como las diferentes políticas públicas instrumentadas, a partir de 1831, y particularmente en el México postrevolucionario, incluidas desde luego las tres generaciones de reformas en la materia, fueron la base y asidero fundamental, que posibilitaron la concepción y posterior instrumentación de la reforma de 2003, principal objeto de estudio de la presente investigación. Reforma que, desde luego, resultaba inminente tanto por el contexto económico, político, social e internacional que prevalecía, como por las demandas y necesidades que la población nacional presentaba en materia de salud.

## **2. Antecedentes**

En el presente apartado, se lleva a cabo un diagnóstico del entorno del sistema de salud con la finalidad de identificar el problema que la reforma a la Ley General de Salud en 2003 proponía atender; a partir del cual, se identifican las principales causas y consecuentes efectos. Lo anterior es determinante, toda vez que, representa las bases para lo que posteriormente sería un sistema nacional de salud extendido a todos los mexicanos.

### **2.1 Identificación del problema que enfrenta la seguridad social en salud**

Un primer problema, identificado en materia de seguridad social en salud, previo a la reforma de 2003 que aquí nos ocupa, son las restricciones de cobertura del sistema nacional de salud creado en 1943, el cual, estuvo sujeto a la posibilidad de aseguramiento sólo en el caso de tener un empleo formal, ocasionando como se ha mencionado con anterioridad, que en el año 2000 sólo el 49.1 por ciento de la población contara con seguridad social (Ayala, 1999; Gómez et al, 2011 y Cámara de Diputados, 2002).

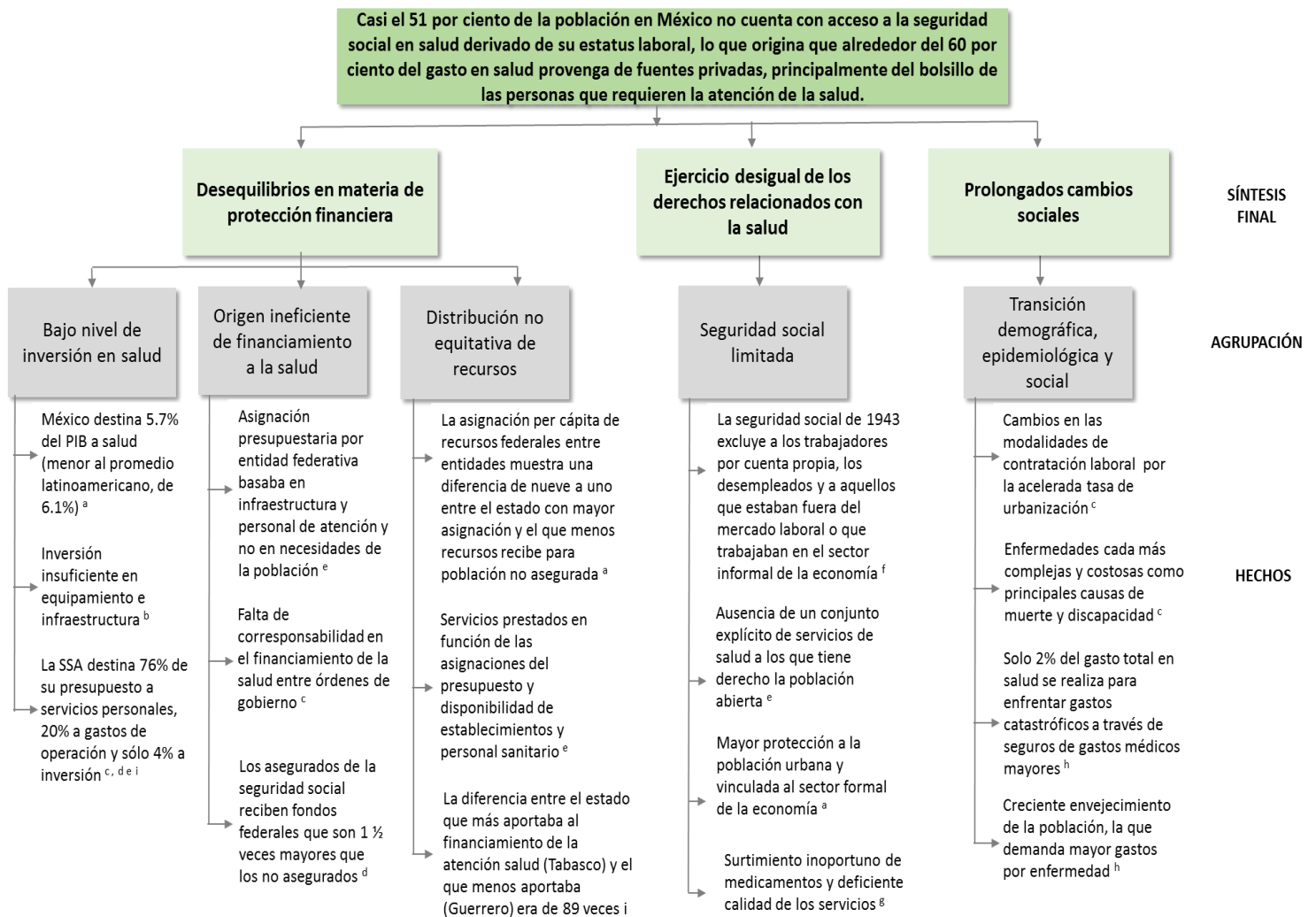
De acuerdo a la SS, la limitante referida en el párrafo anterior, está asociada a la necesidad de proveer una alternativa de protección social en salud mediante un nuevo esquema de aseguramiento público para la población que no contaba con acceso a dicho mecanismo. Lo anterior, según Flamand y Moreno-Jaimes (2015) con el fin de resolver un problema central y persistente de mediados de la década de 1990: casi 60 por ciento del gasto en salud en México provenía de fuentes privadas, pero fundamentalmente del bolsillo de las personas que requerían atender sus problemas de salud fuera del sistema público.

Con base en señalado líneas atrás, el problema que se planteó resolver a través de la reforma a la Ley General de Salud en 2003, fue atender aproximadamente al 51 por ciento de la población en México que, no contaba con acceso a la seguridad social en salud derivado de su estatus laboral.

### **2.2 Causas asociadas al problema de la seguridad social en salud**

A continuación, se presentan las causas identificadas por diversos autores asociados al problema que se identificó como antecedente a la reforma a la Ley General de Salud en 2003 (véase figura 7).

**Figura 7. Análisis de causas asociadas al problema**



Fuente: Elaborado por el CEFP con base en: <sup>a</sup>/Diario de los Debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2002), <sup>b</sup>/Fundación Mexicana para la Salud (2016), <sup>h, c e i</sup>/SS (2001, 2005 y 2006), <sup>d y f</sup>/Frenk J. (2005 y 2007), <sup>e</sup>/Banco Mundial (2013) y <sup>g</sup>/Cámara de Diputados (2002).

Como se observa en la figura 7, el problema identificado está relacionado con tres aspectos: i) desequilibrios en materia de protección financiera, ii) ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, y iii) existencia de prolongados cambios sociales. El primero, derivado de un bajo nivel de inversión en salud, del origen ineficiente de financiamiento y de una distribución no equitativa de recursos; en tanto, el segundo se encuentra vinculado directamente a una seguridad social de tipo limitada (sector formal de la economía), y el último, asociado a cambios demográficos, epidemiológicos y sociales.

## 2.3 Efectos derivados de las causas que dan origen al problema

A partir de las causas anteriormente expuestas en el apartado anterior, se establecieron, entre otros, los siguientes efectos:

- i. El gasto de bolsillo rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia en salud, en el cual, los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud, por lo tanto, se obliga a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y recibir servicios según su capacidad de pago. También se expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes (SS, 2006).
- ii. Se generan desincentivos para la atención preventiva y médica hasta que la enfermedad se agrava (Diario de los debates, 2002).
- iii. Derivado de las transiciones epidemiológica y demográfica se genera una mayor demanda de servicios más complejos y costosos (Diario de los debates, 2002).
- iv. Se presenta un rendimiento limitado de la inversión pública en salud, así como un uso ineficiente de los recursos por bajo nivel de inversión (SS, 2005).
- v. La descentralización de los servicios de salud al no contar con reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno origina diferencias importantes entre los estados en materia contributiva al financiamiento de la salud (SS, 2006).
- vi. La sociedad mexicana cada vez más participativa y crítica, demanda más y mejor información, más opciones de atención a la salud y servicios de mayor calidad (Diario de los debates, 2002).

## 2.4 Retos del Sistema de Salud

En razón de que, casi el 51 por ciento de la población en México no contaba con acceso a la seguridad social en salud, derivado de su estatus laboral, lo cual originaba que, alrededor del 60 por ciento del gasto en salud, proviniera de fuentes privadas, principalmente del bolsillo de las personas que requerían los servicios, distintos organismos plantearon en general los siguientes retos:



- Reducir el riesgo de que las personas empobrezcan por altos pagos de bolsillo (OMS, 2016 y Cámara de Diputados, 2002).
- Contar con mecanismos para hacer frente a los gastos catastróficos en salud para mejorar la protección económica de los pacientes (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2011).
- Incrementar el nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB por arriba del promedio Latinoamericano (SS, 2005).
- Modificar la composición de las fuentes de financiamiento y garantizar que los recursos de origen público (incluyendo las aportaciones a la seguridad social y los recursos para salud tanto federales como estatales) se constituyan en la fuente principal de financiamiento del sistema de salud (SS, 2005).

En conjunto, estos retos, exigían, construir un sistema universal de protección social en salud, entendido como aquel que no sólo comprendiera la seguridad social formal sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales para quienes no participaban en el sector formal de la economía (Diario de los debates, 2002 y SS, 2014b).

En razón de lo anterior, se instituyó la creación de un tercer esquema de aseguramiento, con el cual, surgió el SPSS -cuyo brazo operativo sería el Seguro Popular-, elementos que más adelante se analizan.

En resumen, la reforma en salud de 2003 que dio origen al SPSS buscó combatir el problema de la protección financiera y la falta de acceso a los servicios de salud de una parte importante de la población, lo cual, significó ampliar el aseguramiento en salud de 1943, del cual formaban parte principalmente, el IMSS y el ISSSTE, a toda la población<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Anexo 1. Análisis comparado entre el texto de la Ley General de Salud vigente hasta 2002, la Iniciativa de reforma a la misma y el decreto aprobado en mayo de 2003.

### **3. Objetivos de la reforma de 2003 a la Ley General de Salud**

En este capítulo, se describen los objetivos de la reforma a la Ley General de Salud de 2003, e incluyen las modificaciones legislativas aprobadas por el Congreso para el cumplimiento de los mismos. Cabe señalar que, de acuerdo a lo mostrado en el capítulo anterior, la reforma en comento, se estructuró como una estrategia para eliminar o reducir la brecha existente entre la población con seguridad social y la no asegurada, lo cual, tenía como resultado que casi el 60 por ciento del gasto en salud en México, proviniera de fuentes privadas, principalmente del bolsillo de las personas, derivando en gastos empobrecedores o catastróficos para ellas.

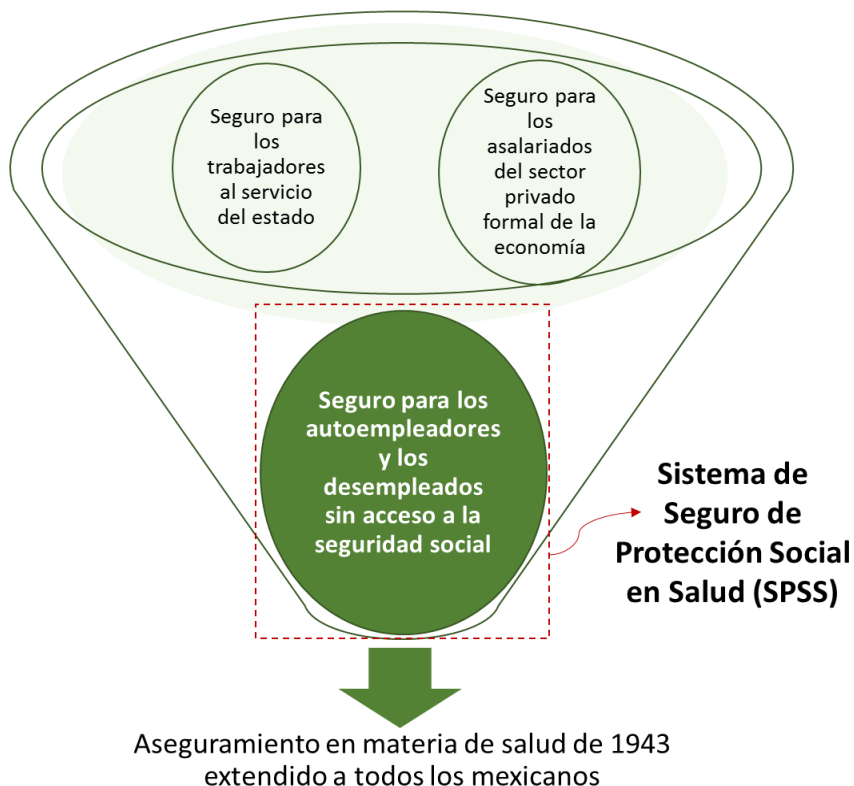
#### **3.1 Objetivo general**

Con base en la exposición de motivos de la Iniciativa a la Ley General de Salud, aprobada en 2003, se identificó el siguiente objetivo general:

Extender el aseguramiento en materia de salud a todos los mexicanos para construir un sistema universal de protección social a través de la constitución de un seguro para las personas que no cuentan con acceso a la seguridad social por su estatus laboral, que será operado por el SPSS.

El seguro al que se refiere la exposición de motivos, sería complementario a los ya existentes en el sistema, principalmente el seguro para los asalariados del sector privado formal de la economía (IMSS) y el seguro para los trabajadores al servicio del estado (ISSSTE); lo que significaría, no sólo brindar el acceso a la seguridad social del sector formal de la economía, sino también hacer efectivo los derechos sociales para quienes no participaban en éste (véase figura 8).

**Figura 8. Esquema de aseguramiento en salud**



Fuente: Elaborado por el CEFP con base en Diario de los Debates, 2002.

### 3.2 Objetivos particulares

Para dar cumplimiento al objetivo general, referido en el apartado anterior, se plantearon los siguientes objetivos particulares:

1. Crear un tercer esquema de aseguramiento operado por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).
2. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud.
3. Brindar protección financiera.

En razón de los objetivos anteriores, y dado que, el SPSS inició en 2004 con fundamento en el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 15 de mayo de 2003, a continuación se exponen en términos generales, los elementos que derivaron de ésta, complementándose en algunos casos con lo descrito en el

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social, publicado en el DOF en 2004 (en adelante Reglamento).

### **1. Objetivo 1. Crear un tercer esquema de aseguramiento operado por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)**

#### Población a la que se dirigió

La población a la que se dirigió el nuevo componente financiero del SNS, fueron *las familias y personas no derechohabientes de las instituciones de seguridad social* o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud (*Art. 77 BIS 3 de la LGS*).

Este sistema tiene como *unidad de protección el núcleo familiar*, integrado por los cónyuges, en su caso concubina y el concubinario, por el padre y/o madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato. Los integrantes del núcleo familiar son también los hijos y adoptados menores de dieciocho años; los menores que tengan parentesco, los ascendientes mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente, los hijos que tengan hasta 25 años, solteros que prueben ser estudiantes o bien discapacitados dependientes (*Art. 77 BIS 4 de la LGS*).

En primera instancia, se estableció que se dará preferencia a la *población* que se encuentre en *los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas* (*Octavo Transitorio de la LGS*).

#### Oferta de servicios

- *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*

Las familias beneficiarias reciben el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica, seleccionados con criterios de costo-efectividad que comprende un *cuadro básico de insumos para el primer nivel* de atención médica y un *catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel*, que sería definido por el Consejo de Salubridad General -CSG- (*Art. 28 de la LGS*).

*Se incluirán progresivamente todas las intervenciones de manera integral*, con exclusión de las de tipo cosméticas, experimentales y las que no hayan demostrado su eficacia (*Cuarto Transitorio de la LGS*).

Es de destacar que la SS instituye al CAUSES como el *documento operativo de referencia del SPSS* para la atención de la salud, el cual incluye no sólo las intervenciones más costo-efectivas para tratar, sino también, aquellas para controlar las causas principales de morbilidad y hospitalización en el país.

- *Medicamentos*

Con la incorporación al SPSS los beneficiarios tienen derecho a recibir los servicios de salud que forman parte del catálogo, incluidos sin costo adicional los medicamentos y los insumos esenciales asociados a los tratamientos *en las unidades médicas* de la administración pública, tanto federal como local (*Art. 77 BIS 36*).

- *Prestación de los servicios*

La protección social en salud deberá contemplar como mínimo los servicios de *consulta externa* en el primer nivel de atención, así como de *consulta externa y hospitalización* para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención (*Art. 77 BIS 1*).

- *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos*

Complementariamente al CAUSES en comento, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) tiene como propósito solventar la atención de *intervenciones que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren*; se constituye y administra por la Federación, sin límites de anualidad presupuestal; e incluye las siguientes categorías:

- a. El diagnóstico y tratamiento del cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, lesiones graves, rehabilitación de largo plazo, VIH/SIDA, y
- b. Cuidados intensivos neonatales, trasplantes y diálisis.

Al respecto, el CSG actualizará periódicamente dichas categorías (*Art. Bis 29 y Décimo Cuarto Transitorio del Reglamento*) y quedarán señalados específicamente por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en un listado independiente incluyendo los medicamentos y materiales asociados con dichas intervenciones (*Art. 101 del Reglamento*).

Asimismo, se administrará y operará por la CNPSS con base en el fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de este fondo y de la previsión presupuestal anual (*Art. 96 del Reglamento*).

De acuerdo con la *Evaluación Externa del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud 2013*, elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública, una de las innovaciones en la creación del SPSS, fue la inclusión de este fondo; toda vez que además de buscar ofrecer acceso universal al sistema de salud a la población sin seguridad social que, presentara algunas de las enfermedades aprobadas por el CSG, también se apoyaba a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representan, desde el punto de vista institucional, un riesgo financiero o gasto catastrófico.

- *Fondo de Previsión Presupuestal anual (FPP)*

Se estableció que, se constituirá un FPP anual para atender: las *necesidades de infraestructura* para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social; las *diferencias imprevistas en la demanda* de servicios; y la *garantía del pago* por la prestación interestatal de servicios.

La previsión presupuestal anual se administrará y operará por la CNPSS, a través del fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de esta previsión presupuestal (*Art. 108 del Reglamento*), y se llevará a cabo mediante *transferencias a los estados previa solicitud de la entidad federativa* afectada (*Art. 77 BIS 18 de la LGS*).

El acceso a los recursos para infraestructura de la previsión presupuestal, requiere obligatoriamente el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el *Plan Maestro de Infraestructura* (*Art. 35 del Reglamento*).

El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento al que se sujetarán los servicios estatales de salud con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura, garantizar la operación sustentable, y definir las características de los centros regionales de alta especialidad; su elaboración está a cargo de la SS y deberá contemplar un panorama de 10 años (*Arts. 31, 33 y 34 del Reglamento*).

### Operación

Se estableció que, este nuevo seguro, sería operado de manera estatal, bajo la coordinación de la Federación. Cabe precisar que *para llevar a cabo la prestación de los servicios de salud los Regímenes Estatales podrán brindarlos de forma directa* a través de sus propios establecimientos de atención médica, o bien de manera *indirecta*, es decir; por medio de *otras entidades federativas o instituciones del SNS*, en este último caso debiendo suscribir un *Convenio de colaboración (Art. 35 LGS; Arts. 13 y 16 del Reglamento)*.

*Para llevar a cabo un Convenio los establecimientos para la atención médica deberán ser acreditados (Segundo Transitorio del Reglamento)*. De esta forma, los estados y el Distrito Federal acreditarán gradualmente la calidad de las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud (*Quinto Transitorio de la LGS*).

Es de destacar que, de acuerdo, con el *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 del Seguro Popular* a cargo del CONEVAL, la acreditación de las unidades médicas permite estandarizar y mejorar la calidad de los servicios de salud que tienen efectos directos en la población atendida por el Seguro Popular (mecanismo operativo del SPSS).

## **2. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud.**

### Afiliación al SPSS

La afiliación al SPSS es responsabilidad de los *Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS)*, los cuales dan cobertura a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tienen como funciones primordiales la promoción para la *incorporación de familias al Sistema; la afiliación y verificación de la vigencia*, entre otros (*Art. 3 del Reglamento*).

La normatividad reglamentaria, establece que, con la incorporación al SPSS, *los beneficiarios recibirán la Credencial Única de Beneficiario del Sistema*; se les asignará, un centro de salud, un médico de familia y la Cartilla Nacional de Salud (*Art. 41 del Reglamento*).

En lo que respecta a la universalidad, es de destacar que, el régimen transitorio legal estableció que, cada año *se podrán incorporar al SPSS hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación*, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010 (*Octavo Transitorio de la LGS*).

Los REPSS y la CNPSS, establecerán una meta anual de afiliación en cada año y distribuida por trimestre (*Art. 80 del Reglamento*).

#### Incorporación de programas del gobierno federal

De acuerdo a la *Evaluación de Consistencia y Resultados 2007 del Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular de Salud*, elaborada por el Instituto en Salud y Demografía S.C., la incorporación al SPSS es voluntaria a petición del jefe de familia.

Complementariamente a lo anterior, en el ejercicio fiscal 2004 y subsecuentes, *podrán adherirse las familias cuya incorporación pueda ser cubierta con cargo a los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud* a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), con cargo a los recursos de los *programas del Ramo Administrativo 12 Salud* del Presupuesto de Egresos de la Federación y, con cargo a los *recursos para la función Salud* que el Ejecutivo Federal presente para el Sistema de Protección Social en Salud (*Octavo Transitorio de la LGS*).

*Las familias* actualmente atendidas por el programa *IMSS-Oportunidades* podrán incorporarse al SPSS. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente Ley (*Décimo Sexto Transitorio de la LGS*).

También *se podrán incorporar al SPSS familias beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema* del Gobierno Federal, ubicadas en localidades rurales; residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes, entre otras; lo anterior, bajo el régimen no contributivo (*Art. 127 del Reglamento*).



### Reafiliación al SPSS

*Al término de la vigencia de la afiliación, la familia tendrá sesenta días naturales para renovar su incorporación al Sistema (Art. 45 del Reglamento).*

### **3. Objetivo 3. Brindar protección financiera**

#### Corresponsabilidad

A fin de promover una mayor equidad en el financiamiento entre los tres seguros públicos de salud, se propuso que el SPSS también fuera financiado de forma tripartita. De esta forma, *el SPSS será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios (Art. 77 BIS 11 de la LGS).*

#### *1) Cuota Social (CS)*

*El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del SPSS equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (Art. 77 BIS 12).*

#### *2) Aportaciones Solidarias (AS)*

*El Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios (Art. 77 BIS 13 de la LGS):*

- *La Aportación Solidaria Estatal (ASE) mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social que deberá cubrir el gobierno federal en el Art.77 bis 12.*
- *La Aportación Solidaria Federal (ASF) 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 (que incorpora criterios compensatorios con base en el perfil de necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud). Dicha aportación, deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fijó en el artículo 77 bis 12.*

- Los términos bajo los cuales, *se hará efectiva la concurrencia de los gobiernos federal y estatales para cubrir la aportación solidaria, se establecerán en los acuerdos de coordinación.*

### 3) *Cuota familiar*

Los beneficiarios del SPSS participarán en su financiamiento con *cuotas familiares* que serán *anticipadas, anuales y progresivas* debiéndose cubrir en la forma y fecha que determine la SS, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, en cuyo caso, se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia (*Art. 77 BIS 21 de la LGS*).

No se omite señalar que el ingreso familiar no será una limitante para el acceso al SPSS, por lo que se establece *un régimen no contributivo*, integrado por aquellas *familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución de ingreso* (*Art. 127 del Reglamento*).

Por lo anterior, aquellas familias asignadas a los primeros dos deciles de ingreso, no debían pagar ninguna cuota siendo considerados dentro de un “régimen no contributivo”, mientras que aquellas familias de los deciles 3 al 10 pagarían una cuota dependiendo del decil, siendo incluidos así dentro del “régimen contributivo”.

De acuerdo a la *Evaluación 2014 sobre el Padrón de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud*, elaborada por Estrategias de Acompañamiento y Servicios Educativos S. de RL. de C.V. (2014); para la correcta clasificación de beneficiarios, la motivación implícita de incluir en el esquema de financiamiento una cuota familiar, radicaba en crear una cultura de pago anticipado, cuyo objetivo era generar una corresponsabilidad de las familias en el cuidado y en la atención de su propia salud al ser partícipes del financiamiento de su aseguramiento en salud.

- *Cuota reguladora*

Se define que, con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el CSG podrá establecer un *esquema de cuotas reguladoras* para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados (*Art. 77 BIS 28 de la LGS*).

En este sentido, con independencia de la aportación realizada a través de la cuota familiar, los beneficiarios podrán ser sujetos del pago de cuotas reguladoras (*Art. 123 del Reglamento*).

### Organización de los recursos

El planteamiento financiero parte de la premisa de reorganizar y redistribuir los recursos ejercidos a través de diversos ramos del gasto público federal en salud para población no asegurada, bajo una nueva lógica que canalice específicamente los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud preventivos y de atención médica hacia el SPSS.

Con base en la *Evaluación costo-efectividad del Programa U005 Seguro Popular* elaborada por el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C (CIDE); desde el punto de vista de los Ramos presupuestales el financiamiento del SPSS, se explica como se muestra a continuación:

- Fondo de Aportación a los Servicios de Salud (FASSA). Los recursos del FASSA son los que se establecen en el artículo 30 de la LCF, pertenecen al Ramo 33 del Presupuestos de Egresos de la Federación y se destinan principalmente al pago de la nómina de los SESA.
- Ramo 12 Salud. Los recursos asignados a través del Ramo 12 se pueden clasificar en tres rubros:
  - 1) asignaciones de recursos correspondientes al SPSS;
  - 2) asignaciones correspondientes a programas especiales, programas nacionales e infraestructura (por ejemplo, el Seguro Médico para una Nueva Generación, ahora Seguro Médico Siglo XXI) que son transferidos a las entidades mediante instrumentos específicos como reglas de operación y acuerdos o convenios de coordinación principalmente<sup>7</sup>;
  - 3) asignaciones correspondientes al componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades -PDHO- (ahora Prospera Programa de Inclusión Social).

Con base en lo anterior, es de señalar que, los recursos de la cuota social que se transfieren a los estados por cada familia (desde 2010 por cada persona) afiliada al SPSS son recursos que provienen del Ramo 12 del presupuesto federal.

---

<sup>7</sup> Ejemplos de programas especiales financiados a través del Ramo 12 son los Programas de Cáncer Cérvico-Uterino y Caravanas de la Salud (ahora Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica).

Así mismo, se transfieren a las entidades recursos del Ramo 12 cuando la ASF es menor a los recursos federales que reciben los estados por medio del FASSA. De igual forma, pertenecen a este ramo los recursos del PDHO en su componente de salud y de algunos otros programas.

Al respecto, Aguilera y Barraza (2011) establecen que, si bien la reforma no incluyó cambios a la LCF y por lo tanto a los montos que por medio del FASSA se transfieren a las entidades federativas, sí incluyó algunas disposiciones que permiten su alineación, así como la de otros recursos federales con la estructura financiera del SPSS. Esta alineación consiste en contabilizar una parte importante de los recursos del FASSA, así como los recursos del programa Oportunidades y de algunos otros programas federales financiados a través del Ramo 12, como parte de la ASF.

Ahora bien, cuando la suma de estos recursos es menor al monto de ASF que corresponde a la entidad según la Ley, entonces la misma recibe recursos adicionales que también son transferidos a través del Ramo 12. Cuando los recursos existentes exceden el monto establecido, no se asignan recursos adicionales.

#### *4) Procesos relacionados con los recursos*

- *Transferencia de recursos*

*El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas (Art. 77 BIS 15 de la LGS).*

*Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas de conformidad con la periodicidad del calendario presupuestal definido en los acuerdos de coordinación correspondientes. Dicha periodicidad no podrá ser superior a tres meses (Artículo 80 del Reglamento).*

*El Gobierno Federal enviará al principio de cada trimestre los recursos por concepto de cuota social y mensualmente los recursos por concepto de aportación solidaria federal, correspondientes a la meta de afiliación convenida para ese periodo (Art. 81 del Reglamento).*

Durante el proceso de transición mediante el cual se afiliará al SPSS de manera gradual la totalidad de población no derechohabiente de la seguridad social, se utilizará el siguiente mecanismo de asignación presupuestal (*Décimo Cuarto Transitorio del Reglamento*):

- I. Las entidades federativas que no hayan firmado acuerdo de coordinación de adhesión al SPSS continuarán recibiendo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) conforme a la LCF;
- II. En el caso de las entidades federativas que se adhieran al SPSS mediante acuerdo de coordinación, se establecerá un esquema de transición presupuestal conforme a lo siguiente:
  - i. La entidad federativa recibirá recursos de origen federal por los siguientes conceptos:
    - a. Asignación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad;
    - b. La CS y la ASF; y
    - c. Los recursos para garantizar la continuidad de la atención de las familias no derechohabientes de la seguridad social no incorporadas al SPSS;
  - ii. La cuantificación de los recursos federales adicionales necesarios para hacer efectiva la ASF considerará -además de los recursos que del FASSA 2003 se destinaron a la prestación de servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias- criterios de alineación programática a nivel federal. Para ello, se podrán contabilizar como parte de la ASF aquellos recursos de programas federales dirigidos a la población no derechohabiente de la seguridad social que se destinan a la prestación de servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias;
  - iii. Los recursos para financiar la atención de la población no derechohabiente de la seguridad social no incorporada aún al SPSS serán asignados con base en los recursos ejercidos en el año 2003 del FASSA que se destinaron a la prestación de servicios de salud a la persona, descontando lo correspondiente al número de familias incorporadas y aquellas que se prevea incorporar al SPSS en el ejercicio fiscal correspondiente conforme al calendario establecido para tales efectos.

- iv. El monto de recursos que se destine al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad en cada entidad federativa, deberá considerar como punto de partida al menos el monto asignado del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la prestación de servicios de salud a la comunidad durante el ejercicio fiscal del 2003 o del año inmediato anterior al que se firme el Acuerdo de Coordinación, y
- v. La suma de los conceptos señalados en las fracciones anteriores, sin considerar a la cuota social, deberá ser equivalente por lo menos al monto total de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud autorizados en el año 2003.

- *Suspensión de los recursos*

*La SS deberá suspender, en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, cuando las entidades federativas no hayan realizado la entrega de las AS.*

*También, la SS podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a la aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares (Art. 81 del Reglamento).*

De acuerdo a la Evaluación Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular a cargo del CIDE, implícitamente la reforma permite al gobierno federal regular la acción de los estados y ejercer un mayor control sobre el gasto.

- *Administración de los recursos*

*Se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren (Art. 77 BIS 16 de la LGS).*

*Las cuotas familiares y reguladoras serán recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (Art. 77 BIS 23).*

Respecto a *las cuotas familiares, estas serán recibidas directamente por los Regímenes Estatales y se destinarán para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud (Arts. 77 BIS 12 de la LGS y 129 del Reglamento).*

- *Determinación de los montos de CS, AS y cuota familiar*

Con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la CS, la ASF y la ASE, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, *el número de familias beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la CNPS a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de familias al Sistema (Art. 78 del Reglamento).*

Para la determinación de las *cuotas familiares* se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la SS (Art. 77 BIS 25).

La CNPSS establecerá los *niveles de cuotas familiares que serán utilizados por decil de la distribución del ingreso.*

Para lo anterior, *se tomará en cuenta el nivel de ingreso familiar promedio que se estime a nivel nacional para cada decil de la distribución del ingreso (Art. 124 del Reglamento).*

El monto que corresponderá pagar por concepto de cuota familiar a cada familia beneficiaria o en su caso, la determinación de su sujeción al régimen no contributivo, se determinará cada tres años a partir del instrumento de evaluación socioeconómica (Art. 125 del Reglamento).

- *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos*

De la cuota social y de las AS, la SS canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Art. 77 BIS 17 de la LGS).

- *Fondo de Previsión Presupuestal anual (FPP)*

De la cuota social y de las AS, *la SS canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las*

*necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (Art. 77 BIS 18 de la LGS).*

En resumen, el SPSS, cuya finalidad fue el aseguramiento en materia de salud de la población que no contaba con acceso a la seguridad social por su estatus laboral, tuvo como referencia un planteamiento orientado hacia la cobertura universal de salud que, se traduce en la *creación de un tercer esquema de aseguramiento en salud, a partir del cual, se da contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud bajo un esquema de protección financiera.*

Cabe precisar que, lo anterior es congruente con lo establecido en el contexto internacional en la materia, particularmente lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, respecto a que la cobertura universal de salud no implica la gratuidad de todas las intervenciones sanitarias posibles, ni tampoco se refiere únicamente a la financiación de la salud, es decir, abarca componentes como las instalaciones sanitarias, el personal de salud, los mecanismos de garantía de calidad, entre otros; así como tampoco tienen por finalidad, asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera.



## **4. La evolución de los principales resultados del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)**

A partir del objetivo general de la reforma de 2003 a la Ley General de Salud, se analizará en el presente capítulo, la evolución de los resultados alcanzados en relación con los objetivos particulares planteados en el capítulo III, con el fin de evaluar el avance que el SPSS, ha tenido desde el primer año de su implementación, a saber:

- a) Crear un tercer esquema de aseguramiento operado por el SPSS, que comprende la evolución de la cartera de servicios, las unidades de salud acreditadas para operar y la atención a los afiliados.
- b) Dar contenido efectivo al ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud, que abarca a la población que ha sido afiliada, así como sus características sociales y económicas.
- c) Brindar protección financiera, la cual incluye, la distribución presupuestal del SPSS y su conformación, el gasto en salud, y la situación del gasto de los hogares en servicios de salud.

### **4.1 Objetivo 1. Crear un tercer esquema de aseguramiento operado por el SPSS**

#### **1. Catálogo Universal de Servicios de Salud**

El SPSS ha pasado por diferentes etapas en cuanto al contenido de su cartera de servicios. El primer documento, utilizado durante el periodo de 2001-2003, denominado CABEME, se integró por 78 intervenciones. Dichas intervenciones estaban orientadas a las principales causas de morbilidad en el país y de demanda hospitalaria con un enfoque de alta efectividad y un importante sustento en los programas federales y la normatividad vigente. Desde su inicio, el catálogo ha considerado primordialmente intervenciones preventivas y de detección de enfermedades crónico degenerativas.

El incremento de las intervenciones del CAUSES fue progresivamente del año 2004 a 2009, pasando de 90 a 266 intervenciones.

En 2010, como compromiso de México con la Organización Mundial de la Salud (OMS), de disminuir la mortalidad materna infantil, se incrementaron 6 intervenciones para la atención de la emergencia obstétrica. Asimismo, se reforzaron las intervenciones de salud mental, con lo cual el CAUSES se incrementó a 275 intervenciones, prevaleciendo en 2011 sin modificaciones.

En 2012, se incrementan 9 intervenciones, llegando a 284 que incluyen nuevos esquemas de vacunación, acciones dirigidas a la prevención de trastornos de la alimentación y fortalecimiento de la atención de personas de la tercera edad, diabetes y salud del hombre y la mujer en edad adulta, asimismo, en algunos casos se conjuntaron dos o más intervenciones relacionadas entre sí, con la finalidad de mejorar su administración.

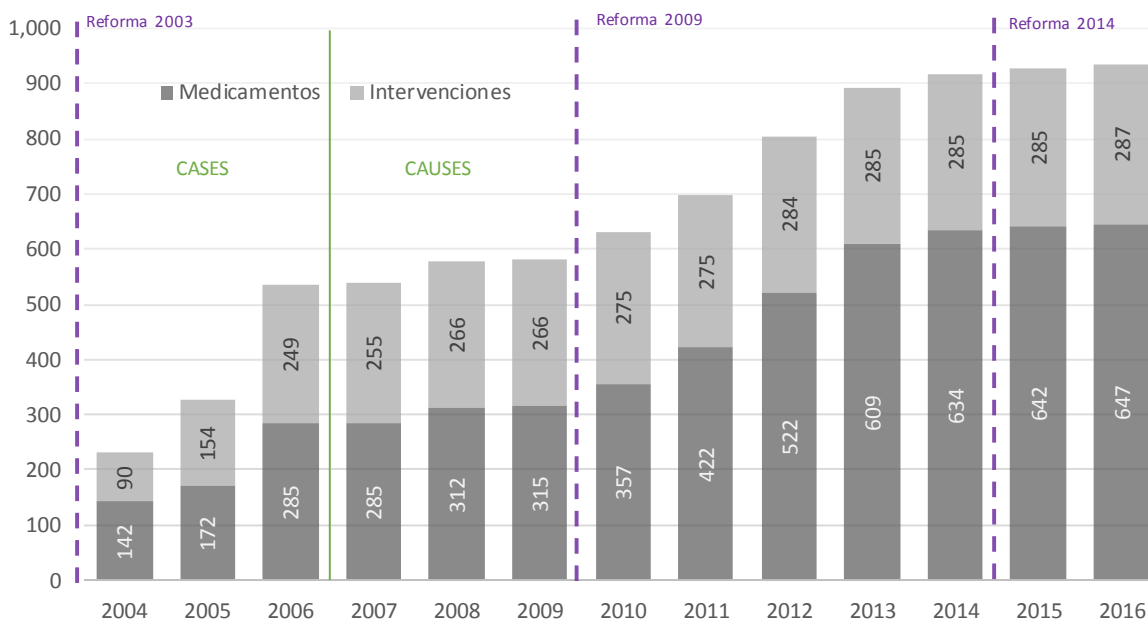
En 2013, se incorpora el *diagnóstico y tratamiento de cataratas* como nueva intervención del CAUSES, alcanzando las 285 intervenciones de salud y para el 2016, con base en los trabajos de actualización se incorporan dos intervenciones más, *estabilización en urgencias* y *manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico*, cubriendo así, 287<sup>8</sup> intervenciones.

Paralelamente, el número de medicamentos y otros insumos asociados al CAUSES ha ido incrementando paulatinamente, de 142 en 2004 a 634 en 2014. En 2015 se agregaron 8 nuevas claves de medicamentos, llegando a 642. Para 2016, se incluyeron 8 claves y se retiraron 3, sumando 647 claves en total, destacando que con estas nuevas incorporaciones se cubre al 100 por ciento la escalera analgésica de la OMS.

En la siguiente gráfica, se muestra la evolución tanto de las intervenciones, así como el número de medicamentos asociados al CAUSES.

---

<sup>8</sup> Para una descripción detallada de las 287 intervenciones, así como las acciones de prevención y promoción, favor de referirse al Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016 disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/gestion/CAUSES\\_por\\_ciento202016.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/gestion/CAUSES_por_ciento202016.pdf)

**Gráfica 1. Evolución de las intervenciones y los medicamentos asociados**

Fuente: Elaborado por el CFP con información de la SS y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

La actualización del CAUSES, es el resultado de los trabajos que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, realiza de manera coordinada con los representantes de distintas áreas de la SS, así como con especialistas y líderes de Programas Federales, relacionados con las intervenciones que en él se reflejan, de conformidad con el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

## 2. Unidades Médicas Acreditadas

La reforma de 2003, estableció la necesidad de acreditar y mantener acreditados a los establecimientos de atención médica que desean ingresar a la red de prestadores de servicios que atenderá a los afiliados del SPSS, a fin de garantizar una oferta de servicios apropiada para su atención médica. El proceso de acreditación de unidades médicas está a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la SS, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

La acreditación se orientó a garantizar que los establecimientos de atención médica que brindan los servicios que integran el CAUSES, el FPGC y el SMSXXI, cumplan los requisitos necesarios en los componentes de seguridad, calidad y capacidad instalada apropiada en cuanto a personal, dispositivos médicos, infraestructura física y medicamentos.

Son susceptibles de acreditación los establecimientos de atención médica que otorgan los servicios que integran el CAUSES, conocidos como: unidades móviles, centros de salud, y unidades de especialidades médicas (UNEMES), hospitales generales, hospitales materno-infantiles y hospitales pediátricos. También son sujetos de acreditación los establecimientos de atención médica de pacientes del SMSXXI y del FPGC, como centros regionales de alta especialidad (CRAE) y hospitales privados.

El anexo 2 muestra la evolución del número de instalaciones susceptibles de acreditación, así como aquellas acreditadas e incorporadas a lo largo del periodo de estudio (2004-2016). Mientras que en 2004 se habían incorporado 2,695 unidades médicas, para junio de 2017 se obtuvieron avances significativos al acreditar 12,438 unidades, comparadas con las 11,955 unidades de todo 2016.

### **3. Atención a los afiliados**

#### Consultas atendidas

El registro estadístico de pacientes afiliados al SPSS que requirieron de este servicio, desde su creación en 2004 hasta el cierre de 2016, va de 5,928,451 a 86,224,589 consultas. En promedio, el 68 por ciento correspondió a mujeres.

Esta cobertura también atendió las urgencias, siendo las mujeres las que presentaron una mayor afluencia al servicio con el 68 por ciento del total de pacientes; la principal causa de atención fue la *supervisión de embarazo normal* y, recientemente, las *infecciones respiratorias agudas*. Las consultas realizadas, van de 238,996 en 2004 a 3,080,437 en 2016.

#### Atención hospitalaria

En 2005, se incorporó la estancia hospitalaria, teniendo un total de 195,056 egresos; ocho de cada diez personas atendidas fueron mujeres y su estancia fue de dos días en promedio. A partir de 2010, cambia de nombre por atención hospitalaria, año que registró un total de 1,071,375 egresos, la principal causa de ésta fueron los partos, representando el 66.8 por ciento del total. Finalmente, 2016 se presentaron un total de 1,346,596 egresos, de las causas registradas, el 46.7 por ciento corresponde a atención obstétrica: parto único (20.7 por ciento); otras causas maternas (17.4 por ciento); aborto (4.4 por ciento); edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (2.3 por ciento); hemorragia obstétrica (1 por ciento) y parto obstruido (0.9 por ciento).

### Partos y defunciones

A partir de las consultas atendidas, se identificó la necesidad de incorporar el registro estadístico de los partos y las defunciones, mismos que se incorporan en 2005, atendiendo 57,082 y 7,482, respectivamente.

En el caso de los partos, cambia de denominación – en 2010 – por atención obstétrica, atendiendo a 588,307 mujeres (544,513 por parto y 43,794 por aborto), incrementándose progresivamente a 630,785 mujeres (279,401 por parto único espontáneo, 233,921 por alguna otra causa materna y 59,852 por aborto) en 2016. Por grupo de edad, el 32.6 por ciento de las atenciones correspondió a mujeres de 20 a 24 años, mientras que el 25.2 por ciento se ubicó en el grupo de 15 a 19 años; por lo tanto, el 57.8 por ciento del total de atenciones fue en mujeres de 15 a 24 años para el mismo año.

Para el caso de las defunciones, 2011 fue el último año que registró información.

### Compensación Económica (portabilidad)

En el año 2010, se emitieron las Disposiciones Procedimentales, derivadas de los compromisos del *Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica* (Convenio de Portabilidad 32x32). Con estas disposiciones se establecieron las bases reglamentarias para operar los procedimientos administrativos y operativos de manera uniforme y estandarizada para la prestación interestatal de servicios. Asimismo, se capacitó al personal operativo del Sistema de Compensación Interestatal de las 32 entidades federativas, para dar a conocer tanto los procesos administrativos del Sistema Informático de Reporte de la Portabilidad, como las nuevas funcionalidades de la herramienta tecnológica SICOMPENSA (versión 2010), la cual, permitió la depuración de los registros. Los servicios interestatales brindados como prestadores de servicios de salud por las 32 entidades federativas, tuvieron un incremento durante 2010 del 62.65 por ciento con respecto al ejercicio anterior, al pasar de 22,697 a 36,918 casos de afiliados del SPSS, provenientes de entidades federativas distintas a las de su origen.

En 2016, se modificó a Compensación Económica, cuyo objetivo fue garantizar a los afiliados del SPSS, la portabilidad mediante la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, sin importar su lugar de origen o afiliación, por razones de distancia, tiempo de traslado,

tránsito interestatal o por urgencia médica, así como propiciar una adecuada coordinación y colaboración entre las instituciones del sector salud como prestadoras de servicios de salud y las entidades federativas; tal como lo establece la Ley General de Salud, en sus artículos 77 Bis 1 y 77 Bis 36. En razón de lo anterior, el SP tiene previstos dos sistemas de Compensación Económica para hacer efectiva la portabilidad de los servicios: la *Compensación Económica Interestatal* y la *Compensación Económica Federal*.

#### Atención a la población indígena

Desde la creación del SP, la población indígena fue considerada como un sector prioritario para su cobertura, formulándose diversas estrategias para su atención. En años recientes, operó el proyecto de apoyo al SPSS, concertado con el Banco Mundial, de donde derivó el Plan de Pueblos Indígenas, diseñado para garantizar que este sector poblacional resultara beneficiado del proyecto. El acuerdo y el Plan concluyeron en 2013, sin embargo, se ofrece a dicha población información sobre sus mecanismos de atención, pasando por la sensibilización y capacitación del personal en la atención a la salud sin discriminación y con un enfoque intercultural.

Con respecto a la evolución de la cobertura en los servicios de salud, tal y como se puede observar en el anexo 3, destaca lo siguiente:

- Consultas atendidas: se reporta que el número de consultas atendidas a través del SPSS crecieron de 5.9 millones en 2004 a 90.6 millones en 2014, para decrecer a 86.2 millones en 2016.
- Atención hospitalaria: el desempeño en cuanto al número de egresos hospitalarios de igual forma ha mostrado mejoras de largo plazo, al partir de una cifra de aproximadamente 195 mil en 2005 hasta alcanzar su máximo en 2015 de 1.7 millones, para bajar a 1.3 millones en 2016.
- Atención obstétrica: entre 2005 y 2015 se dieron de 57 mil a 829 mil atenciones obstétricas, para disminuir ligeramente a 631 mil en 2016.
- Defunciones: en 2005 se dieron atención a un total de 7,482 casos y a septiembre de 2009 se habían registrado 40,018 casos.

## **4.2 Objetivo 2. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud**

De acuerdo con la SS, este objetivo se refiere a dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución, que se traduce en garantizar los servicios de salud a toda la población independientemente de su nivel de ingreso, por lo que se busca atender a aquellos que no están cubiertos por ninguna institución de seguridad social (SS, 2004 y 2005).

Para la revisión de este objetivo, en este apartado se abordará la cobertura del SP con respecto a la población en general, por edad y sexo, su atención al sector indígena, y por decil de ingreso, los beneficiarios de programas y estrategias que se han ido incorporando al SPSS, así como la reafiliación.

### **1. Afiliación**

#### Población atendida y sus características

Toda vez que, la población objetivo estaba representada por aquella sin acceso a los servicios de seguridad social en salud, es pertinente conocer el panorama de la población derechohabiente o asegurada por alguna institución de seguridad social en comparación con la población atendida por el SP.

Los datos oficiales sobre la cuantificación de la población de acuerdo con su afiliación a alguna institución o servicio de salud y/o seguridad social, refleja que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la instancia que tiene el mayor número de afiliados. Aunado a ello, existen personas adscritas a los institutos de seguridad social que también se contabilizaron en el SP (SS y CNPSS, 2017). Por lo anterior, es necesario señalar que, la sumatoria de la población derechohabiente, la asegurada y la que cuenta con protección social, es superior a la población total en el país, sobre todo a partir de 2011 (cuadro 7).

**Cuadro 7. Derechohabiencia y uso de servicios de salud. Población protegida por los servicios de salud, 2000-2016 (miles de personas)**

Año	Población derechohabiente		Población asegurada *				Población con protección social en salud	Total de población derechohabiente, asegurada y en el SP	Población total en México
	IMSS**	ISSSTE	PEMEX	SEDENA ***	SEMAR	Estatales	Seguro popular		
2000	45,054	10,066	647	489	187	1,308	NA	57,751	100,896
2001	44,719	10,236	665	511	213	1,432	NA	57,776	102,122
2002	45,352	10,310	676	536	208	1,373	1,094	59,549	103,418
2003	41,519	10,352	ND	ND	ND	ND	2,224	54,095	104,720
2004	43,006	10,463	690	677	210	1,469	5,318	61,833	105,952
2005	44,532	10,608	708	ND	201	1,437	11,405	68,891	107,151
2006	46,636	10,798	712	ND	197	1,535	15,672	75,550	108,409
2007	48,650	10,981	712	ND	202	1,424	21,835	83,804	109,787
2008	48,910	11,301	728	ND	218	ND	27,177	88,334	111,299
2009	49,134	11,590	739	866	228	953	31,133	94,643	112,853
2010	52,310	11,993	743	1,048	240	1,942	43,519	111,795	114,256
2011	54,906	12,207	748	806	264	1,954	51,823	122,708	115,683
2012	57,476	12,450	755	832	279	1,682	52,908	126,382	117,054
2013	59,512	12,631	764	832	287	1,551	55,638	131,215	118,395
2014	59,487	12,804	ND	ND	ND	ND	57,300	129,591	119,713
2015	61,865	12,974	ND	ND	ND	ND	57,106	131,945	121,006
2016****	62,161	12,984	ND	ND	ND	ND	54,924	130,069	122,273

\* Para 2003, no se reporta información debido a que únicamente se cuenta con cifras estimadas de población total, realizada a partir de la muestra del XII Censo de Población y Vivienda 2000.

\*\* La estadística de "población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes.

\*\*\* De 2005 a 2008, la SEDENA no reportó información.

\*\*\*\* Para el IMSS e ISSSSTE, cifras al mes de julio; y para el SP, cifras al mes de junio.

NA No aplicable.

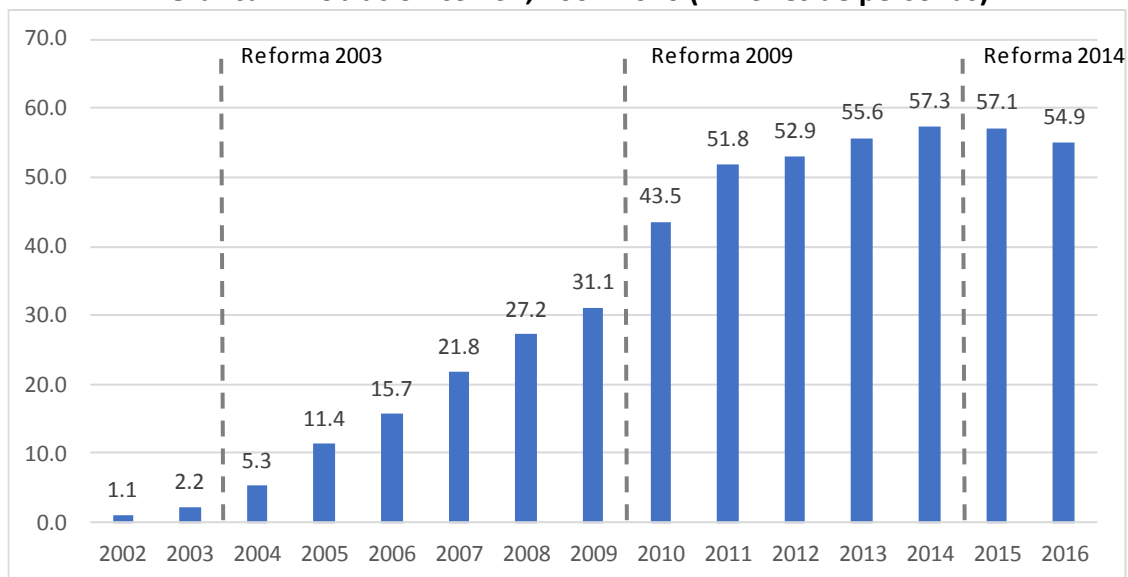
ND No disponible.

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2017).

Sobre la población afiliada directamente en el SP, se incluye a la población atendida en el pilotaje de esta política en los años 2001-2003. Es a partir de 2005, cuando la cobertura del SP, abarca a las 31 entidades federativas y el entonces Distrito Federal, mientras que, 2014 es el año en donde se observa la mayor cifra de personas adscritas al SPSS. Por otra parte, cabe desatacar que entre 2009 y 2010 (derivado de la reforma<sup>9</sup> en la que cambia la unidad de registro de los beneficiarios, pasando de familias a personas), hay un aumento importante en el número de afiliados, ya que la diferencia entre un año y otro es de alrededor de 12.4 millones de personas (gráfica 2).

<sup>9</sup> Diario Oficial de la Federación, *Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud*. 30 de diciembre de 2009.



**Gráfica 2. Población con SP, 2002-2016 (millones de personas)**

Nota: Para 2016, beneficiarios al mes de junio.

Fuente: Elaborado por el CEFP con datos del INEGI (2017).

Si se observa el porcentaje de la población atendida con relación a la que es objetivo, en la mayor parte del periodo de estudio, se superó el 100 por ciento de la meta propuesta para cada año, excepto en 2010, donde se obtuvo un resultado con mayor distanciamiento de la meta (cuadro 8). Este indicador da cuenta de los avances en la cobertura universal voluntaria. Si se considera el concepto de *cobertura universal de salud* planteado por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud, et. al., 2016:1), que consiste en que “todos puedan acceder a los servicios de salud de calidad que necesitan sin sufrir dificultades financieras”, y al ser de carácter voluntario (SS y CNPSS, 2012), toda la población interesada en afiliarse tiene acceso a los servicios de salud del SP.

**Cuadro 8. Cobertura del SP, 2004-2016 (personas)**

<b>Año</b>	<b>Población objetivo</b>	<b>Población atendida</b>	<b>Población atendida/población objetivo</b>
2004	5,125,565	5,318,289	103.8%
2005	11,827,752	11,404,861	96.4%
2006	16,037,680	15,672,374	97.7%
2007	21,025,082	21,834,619	103.9%
2008	27,154,422	27,176,914	100.1%
2009	32,983,614	31,132,949	94.4%
2010	49,148,820	43,518,719	88.5%
2011	51,300,215	51,823,314	101.0%
2012	52,630,454	52,908,011	100.5%
2013	55,541,825	55,637,999	100.2%
2014	57,300,000	57,300,000	100.0%
2015	57,300,000	57,181,952	99.8%
2016	54,923,952	54,923,952	100.0%

Fuente: Elaborado por el CEFP con datos del CONEVAL (s.a., a y b).

La reforma establecía un proceso paulatino de extensión de la cobertura del 14.3 por ciento de las familias susceptibles de nueva incorporación por año, comenzando con los hogares de más bajos recursos, con el propósito de alcanzar la cobertura universal para 2010 (Artículo Octavo Transitorio de la LGS). Sin embargo, se estableció un periodo de transición hasta 2011, que después se extendió hasta 2012 (Knaul, et. al., 2013). De acuerdo con este autor, en 2010 no se logró alcanzar la cobertura universal debido a que la presupuestación se vio afectada por la crisis financiera de 2008 y la epidemia de gripe AH1N1 de 2009, situación que, exigió emplear parte de los recursos del SPSS para la compra de vacunas.

- *Afiliados por edad y género*

Al analizar a la población afiliada al SP por sexo y edad, se observa que la mayor proporción se concentra entre el primer año y los 15 años de edad para ambos géneros. De acuerdo a las cifras en la población económicamente activa (PEA), que tiene entre 16 y 45 años de edad, la SS y la CNPSS, destaca que, la afiliación de hombres es menor que en las mujeres, lo cual, puede explicarse por una mayor concentración de población masculina que está inscrita en instituciones de seguridad social (cuadro 9) (SS y CNPSS, 2017:16). Estos datos dan cuenta también de una brecha de género

en las condiciones laborales, situación muy similar a la observada en 2013, 2014 y 2015 (SS y CNPSS, 2014, 2015 y 2016)<sup>10</sup>.

**Cuadro 9. Porcentaje de afiliados al SP por edad y género, 2016**

Rango de edad	Mujeres	Hombres
80 +	0.4	0.3
76-80	0.3	0.3
71-75	0.4	0.4
66-70	0.6	0.5
61-65	0.7	0.6
56-60	0.8	0.7
51-55	1.1	0.9
46-50	1.3	1.1
41-45	1.6	1.3
36-40	1.7	1.3
31-35	1.8	1.2
26-30	1.9	1.2
21-25	2.1	1.3
16-20	2.1	1.8
11-15	2.4	2.5
6-10	2.5	2.5
1-5	2.2	2.3
0	0.3	0.3

Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2017).

- *Afiliados que pertenecen a población indígena*

De conformidad con lo reportado por la SS y la CNPSS, la población indígena estimada era de alrededor de 11.5 millones de personas de 2013 a 2015, mientras que en 2016 pasó a 25.6 millones. Con una tendencia similar, la población indígena afiliada al SP, fue de más de 7.5 millones de personas entre 2013 y 2015, a diferencia de lo registrado en 2016 cuyo conteo ascendió a 13.3 millones (SS y CNPSS, 2014, 2015, 2016 y 2017); lo anterior ilustra que, en términos absolutos, la cifra de personas afiliadas al SP y que son integrantes de alguna comunidad indígena mostró un avance importante (cuadro 10).

<sup>10</sup> Desde 2013 la SS hace la medición para estos grupos de población, la cual, sin embargo, en esta sección no se consideran debido a que sus tendencias no tienen diferencias significativas.

Estas diferenciaciones significativas en la contabilización de afiliaciones y poblaciones se encuentran explicadas, por una parte, por cambios en la metodología para estimar a la población indígena: para el periodo 2013-2015, la SS hizo las estimaciones a partir del Censo de Población y Vivienda de 2010 del INEGI (SS y CNPSS, 2014, 2015 y 2016), mientras que para 2016 la SS, tomó como base la Encuesta Intercensal 2015, también del INEGI (SS y CNPSS, 2017). Otro de los factores que contribuyeron a dicha diferenciación fue la contabilización de personas que se identificaron a sí mismas como indígenas, incluyendo a aquellas que conservan sus tradiciones y valores de las comunidades indígenas a las que pertenecen, independientemente de que hayan aprendido o no la lengua de sus padres (SS y CNPSS, 2017).

**Cuadro 10. Población indígena afiliada al SP estimada, 2013-2015**

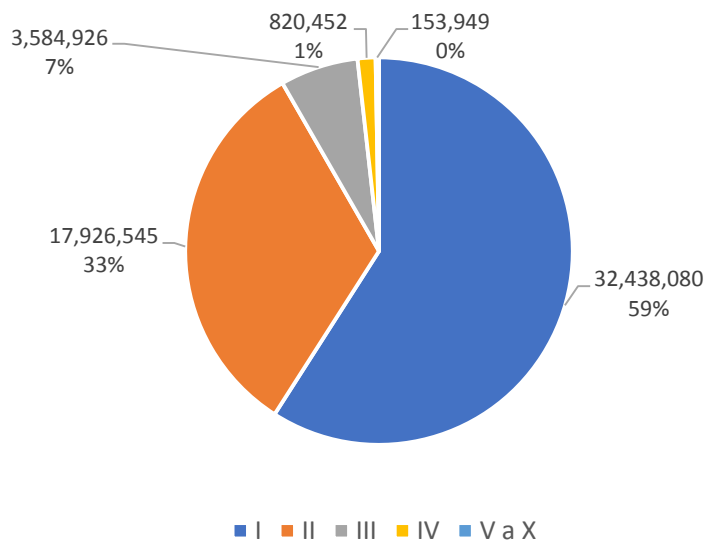
<b>Año</b>	<b>Población total afiliada al SP</b>	<b>Población indígena estimada</b>	<b>% de población indígena afiliada con respecto al total de afiliados al SP</b>	<b>% de población indígena afiliada con respecto a la población indígena total</b>	<b>Población indígena afiliada al SP</b>
<b>2013</b>	55,637,999	11,359,124	13.5%	66.3%	7,534,771
<b>2014</b>	57,300,000	11,500,925	13.6%	67.7%	7,791,558
<b>2015</b>	57,105,622	11,570,175	13.7%	67.8%	7,841,356
<b>2016*</b>	54,923,952	25,694,928	24.2%	51.8%	13,300,322

\* 2016 presenta diferencias en la contabilización de la población indígena estimada y la población indígena afiliada al SP con respecto a 2013, 2014 y 2015, debido a cambios en las metodologías para identificar e identificar a este grupo poblacional, como se ha explicado en esta sección.

Fuentes: Elaborado por el CEFP con datos de la SS y la CNPSS (2014,2015, 2016 y 2017).

- *Afiliados por decil de ingreso*

En cuanto a la distribución de afiliados por decil de ingreso, cabe mencionar que para 2016 el 59 por ciento de ellos se ubica en el primer grupo de ingreso, mientras que el segundo grupo más grande pertenece al segundo decil, por lo cual se infiere que, el SP atiende a los sectores con mayor rezago social (gráfica 3).

**Gráfica 3. Afiliados al SPSS por decil de ingreso, 2016 (por ciento de personas afiliadas)**

Fuente: Elaborado por el CEFP con datos de la SS y CNPSS (2017).

Es de hacer notar que, si los indicadores anteriores, se comparan con lo observado en 2007<sup>11</sup> y 2010, la concentración de afiliados del primer decil de ingreso fue mayor que el 59 por ciento en 2016 (70.6 por ciento en 2007 y 77.3 por ciento en 2010). Una dinámica distinta se puede hacer notar en el segundo decil de ingreso, ya que entre 2007 y 2016, la proporción de la población afiliada con este nivel de ingreso pasó del 26.3 al 32.6 por ciento, por lo que se observa que, se recorre la proporción de afiliados entre los deciles de ingreso, es decir, que son más las personas de un mejor ingreso las que se inscribieron en el SP (gráfica 3 y anexos 4, 5 y 6). Este comportamiento puede estar relacionado con una reducción de la pobreza extrema entre 2012 y 2014 observada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2017), al pasar de 9.8 a 9.5 millones de personas.

En cuanto a las entidades federativas, Tabasco es de los estados que menor proporción de su población tiene de afiliados del primer estrato de ingreso (39.2 por ciento en 2007, 44.8 por ciento en 2010 y 28.2 por ciento en 2016); por su parte, Guerrero, Oaxaca y el otrora Distrito Federal son los estados con mayores proporciones de afiliados en el primer decil dentro de sus respectivas poblaciones en los mismos años, por lo que su focalización en la población más vulnerable es mayor.

<sup>11</sup> La distribución de afiliados al SP por decil de ingreso en 2007 es el registro más temprano publicado por la SS y la CNPSS.

Con relación al segundo decil de ingreso, casi el 50 por ciento de los afiliados totales de Aguascalientes y Colima pertenecían a este grupo de ingreso en 2007 (anexo 4), pero esta proporción fue superada en Zacatecas y Tabasco en 2016 (anexo 6); en tanto que 2010 el máximo porcentaje de afiliados de este grupo de ingreso no fue mayor al 33.3 por ciento (anexo 5). A pesar de la multiplicidad de comportamientos en las distribuciones de los afiliados por nivel de ingreso entre las demarcaciones locales, a nivel agregado la población afiliada es de los primeros dos deciles (anexos 4, 5 y 6), por lo que el SP, ha cumplido con el cometido de llegar primordialmente a las poblaciones con mayores carencias.

### Reafiliación

La reafiliación se refiere al número de personas contempladas para volver a inscribirse en el SPSS, cuya vigencia de derechos para recibir sus servicios ha concluido (artículo 45 del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud). En el cuadro 11 se puede observar que las metas programadas de reafiliación se alcanzaron y superaron en 2015 y 2016. La meta programada se refiere a la estimación de personas cuya vigencia de derechos termina en el año que se indica, y que por ende requerirían re-afiliarse (SS y CNPSS, 2017).

**Cuadro 11. Avance de reafiliación de personas 2011-2016 (personas)**

<b>Año</b>	<b>Meta</b>	<b>Alcanzadas</b>	<b>% avance</b>
<b>2011</b>	12,411,213	8,930,339	72.0%
<b>2012</b>	10,896,903	6,512,838	59.8%
<b>2013</b>	19,813,793	14,239,970	71.9%
<b>2014</b>	19,212,935	14,426,406	75.1%
<b>2015</b>	9,506,946	9,784,650	102.9%
<b>2016</b>	8,452,050	11,229,347	132.9%

Fuente: SS y CNPSS (2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017).

## **2. Incorporación de otros programas**

De acuerdo con la Estrategia Programática del Ramo 12 de Salud para el ejercicio fiscal 2004, el SPSS se planteó como población objetivo a los sectores más pobres, para posteriormente, ir ampliando su cobertura al resto de la población sin seguridad social en salud (SHCP, 2003). Para concretar este propósito, las estrategias y los criterios de afiliación han ido cambiando mediante la incorporación de diversos programas y estrategias dirigidos a sectores de población en situación vulnerable a lo

largo de la historia del SPSS. De esta forma, los grupos de población a los que se les ha dado prioridad de atención son (SS y CNPSS, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017):

- Niños menores de 5 años, a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), desde diciembre de 2006.
- Mujeres embarazadas, mediante la Estrategia Embarazo Saludable desde mayo de 2008.
- Beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social desde 2004.
- Residentes de los municipios atendidos por el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP) desde 2009.
- Residentes de los municipios atendidos por la Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH) desde 2013.
- Beneficiarios del Programa 65 y más a partir de 2016. Los beneficiarios de 65 años y más reciben apoyos económicos, información sobre el cuidado de la salud y servicios de instituciones orientadas al adulto mayor (SEDESOL, 2017). Bajo este esquema se afiliaron a 1,833,648 personas en 2016.
- Migrantes. De acuerdo con los informes de 2008 y 2009 del SPSS, se tomaban en cuenta para la afiliación al SPSS a las familias con integrantes que hayan emigrado al extranjero, que en 2009 fue de 3,997 familias (SS y CNPSS, 2010), pero en 2016 se comenzó a afiliar a los migrantes repatriados desde los Estados Unidos, a través de la estrategia “Somos Mexicanos” de las Secretarías de Gobernación y de Relaciones Exteriores (SS y CNPSS, 2017b). En 2016 se incorporaron a 30,124 personas.
- Familias residentes en los municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). Con este criterio, se incluía a los habitantes de dichos municipios hasta 2009, pero en 2013 se retomó esta clasificación a través de los beneficiarios de la Estrategia 100x100, que funcionó hasta 2013 y tenía como fin coordinar las acciones y los recursos de los programas federales de desarrollo social para atender el rezago de los municipios con menor IDH, mediante acciones orientadas a mejorar la productividad y el empleo (SS y CNPSS, 2014).
- Familias atendidas por el Programa Caravanas de la Salud, cuyo objetivo era la oferta de servicios de salud ambulatorios en zonas marginadas de difícil acceso (SS y CNPSS, 2010), y estaban en consideración de acuerdo con los informes del SPSS de los años 2006 a 2009 (con una meta para este último año de 69,472 familias).

A continuación, se revisará la situación de las afiliaciones de los programas y estrategias SMSXXI, Embarazo Saludable, PROSPERA, PDZP y CNCH, los cuales están actualmente vigentes y tienen una mayor antigüedad de coordinación con el SPSS.

Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)

El Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), que hasta 2012 se denominaba Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), tuvo el objetivo de “asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva de la población beneficiaria menor de cinco años de edad” (SS y CNPSS, 2017:20). Como SMNG, este programa comenzó a operar en diciembre de 2006 (SS y CNPSS, 2013). El número de niños afiliados ha ido ampliándose entre 2007 y 2012, para después mantener cifras alrededor de los 5.5 millones de afiliados (cuadro 12).

**Cuadro 12. Población afiliada al SMSXXI, 2007-2016 (niños menores de 5 años)**

<b>Año</b>	<b>Afiliaciones</b>	<b>Acumulado</b>
<b>2007*</b>	819,410	819,410
<b>2008</b>	1,033,481	1,852,891
<b>2009</b>	1,106,082	2,958,973
<b>2010</b>	1,304,787	4,263,760
<b>2011</b>	1,519,354	5,783,114
<b>2012</b>	1,033,126	6,816,240
<b>2013</b>	1,645,117	5,391,641
<b>2014</b>	1,729,514	5,649,647
<b>2015</b>	1,552,781	5,584,311
<b>2016</b>	1,773,118	5,207,192

\* 2007 incluye las afiliaciones de diciembre de 2006.  
Fuentes: SS y CNPSS (2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017).

Cabe señalar que, las afiliaciones del SMSXXI no están integradas a la población del SP, ya que los niños que comiencen a superar los 5 años de edad se incorporan a esta última estrategia (SS y CNPSS, 2014).

Embarazo Saludable

La estrategia Embarazo Saludable, inició operaciones en mayo de 2008, con el fin de combatir las muertes materno-infantiles, mediante la incorporación de las mujeres embarazadas con menores



niveles de ingreso al SPSS. Aquellas pertenecientes a los primeros siete deciles de ingreso, exentan el pago de la cuota familiar, es decir, están bajo un esquema no contributivo (SS y CNPSS, 2009). El cuadro 13 ilustra que, en los años con registros disponibles, más del 99 por ciento de las mujeres están en los deciles exentos, por lo que el objetivo sí se ha alcanzado.

#### PROSPERA (componente de salud)

PROSPERA Programa de Inclusión Social (que hasta 2013 se denominaba Programa de Desarrollo Humano Oportunidades), tiene como finalidad “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” (SS y CNPSS, 2017:25). Sin embargo, con el fin de identificar a la población sin ningún tipo de seguridad social en salud, el SPSS ha incorporado a los beneficiarios de PROSPERA en su componente de salud<sup>12</sup>, el cual de manera acumulada ha tenido aumentos absolutos entre 2010 y 2016 (cuadro 14).

Si bien desde 2004 el SP y Oportunidades (ahora PROSPERA) operan de manera conjunta (SS y CNPSS, 2005), la cuantificación de beneficiarios presentada se hace desde 2010, debido a que en los ejercicios fiscales anteriores la unidad de registro era por familias.

---

<sup>12</sup> Los beneficiarios del componente de salud de PROSPERA reciben la atención de un Paquete Básico Garantizado de Salud de 13 intervenciones, las cuales están integradas en el CAUSES (SS, et. al., 2016). Asimismo, a partir de mayo de 2016 todos los beneficiarios de PROSPERA (previa acreditación) tienen acceso al SP (PROSPERA, 2017).

**Cuadro 13. Mujeres afiliadas en Embarazo Saludable, 2008-2016**

Año	Afiliaciones en el año	Deciles de ingreso										Acumulado en el año (suma de deciles)	
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X		
<b>2008</b>	188,913	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	188,913
<b>2009</b>	379,351	194,813	296,241	36,390	26,227	11,224	1,595	896	409	399	70	568,264	
<b>2010</b>	839,599	491,470	675,775	116,684	79,521	33,535	5,892	2,764	1,026	1,009	187	1,407,863	
<b>2011</b>	347,747	606,208	845,209	157,872	96,816	36,554	6,009	2,468	2,054	2,073	347	1,755,610	
<b>2012</b>	62,688	672,412	842,090	174,734	88,483	29,783	5,153	1,690	1,829	1,815	309	1,818,298	
<b>2013</b>	252,822	822,836	914,753	210,900	88,514	25,557	4,373	1,255	1,192	1,136	187	2,070,703	
<b>2014</b>	160,179	928,159	964,595	232,038	80,433	21,159	3,325	881	168	100	24	2,230,882	
<b>2015</b>	152,345	1,024,856	1,010,934	247,202	77,251	18,487	3,303	946	111	117	20	2,383,227	
<b>2016*</b>	-252,364	940,174	892,281	215,134	62,237	16,091	3,499	1,050	146	226	25	2,130,863	

\* En el Informe de resultados del SPSS 2013, la SS menciona de las cifras negativas se deben a que las beneficiarias no completaron su afiliación: no entregaron sus documentos, no acudieron al registro biométrico o a la consulta segura o no se re-afiliaron (SS y CNPSS, 2014).

ND: No disponible.

Fuentes: Elaborado por el CEFPP con datos de la SS y CNPSS (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017).

**Cuadro 14. Afiliaciones de beneficiarios de PROSPERA en su componente de salud, 2010-2016**

Año	Afiliaciones	Acumulado
<b>2010</b>	1,863,110	13,022,940
<b>2011</b>	1,567,876	14,590,816
<b>2012</b>	-708,954	13,881,862
<b>2013</b>	1,811,524	15,733,549
<b>2014</b>	-391,100	15,342,449
<b>2015</b>	2,685,857	18,028,306
<b>2016</b>	691,175	18,719,481

Nota: Las cifras negativas se deben a que algunos beneficiarios no acudieron al registro biométrico o consulta segura o no se re-afiliaron o no se encuentran vigentes en el padrón.

Fuentes: SS y CNPSS (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017).

#### Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)

El PDZP data de 2009, y tiene la finalidad 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 las localidades y municipios de muy alta y alta marginación, rezago social o alta concentración de pobreza” (SS y CNPSS, 2010:28). El número de beneficiarios en municipios bajo el PDZP, tuvo una reducción importante en 2012 y a partir de 2014 se ha mantenido en la misma tendencia, y su representación con respecto al total de afiliados al SP, ha oscilado entre el 29 y el 23 por ciento entre 2010 y 2016 (cuadro 15):

**Cuadro 15. Beneficiarios afiliados que viven en municipios atendidos por el PDZP, 2010-2016**

Año	Afiliaciones PDZP	Total afiliaciones SP	% PDZP con respecto al total
2010	12,712,301	43,518,719	29.2%
2011	14,495,073	51,823,314	28.0%
2012	9,099,570	52,908,011	17.2%
2013	14,720,603	55,637,999	26.5%
2014	12,860,187	57,300,000	22.4%
2015	12,956,458	57,105,622	22.7%
2016	12,869,106	54,923,952	23.4%

Fuentes: SS y CNPSS (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017).

De la misma forma que en el caso de PROSPERA, el PDZP tuvo un registro inicial de familias para 2009, el cual pasó a ser por personas en el año siguiente.

Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH)

La CNCH reúne los recursos de los gobiernos federal, estatales y municipales para dirigirlos a la atención de personas en municipios con pobreza extrema y carencias en el acceso a la alimentación (SS y CNPSS, 2017), e inició su transversalización con el SP a partir de 2013 (SS y CNPSS, 2014). De 2014 en adelante se logra un avance significativo en la afiliación acumulada, al representar más del 70 por ciento de la afiliación del SP (cuadro 16):

**Cuadro 16. Beneficiarios afiliados que viven en municipios considerados por la CNCH como prioritarios, 2013-2015**

Año	Afiliaciones CNCH	Total afiliaciones SP	% CNCH con respecto al total
2013	26,013,655	55,637,999	46.8%
2014	42,188,159	57,300,000	73.6%
2015	42,578,274	57,105,622	74.6%

Fuentes: SS y CNPSS (2014, 2015 y 2016).

Cabe señalar que, los registros de beneficiarios de estos programas no necesariamente son excluyentes entre sí, es decir, que si se encuentran inscritos en uno de ellos es posible que puedan estarlo en otros, dada la complementariedad de sus objetivos. Por ejemplo, de acuerdo con la SS y

la CNPSS (2014), PROSPERA, a través del SPSS y del Componente de Salud se encuentra coordinado con la CNCH.

### 4.3 Objetivo 3. Brindar protección financiera

La protección financiera está determinada por el peso que tiene el gasto público en salud y por el gasto del SPSS en este rubro, así como por los criterios para generar los recursos del SPSS y la forma en la que se distribuyen entre los niveles de gobierno. La revisión de ambos temas es indispensable, ya que tienen repercusiones en la disponibilidad de recursos para la prestación de los servicios de salud, así como en los gastos de bolsillo y en los hogares que incurren en gastos catastróficos, temas que se verán más adelante.

#### 1. El SPSS y el gasto en salud

La proporción que el SPSS, tiene en comparación con el ramo 12, ha oscilado entre el 67 y el 62 por ciento entre 2012 y 2016, la cual, no ha observado cambios significativos, Sin embargo, las asignaciones monetarias al SPSS han ido en aumento al igual que el ramo 12 hasta el año 2015 (cuadro 17).

**Cuadro 17. Proporción del presupuesto del SPSS con respecto al sector salud (millones de pesos)**

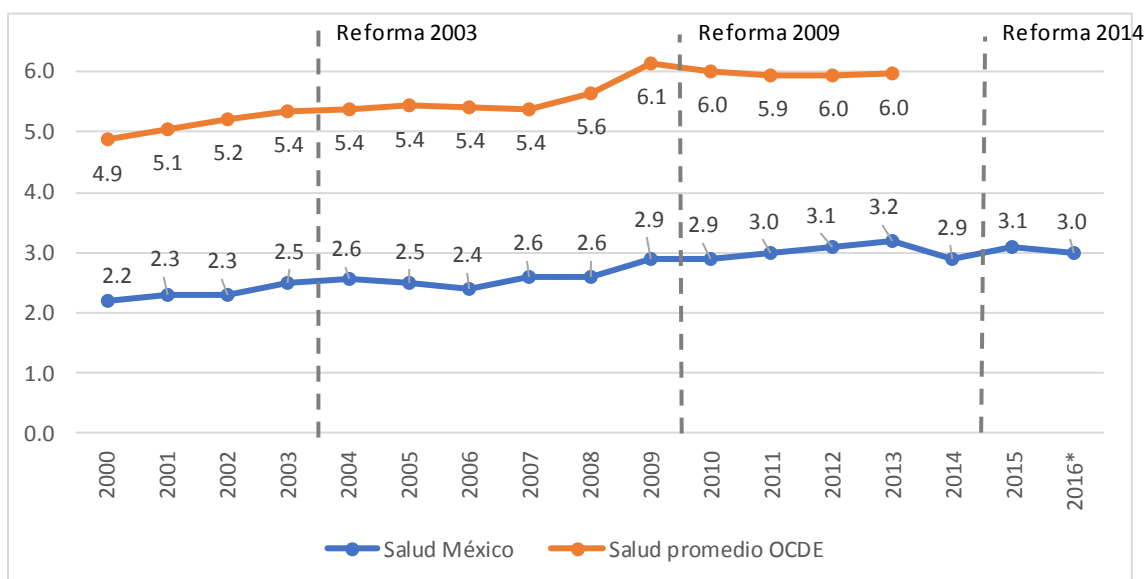
Año	SPSS	Ramo 12	% SPSS / Ramo 12
2012	75,990.8	113,479.7	67.0%
2013	79,579.9	121,856.6	65.3%
2014	83,034.8	130,264.8	63.7%
2015	85,279.4	134,847.6	63.2%
2016	81,858.5	132,216.9	61.9%

Fuentes: Elaborado por el CEFPP con datos de la SS y la CNPSS (2017) y la SHCP (2011, 2012, 2013, 2014 y 2015).

Por otra parte, es necesario comparar el total del gasto público en salud con respecto al PIB para determinar si existe el riesgo de no ser suficiente para mantener un sistema nacional que atienda satisfactoriamente las necesidades de salud de la población. En el caso mexicano, el porcentaje de gasto público con respecto al PIB, se encuentra por debajo del promedio de los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): en 2013 México

invirtió en servicios de salud sólo el 3.2 por ciento del PIB, mientras que el promedio de la OCDE reportó el 6 por ciento (gráfica 4).

**Gráfica 4. Gasto público en salud como porcentaje del PIB**



Fuente: OCDE (a y b).

\* Cifra estimada para 2016.

Notas: Los datos sobre México presentan diferencias (de una décima en promedio) entre las dos fuentes citadas de la misma OCDE. No se precisan si los cálculos son a precios corrientes o constantes.

De acuerdo a los datos señalados en el párrafo anterior, la inversión en materia de salud en términos generales ha aumentado, (al pasar de un 2.2 por ciento en 2000 a 3 por ciento en 2016). No obstante, se aprecia que, en 2014, 2015 y 2016 la inversión no se mantuvo constante o en aumento, sino que, por el contrario, ésta disminuyó. En lo que respecta al SPSS, el aumento en el gasto registrado a lo largo de los años, permitió la ampliación del número de medicamentos e intervenciones para los afiliados en el CAUSES, por ejemplo, en 2004 se proveían 142 medicamentos y se atendían 90 intervenciones, mientras que, en 2016 la cobertura fue de 647 medicamentos y 287 intervenciones.

## 2. Corresponsabilidad

La corresponsabilidad, hace referencia a las responsabilidades para el gobierno federal, para los gobiernos estatales y para las familias (Frenk, 2005 y SS, 2004 y 2005), de ahí que desde los primeros años de implementación de la reforma, se estableció que, el financiamiento para la atención de cada persona afiliada al SPSS, estaría constituido por la CS, la ASF, las ASE, y por una cuota que aportarían

las familias en función de sus niveles de ingreso, conceptos que están determinados como sigue (SS y CNPSS, 2017:92 y 98):

- La CS constituyó el 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el otrora Distrito Federal en 2009, actualizado anualmente con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), de conformidad con el artículo 77 bis 12, fracción II de la LGS. Para 2016 el monto de la CS fue de 1,007.48 pesos.
- La ASF consistió en una y media veces el importe de la CS, según el artículo 77 bis 13, fracción II de la LGS. Su promedio nacional para 2016 fue de 1,511.22 pesos.
- Las ASE equivalían a la mitad de la Cuota Social, al menos. En 2016, el monto mínimo de este concepto fue de 503.74 pesos por persona. Sin embargo, no se cuenta con datos sobre el cumplimiento de estas disposiciones por parte de las entidades federativas.
- Las cuotas familiares se determinaron con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia<sup>13</sup>, siendo cobradas a los afiliados de manera anual y anticipada por los servicios estatales de salud, y éstos a su vez, las emplean para el abasto de medicamentos y equipo. Como puede verse en el cuadro 18, de 2005 a 2009 los primeros dos deciles de ingreso no cubren la cuota familiar y a partir de 2010 este beneficio se extiende hasta alcanzar los cuatro primeros deciles, además de que los montos de las aportaciones no han tenido modificaciones hasta la fecha.

---

<sup>13</sup> En el caso de que la familia esté integrada por una sola persona, ésta deberá pagar el 50 por ciento de la cuota familiar anual (SS y CNPSS, 2017).

**Cuadro 18. Cuota anual por familia, 2005-2016 (pesos)**

Decil de ingreso	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
II	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
III	640.0	661.3	688.1	714.0	714.0	0.0
IV	1,255.0	1,296.8	1,349.3	1,400.0	1,400.0	0.0
V	1,860.0	1,921.9	1,999.8	2,075.0	2,075.0	2,075.0
VI	2,540.0	2,624.6	2,730.9	2,833.6	2,833.6	2,833.6
VII	3,270.0	3,378.9	3,515.7	3,647.9	3,647.9	3,647.9
VIII	5,065.0	5,233.7	5,445.6	5,650.4	5,650.4	5,650.4
IX	6,740.0	6,964.4	7,246.5	7,519.0	7,519.0	7,519.0
X	10,200.0	10,539.7	10,966.5	11,378.9	11,378.9	11,378.9
Decil de ingreso	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
II	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
III	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
IV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
V	2,075.0	2,075.0	2,075.0	2,075.0	2,075.0	2,075.0
VI	2,833.6	2,833.6	2,833.6	2,833.6	2,833.6	2,833.6
VII	3,647.9	3,647.9	3,647.9	3,647.9	3,647.9	3,647.9
VIII	5,650.4	5,650.4	5,650.4	5,650.4	5,650.4	5,650.4
IX	7,519.0	7,519.0	7,519.0	7,519.0	7,519.0	7,519.0
X	11,378.9	11,378.9	11,378.9	11,378.9	11,378.9	11,378.9

Fuentes: SS y CNPSS (2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017).

### 3. Organización de los recursos

La SS y la CNPSS (2017) precisan que, el monto de la CS es distribuido a las entidades federativas, de acuerdo con la afiliación registrada y validada, y de esta cifra se descuentan los recursos para el Fondo de FPGC y el FPP, que son transferidos al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS) para ser distribuidos a las entidades federativas por un Comité Técnico. El FPGC cubre servicios especializados y de alto costo que signifiquen un riesgo financiero para la economía de las familias, mientras que el FPP se emplea para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de las unidades médicas (dos terceras partes), y para cubrir los imprevistos que surjan en la demanda de servicios (una tercera parte).



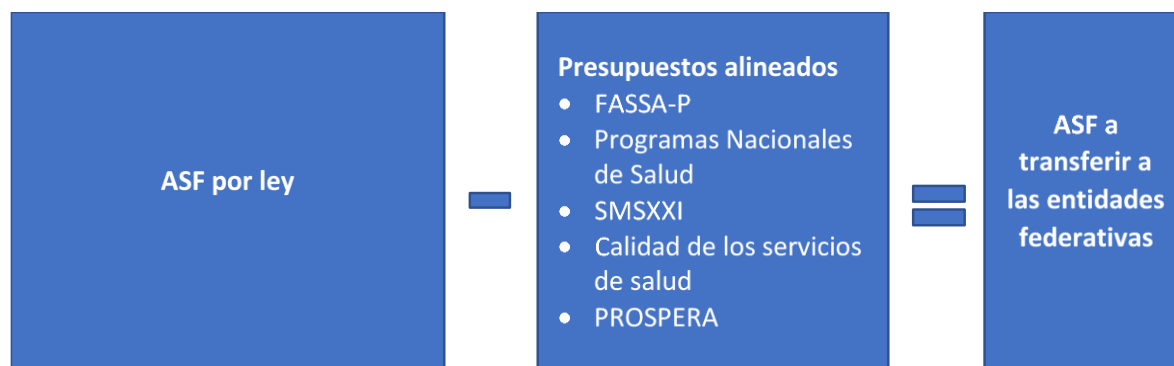
Además, la dependencia señala que los recursos por FPGC y FPP no se transfieren directamente a los estados, sino que antes se usan para conformar el FSPSS, y, por el principio de subsidiariedad<sup>14</sup> no todas las entidades federativas podrían recibirlos (SS y CNPSS, 2012).

Asimismo, cabe mencionar que las ASF consideradas en la LGS, incluyen 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) (SS y CNPSS, 2017:94). Los programas considerados en 2016 como presupuestos alineados son:

- 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 (SMSXXI).
- Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud.
- PROSPERA Programa de Inclusión Social, componente de salud, tanto rural como urbana (Ramo 12).

La importancia de esta diferenciación radica en que dicha presupuestación alineada se descuenta del total de las ASF para obtener el monto que se ha de distribuir a las entidades federativas (figura 9):

**Figura 9. Determinación de la ASF a transferir**

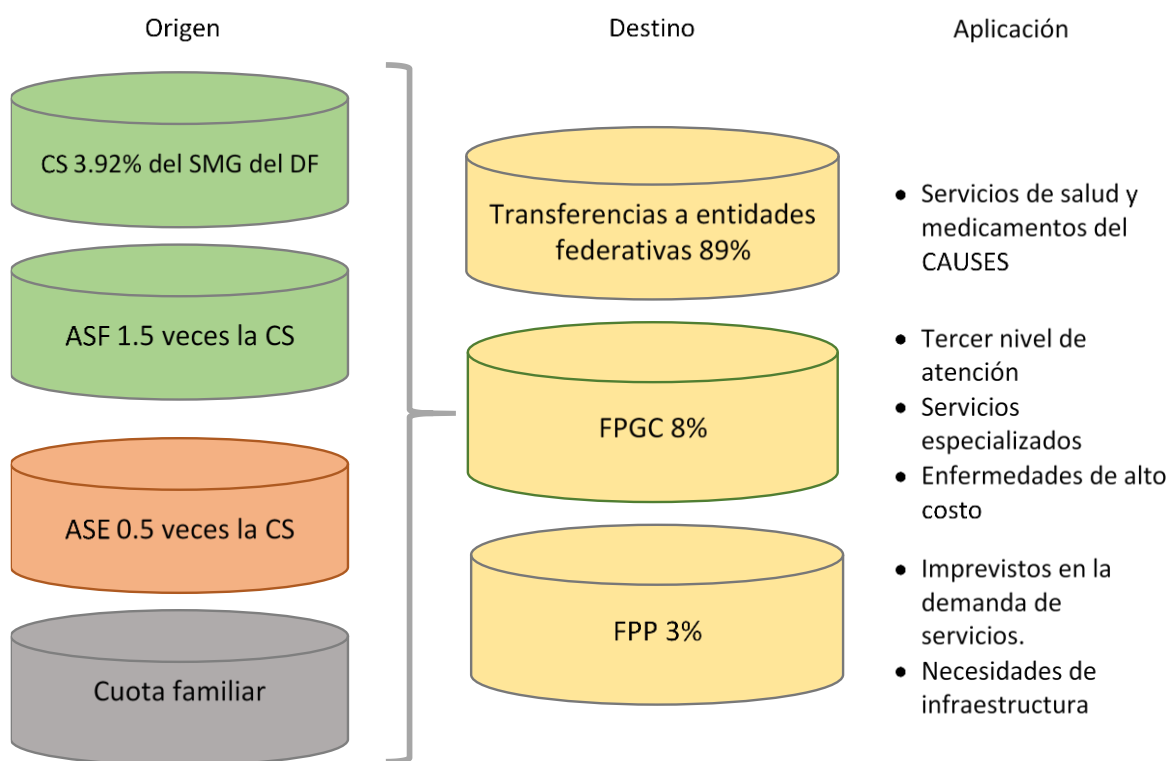


Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2017).

<sup>14</sup> La subsidiariedad define las responsabilidades para el gobierno federal y los gobiernos estatales (Frenk, 2005 y SS, 2004 y 2005).

En consecuencia, las contribuciones hechas por los gobiernos federal y estatales (CS, ASF y ASE), se utilizan para la operación financiera del SPSS, de las cuales el 89 por ciento se transfiere a las entidades federativas por persona afiliada para los servicios de salud y medicamentos contemplados en el CAUSES, el 8 por ciento se destina al FPGC y el 3 por ciento se transfiere al FPP (SS y CNPSS, 2017:96-97) (figura 10).

**Figura 10. Origen, destino y aplicación de los recursos del SPSS**



Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2017).

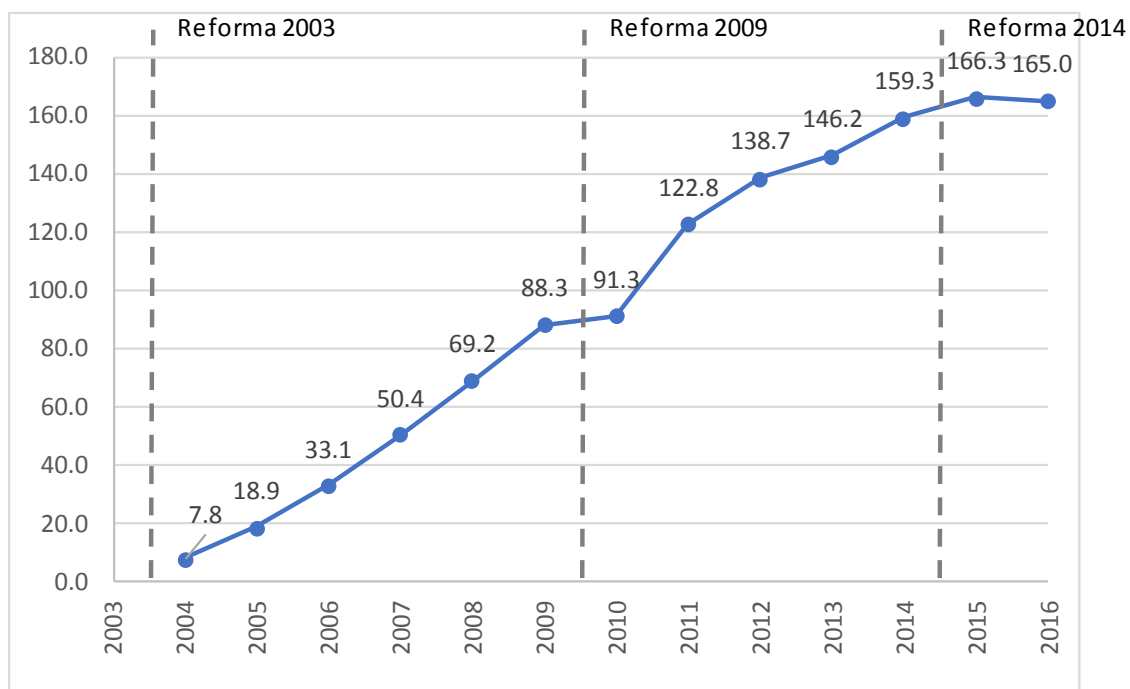
Una vez examinado el origen y la organización de los recursos, se analizará a continuación la evolución del presupuesto del SPSS, así como de sus componentes y la forma en la que se reparten entre las entidades federativas.

#### Recursos totales asignados al SPSS

Como una primera aproximación al análisis de los recursos que son utilizados por el SPSS, se observan los montos que incluyen CS, ASF, FPGC, FPP, ASE, y los alineados de otras fuentes de financiamiento para la atención a la salud de los afiliados al SPSS, transferidos directamente a las entidades federativas a través de los Ramos 12 y 33 (SS y CNPSS, 2017). Al considerar el largo plazo

de 2004 a 2016, la tendencia general de comportamientos de estos recursos es al alza, a excepción de 2010 con un incremento menor (el cual coincide con el cambio en la cuantificación de la población beneficiaria de familias a individuos) y en 2016, cuando hubo una reducción originada por una depuración de los padrones de afiliados que tenían doble derechohabencia, por 2,181,670 personas a nivel nacional (SS y CNPSS, 2017) (gráfica 5).

**Gráfica 5. Recursos asignados al SPSS, 2004-2016\* (miles de millones de pesos)**



\* Se considera como parte de las aportaciones al SPSS, los recursos federales transferidos a las entidades federativas para la atención a la salud de la persona de la población no derechohabiente de la seguridad social por otras fuentes de financiamiento, conforme a la afiliación observada en esos años y su vigencia de derechos. Los recursos en 2016 son calculados de acuerdo con el cierre de la afiliación para dicho ejercicio.

Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2016 y 2017).

### Presupuesto ejercido del SPSS

El conjunto agregado, señalado anteriormente, se extraen los recursos exclusivamente federales del SPSS que se ejercieron de 2004 a 2016, los cuales también han acusado incrementos de manera continua hasta 2015 con un total de 85,279.4 millones de pesos. En el caso de 2016 la disminución a 81,858 millones de pesos se explica por los ajustes en el número de derechohabientes ya mencionados (cuadro 19):

**Cuadro 19. Presupuesto ejercido del SPSS, 2004-2016 (millones de pesos)**

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>a) Seguro Popular</b>	<b>4,315.3</b>	<b>7,988.7</b>	<b>16,100.1</b>	<b>25,443.9</b>	<b>32,685.6</b>	<b>40,979.2</b>	<b>47,046.0</b>	<b>58,673.8</b>	<b>67,290.5</b>	<b>72,311.9</b>	<b>76,045.1</b>	<b>77,289.0</b>	<b>73,548.7</b>
Cuota Social y Aportación	3,367.1	6,382.5	12,170.4	18,898.7	24,915.6	31,275.4	37,029.5	45,165.8	51,855.4	56,232.5	58,524.8	58,999.5	55,394.2
Fondo de Previsión Presupuestal	232.5	514.0	1,044.3	1,512.3	2,078.2	2,646.5	2,731.8	3,684.0	4,160.9	4,385.3	4,778.3	4,988.1	4,951.2
Enfermedad Renal Crónica *	-	-	-	-	-	-	-	-	183.3	-	-	-	-
Gasto de operación **	95.7	122.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos ***	620.0	969.6	2,885.4	5,032.9	5,691.8	7,057.3	7,284.7	9,824.0	11,090.9	11,694.1	12,742.0	13,301.5	13,203.3
<b>b) Operación del CNPS</b>	<b>118.6</b>	<b>294.0</b>	<b>598.3</b>	<b>382.2</b>	<b>476.2</b>	<b>553.0</b>	<b>798.0</b>	<b>944.6</b>	<b>572.3</b>	<b>224.4</b>	<b>422.0</b>	<b>211.8</b>	<b>302.1</b>
<b>c) Presupuesto SPSS por metas de afiliación (a+b) ****</b>	<b>8,749.2</b>	<b>16,271.4</b>	<b>32,798.5</b>	<b>51,270.0</b>	<b>65,847.4</b>	<b>82,511.4</b>	<b>94,890.0</b>	<b>118,292.2</b>	<b>135,153.3</b>	<b>144,848.2</b>	<b>152,512.2</b>	<b>154,789.9</b>	<b>147,399.5</b>
<b>d) SMSXXI</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>147.7</b>	<b>1,699.7</b>	<b>2,564.6</b>	<b>2,446.5</b>	<b>2,372.6</b>	<b>3,128.1</b>	<b>1,508.7</b>	<b>1,468.6</b>	<b>1,836.8</b>	<b>1,797.8</b>
<b>e) PROSPERA Programa de Inclusión Social</b>	<b>3,246.3</b>	<b>3,793.7</b>	<b>3,774.1</b>	<b>3,744.2</b>	<b>3,568.9</b>	<b>3,482.2</b>	<b>4,704.6</b>	<b>4,854.9</b>	<b>4,999.9</b>	<b>5,534.9</b>	<b>5,099.1</b>	<b>5,941.7</b>	<b>6,209.9</b>
<b>TOTAL (c+d+e)</b>	<b>7,680.2</b>	<b>12,076.4</b>	<b>20,472.5</b>	<b>29,718.0</b>	<b>38,430.4</b>	<b>47,579.0</b>	<b>54,995.1</b>	<b>66,845.9</b>	<b>75,990.8</b>	<b>79,579.9</b>	<b>83,034.8</b>	<b>85,279.4</b>	<b>81,858.5</b>

\* Ampliación de la H. Cámara de Diputados

\*\* Los recursos por este concepto de los años 2004 y 2005 fueron enviados a los estados para la puesta en marcha de los módulos de operación y afiliación; a partir de 2006 este gasto fue cubierto por las entidades federativas.

\*\*\* Para la cobertura del CAUSES y del FPGC, hasta 2015 los recursos federales que se autorizaban contemplaban el programa presupuestario E020 para el FPP. No obstante, a partir de este ejercicio ese programa se fusiona al programa presupuestario U005 SP.

\*\*\*\* De 2005 a 2009 se incluía en este presupuesto el concepto de "otras acciones", las cuales no son precisadas por la SS y se omiten para efectos de comparabilidad y congruencia con el total del presupuesto ejercido.

Fuente: Elaborado por el CEFP con datos de SS y CNPSS (2016 y 2017).

En el cuadro 6, se pueden identificar los conceptos de CS, ASF, FPP, FPCGC y los gastos de operación del SPSS (que en 2004 y 2005, corrieron a cargo de la Federación), para conformar el presupuesto designado para el SP. Al sumarse este monto con el de los gastos de operación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), se obtiene el presupuesto destinado al funcionamiento del SPSS en función de la afiliación, la cual, al haber sido depurada en 2016, da una disminución del 4 por ciento, en comparación con 2015. Dado que, los montos por CS, ASF, FPP, FPCGC están determinados por los niveles de afiliación, también muestran el mismo comportamiento. Dentro de este presupuesto total, se considera lo destinado al Seguro Médico Siglo XXI y el PROSPERA Programa de Inclusión Social.

#### Transferencias a las entidades federativas

Cabe recalcar que, los recursos directamente transferidos a las entidades federativas para la atención médica de los afiliados del SP, se componen de los montos por CS y ASF. Sin embargo, no se dispone de información que desglose las reparticiones por FPGC por entidad federativa. En el cuadro 3 se muestra la distribución agregada de estos recursos a las entidades federativas en 2007<sup>15</sup> y 2016. Debido a que estas asignaciones se llevan a cabo en función del número de afiliados, es de destacar que el Estado de México ocupe los primeros lugares en ambos periodos, y ello no necesariamente implica mayores recursos para las entidades con mayor rezago social (cuadro 20).

---

<sup>15</sup> 2007 es el primer ejercicio fiscal en el que se publica esta información.

**Cuadro 20. Subsidio transferido por SPSS (ASF y CS) a las entidades federativas, 2007 y 2016\*  
(millones de pesos)**

Entidad Federativa	2007	Distr. %	Entidad Federativa	2016	Distr. %
Guanajuato	2,139.0	11.3%	México	8,822.9	15.9%
México	1,623.2	8.6%	Puebla	4,382.4	7.9%
Veracruz de Ignacio de la Llave	1,569.2	8.3%	Guanajuato	4,201.3	7.6%
Chiapas	1,495.2	7.9%	Veracruz de Ignacio de la Llave	4,143.8	7.5%
Puebla	1,377.5	7.3%	Chiapas	3,641.5	6.6%
Tabasco	1,366.8	7.2%	Jalisco	3,407.6	6.2%
Oaxaca	949.2	5.0%	Ciudad de México	3,346.1	6.0%
Jalisco	863.2	4.6%	Michoacán de Ocampo	2,764.3	5.0%
Baja California	717.1	3.8%	Oaxaca	2,292.0	4.1%
Michoacán de Ocampo	557.1	3.0%	Guerrero	1,922.3	3.5%
Guerrero	554.8	2.9%	Tabasco	1,461.2	2.6%
Tamaulipas	523.6	2.8%	San Luis Potosí	1,408.6	2.5%
San Luis Potosí	515.7	2.7%	Hidalgo	1,290.3	2.3%
Distrito Federal	494.4	2.6%	Chihuahua	1,209.0	2.2%
Morelos	470.9	2.5%	Nuevo León	1,128.3	2.0%
Hidalgo	440.9	2.3%	Baja California	1,064.6	1.9%
Sinaloa	420.5	2.2%	Tamaulipas	1,026.6	1.9%
Chihuahua	358.3	1.9%	Morelos	1,003.4	1.8%
Sonora	331.0	1.8%	Tlaxcala	803.3	1.5%
Zacatecas	262.0	1.4%	Sinaloa	776.8	1.4%
Yucatán	232.6	1.2%	Querétaro de Arteaga	721.0	1.3%
Nuevo León	213.8	1.1%	Yucatán	637.6	1.2%
Aguascalientes	203.7	1.1%	Sonora	629.2	1.1%
Nayarit	203.2	1.1%	Zacatecas	575.9	1.0%
Tlaxcala	170.5	0.9%	Durango	492.6	0.9%
Colima	151.3	0.8%	Coahuila de Zaragoza	490.4	0.9%
Campeche	145.0	0.8%	Quintana Roo	455.8	0.8%
Querétaro de Arteaga	136.7	0.7%	Nayarit	401.5	0.7%
Coahuila de Zaragoza	119.5	0.6%	Campeche	305.1	0.6%
Durango	105.2	0.6%	Aguascalientes	284.4	0.5%
Quintana Roo	87.1	0.5%	Colima	171.3	0.3%
Baja California Sur	66.1	0.4%	Baja California Sur	132.7	0.2%
<b>Total nacional</b>	<b>18,864.3</b>	<b>100.0%</b>	<b>Total nacional</b>	<b>55,394.2</b>	<b>100.0%</b>

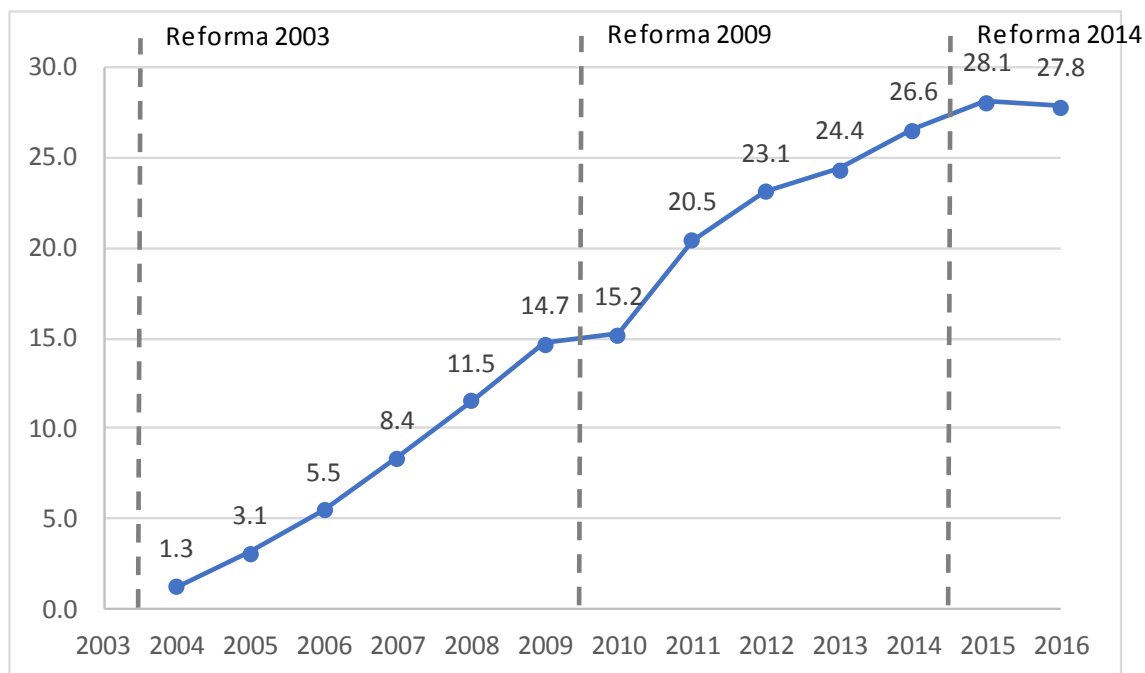
\* No incluye transferencias a las entidades federativas por el FPP y el FPGC.

Fuente: Elaborado por el CEFP con datos de SS y CNPSS (2008 y 2017).

#### Aportaciones de las entidades federativas

En lo que respecta a las entidades federativas, las contribuciones que efectúan las ASE, las cuales también se determinan en función de la afiliación y muestran los mismos puntos de inflexión en 2010 y 2016 (gráfica 6). No obstante, se desconoce en qué medida cada una de las entidades federativas hace su contribución por concepto de ASE.

**Gráfica 6. Evolución de la ASE, 2004-2016 (miles de millones de pesos)**



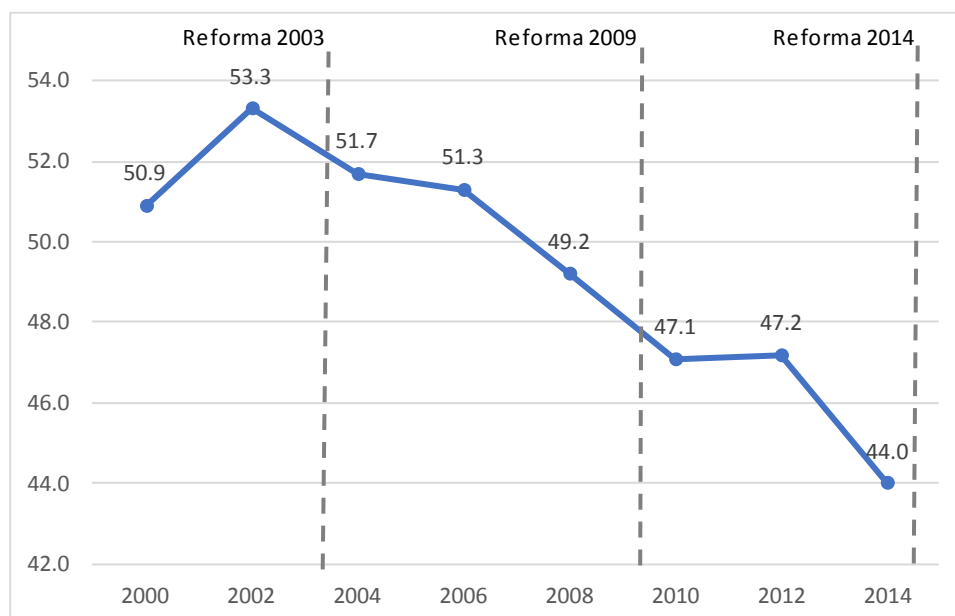
Fuente: Elaborado por el CEFP con datos de SS y CNPSS (2016 y 2017).

#### 4. Gasto de bolsillo

Un sistema de salud se sustenta financieramente de tres fuentes: los recursos públicos, las contribuciones a la seguridad social y el gasto privado de los hogares, ya sea mediante el prepago de seguros o los gastos de bolsillo (SS y CNPSS, 2005). El gasto de bolsillo, al ser erogado de manera directa a un prestador de servicios en el momento requerido se considera como ineficiente y regresivo, ya que pone en riesgo la economía familiar y va en contra de la solidaridad y la justicia financieras, repercutiendo en la equidad en el financiamiento de la atención a la salud. Los hogares que recurren a un gasto catastrófico quedan expuestos a caer en el empobrecimiento (SS, 2005 y Cámara de Senadores, 2002).

A partir de la reforma en estudio, se logró que el gasto de bolsillo fuera del 44 por ciento del gasto total de salud en el país en 2014, en comparación con el 50.9 por ciento observado en el año 2000. Cabe señalar que antes de la implementación de la reforma (2002) esta proporción iba en aumento y a partir de 2004 la tendencia ha sido a la baja, lo cual es indicativo de una mejora para este indicador en el nivel agregado (gráfica 7).

**Gráfica 7. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2000-2014**



Fuente: Elaborado por el CEPF con datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2012) y CONEVAL (s.a., c y f).

A pesar de los resultados anteriores, el porcentaje de gasto de bolsillo de México en 2014, aún era elevado si se le compara con el de otras naciones con un nivel de desarrollo similar, tales como Chile, Brasil, Argentina y Colombia, cuyas proporciones de gasto de bolsillo son de 32 por ciento, 31 por ciento, 20 por ciento y 14.8 por ciento, respectivamente (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015).

Con el uso del gasto de bolsillo, un hogar puede incurrir en un gasto catastrófico cuando dedica el 30 por ciento o más de su ingreso disponible después de los gastos de alimentación y vivienda. Sin embargo, también existe la posibilidad de caer en un gasto empobrecedor cuando el hogar llega a un nivel de ingresos por debajo de la línea de pobreza<sup>16</sup>, independientemente del porcentaje de su ingreso disponible. De esta forma, un hogar puede tener gastos catastróficos sin caer en una situación de pobreza, o bien se puede llegar a la pobreza aún con gastos de bolsillo que no sean catastróficos (SS y CNPSS, 2005:34).

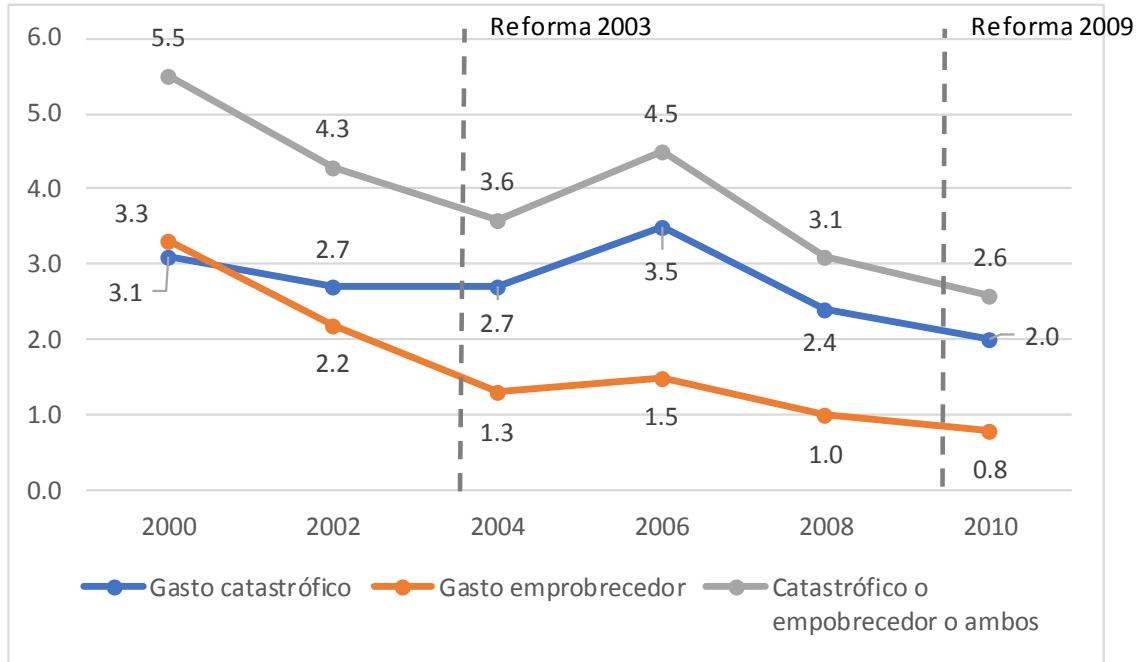
Es de hacer notar que, no obstante, el elevado gasto de bolsillo a nivel agregado, el porcentaje de los hogares con gasto catastrófico, ha pasado del 3.1 por ciento en el año 2000 al 2 por ciento en 2010, mientras que el

<sup>16</sup> Ahora denominada por el CONEVAL como línea del bienestar, que es el valor monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria de consumo básico (CONEVAL, s.a., d).



de aquellos con gasto empobrecedor disminuyó de 3.3 por ciento a 0.8 por ciento en el mismo periodo. El comportamiento del gasto empobrecedor y de la combinación de ambos tipos de gasto registran tendencias similares y decrecientes, lo que significa un avance a lo largo del periodo de estudio (gráfica 8).

**Gráfica 8. Porcentaje de hogares que incurren en gasto catastrófico, gasto empobrecedor y/o ambos, 2000 y 2010**



Fuente: INSP (2012).

Si bien, los hogares con gastos catastróficos o empobrecedores y el gasto de bolsillo a nivel agregado han mostrado avances a partir de la reforma, este último continúa siendo alto, lo cual indica que las personas continúan recurriendo a los servicios privados de salud (Knaul, et. al, 2013 y OCDE, 2016).

En razón de lo antes señalado, y a manera de conclusión, podemos afirmar que, el SPSS ha mostrado mejoras importantes en lo que respecta a la ampliación del CAUSES, del número de unidades médicas acreditadas para operar bajo el SPSS, así como en la atención a los afiliados (en términos de consultas, atención hospitalaria y la instauración de la portabilidad de los servicios para la población en tránsito interestatal).

Los avances en los niveles agregados de cobertura han sido importantes y se ha alcanzado y superado la cobertura voluntaria en términos de la población objetivo. Derivado de ello, la mayor parte de la población atendida por el SP, se ubica en los primeros deciles de ingreso.

En suma, de acuerdo a la evaluación realizada, es de precisar que, sí se ha cumplido el propósito de la reforma en estudio, de llegar a la población más vulnerable, sobre todo, si tomamos en cuenta que, a los beneficiarios de programas como el PDZP, PROSPERA, CNCH, 65 y más, y a poblaciones en situación de riesgo como la población indígena, los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y los migrantes repatriados, se les ha brindado el acceso a los servicios de seguridad social en salud.

En lo que corresponde al objetivo de brindar protección financiera, el presupuesto del SPSS y el gasto en el ramo 12, ha ido incrementándose, mientras que el nivel de gasto público en salud aún es bajo en comparación con lo que se ha observado en otras naciones. No obstante, ello no ha limitado la mejora en los servicios de salud, particularmente en lo que se refiere a la cobertura de medicamentos e intervenciones del CAUSES.

En el tema de la corresponsabilidad, se ha establecido que tanto los gobiernos locales como el federal y los ciudadanos que deseen afiliarse, deben hacer aportaciones al financiamiento del SPSS para la atención de cada persona, a través de la Cuota Social, las Aportaciones Solidarias Estatales y Federales y la cuota familiar. Sin embargo, no se dispone de datos que provean de elementos contundentes que, permitan conocer con precisión cuánto aporta cada entidad federativa por concepto de ASE, para poder extraer conclusiones acerca del cumplimiento de la corresponsabilidad.

Sobre la protección financiera, aún persisten retos por superar, ya que los gastos de bolsillo aún son importantes, y ello refleja que muchas personas aún emplean estas erogaciones para la atención a su salud.

## Conclusiones

La evolución del sistema de salud en México, tanto en su conceptualización como las diferentes políticas públicas instrumentadas, a partir de 1831, y particularmente en el México postrevolucionario, incluidas desde luego las tres generaciones de reformas en la materia, fueron la base y asidero fundamental que, posibilitaron la concepción y posterior instrumentación de la reforma a la Ley General de Salud en 2003, principal objeto de estudio de la presente evaluación.

La reforma en estudio, fue la cristalización de una serie de esfuerzos públicos, orientados resolver la problemática existente. El nuevo marco normativo y el andamiaje institucional que de ahí se desprende, respondió tanto a las demandas y necesidades que la población nacional presentaba en materia de salud, como a las exigencias del contexto económico, político, social e internacional que prevalecía en esos años.

En tal virtud, con la publicación del Decreto en 2003, nació el SPSS, a efecto de combatir la falta de protección financiera y de acceso a los servicios de salud de porcentaje importante de la población, lo cual, significó ampliar el aseguramiento en salud a toda la población.

La finalidad última del SPSS fue el aseguramiento en materia de salud a la población que no contaba con acceso a la seguridad social debido a su estatus laboral, lo que significaba que, alrededor del 60 por ciento del gasto en salud proviniera del bolsillo de las personas que requerían atención médica. De ahí que, tuvo como referente un planteamiento orientado hacia la cobertura universal, traduciéndose en la creación de un tercer esquema de aseguramiento, a partir del cual, se dio contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud, bajo un esquema de protección financiera.

Es de precisar que, la reforma legislativa y las políticas públicas que ahí se establecieron, fueron congruentes con el contexto internacional en la materia, particularmente, con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, respecto a que, la cobertura universal de salud no implica la gratuidad de todas las intervenciones sanitarias posibles, ni tampoco se refiere únicamente al financiamiento de la salud, sino que, abarca componentes como las instalaciones sanitarias, el personal de salud, los mecanismos de garantía de calidad, entre otros; de igual forma, tampoco tienen por finalidad, asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera.

En razón de lo antes señalado, podemos afirmar que, el SPSS ha mostrado mejoras importantes en el periodo analizado (2000-2016), en lo que respecta a la ampliación del CAUSES, del número de unidades médicas acreditadas para operar bajo el SPSS, así como en la atención a los afiliados (en términos de consultas, atención hospitalaria y la instauración de la portabilidad de los servicios para la población en tránsito interestatal).

Los avances en los niveles agregados de cobertura han sido importantes y se ha alcanzado y superado la cobertura voluntaria en términos de la población objetivo. Derivado de ello, la mayor parte de la población atendida, se ubica en los primeros deciles de ingreso.

De acuerdo a la evaluación realizada, podemos afirmar que, sí se cumplió el propósito de la reforma en estudio, de llegar a la población más vulnerable, sobre todo, si tomamos en cuenta que, a los beneficiarios de programas como el PDZP, PROSPERA, CNCH, 65 y más, y a poblaciones en situación de riesgo como la indígena, los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y los migrantes repatriados, se les ha incorporado a los beneficios.

En lo que corresponde al objetivo de brindar protección financiera, el presupuesto del SPSS y el gasto en el ramo 12, se ha incrementado. Cabe aclarar que, el nivel de gasto público en salud aún es bajo en comparación con lo que se ha observado en otros países. No obstante, los servicios de salud han mejorado de forma significativa en su vertiente cuantitativa, particularmente, en lo que se refiere a la cobertura de medicamentos e intervenciones del CAUSES.

En el tema de la corresponsabilidad, se estableció que tanto los gobiernos locales como el federal y los ciudadanos que deseen afiliarse, deben hacer aportaciones al financiamiento del SPSS para la atención de cada persona, a través de la CS, las ASE y las ASF, y la cuota familiar, respectivamente. Sin embargo, es de hacer notar que no se dispone de datos que provean elementos contundentes que, permitan conocer con precisión cuánto aporta cada entidad federativa por concepto de ASE, para poder extraer conclusiones acerca del cumplimiento de la corresponsabilidad. Situación que es factible de ser subsanada en un futuro, a través de una reforma legal, que mandate la transparencia y publicidad de dichas aportaciones.

En cuanto a la protección financiera, es de señalar que aún persisten retos por superar, ya que los gastos de bolsillo para la atención de la salud aún son importantes, situación que puede repercutir en la economía familiar. No obstante lo anterior, es de destacar que el CONEVAL (s.a., e) reporta para el periodo 2010-2016 una disminución en los indicadores de las carencias sociales, siendo aquella por acceso a los servicios de

salud<sup>17</sup> la que mayores avances ha alcanzado, seguida de la de calidad y espacios de la vivienda y la de acceso a la alimentación: el número de personas con carencia por acceso a los servicios de salud ha pasado de 33.5 millones en 2010 a 19.1 millones en 2016 (de 29.2 por ciento a 15.2 por ciento de la población). Parte de este logro se puede atribuir a los avances en la afiliación de personas al Seguro Popular.

---

<sup>17</sup> De acuerdo con el CONEVAL, una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando “no cuente con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los preste, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados” (CONEVAL, 2014:98).

## Anexos

### Anexo 1. Análisis comparado entre el texto de la Ley General de Salud vigente hasta 2002, la Iniciativa de reforma a la misma y el decreto aprobado en mayo de 2003

El siguiente cuadro se elaboró a partir de la reforma de 2003 e incluye las modificaciones realizadas tanto en 2009 (resaltada en verde), así como aquellas de 2014 (resaltada en azul).

- Artículo 3° con una *fracción II bis*;

TEXTO VIGENTE EN 2002	INICIATIVA 2003	APROBADO, REFORMADO Y ADICIONADO (2003)
<p><b>“ARTICULO 3°.</b> En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:</p> <p>I. a XXVIII. ...</p>	<p><b>“ARTICULO 3°.</b> En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:</p> <p>I. y II. ...</p> <p><b>II bis. La Protección Social en Salud;</b></p> <p>III. a XXVIII. ...</p>	<p><b>“ARTICULO 3°.</b> En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:</p> <p>I. y II. ...</p> <p>II bis. La Protección Social en Salud;</p> <p>III. a XXVIII. ...</p>

- Artículo 13, Apartado A) con una *fracción VII bis* y, reforma la *fracción I* del apartado B);

TEXTO VIGENTE EN 2002	INICIATIVA 2003	APROBADO, REFORMADO Y ADICIONADO (2003)
<p><b>ARTÍCULO 13.</b> La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p>A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <p>I. a X. ...</p> <p>B). Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:</p> <p>I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3° de esta ley, de</p>	<p><b>ARTÍCULO 13.</b> La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p>A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <p>I. a VII. ...</p> <p><b>VII bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud y en particular del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud;</b></p> <p>VIII. a X. ...</p> <p>B). Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:</p> <p>I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, <b>II bis</b>, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3° de esta ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;</p>	<p><b>ARTÍCULO 13.</b> La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p>A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <p>I. a VII. ...</p> <p>VII bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud y en particular del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud;</p> <p>VIII. a X. ...</p> <p>B). Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:</p> <p>I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, <b>II bis</b>, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3° de esta ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;</p>

conformidad con las disposiciones aplicables; II. a VII. ...	II. a VII. ...	II. a VII. ...
---	----------------	----------------

- La *fracción IX* del artículo **17**;

TEXTO VIGENTE EN 2002	INICIATIVA 2003	APROBADO, REFORMADO Y ADICIONADO (2003)
<b>ARTICULO 17.</b> Compete al Consejo de Salubridad General: I. a VIII. ....	<b>ARTICULO 17.</b> Compete al Consejo de Salubridad General: I. a VIII. ... <b>IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta ley.</b>	<b>ARTICULO 17.</b> Compete al Consejo de Salubridad General: I. a VIII. ... IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta ley.

- Artículo **28**;

TEXTO VIGENTE EN 2002	INICIATIVA 2003	APROBADO, REFORMADO Y ADICIONADO (2003)
<b>ARTÍCULO 28.</b> Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.	<b>ARTÍCULO 28.</b> Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las <b>instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud</b> , y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.	<b>ARTÍCULO 28.</b> Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: la Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.

- El artículo **35**;

TEXTO VIGENTE EN 2002	INICIATIVA 2003	APROBADO, REFORMADO Y ADICIONADO (2003)
<b>ARTICULO 35.</b> Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.	<b>ARTICULO 35.</b> Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los <b>residentes</b> del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad <b>en el momento de usar los servicios</b> , fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. <b>Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de</b>	<b>ARTICULO 35.</b> Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los

	<p><b>los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.</b></p>	<p>convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.</p>
--	---	--

- **Título Tercero Bis** a la LGS con los *artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41*.

TEXTO VIGENTE EN 2002	INICIATIVA 2003	APROBADO, REFORMADO Y ADICIONADO (2003,2009 y 2014)
<p>No contaba con el título</p>	<p><b>TITULO TERCERO BIS</b>  <b>De la Protección Social en Salud</b>  <b>Capítulo I</b>  <b>Disposiciones Generales</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 1.</b> El Estado garantizará la protección social en salud, entendida ésta como los servicios esenciales definidos por el Consejo de Salubridad General que satisfagan las necesidades de salud más importantes, mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 2.</b> Para los efectos de esta ley, se entenderá por Sistema de Seguro de Protección Social en Salud a las acciones de protección social en salud que provean los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p>La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.</p> <p>Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 3.</b> 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 podrán incorporar al Sistema de Seguro de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de</p>	<p><b>TITULO TERCERO BIS</b>  <b>De la Protección Social en Salud</b>  <b>Capítulo I</b>  <b>Disposiciones Generales</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 1.</b> 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.</p> <p>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. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.</p> <p>Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 2.</b> Para los efectos de esta ley, se entenderá por Sistema de Seguro de Protección Social en Salud a las acciones de protección social en</p>



	<p>protección en salud a que se refiere este Título.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 4.</b> La unidad de protección será la familia nuclear, la cual para efectos de esta ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:</p> <p>I. Por los cónyuges;</p> <p>II. Por la concubina y el concubinario;</p> <p>III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y</p> <p>IV. 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 justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.</p> <p>Se considerarán integrantes de la familia nuclear a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos.</p> <p>A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear.</p> <p>La familia nuclear será representada para los efectos de este Título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 5.</b> La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p>A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <p>I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, escuchando la opinión de las entidades federativas, a través del Consejo a que se refiere el artículo 77 bis 32 de esta ley;</p>	<p>salud que provean los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p>La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título y <i>demás disposiciones aplicables</i>.</p> <p>Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.</p> <p><i>Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud garantizarán las acciones a que se refiere el párrafo anterior, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales deberán realizar su actividad de manera independiente a la prestación de servicios de salud (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 3.</b> 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 podrán incorporar al Sistema de Seguro de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 4.</b> La unidad de protección será la familia nuclear, la cual para efectos de esta ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:</p> <p>I. Por los cónyuges;</p> <p>II. Por la concubina y el concubinario;</p> <p>III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y</p> <p>IV. 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 justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.</p> <p>Se considerarán integrantes de la familia nuclear a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y</p>
--	---	---

	<p>II. Constituir y administrar el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que se refiere el artículo 77 Bis 30;</p> <p>III. Distribuir a las entidades federativas las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales del seguro de Protección Social en Salud;</p> <p>IV. Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de esta ley;</p> <p>V. Establecer las bases del esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud;</p> <p>VI. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizará en la operación del Sistema;</p> <p>VII. Definir el marco organizacional de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud en los ámbitos federal, del Distrito Federal, estatal y en su caso, municipal;</p> <p>VIII. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 bis 22, en las entidades federativas;</p> <p>IX. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;</p> <p>X. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema del Seguro 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, para lo cual adicionalmente utilizará la información relativa a grupos de beneficiarios incorporados en otros programas sociales del gobierno federal con la finalidad de evitar duplicidades;</p> <p>XI. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban las entidades federativas entre sí y con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;</p>	<p>tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, <b>además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes.</b></p> <p>A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear.</p> <p><b>El núcleo familiar</b> será representado para los efectos de este Título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo.</p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 5.</u> La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p>A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <p>I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, <b>tomando en cuenta la opinión de los estados y el Distrito Federal</b>, a través del Consejo a que se refiere el artículo 77 bis 33 de esta ley;</p> <p><i>I. Desarrollar, coordinar, ..., tomando en consideración la opinión de las entidades federativas a través del Consejo Nacional de Salud (DOF 04.06.2014)</i></p> <p>II. <b>Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;</b></p> <p>III. <b>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 a que se refiere el artículo 77 Bis 18 y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecidos en el artículo 77 Bis 29;</b></p>
--	---	---

	<p>XII. Establecer la normatividad sobre los términos y características de las credenciales para los beneficiarios del Sistema;</p> <p>XIII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;</p> <p>XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud;</p> <p>XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud;</p> <p>XVI. Vigilar la complementariedad y compatibilidad de las acciones de los diversos programas que impulsa en el ámbito de las entidades federativas y los municipios, así como en el contexto de la política de desarrollo social;</p> <p>XVII. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios esenciales de salud, y</p> <p>XVIII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p>B) Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:</p> <p>I. Proveer los servicios esenciales de salud definidos por el Consejo de Salubridad General, así como garantizar la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos para su oferta oportuna y de calidad;</p> <p>II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal del Seguro 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, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;</p> <p>III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean</p>	<p><b>IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos del Capítulo III de este Título;</b></p> <p><i>IV. Transferir con oportunidad a las entidades federativas, los recursos que les correspondan para operar, por conducto de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, en los términos del artículo 77 bis 15 y demás disposiciones aplicables del Capítulo III de este Título (DOF 04.06.2014);</i></p> <p><b>V. Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de esta Ley;</b></p> <p><b>VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor;</b></p> <p><b>VII. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema;</b></p> <p><b>VIII. Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y en su caso, municipal;</b></p> <p><i>VIII. Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal y local (DOF 04.06.2014);</i></p> <p><b>IX. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 Bis 21, en los estados y el Distrito Federal;</b></p> <p><i>IX. Diseñar, desarrollar y suministrar ..., en las entidades federativas (DOF 04.06.2014);</i></p> <p><b>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;</b></p> <p><b>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;</b></p>
--	--	--

	<p>transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, en función de los Acuerdos de Coordinación que para el efecto se celebren;</p> <p>IV. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal del Seguro 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 en los términos de este Título, de conformidad con la normatividad que para el efecto fije el Consejo de Salubridad General, en los términos del artículo 77 Bis 24 de esta ley;</p> <p>V. Ampliar y sufragar las intervenciones que incluyan los servicios esenciales de salud definidos por el Consejo de Salubridad General, cuando las necesidades regionales de salud y los perfiles epidemiológicos de la entidad federativa así lo requieran;</p> <p>VI. Destinar al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos un porcentaje de los ingresos totales que reciba para la operación del Régimen Estatal del Seguro de Protección Social en Salud en la entidad federativa correspondiente, conforme al artículo 77 bis 20;</p> <p>VII. Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal del Seguro de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto;</p> <p>VIII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;</p> <p>IX. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la</p>	<p><b>XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;</b>  <i>XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban las entidades federativas, ... (DOF 04.06.2014);</i></p> <p><b>XIII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;</b></p> <p><b>XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;</b></p> <p><b>XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;</b>  <i>XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los establecimientos de salud ... (DOF 04.06.2014);</i></p> <p><b>XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, y</b>  <i>XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Asimismo, para el caso en que proceda una compensación económica por incumplimiento a las obligaciones de pago entre entidades federativas, destinar al Régimen Estatal de Protección Social en Salud acreedor, el monto del pago que resulte por la prestación de servicios de salud que correspondan, con cargo a los recursos que en términos del presente Título deben transferirse directamente a las entidades federativas, o entregarse a la entidad federativa cuyo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, sea considerado deudor, y (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>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</b></p>
--	--	---

	<p>correspondiente a los montos y rubros de gasto, y</p> <p>X. Promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 6.</b> La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p>Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, destino de los recursos, indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>De los Beneficios de la Protección Social en Salud</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 7.</b> Gozarán de los beneficios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:</p> <p>I. Ser residentes en el territorio nacional;</p> <p>II. No ser derechohabientes de la seguridad social;</p> <p>III. Contar con Clave Única de Registro de Población;</p> <p>IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, y</p> <p>V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 8.</b> Se considerarán como beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 Bis 3 y 77 Bis 4 de esta ley que satisfagan los requisitos del artículo anterior, previa solicitud de incorporación.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 9.</b> Para garantizar la equidad del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, el Consejo de Salubridad General definirá los servicios esenciales de salud, que deberán incluir los medicamentos asociados, conforme a lo que indica el artículo 28 de la ley, a los cuales tendrán derecho las familias beneficiarias del Sistema.</p>	<p><b>destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.</b></p> <p><i>XVII. ... y coadyuvar con los órganos competentes federales y locales en el control y la fiscalización de los recursos que se les transfieran o entreguen, para llevar a cabo las acciones del Sistema de Protección Social en Salud en su respectiva jurisdicción, ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>B) Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:</b></p> <p><i>B) Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, ... (DOF 04.06.2014):</i></p> <p>I. Proveer los servicios esenciales de salud <b>en los términos de este Título, disponiendo de</b> la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos para su oferta oportuna y de calidad;</p> <p><i>I. Proveer los servicios de salud en los términos de este Título y demás disposiciones de esta Ley, así como de los reglamentos aplicables, disponiendo de la capacidad de insumos y del suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad (DOF 04.06.2014);</i></p> <p>II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal del Seguro 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, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;</p> <p><i>II. Identificar e incorporar por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud, ... (DOF 04.06.2014);</i></p> <p>III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, en función de los Acuerdos de Coordinación que para el efecto se celebren;</p> <p><i>III. ..., en los términos de este Título, las demás disposiciones aplicables y los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren. Para tal efecto, las entidades federativas estarán a lo dispuesto en la Ley General de Contabilidad Gubernamental y</i></p>
--	---	---

	<p>El Consejo de Salubridad General podrá revisar, ampliar o bien adecuar los servicios esenciales de salud, así como los medicamentos asociados atendiendo a criterios de costo, efectividad y aceptabilidad social, así como a las prioridades sanitarias.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 10.</b> Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.</p> <p>La Secretaría de Salud y las entidades federativas promoverán las acciones necesarias para que los establecimientos de atención médica que se incorporen al Sistema del Seguro de Protección Social en Salud acrediten previamente su calidad.</p> <p>La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:</p> <p>I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;</p> <p>II. Aplicación de exámenes preventivos;</p> <p>III. Programación de citas para consultas;</p> <p>IV. Atención personalizada;</p> <p>V. Integración de expedientes clínicos;</p> <p>VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;</p> <p>VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y</p> <p>VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 11.</b> Los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud podrán ampliar las intervenciones que incluyan los servicios esenciales de salud, tomando en cuenta las necesidades regionales y los perfiles epidemiológicos locales, el costo de las cuales será cubierto íntegramente por los gobiernos de las entidades federativas.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 12.</b> Los beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección</p>	<p><i>demás disposiciones jurídicas aplicables, así como a lo siguiente:</i></p> <p><i>a) Una vez transferidos por la federación los recursos que corresponda entregar directamente a la entidad federativa de que se trate en los términos del artículo 77 bis 15, fracción I de esta Ley, los mismos deberán ser ministrados íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, dentro de los cinco días hábiles siguientes, y</i></p> <p><i>b) El Régimen Estatal de Protección Social en Salud, deberá informar a la Secretaría de Salud, dentro de los tres días hábiles siguientes el monto, la fecha y el importe de los rendimientos generados que le hayan sido entregados por la tesorería de la entidad federativa (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>IV. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III de este Título, aquellos 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;</b></p> <p><b>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 en los términos de este Título, de conformidad con el artículo 77 Bis 23 de esta Ley;</b></p> <p><b>VI. Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicité;</b></p> <p><b>VII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en</b></p>
--	--	--

	<p>Social en Salud recibirán una credencial que les permitirá identificarse como beneficiarios para gozar de la protección social en salud a que se refiere este Título. Para tal efecto, los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud deberán integrar sus respectivos padrones de beneficiarios conforme a la fracción IX del apartado A del artículo 77 Bis 5 y expedir las credenciales correspondientes conforme a la normatividad que fije la Secretaría de Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 13.</b> Los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud estarán obligados a proveer los servicios esenciales de salud y los medicamentos asociados, sin exigir cuotas distintas a las establecidas en el Capítulo V de este Título, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>De las Aportaciones para el Sistema del Seguro de Protección Social en Salud</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 14.</b> El Sistema de Seguro de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 15.</b> El gobierno federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud equivalente a catorce punto setenta y cinco por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.</p> <p>Esta aportación se hará efectiva a las entidades federativas que cumplan con el artículo siguiente.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 16.</b> Para sustentar el Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:</p> <p>I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior;</p>	<p>términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;</p> <p><b>VIII.</b> Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto, y</p> <p><i>VIII. Recabar, custodiar y conservar por conducto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, la documentación justificante y comprobatoria original de las erogaciones de los recursos en numerario que le sean transferidos, en términos del presente Título, la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás disposiciones aplicables, y proporcionar a la Secretaría de Salud y a los órganos de fiscalización competentes, la información que les sea solicitada, incluyendo los montos y conceptos de gasto, y (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>IX.</b> Promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, <b>de conformidad con la legislación estatal aplicable.</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 6. El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal</b> celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p>Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, destino de los recursos, indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.</p> <p><i>Artículo 77 bis 6. El Ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas. En dichos acuerdos se estipulará como mínimo lo siguiente:</i></p> <p><i>I. Las modalidades orgánicas y funcionales de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;</i></p> <p><i>II. Los conceptos de gasto;</i></p> <p><i>III. El destino de los recursos;</i></p>
--	--	---

	<p>II. 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 que se establece en este artículo, y</p> <p>III. Las aportaciones solidarias deberán representar al menos dos veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.</p> <p>Para la distribución de los recursos a que hace referencia la fracción II de este artículo, se utilizará la fórmula conformada por los siguientes cuatro componentes:</p> $P_{i,t}^F = P_{i,t-1}^F + R_{i,t}^E + P_{i,t}^N + P_{i,t}^D \quad (1)$ <p>En donde:</p> <p><math>P_{i,t-1}^F</math> = Presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar.</p> <p><math>P_{i,t}^F</math> = Presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de la entidad <math>i</math> correspondiente al año inmediato anterior.</p> <p><math>P_{i,t}^E</math> = Componente de asignación por esfuerzo estatal para la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar.</p> <p><math>P_{i,t}^N</math> = Componente de asignación por necesidades de salud para la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar.</p> <p><math>P_{i,t}^D</math> = Componente de asignación por desempeño para la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar.</p> <p>Los componentes señalados en la ecuación (1) se determinan de la siguiente manera:</p> <p>i. Se identifica el presupuesto FASSAP de la entidad <math>i</math> correspondiente al año anterior (<math>P_{i,t-1}^F</math>).</p> <p>ii. Una vez identificado <math>P_{i,t-1}^F</math>, se determina el remanente disponible para asignar los demás componentes de la siguiente manera:</p> $M_t = \sum_{i=1}^{32} P_{i,t}^F - \sum_{i=1}^{32} P_{i,t-1}^F = \sum_{i=1}^{32} P_{i,t}^E + \sum_{i=1}^{32} P_{i,t}^N + \sum_{i=1}^{32} P_{i,t}^D \quad (2)$ <p>Donde <math>\sum_{i=1}^{32}</math> representa la sumatoria correspondiente a las entidades federativas, el subíndice <math>i</math> se refiere a la <math>i</math>-ésima entidad, y <math>M_t</math> es el remanente disponible para la asignación de recursos a las entidades de los componentes de</p>	<p><i>IV. Los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema, y</i></p> <p><i>V. El perfil que los titulares de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deben cubrir (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>Capítulo II</b></p> <p><b>De los Beneficios de la Protección Social en Salud</b></p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 7.</u> Gozarán de los beneficios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:</p> <p>I. Ser residentes en el territorio nacional;</p> <p>II. No ser derechohabientes de la seguridad social;</p> <p>III. Contar con Clave Única de Registro de Población;</p> <p>IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, <b>en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y</b></p> <p>V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.</p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 8.</u> Se considerarán como beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 Bis 3 y 77 Bis 4 de esta ley que satisfagan los requisitos del artículo anterior, previa solicitud de incorporación.</p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 9.</u> <b>Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.</b></p> <p><b>La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de</b></p>
--	---	---



	<p>esfuerzo estatal, necesidades y desempeño en el periodo <math>t</math>.</p> <p>A su vez, una proporción <math>\alpha \in (0,1)</math> del remanente <math>M_t</math> corresponde al componente de asignación por esfuerzo estatal.</p> <p>Una proporción <math>\beta = (0,1)</math> del remanente <math>M_t</math> corresponde al componente de asignación por necesidades de salud.</p> <p>Finalmente, una proporción <math>(1 - \alpha - \beta) \in (0,1)</math> del remanente <math>M_t</math> corresponde al componente de asignación por desempeño.</p> <p>Donde: <math>(\alpha + \beta) \leq 1</math></p> <p>Dado el monto disponible para el componente de esfuerzo estatal, la asignación correspondiente a la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar (<math>PE</math>) se determina conforme a la siguiente ecuación:</p> $PE_{it}^E = \alpha M_t \left( \frac{\hat{E}_{i,t-1}}{\sum_{i=1}^{32} \hat{E}_{i,t-1}} \right) \quad (3)$ <p>Donde <math>\hat{E}_{i,t-1}</math> representa el gasto estatal excedente de la entidad <math>i</math> durante el año inmediato anterior; el cual cumple con la siguiente condición:</p> $\hat{E}_{i,t-1} = \max \{E_{i,t-1} - E_{i,t-1}^{\min}, 0\} \quad (4)$ <p>donde:</p> <p><math>E_{i,t-1}</math> = Representa el gasto estatal observado de la entidad <math>i</math> en el periodo <math>t-1</math></p> <p><math>E_{i,t-1}^{\min}</math> = Representa el monto mínimo de aportación estatal de la entidad <math>i</math> en el periodo <math>t-1</math> establecido conforme a lo dispuesto en la fracción I del artículo 77 bis 16 de la Ley General de Salud.</p> <p>iii. Dado el monto disponible para el componente de asignación por necesidades de salud, la asignación correspondiente a la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar (<math>P_{i,t}^N</math>) se determina a partir de las siguientes ecuaciones:</p> <p>En primer término, se define <math>G_{i,t}^N</math> como el gasto federal en salud que le corresponde a la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar en función de sus necesidades de salud y que se estima mediante la siguiente ecuación:</p>	<p><b>atención, y acrediten previamente su calidad.</b></p> <p><i>La Secretaría de Salud y las entidades federativas, ... (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:</b></p> <p><b>I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;</b></p> <p><b>II. Aplicación de exámenes preventivos;</b></p> <p><b>III. Programación de citas para consultas;</b></p> <p><b>IV. Atención personalizada;</b></p> <p><b>V. Integración de expedientes clínicos;</b></p> <p><b>VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;</b></p> <p><b>VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y</b></p> <p><b>VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 10. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud proveerán de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados, sin exigir cuotas distintas a las establecidas en el Capítulo V de este Título, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones.</b></p> <p><b>Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.</b></p> <p><i>Artículo 77 bis 10. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud se ajustarán a las bases siguientes:</i></p> <p><i>I. Tendrán a su cargo la administración y gestión de los recursos que en términos de los Capítulos III y IV de este Título, se aporten para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud; en el caso de los recursos transferidos por la federación a que se refiere el artículo 77 Bis 15, fracción I de esta ley, deberán abrir cuentas bancarias productivas específicas para su manejo;</i></p> <p><i>II. Verificarán que se provean de manera integral los servicios de salud, los</i></p>
--	---	--

	$G_{i,t}^N = x \sum_{s,e} g_{i,t} \hat{n}_{i,t-1,s,e}^M \quad (5)$ <p>donde:  <math>x</math> = Cuota o aportación federal por persona = <math>G_t / \sum_{i=1}^{32} n_{i,t-1}^M</math>  <math>G_t</math> = Monto total disponible de gasto federal a distribuir entre entidades en el año a presupuestar.  <math>n_{i,t-1}^M</math> = Población no asegurada de la entidad <math>i</math> en el año inmediato anterior.  <math>g_{i,t}</math> = Indicador de necesidades adicionales de salud de la entidad <math>i</math>.  <math>n_{i,t-1,s,e}</math> = Población no asegurada de la entidad <math>i</math> en el año inmediato anterior ajustada por necesidades de salud relativas al grupo de sexo (<math>s</math>) y edad (<math>e</math>)                  Adicionalmente, se calcula <math>G_{i,t-1}</math> como el gasto federal en salud para la población no asegurada en la entidad <math>i</math> observado en el periodo <math>t-1</math>.                  Posteriormente se obtiene <math>L_{i,t}</math> que corresponde a la brecha de la entidad <math>i</math> en el periodo <math>t</math>, y resulta de comparar el gasto federal que correspondería de asignarse en función de las necesidades de salud con el gasto federal en salud observado el año anterior con, de tal forma que:</p> $L_{i,t} = \max(G_{i,t}^N - G_{i,t-1}, 0) \quad (6)$ <p>A su vez, se estima <math>\tau_{i,t}</math> mediante la siguiente ecuación:</p> $\tau_{i,t} = L_{i,t} / \sum_{i=1}^{32} L_{i,t} \quad (7)$ <p>donde <math>\tau_{i,t}</math> es la participación de la entidad <math>i</math> en la suma total de las brechas observadas y que cumple con la condición <math>\sum_{i=1}^{32} \tau_{i,t} = 1</math>.                  Finalmente, la asignación del componente según necesidades por entidad corresponde a:</p> $P_{i,t}^N = \tau_{i,t} \beta M_t \quad (8)$ <p>iv. Dado el monto disponible para el componente de asignación por desempeño, el cual toma en cuenta las dificultades intrínsecas y logros asociados, la asignación correspondiente a la entidad <math>i</math> en el año a presupuestar (<math>P_{i,t}^D</math>) se determina a partir de las siguientes ecuaciones:                  Se define <math>d_{i,t}</math>, como la variable que permite identificar aquellas entidades</p>	<p><i>medicamentos y demás insumos para la salud asociados, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones;</i></p> <p><i>III. Fortalecerán el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, a partir de los recursos que reciban en los términos de este Título, destinando los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud;</i></p> <p><i>IV. Deberán rendir cuentas y proporcionar la información establecida respecto a los recursos que reciban, en los términos de esta ley y las demás aplicables, y</i></p> <p><i>V. Las demás que se incluyan en los acuerdos de coordinación que se celebren (DOF 04.06.2014)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>De las Aportaciones para el Sistema del Seguro de Protección Social en Salud</b></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 11.</b> El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.</p> <p><i>Artículo 77 bis 11. El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la federación, las entidades federativas y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.</i></p> <p><i>Los recursos que se transfieran por la Federación para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, en cualquiera de sus modalidades, deberán computarse como parte de la cuota social o de la aportación solidaria federal a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley, respectivamente.</i></p> <p><i>En los casos de incumplimiento a las obligaciones de pago por la prestación de servicios de salud a la persona, establecidas en los convenios de colaboración celebrados entre las entidades federativas, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, de los recursos a los que se refiere el presente Título, correspondientes a la entidad federativa deudora, podrá destinar a la entidad federativa acreedora, el monto que representa el pago de los casos validados y no rechazados por concepto de compensación económica (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 12.</b> El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se</p>
--	--	--

	<p>cuyo desempeño es superior al promedio nacional y se expresa como:</p> $d_{i,t} = \begin{cases} 0 & \text{si } \delta_{i,t} < 1 \\ \delta_{i,t} & \text{si } \delta_{i,t} \geq 1 \end{cases} \quad (9)$ <p>donde:</p> $\delta_{i,t} = \sigma_{i,t-1} / \sigma^{\text{Nacional}} \quad (10)$ <p>Asimismo, el valor <math>\delta_{j,t}</math> se define a partir de la siguiente ecuación:</p> $\delta_{j,t} = \sigma_{j,t-1} / \sum_{j=1}^m \sigma_{j,t-1} \text{ para } j=1, 2, 3, \dots, m; \quad (11)$ <p>donde:</p> <p><math>\sigma_{i,t-1}</math>: representa el indicador de evaluación del desempeño de la entidad <math>i</math> en el año inmediato anterior</p> <p><math>\sigma_{t-1}^{\text{Nacional}}</math>: representa el indicador de desempeño nacional en el año inmediato anterior, y</p> <p><math>m</math>: representa el número total de entidades que cumplen la condición <math>\delta_{i,t} \geq 1</math>.</p> <p>Finalmente, la asignación por desempeño de la entidad <math>i</math> es igual a:</p> $P_{i,t}^D = d_{i,t} (1 - \alpha - \beta) M_t \quad (12)$ <p>El Consejo Nacional de Salud aprobará anualmente los valores correspondientes a los parámetros <math>\alpha</math>, <math>\beta</math> que determinan el peso de las asignaciones por necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño.</p> <p>Asimismo, en el seno del Consejo Nacional de Salud se acordarán las definiciones de las variables que serán utilizadas para medir necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño.</p> <p>Por su parte, la Secretaría de Salud proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.</p> <p>Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del gobierno federal, estatal y en su caso, municipal, para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la ley.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 17.</b> Cualquier aportación adicional a la establecida en el artículo anterior de los gobiernos de las entidades federativas para las acciones de protección social en salud, tendrán que canalizarse directamente a través del Régimen Estatal del Seguro de Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 18.</b> El gobierno federal transferirá a los gobiernos de las</p>	<p>actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.</p> <p><i>Artículo 77 bis 12. El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al ..., la cual será equivalente al 3.92 por ciento ....</i></p> <p><i>Para los efectos de este artículo, 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 (DOF 30.12.2009).</i></p> <p><b>Esta aportación se hará efectiva a los estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo siguiente.</b></p> <p><i>La aportación a que se refiere este artículo se entregará a las entidades federativas, cuando cumplan con lo previsto en el artículo siguiente (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 13.</b> Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:</p> <p><i>Artículo 77 bis 13.- Para sustentar ... por persona beneficiaria ... (DOF 30.12.2009):</i></p> <p><i>Artículo 77 bis 13. Para sustentar ... y los gobiernos de las entidades federativas ...:(DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior, y</b></p> <p><i>I. La aportación mínima de los estados y del Distrito Federal por persona será equivalente a la mitad de la cuota social que se determine con base en el artículo anterior, y (DOF 30.12.2009)</i></p> <p><i>I. La aportación mínima de las entidades federativas ..., y (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>II. 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. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.</b></p> <p><b>La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la</b></p>
--	--	--

	<p>entidades federativas los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de beneficiarios que se encuentren debidamente validados por la Secretaría de Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 19.</b> La administración de los recursos establecidos en el presente Capítulo, estará sujeta a los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto de conformidad con las normas aplicables.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 20.</b> El gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas destinarán anualmente un porcentaje, que será fijado cada año por el Consejo de Salubridad General, de la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 15 y 77 Bis 16, para mantener el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.</p> <p>La Federación, conforme lo permita su disponibilidad presupuestal, realizará aportaciones adicionales para incrementar el fondo, de conformidad con los esquemas autorizados por el Consejo de Salubridad General.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo IV</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 21.</b> La Federación a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, cuyo monto y distribución anual se realizará por la Secretaría de Salud con base en la población total de cada estado, garantizará la disponibilidad de recursos para llevar a cabo en las entidades federativas y el Distrito Federal las acciones relativas al ejercicio de las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo V</b></p> <p style="text-align: center;"><b>De las cuotas familiares</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 22.</b> Los beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud participarán en su</p>	<p><b>aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.</b></p> <p><b>La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.</b></p> <p><b>Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.</b></p> <p><i>La composición y forma de entrega de los recursos correspondientes a las aportaciones a que hace referencia este artículo se determinarán en las disposiciones reglamentarias y serán incluidos en los acuerdos respectivos (adicionado DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 14.</b> Cualquier aportación adicional a la establecida en el artículo anterior de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal para las acciones de protección social en salud, tendrán que canalizarse directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.</p> <p><i>Artículo 77 bis 14. Cualquier aportación ... de las entidades federativas ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 15.</b> El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.</p> <p><i>Artículo 77 bis 15. El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, ... en las personas afiliadas, ... La transferencia de recursos a que se refiere el párrafo anterior, podrá realizarse en numerario directamente a las entidades federativas, en numerario mediante depósitos en las cuentas que constituyan los Regímenes Estatales de Protección en Salud en la Tesorería de la Federación, o en especie, conforme los lineamientos que para tal efecto emitan la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en</i></p>
--	---	--

	<p>financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 23.</b> Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta ley, destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema del Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 24.</b> Las cuotas familiares y reguladoras, que en su caso se establezcan, serán recibidas, administradas y ejercidas de manera directa por los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud, en cuentas separadas, conforme a la normatividad que para el efecto establezca el Consejo de Salubridad General.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 25.</b> Los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los parámetros que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 26.</b> Para la determinación de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado.</p> <p>Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la modificación del ingreso de los beneficiarios.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 27.</b> El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 28.</b> Bajo el principio de solidaridad social, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso</p>	<p><i>el ámbito de sus respectivas competencias, y adicionalmente, se sujetará a lo siguiente:</i></p> <p><i>I. La transferencia de los recursos en numerario que se realice directamente a las entidades federativas, se hará por conducto de sus respectivas tesorerías, en los términos que determinen las disposiciones reglamentarias de esta Ley y demás disposiciones aplicables;</i></p> <p><i>II. La Tesorería de la Federación, con cargo a los depósitos a la vista o a plazos a que se refiere este artículo, podrá realizar pagos a terceros, por cuenta y orden del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, quedando éste obligado a dar aviso de las disposiciones que realice con cargo a estos depósitos a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes, y</i></p> <p><i>III. Los recursos en especie se entregarán a los servicios estatales de salud, quedando obligados a dar aviso de dicha entrega a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes.</i></p> <p><i>Los recursos que se transfieran en especie se acordarán en el Anexo correspondiente.</i></p> <p><i>La Secretaría de Salud establecerá precios de referencia a los que se deberán sujetar las entidades federativas que reciban los recursos en numerario para la adquisición de medicamentos.</i></p> <p><i>Cuando una persona elegible beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud sea atendida en cualquier establecimiento de salud del sector público de carácter federal, la Secretaría de Salud canalizará directamente a dicho establecimiento, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al respectivo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 16.</b> Los recursos de carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran a los estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo.</p> <p>Dichos recursos se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto. Los gobiernos de los estados deberán registrar estos</p>
--	---	---

	<p>de suspensión temporal de los beneficios de la protección en salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 29.</b> Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios esenciales de salud, la Secretaría de Salud podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo VI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 30.</b> Para efectos de este Título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.</p> <p>Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por el Ejecutivo Federal.</p> <p>Este fondo se constituirá con las aportaciones que realicen la Federación y las entidades federativas conforme al artículo 77 Bis 20, así como con todos aquellos recursos adicionales que se concentren en el mismo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo VII</b></p> <p style="text-align: center;"><b>De la Transparencia en el Manejo de los Recursos del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 31.</b> Considerando el financiamiento solidario del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, la</p>	<p><b>recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos en el presente Título.</b></p> <p><b>El control y supervisión del manejo de los recursos a que se refiere este Capítulo se realizará conforme a los términos establecidos en el Capítulo VII de este Título.</b></p> <p><i>Artículo 77 bis 16. Los recursos en numerario o en especie de carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran o entreguen, según sea el caso, a las entidades federativas, no serán embargables, ni los gobiernos de las mismas podrán, ...</i></p> <p><i>Dichos recursos se administrarán y ejercerán por las entidades federativas, conforme a esta Ley y, en lo que no se oponga a la misma, .... Los gobiernos de las entidades federativas deberán incluir en sus respectivas leyes de ingresos y presupuestos de egresos u ordenamientos equivalentes, los recursos destinados específicamente a los fines establecidos en el presente Título.</i></p> <p><i>En caso de que alguna entidad federativa no haya comprobado que los recursos a que se refiere este artículo se destinaron a los fines específicos para los que le fueron transferidos o entregados, las autoridades que tengan conocimiento de esta situación tendrán la obligación de informarlo a las autoridades competentes para que procedan a su investigación y sanción correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad federativa reintegre los recursos a la Tesorería de la Federación, sin que se suspendan, parcial o totalmente, los servicios de salud a la persona.</i></p> <p><i>El control y la fiscalización ... y demás disposiciones aplicables.</i></p> <p><i>Las entidades federativas llevarán la contabilidad y presentarán la información financiera respecto a los recursos a que se refiere este Título, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Contabilidad Gubernamental (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 17. De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.</b></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 18. De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos</b></p>
--	---	--

	<p>Federación y las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental.</p> <p>Para estos efectos, tanto la Federación como los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema.</p> <p>Asimismo, los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo VIII</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Del Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 32.</b> Se constituye el Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 33.</b> El Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud estará integrado por los titulares de la Secretarías de Salud, quien lo presidirá, de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; por el Secretario del Consejo de Salubridad General; y por los titulares de los servicios estatales de salud de cinco entidades federativas, participantes en el Sistema del Seguro de Protección Social en Salud y que representen a las distintas regiones del país, a invitación del Secretario de Salud, cuya participación se rotará cada año.</p>	<p><b>terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.</b></p> <p><i>Artículo 77 bis 18. De la cuota social ... la constitución de una previsión presupuestal, aplicando, a través de un fondo sin límite de anualidad, ... preferentemente en las entidades federativas ..., sujeta a anualidad, ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>Con cargo a esta previsión presupuestal, que será administrada por la Secretaría de Salud, se realizarán transferencias a los estados conforme a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias.</b></p> <p><i>Con cargo a ... a las entidades federativas conforme ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>En caso de que existan remanentes de esta previsión presupuestal al concluir el ejercicio fiscal correspondiente, la Secretaría de Salud canalizará dichos remanentes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.</b></p> <p><i>En caso de que, al concluir el ejercicio fiscal correspondiente, existan remanentes en la previsión presupuestal destinada a la atención de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios, ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>Al término de cada ejercicio la Secretaría de Salud rendirá al Congreso de la Unión un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del fondo al que se refiere el presente artículo.</b></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 19.</b> Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento en tiempo y forma de las obligaciones económicas establecidas en este Capítulo.</p> <p><i>Artículo 77 bis 19. Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento, en tiempo y forma, de las obligaciones establecidas en el presente Título (DOF 04.06.2014).</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo IV</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 20.</b> El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la</p>
--	--	---

	<p>El Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud ejercerá las atribuciones que le otorgue su reglamento interior, que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal, en el cual establecerá, asimismo, las reglas para su organización y funcionamiento.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 34.</b> El Sistema del Seguro de Protección Social en Salud contará con una Coordinación Nacional cuyo titular será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud tras haber recogido las opiniones de los miembros del Consejo a que se refiere este Capítulo, que dispondrá para su operación de los recursos que le asigne la Federación.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 35.</b> La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones que le otorga el presente Título por conducto de la Coordinación Nacional a que se refiere el artículo anterior.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo IX</b> <b>Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 36.</b> Los beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios esenciales de salud definidos por el Consejo de Salubridad General y los medicamentos correspondientes, en los establecimientos de atención médica acreditados de su elección de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 37.</b> Los beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:</p> <p>I. Recibir los servicios esenciales de salud;</p> <p>II. Acceso igualitario a la atención;</p> <p>III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;</p> <p>IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios esenciales de salud, así como las indicaciones precisas sobre el uso racional de medicamentos, previa aportación de las cuotas reguladoras que en su caso se establezcan;</p> <p>V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la</p>	<p>Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.</p> <p><i>Artículo 77 bis 20. El gobierno federal establecerá ..., en los términos que disponga el Reglamento, por la Secretaría de Salud y las entidades federativas ... y el Programa Sectorial de Salud... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p>La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo, así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.</p> <p><i>La Secretaría de Salud determinará ... de cada entidad federativa y ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p>La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo V</b> <b>De las cuotas familiares</b></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 21.</b> Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para los</p>
--	---	---



	<p>orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;</p> <p>VI. Recibir información sobre las modificaciones y ampliaciones que pudieran ser adoptadas en relación con los servicios esenciales de salud;</p> <p>VII. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud;</p> <p>VIII. Contar con su expediente clínico;</p> <p>IX. Decidir libremente sobre su atención;</p> <p>X. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;</p> <p>XI. Ser tratado con confidencialidad;</p> <p>XII. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;</p> <p>XIII. Recibir atención médica en urgencias;</p> <p>XIV. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;</p> <p>XV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban incluido en los servicios esenciales de salud;</p> <p>XVI. Recibir información acerca de los procedimientos de consulta y quejas, y</p> <p>XVII. Ser atendido cuando sé inconforme por la atención médica recibida.</p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 38.</b> Los beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:</p> <p>I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;</p> <p>II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios esenciales de salud;</p> <p>III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;</p> <p>IV. Cubrir las cuotas reguladoras;</p>	<p>casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares.</p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 22.</b> Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta Ley y serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p><i>Artículo 77 bis 22. Las cuotas familiares ... a los conceptos de gasto que determinen las disposiciones reglamentarias de la misma y ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 23.</b> Las cuotas familiares y reguladoras, que en su caso se establezcan, serán recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, conforme a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 22.</p> <p><i>Artículo 77 bis 23. Las cuotas ... en las disposiciones reglamentarias de esta Ley (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 24.</b> Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.</p> <p><i>Artículo 77 bis 24. Los Regímenes Estatales ... destino, manejo y comprobación del ejercicio de los recursos correspondientes a las cuotas familiares (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 25.</b> Para la determinación de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado.</p> <p>Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.</p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 26.</b> El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud.</p>
--	--	---

	<p>V. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;</p> <p>VI. Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;</p> <p>VII. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;</p> <p>VIII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares que se le fijen y en su caso, las cuotas reguladoras;</p> <p>IX. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;</p> <p>X. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;</p> <p>XI. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y</p> <p>XII. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema del Seguro de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo X</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Causas de Suspensión y Cancelación de la Protección Social en Salud</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 39.</b> La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:</p> <p>I. Cuando no cubra la cuota familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, y</p> <p>II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.</p> <p>La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 40.</b> Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación,</p>	<p><b>ARTÍCULO 77 BIS 27.</b> Bajo el principio de <b>solidaridad social</b>, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.</p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 28.</b> Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados. En dichas reglas deberá considerarse la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas a que se refiere este artículo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo VI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 29.</b> Para efectos de este Título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.</p> <p>Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por el Ejecutivo Federal.</p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 30.</b> Con el objetivo de fortalecer la infraestructura médica de</p>
--	---	---

	<p>cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:</p> <p>I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;</p> <p>II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y</p> <p>III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social.</p> <p>En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 41.</b> En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este Capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación.</p> <p>Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta ley.</p>	<p><b>alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.</b></p> <p><i>Artículo 77 bis 30. Con el objetivo ... puedan ser reconocidos como centros regionales ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>Para la determinación a que se refiere el párrafo anterior, la Secretaría de Salud tomará en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia, así como la información que sobre las necesidades de atención de alta especialidad le reporten de manera anual los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o a través de los sistemas de información básica que otorguen los servicios estatales de salud.</b></p> <p><b>Los centros regionales recibirán recursos del fondo a que se refiere este Capítulo de conformidad con los lineamientos que establezca la Secretaría de Salud, en las que se incluirán pautas para operar un sistema de compensación y los elementos necesarios que permitan precisar la forma de sufragar las intervenciones que provean los centros regionales.</b></p> <p><i>Los centros regionales y demás prestadores públicos de servicios de salud de alta especialidad podrán recibir recursos del fondo a que se refiere este Capítulo para el fortalecimiento de su infraestructura, ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro al cual se sujetarán los servicios estatales de salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.</b></p>
--	--	---

		<p><b>No se considerarán elegibles para la participación en los recursos del fondo que se establezca en los términos del presente Capítulo las instalaciones médicas de alta especialidad que no cuenten con el certificado que para el efecto expida la Secretaría de Salud, en congruencia con el plan maestro a que se refiere el párrafo anterior.</b></p> <p><i>No se considerarán ... el Certificado de Necesidad que para ... (DOF 04.06.2014).</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo VII</b></p> <p style="text-align: center;">De la Transparencia, <b>Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud.</b></p> <p style="text-align: center;"><i>De la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 31.</b> Considerando el financiamiento solidario del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, la Federación, <b>los estados y el Distrito Federal</b>, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental. Para estos efectos, tanto la Federación como los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud, <b>a través de los servicios estatales de salud</b>, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema. Asimismo, los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.</p> <p><i>Artículo 77 bis 31. Los recursos del Sistema de Protección Social en Salud estarán sujetos a lo siguiente:</i></p>
--	--	---

		<p><i>A) Considerando el financiamiento ... y las entidades federativas, ....</i>  <i>Para estos efectos, ... del Sistema.</i>  <i>Asimismo, ... recursos correspondientes.</i></p> <p><i>B) Para efectos del presente Título, la supervisión tendrá por objeto verificar el cumplimiento de las acciones que se provean en materia de protección social en salud, así como solicitar en su caso, la aclaración o corrección de la acción en el momento en que se verifican, para lo cual se podrá solicitar la información que corresponda. Estas actividades quedan bajo la responsabilidad en el ámbito federal, de la Secretaría de Salud, y en el local, de las entidades federativas, sin que ello pueda implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.</i></p> <p><i>C) Además de lo dispuesto en esta ley y en otros ordenamientos, las entidades federativas deberán presentar la información a que se refiere el artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.</i></p> <p><b>La Secretaría de Salud presentará al Congreso de la Unión un informe semestral pormenorizado de las acciones que se desarrollen con base en este artículo.</b></p> <p><i>La Secretaría de Salud dará a conocer al Congreso de la Unión, semestralmente de manera pormenorizada la información y las acciones que se desarrollen con base en este artículo (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 32. El control y supervisión del manejo de los recursos federales a que se refiere este Título quedará a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:</b></p> <p><i>Artículo 77 bis 32. El control y ... que sean transferidos a las entidades federativas en los términos de este Título ... (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>I. Desde el inicio del proceso de presupuestación, en términos de la legislación presupuestaria federal y hasta la entrega de los recursos correspondientes a los estados y al Distrito Federal, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública;</b></p> <p><i>I. Desde el inicio ... a las entidades federativas, ... (DOF 04.06.2014);</i></p> <p><b>II. Recibidos los recursos federales por los estados y el Distrito Federal, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades de control y supervisión interna de los gobiernos de los estados.</b></p> <p><i>II. Recibidos los recursos federales por las entidades federativas, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades</i></p>
--	--	---

		<p><i>competentes de control, supervisión y fiscalización, sean de carácter federal o local (DOF 04.06.2014).</i></p> <p>La supervisión y vigilancia no podrán implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.</p> <p>III. La fiscalización de las cuentas públicas de los estados y el Distrito Federal, será efectuada por el Congreso Local que corresponda, por conducto de su órgano de fiscalización conforme a sus propias leyes, a fin de verificar que las dependencias y entidades del Ejecutivo Local aplicaron dichos recursos para los fines previstos en esta Ley, y</p> <p><i>III. La fiscalización de las cuentas públicas de las entidades federativas, ...y (DOF 04.06.2014).</i></p> <p>IV. La Auditoría Superior de la Federación al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales, y por lo que hace a la ejecución de los recursos a que se refiere este Título, la misma se realizará en términos de la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.</p> <p><i>IV. La Auditoría Superior de la Federación, ... Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación (DOF 04.06.2014).</i></p> <p>Cuando las autoridades estatales que en el ejercicio de sus atribuciones de control y supervisión conozcan que los recursos federales señalados no han sido aplicados a los fines que señala la Ley, deberán hacerlo del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública en forma inmediata.</p> <p><i>Cuando las autoridades federales o locales que, ... y de la Secretaría de la Función Pública en forma inmediata y, en su caso, del Ministerio Público de la Federación (DOF 04.06.2014).</i></p> <p>Por su parte, cuando el órgano de fiscalización de un Congreso Local detecte que los recursos federales señalados no se han destinado a los fines establecidos en esta Ley, deberá hacerlo del conocimiento inmediato de la Auditoría Superior de la Federación.</p> <p><i>Por su parte, ... inmediato de las autoridades a que se refiere el párrafo anterior (DOF 04.06.2014).</i></p>
--	--	--

		<p>Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, a las aportaciones estatales y del núcleo familiar en que, en su caso, incurran las autoridades locales exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en esta Ley, serán sancionadas en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo VIII</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Del Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud.</b></p> <p style="text-align: center;"><i>De la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (DOF 04.06.2014)</i></p> <p><b>ARTÍCULO 77 BIS 33. Se constituye el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.</b></p> <p><i>Artículo 77 bis 33. Se deroga (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 34.</b> El Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud estará integrado por los titulares de la Secretarías de Salud, quien lo presidirá y <b>tendrá voto de calidad</b>, de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; por el Secretario del Consejo de Salubridad General; y por los titulares de los servicios estatales de salud de cinco entidades federativas, participantes en el Sistema del Seguro de Protección Social en Salud y que representen a las distintas regiones del país, a invitación del Secretario de Salud, cuya participación se rotará <b>conforme lo disponga el reglamento de operación de este Consejo. Asimismo, se invitará a las sesiones del Consejo a un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud.</b></p> <p>El Consejo Nacional del Seguro de Protección Social en Salud ejercerá las atribuciones que le otorgue su reglamento interior, que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal, en el</p>
--	--	---

		<p>cual establecerá, asimismo, las reglas para su organización y funcionamiento.</p> <p><i>Artículo 77 bis 34. Se deroga (DOF 04.06.2014).</i></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 35.</b> El Sistema del Seguro de Protección Social en Salud contará con una <b>Comisión Nacional, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno.</b> El titular de la Comisión será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud tras haber recogido las opiniones de los miembros del Consejo a que se refiere este Capítulo, que dispondrá para su operación de los recursos que le asigne la Federación.</p> <p><i>Artículo 77 bis 35. El Sistema de Protección Social en Salud ... El titular de la Comisión Nacional será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud, que dispondrá para la operación de la Comisión de los recursos previstos para la misma en el presupuesto de la Secretaría de Salud (DOF 04.06.2014).</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo IX</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios</b></p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 36.</b> Los beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, <b>los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección</b> de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección Social en Salud.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 37.</b> Los beneficiarios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Recibir los servicios <b>integrales</b> de salud;</li> <li>II. Acceso igualitario a la atención;</li> <li>III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;</li> <li>IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios esenciales de salud;</li> <li>V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto</li> </ol>
--	--	---



		<p>de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;</p> <p><b>VI.</b> Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud;</p> <p><b>VII.</b> Contar con su expediente clínico;</p> <p><b>VIII.</b> Decidir libremente sobre su atención;</p> <p><b>IX.</b> Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;</p> <p><b>X.</b> Ser tratado con confidencialidad;</p> <p><b>XI.</b> Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;</p> <p><b>XII.</b> Recibir atención médica en urgencias;</p> <p><b>XIII.</b> Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;</p> <p><b>XIV.</b> No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;</p> <p><b>XVI.</b> Recibir información acerca de los procedimientos de consulta y quejas;</p> <p><b>XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y</b></p> <p><b>XVI.</b> Ser atendido cuando sé inconforme por la atención médica recibida.</p> <p><b>ARTICULO 77 BIS 38.</b> Los beneficiarios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:</p> <p>I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;</p> <p>II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios esenciales de salud;</p> <p>III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;</p>
--	--	---

		<p><b>IV.</b> Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;</p> <p><b>V.</b> Cumplir las <b>recomendaciones</b>, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;</p> <p><b>VI.</b> Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;</p> <p><b>VII.</b> Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;</p> <p><b>VIII.</b> Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;</p> <p><b>IX.</b> Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;</p> <p><b>X.</b> Hacer uso responsable de los servicios de salud, y</p> <p>XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema del Seguro de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.</p> <p style="text-align: center;"><b>Capítulo X</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Causas de Suspensión y Cancelación de la Protección Social en Salud</b></p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 39.</u> La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:</p> <p>I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, <b>en su caso, y</b></p> <p>II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.</p> <p>La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.</p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 40.</u> Se cancelarán los beneficios de la protección social en</p>
--	--	---

		<p>salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:</p> <p>I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;</p> <p>II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y</p> <p>III. Proporcione información falsa sobre su nivel da ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social.</p> <p>En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.</p> <p><u>ARTICULO 77 BIS 41.</u> En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este Capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación. Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta ley.</p> <p><b><u>TRANSITORIOS</u></b></p> <p><b>PRIMERO.</b> El presente Decreto entrará en vigor el 1o. de enero del año dos mil cuatro.</p> <p><b>SEGUNDO.</b> El Ejecutivo Federal deberá emitir el <u>Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud</u>, en un plazo que no excederá de <u>noventa días</u> contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.</p> <p><b>TERCERO.</b> En un plazo similar al que se refiere la disposición transitoria anterior, el Consejo de Salubridad General deberá emitir las resoluciones que le correspondan como consecuencia de este Decreto.</p> <p><b>CUARTO.</b> Para los efectos del artículo 77 Bis 1, dentro de los servicios de salud se <u>incluirán progresivamente todas las intervenciones de manera integral</u>, con exclusión de las intervenciones cosméticas, experimentales y las que no hayan demostrado su eficacia.</p>
--	--	---

		<p><b>QUINTO.</b> Para los efectos del artículo 77 Bis 9, los estados y el Distrito Federal acreditarán gradualmente la calidad de las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p><b>SEXTO.</b> Para efectos del artículo 77 Bis 7, fracción III, la <u>Cédula del Registro Nacional de Población</u> se exigirá en la medida en que dicho medio de identificación nacional se vaya expidiendo a los usuarios de Protección Social en Salud.</p> <p><b>SÉPTIMO.</b> Para los efectos del artículo 77 Bis 12 de la Ley, la <u>fecha de inicio para el cálculo de la actualización</u> conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor será el primero de enero de 2004.</p> <p><b>OCTAVO.</b> A partir de la entrada en vigor de este Decreto, cada año y de manera acumulativa, se podrán <u>incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente a 14.3% de las familias</u> susceptibles de nueva incorporación, <u>con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010.</u></p> <p>En el ejercicio fiscal 2004 y subsecuentes, podrán adherirse las familias cuya incorporación pueda ser cubierta con cargo a los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal, con cargo a los recursos de los programas del Ramo Administrativo 12 Salud del Presupuesto de Egresos de la Federación y, con cargo a los recursos para la función Salud que el Ejecutivo Federal presente para el Sistema de Protección Social en Salud y que la Cámara de Diputados apruebe.</p> <p>La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la <u>población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas,</u> de conformidad con los padrones que para el efecto maneje el Gobierno Federal.</p> <p><b>NOVENO.</b> La aportación solidaria de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal en términos del artículo 77 Bis 13, deberá iniciarse en el ejercicio fiscal</p>
--	--	--

		<p>de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>DÉCIMO. Con el objeto de que los programas en materia de salud se ejecuten de manera más eficiente y eficaz, en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2004 y en los años subsecuentes, los recursos aprobados para la función Salud se identificarán con una estrategia integral que sea congruente con el Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>DÉCIMO PRIMERO. La Secretaría de Salud deberá constituir la previsión presupuestal a que se refiere el artículo 77 Bis 18 en el ejercicio presupuestal siguiente a aquel en que se apruebe y publique este Decreto.</p> <p>DÉCIMO SEGUNDO. A partir del ejercicio fiscal en que se celebre el acuerdo de coordinación correspondiente, para la entidad federativa suscriptora, el monto total de recursos aprobados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, establecido en la Ley de Coordinación Fiscal, será utilizado para financiar los recursos que el Gobierno Federal debe destinar al Sistema de Protección Social en Salud en los términos de los artículos 77 Bis 13, fracción II y 77 Bis 20 de esta Ley.</p> <p>Para los efectos del párrafo anterior, las aportaciones solidarias a que se refiere el artículo 77 Bis 13, fracción II, de la Ley, se realizarán en la medida en que se incorporen las familias al Sistema en los términos del artículo transitorio octavo y de los acuerdos de coordinación correspondientes, sin afectar la continuidad de la atención de las familias no aseguradas.</p> <p>El Sistema de Protección Social en Salud dejará sin efectos, respecto de la entidad federativa que se incorpore al mismo, la aplicación de las disposiciones relativas al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud establecidas en los artículos 25, fracción II, 29, 30 y 31 de la Ley de Coordinación Fiscal, a partir de la fecha en que suscriba el acuerdo de coordinación correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio de la continuidad de la atención de las familias no aseguradas que deberá establecerse en el</p>
--	--	--

		<p>respectivo acuerdo de coordinación. Los recursos necesarios para dar continuidad a dicha atención serán calculados, sólo para efectos de referencia, con base en lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal, una vez descontados los recursos federales que se destinarán para financiar a las familias que se incorporen al Sistema.</p> <p>DÉCIMO TERCERO. Para los efectos de los artículos 77 Bis 13 y 77 Bis 20 de la Ley, la Secretaría de Salud determinará como punto de partida para el primer cálculo, qué montos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal se destinó en el ejercicio fiscal de 2003 para la prestación de servicios de salud a la persona y para la prestación de servicios de salud a la comunidad, respectivamente.</p> <p>DÉCIMO CUARTO. En un plazo que <u>no excederá de noventa días</u> contados a partir de la entrada en vigor de este Decreto, la Federación deberá <u>emitir las reglas a que se sujetará el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos</u> a que se refiere el artículo 77 Bis 29.</p> <p>Para los efectos de dicho artículo, el fondo incluirá a la entrada en vigor de este Decreto, las siguientes categorías:</p> <p>I. El diagnóstico y tratamiento del Cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, lesiones graves, rehabilitación de largo plazo, VIH/SIDA, y</p> <p>II. Cuidados intensivos neonatales, trasplantes y diálisis.</p> <p>El Consejo de Salubridad General actualizará periódicamente estas categorías con base en los criterios establecidos en el artículo 77 Bis 29 de la Ley.</p> <p>DÉCIMO QUINTO. El Ejecutivo Federal deberá <u>emitir el Reglamento del Consejo Nacional de Protección Social en Salud</u> a que se refiere el artículo 77 Bis 33, en un plazo que no excederá de <u>noventa días</u> contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.</p> <p>DÉCIMO SEXTO. El <u>programa IMSS-Oportunidades</u> continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en</p>
--	--	---

		<p>la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable.</p> <p>DÉCIMO SÉPTIMO. Para los efectos de la primera <u>integración del Consejo Nacional de Protección Social en Salud</u> a que se refiere el artículo 77 Bis 33, se invitará a los titulares de los servicios estatales de salud de las cinco primeras entidades federativas en suscribir el acuerdo de coordinación para su integración al Sistema de Protección Social en Salud, a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de la Ley.</p> <p>DÉCIMO OCTAVO. El Ejecutivo Federal deberá emitir el <u>reglamento interno de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud</u> a que se refiere el artículo 77 Bis 35, en un plazo que no excederá de <u>sesenta días</u> a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.</p> <p>DÉCIMO NOVENO. La Secretaría de Salud dispondrá lo necesario para dar continuidad a las acciones derivadas del Programa de Salud para Todos en los mismos términos en que se ha desarrollado a la fecha, hasta en tanto se encuentre en operación plena la ejecución del presente Decreto de reformas.</p>
--	--	---

		<p>VIGÉSIMO. El Congreso de la Unión en uso de sus facultades legales, podrá, a través de sus órganos, dar seguimiento al cumplimiento de las normas aprobadas en el presente Decreto.</p> <p>VIGÉSIMO PRIMERO. El Programa de <u>Desarrollo Humano Oportunidades</u>, continuará operando conforme al modelo de atención establecido en sus reglas de operación. La Secretaría de Desarrollo Social administrará el padrón de beneficiarios de este Programa, y para su operación se coordinará con la Secretaría de Salud, a fin de evitar duplicidades administrativas.</p>
--	--	--



**Anexo 2. Unidades médicas**

2 0 0 4				
	Incorporadas	Programadas	Avance Porcentaje (%)	Observaciones
Total de Unidades Médicas	2,695	12,045	22.4	Considerando los tres niveles de atención; en los Centros de Salud un poco más de la quinta parte ya están incorporados, en Tabasco, Puebla, Tamaulipas, Nuevo León, Sinaloa y San Luis Potosí se concentra el 60% de éstas unidades. Más de la tercera parte de los Hospitales de segundo nivel ya están incorporados, un mayor número se ubica en Puebla, Tamaulipas y Tabasco (36%).
Centros de Salud	2,548	11,589	22.0	
Hospitales Generales	145	383	37.9	
Hospitales de Alta Especialidad	2	73	2.7	

2 0 0 5				
	Incorporadas	Programadas	Avance Porcentaje (%)	Observaciones
Total de Unidades Médicas	4,259	12,221	34.8	Considerando los tres niveles de atención; en los Centros de Salud la tercera parte ya está incorporada, en Tabasco, Tamaulipas, Puebla, Guanajuato, San Luis Potosí Sinaloa y Veracruz, se concentra más de la mitad de éstas unidades. Más de la mitad de los Hospitales de segundo nivel ya están incorporados, un mayor número se ubica en Veracruz, Tabasco, Tamaulipas y Guanajuato. En los de Alta Especialidad el avance corresponde al 60.2 %. En el Distrito Federal, Michoacán, Veracruz, Coahuila, Jalisco, México y Puebla se ubica la mayor cantidad de éstos Hospitales.
Centros de Salud	3,977	11,762	33.8	
Hospitales Generales	223	361	61.8	
Hospitales de Alta Especialidad	59	98	60.2	

2 0 0 6				
	Incorporadas	Programadas	Avance Porcentaje (%)	Observaciones
Total de Unidades Médicas	4,444	12,321	36.1	Considerando los tres niveles de atención; en los Centros de Salud más de la tercera parte ya está incorporada, en Tabasco, Tamaulipas, Puebla, Guanajuato, San Luis Potosí, Sinaloa, Nuevo León y Veracruz, se concentra más del 50 por ciento de éstas unidades. Más de la mitad de los Hospitales de segundo nivel ya están incorporados, un mayor número se ubica en Chihuahua, Veracruz, Tabasco, Distrito Federal, Sonora y Tamaulipas. En los de Alta Especialidad en el Distrito Federal, Michoacán y Veracruz se ubica la cuarta parte de éstos Hospitales.
Centros de Salud	4,128	11,762	35.1	
Hospitales Generales	257	461	55.8	
Hospitales de Alta Especialidad	59	98	60.2	

2 0 0 7				
	Incorporadas	Programadas	Avance Porcentaje (%)	Observaciones
Total de Unidades Médicas	4,212	11,037	38.2	En los Centros de Salud, más de la tercera parte de la infraestructura ya está incorporada (8 entidades concentran el 48% de éstas unidades). El 77.3% de los Hospitales de segundo nivel ya están incorporados (un mayor número se ubica en el Distrito Federal, Veracruz, Chihuahua y Tabasco). En los de Alta Especialidad el avance es del 62 por ciento, en el Distrito Federal, Michoacán y Veracruz se ubica un poco más de la cuarta parte de éstos Hospitales.
Centros de Salud	3,907	10,615	36.8	
Hospitales Generales	248	330	75.2	
Hospitales de Alta Especialidad	57	92	62.0	

2 0 0 8				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles	Observaciones
Total de Unidades Médicas	5,755	7,015	11,716	Se acreditaron 340 servicios que proporcionan los Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE) para atender las distintas enfermedades contenidas en el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos y el Seguro Médico Nueva Generación. Durante el 2008 en los CRAE, se logró la acreditación de 93 servicios (27.3% del total).
Centros de Salud	1,647			
Hospitales Generales	27			
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 0 9				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles	Observaciones
Total de Unidades Médicas	7,319	1,255	11,716	Durante el 2009 se acreditaron 170 servicios en los CRAE y algunos hospitales privados, con los cuales actualmente se tiene un total de 675 servicios que se proporcionan para atender las distintas enfermedades contenidas en el FPGC y el SMNG. Adicionalmente, se acreditaron 88 unidades móviles y 28 unidades móviles y unidades de especialidades médicas (UNEMES)
Centros de Salud		1,114		
Hospitales Generales		25		
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 0				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	8,443	1,200	12,743	Los hospitales con servicios acreditados para atender a los beneficiarios del SMNG suman 204 al mes de diciembre de 2010. Para el caso del FPGC, se tienen acreditados 624 servicios vigentes, de los cuales corresponden 191 a cataratas, 144 a cáncer en la infancia y adolescencia, 114 a insuficiencia respiratoria y prematuridad de neonatos, 4 a implante coclear, 77 a VIH/SIDA, 46 a cáncer cérvico uterino, 40 a cáncer de mama y 8 a trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 1				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	9,592	1,149	12,743	Para el caso del FPGC, se tienen acreditados 759 servicios vigentes, de los cuales corresponden 208 a Cataratas, 153 a Cáncer en la infancia y adolescencia, 127 a Insuficiencia respiratoria y prematuridad de neonatos, 6 a Implante coclear, 84 a VIH/SIDA, 48 a Cáncer cérvico uterino, 44 a Cáncer de mama, 11 a Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, 9 a Trasplante de médula ósea, 16 a Cáncer testicular, 9 a Enfermedades lisosomales, 13 a Linfoma No Hodgkin en adultos, 17 a Infarto agudo del miocardio, 12 a Hemofilia y 2 a Cáncer de próstata.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 2				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	10,788		12,743	Para las 61 intervenciones de salud que conforman el FPGC, se tienen acreditados 1,013 servicios. La red de prestadores de servicios para los afiliados del Programa la conforman 517 hospitales registrados en el SMNG, de los cuales 315 cuentan con servicios acreditados y el resto se encuentran en proceso de acreditación.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 3				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	10,910		12,769	Para las 59 intervenciones de salud que conforman el FPGC, se tienen acreditados 739 servicios. La red de prestadores de servicios para los afiliados del Programa la conforman 517 hospitales registrados en el Sistema SMSXXI, de los cuales 315 cuentan con servicios acreditados y el resto se encuentran en proceso de acreditación.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 4				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	11,583		19,769	Para las 59 intervenciones de salud que conforman el FPGC, se tienen acreditados 917 servicios. La red de prestadores de servicios para los afiliados del Programa la conforman 597 hospitales registrados en el Sistema SMSXXI, de los cuales 406 cuentan con servicios acreditados.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 5				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	11,987		19,769	Para las 60 intervenciones de salud que conforman el FPGC, se tienen acreditados 983 servicios. La red de prestadores de servicios para los afiliados al SPSS que reciben los beneficios adicionales del Programa la conforman 637 unidades médicas, registradas en el Sistema SMSXXI, de los cuales 458 cuentan con servicios acreditados.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 6				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	11,955		22,387	Secretaría de Salud, 11,115; IMSS Propsera, 732; Servicios Médicos Estatales, 17; Servicios Médicos Privados, 76; Sistema DIF, 10 y Cruz Roja, 5. También son sujetos de acreditación los servicios de los establecimientos de atención médica que atienden a pacientes del Seguro Médico Siglo XXI y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), como: hospitales generales, Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE) y hospitales privados.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

2 0 1 7 (ENE - JUN)				
	Acreditadas	Incorporadas	Susceptibles de incorporar	Observaciones
Total de Unidades Médicas Centros de Salud	12,438		21,627	Secretaría de Salud, 11,431; IMSS Propsera, 881; Servicios Médicos Estatales, 84; Servicios Médicos Privados, 17; Sistema DIF, 11; Cruz Roja, 7; Servicios Médicos Municipales, 6 y Hospitales Universitarios, 1.
Hospitales Generales				
Hospitales de Alta Especialidad				

**Anexo 3. Cobertura de servicios de salud**

2 0 0 4

CONSULTAS ATENDIDAS			
	Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
Total	5,928,451	5,318,289	De acuerdo a los registros de atención médica proporcionados, se aprecia que los beneficiarios acuden en mayor porcentaje a consulta en los Centros de Salud (84%), un número menor a Hospitales (12 %) y el resto de las consultas (4 %) fueron por alguna urgencia.
Centros de Salud	4,975,144		
Hospitales Generales	714,311		
Urgencias	238,996		

2 0 0 5

CONSULTAS ATENDIDAS			
	Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
Total	14,581,352	11,404,861	En los Centros de Salud se efectuó el 83.7% del servicio; en los hospitales el 12.1%, y el resto fue atendido a través de urgencias médicas.
Centros de Salud	12,197,836		
Hospitales Generales	1,768,310		
Urgencias	615,206		

**ESTANCIA HOSPITALARIA**

	Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
	195,056	464,878	Ocho de cada diez personas atendidas fueron <b>mujeres</b> y su estancia fue de dos días La estancia de los <b>hombres</b> , en promedio, fue de 4 días
	158,775	324,820	
	36,280	141,058	

**PARTOS ATENDIDOS**

	Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
	57,082	6,107,337	En Tabasco, Sinaloa, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, se ubica más de la mitad de las mujeres que fueron atendidas; el menor número de casos se registró en el Distrito Federal y Quintana Roo, con tan sólo 7 y 56 partos, respectivamente.

**DEFUNCIONES**

	Total	Personas afiliadas	Observaciones
	7,482	11,404,861	
	3,556	6,107,337	Mujeres
	3,926	5,297,524	Hombres

2 0 0 6

CONSULTAS ATENDIDAS			
	Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
Total	24,293,868	15,672,374	En los Centros de Salud se efectuó el 80.5% del servicio ; en los Hospitales el 14.3% y el resto fue atendido a través de urgencias médicas.
Centros de Salud	19,568,559		
Hospitales Generales	3,480,930		
Urgencias	1,244,379		
ESTANCIA HOSPITALARIA			
	Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
	267,013	695,703	Estancia promedio de hospitalización fue de 2.6 días. Con respecto al tipo de servicio por el que fueron atendidos los pacientes hospitalizados, el mayor número se registró en ginecobstetricia (55.8%), por cirugía en general (15.9%), pediatría (12.1% y medicina interna (11.4%).
	210,932	466,745	mujeres y su estancia fue de 2.2 días en promedio
	56,081	228,958	hombres con estancia promedio de 4.1 días
PARTOS ATENDIDOS			
	Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
	130,492	4,117,009	En Tabasco, el Distrito Federal, Sinaloa, Sonora y Aguascalientes se ubica poco más de las dos quintas partes de las mujeres que fueron atendidas; el menor número de casos se registró en Durango con tan sólo 197 partos.
DEFUNCIONES			
	Total	Personas afiliadas	Observaciones
	15,645	15,672,374	El mayor número se ubicó en personas de más de setenta años con el 41.8%. La segunda cifra más relevante está ubicada en el rango de 60 a 69 años, en donde se agrupa el 16.2% de defunciones con respecto del total. La diabetes mellitus fue el principal motivo de fallecimiento (13.3%); casi la tercera parte se distribuye entre las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, cirrosis, pulmonares obstructivas crónicas, otras enfermedades crónicas del hígado, infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedades hipertensivas.
	7,277	8,412,971	Mujeres
	8,368	7,259,403	Hombres

2 0 0 7

CONSULTAS ATENDIDAS			
	Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
Total	26,311,620	21,925,654	En los Centros de Salud se efectuó el 81.5% del servicio; en los hospitales el 15.7%, el resto (2.8%) fue atendido a través de urgencias médicas.
Centros de Salud	21,437,780		
Hospitales Generales	4,130,055		
Urgencias	743,785		
ESTANCIA HOSPITALARIA			
	Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
	348,067	959,899	La estancia promedio de hospitalización fue de 2.8 días.
	273,441	632,649	Mujeres y su estancia fue de 2.3 días en promedio; es decir siete de cada 10 personas atendidas.
	74,626	327,250	hombres con estancia promedio de 4.1 días
PARTOS ATENDIDOS			
	Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
	150,543	4,170,598	Tabasco, Estado de México, Guanajuato, Puebla, Baja California, Jalisco, Sinaloa, Sonora, Oaxaca y Veracruz atienden a la mitad de las mujeres.
DEFUNCIONES			
	Total	Personas afiliadas	Observaciones
	24,531	21,925,654	Por rango de edad, el mayor número de defunciones se registró en personas de más de setenta años; en este grupo. La segunda cifra más relevante esta ubicada en el rango de 60 a 69 años, en donde se agrupa el 15.5% de los decesos con respecto del total. Lo anterior, indica que el 56.1% de la población del Seguro Popular que fallece es mayor de 60 años. Sin embargo, en el extremo opuesto se registró que la mortalidad infantil (menores de un año), representa la décima parte de las defunciones. La diabetes mellitus sigue siendo la principal causa de fallecimiento con 13.5%
	11,476	11,883,689	Mujeres
	13,040	10,041,965	Hombres



2 0 0 8

**CONSULTAS ATENDIDAS**

Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
32,928,670	27,176,914	El 68.1% correspondió a mujeres y el 31.9% a los hombres. Por rango de edad, la población de entre los 30 a los 49 años de edad acudió con el médico 7.5 millones de veces. El grupo menor a un año, registró el menor número de consultas con 2.1 millones, a este le siguió el de 50 a 59 años con 2.8 millones de visitas al médico.

**ESTANCIA HOSPITALARIA**

Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
515,641	1,392,231	La estancia promedio de hospitalización fue de 2.7 días. En este rubro, en las mujeres su estancia fue de 2.2 días, mientras que en los hombres fue de 4.4 días.

**PARTOS ATENDIDOS**

Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
241,083	7,305,325	El 30.6% de los partos se registró en mujeres de 20 a 24 años de edad (74,650). Casi la cuarta parte se agrupó en beneficiarias de entre 15 a 19 años (60,534), mientras que un poco más de la quinta parte correspondió a mujeres de entre 25 a 29 años de edad (52,249). En el rango de mayores de 45 años se tuvieron 944 partos.

**DEFUNCIONES**

Total	Personas afiliadas	Observaciones
30,483	27,176,914	Por rango de edad, el mayor número de defunciones se registró en personas de más de setenta años. La segunda cifra más relevante es de 60 a 69 años, en donde se agrupa el 14.3% de los decesos. Lo anterior, establece que el 54% de la población que fallece es mayor de 60 años. Entre las principales causas de defunción registradas, las enfermedades digestivas ocuparon el primer lugar (5.3%). Le siguen en orden de importancia enfermedades hipertensivas, asfixia y trauma al nacimiento, diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedades cerebrovascular.
14,061	14,819,938	Mujeres
16,422	12,356,976	Hombres

2 0 0 9

**CONSULTAS ATENDIDAS**

Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
41,474,425	31,132,949	De las consultas recibidas el 68.1% correspondió a mujeres y el 31.9% a los hombres.
1,885,220 urgencias		En este rubro, las mujeres presentaron una mayor afluencia con el 68% (1,282,438), respecto al total de pacientes atendidos. *Cifras preliminares sept. 2009

**ESTANCIA HOSPITALARIA**

Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
870,879		La estancia promedio de hospitalización fue de 2.6 días. En este rubro, la estancia promedio para el caso de las mujeres fue de 2.2 días, mientras que en los hombres fue de 4.5 días.

**PARTOS ATENDIDOS**

Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
456,309		La atención por parto 426,195 (93.4%) y 30,014 por aborto (6.6%). Por grupo de edad, el 27.8% de los partos correspondió a mujeres menores de 20 años, mientras que el 31.4% en las de 20 a 24 años; lo anterior significa que el 59.3% del total fue en mujeres menores de 25 años. Por tipo de nacimiento, el 63% fue por parto normal o eutócico; el 35% por cesárea y el 2% restante presentó alguna complicación (distócico vaginal).

**DEFUNCIONES**

Total	Personas afiliadas	Observaciones
40,018	31,132,949	Hasta el mes de septiembre. Mujeres Hombres

**P O R T A B I L I D A D**

El 23 de octubre del 2009, el Ejecutivo Federal firmó con las entidades federativas el Convenio de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre las 32 entidades federativas para la atención de los beneficiarios y afiliados del Seguro Popular (**Convenio de Portabilidad 32 X 32**). El convenio tiene como propósito garantizar la prestación de servicios médicos a los beneficiarios del Seguro Popular en todo el territorio nacional, para que cuenten con prestaciones, intervenciones y servicios considerados en el CAUSES. La firma de este convenio permite eliminar barreras geográficas y administrativas que impedían a cualquier afiliado acceder a los servicios, dado que todos los afiliados podrán acudir a la unidad médica del Seguro Popular más cercana, aunque esté fuera de su estado, para recibir atención médica en cualquier entidad que no sea la que corresponde a su lugar de origen o residencia, por razones de distancia, tiempo de traslado, porque se encuentren en tránsito o por urgencia médica.

2 0 1 0

**CONSULTAS ATENDIDAS**

Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
56,028,217		Del total de consultas otorgadas el 68% correspondió a mujeres y el 32% a hombres.
2,681,140 Urgencias		Las mujeres son las que presentaron una mayor afluencia al servicio con el 69.1% (1,853,115) del total de pacientes atendidos. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de urgencia con 23.8%.

**ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,071,375		Dentro de las 20 principales causas de egresos hospitalarios destacan los partos que representan el 66.8% del total.
882,687		Mujeres
188,516		Hombres

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA**

Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
588,307	12.6 millones de mujeres en edad fértil	544,513 recibieron atención por parto y 43,794 por aborto.

**DEFUNCIONES**

Total	Personas afiliadas	Observaciones
66,613		Mujeres Hombres

**P O R T A B I L I D A D**

En el año 2010 se emitieron las Disposiciones Procedimentales, derivadas de los compromisos del Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica (Convenio de Portabilidad 32 X 32). Con estas disposiciones se establecieron las bases reglamentarias para operar los procedimientos administrativos y operativos de manera uniforme y estandarizada para la prestación interestatal de servicios. Asimismo, se capacitó al personal operativo del Sistema de Compensación Interestatal de las 32 entidades federativas, para dar a conocer tanto los procesos administrativos del Sistema Informático de Reporte de la Portabilidad, como las nuevas funcionalidades de la herramienta tecnológica SICOMPENSA (versión 2010), la que permitió la depuración de los registros. Los servicios interestatales brindados como prestadores de servicios de salud por las 32 entidades federativas, tuvieron un incremento durante 2010 del 62.65% con respecto al ejercicio anterior, al pasar de 22,697 a 36,918 casos de afiliados del Sistema de Protección Social en Salud, provenientes de entidades federativas distintas a las de su origen.

2 0 1 1

CONSULTAS ATENDIDAS		
Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
69,596,779		Del total de consultas otorgadas el 68.3% correspondió a mujeres y el 31.7% a hombres.
3,157,254 Urgencias		Las mujeres son las que presentaron una mayor afluencia al servicio con el 68.5% del total de pacientes atendidos en estos servicios. La principal causa que presentó este servicio es la supervisión de embarazo normal con 21.3%.

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,270,278		Dentro de las 20 principales causas de egresos hospitalarios destacan los partos que representan el 35.1% del total, así como otras causas maternas con el 27.2%

ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
662,872	14.98 millones de mujeres en edad fértil	Se brindó atención al 4.4% de dicha población; de éstas, 606,712 recibieron atención por parto y 56,160 por aborto. Por grupo de edad, el 32% de los partos correspondió a mujeres de 20 a 24 años, mientras que el 26.9% se ubicó en el grupo de 15 a 19 años; lo anterior significa que el 59% del total fue en mujeres entre 15 y 24 años.

DEFUNCIONES		
Total	Personas afiliadas	Observaciones
35,387		
	Mujeres	
	Hombres	

**P O R T A B I L I D A D**

Los servicios interestatales brindados como prestadores de servicios de salud por las 32 entidades federativas, tuvieron un incremento del 27.40% con respecto al mismo periodo del ejercicio anterior; al pasar de 36,918 a 47,035 casos de afiliados del SPSS, provenientes de entidades federativas distintas a las de su origen. Estos casos representan un total de **352.4** millones de pesos. Más del 35% de las atenciones interestatales corresponden a intervenciones del CAUSES relacionadas con embarazo, parto y atención al recién nacido. Las entidades federativas que recibieron el mayor número de servicios a personas afiliadas procedentes de otras entidades de la República fueron estado de México, Michoacán, Veracruz, Zacatecas y Jalisco. Por otra parte, las entidades con más servicios interestatales proporcionados fueron Jalisco, Distrito Federal, Estado de México, Tamaulipas y Tabasco.

2 0 1 2

CONSULTAS ATENDIDAS		
Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
79,277,075	52,908,011	Del total de consultas otorgadas el 68% correspondió a mujeres y el 32% a hombres. La población afiliada entre los 30 y los 49 años de edad registró el mayor número de
2,613,720 Urgencias		Las mujeres son las que representaron una mayor afluencia al servicio con el 68% del total de pacientes atendidos. La principal causa que presentó este servicio es la supervisión de embarazo normal con 8.3%.

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,061,751		Del total de egresos hospitalarios el 53% corresponde a causas de atención obstétrica: parto único espontáneo (260,798), otras causas maternas (208,582), abortos (51,977), edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (23,181), parto obstruido (13,327), hemorragia obstétrica (10,462) e infecciones puerperales (827).

ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
569,154	15,263,707	De las mujeres en edad fértil atendidas 260,798 egresaron por parto único espontáneo y 51,977 por aborto. Lo que representa en su conjunto el 55% de egresos por atención obstétrica.

DEFUNCIONES		
Total	Personas afiliadas	Observaciones
	52,908,011	De enero a diciembre 2012 se afiliaron 1,033,126 niños al SMNG, que sumados al número de infantes reportados al cierre de 2011 (5,783,114), hacen un total de <b>6,816,240</b> afiliados a este programa, es decir 17.9% más respecto al año anterior. A diciembre de 2012, se tienen incorporadas al SPSS <b>13,881,862</b> millones de personas del Programa de Desarrollo Humano <i>Oportunidades</i> . Así mismo, en los 849 municipios de <b>zonas prioritarias</b> rurales del Programa se han afiliado <b>9,099,570</b> millones de personas al SPSS, mismos que representan el 17.2% respecto a la afiliación total del Sistema.
	28,510,665	Mujeres
	24,397,346	Hombres

**P O R T A B I L I D A D**

Fue modificado el Convenio Específico de Colaboración y Coordinación, en Materia de Prestación de Servicios de Salud y Compensación Económica y las Disposiciones Procedimentales del Sistema de Portabilidad, asimismo se realizaron las adecuaciones a los procesos administrativos del Sistema de Portabilidad y a su herramienta tecnológica, SICOMPENSA. Los servicios médicos más demandados por los afiliados del SPSS, en las entidades federativas distintas a su origen y afiliación son servicios relacionados con intervenciones a la atención de parto, puerperio fisiológico, cesárea y puerperio quirúrgico, atención prenatal y atención de recién nacidos, correspondiente al 35.81% del total de servicios interestatales en el periodo enero-octubre de 2012. En tanto que en el periodo enero-octubre 2012 las entidades federativas han registrado en el SICOMPENSA 44,556 casos interestatales que representan un importe de 325.7 millones de pesos. De octubre de 2009 al 31 de octubre de 2012 se han registrado **144,943 casos interestatales** por un monto total de **1,039.2** millones de pesos.

**PLAN DE PUEBLOS INDÍGENAS**

El **Plan de Pueblos Indígenas (PPI)** tiene como objetivo principal promover la atención a la salud con enfoque intercultural, de respeto a la persona y su cultura, así como a sus derechos humanos en salud a través de una práctica médica integral, de calidad, segura y humana. Se basa en cinco estrategias: difusión, comunicación, capacitación, coordinación y fortalecimiento institucional.

CONSULTAS ATENDIDAS		
Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
82,719,676		Del total de consultas otorgadas el 67.4% correspondió a mujeres y el 32.6% a hombres. Por rango de edad, la población afiliada <b>entre los 30 y los 49</b> años de edad registró el mayor número de consultas otorgadas con 18.4 millones, lo que representa el 22.2% del total de consultas.
3,116,070 Urgencias		Las mujeres son las que representaron una mayor afluencia al servicio con el 68% del total de pacientes atendidos. La principal causa que presentó este servicio es la supervisión de embarazo normal con 8.7%.

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,232,710		Del total de egresos hospitalarios el 53% corresponde a causas de atención obstétrica: parto único espontáneo (293,907), otras causas maternas (243,199), abortos (57,589), edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (27,257), parto obstruido (13,602) y hemorragia obstétrica (12,088).

ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
648,649	20,596,500	293,907 egresaron por parto único espontáneo y 57,589 por aborto. Lo que representa en su conjunto el 54% de egresos por atención obstétrica. El 34% de los <b>partos</b> correspondió a mujeres de 20 a 24 años, mientras que el 28% se ubicó en el grupo de 15 a 19 años; lo anterior significa que el 62% del total de atenciones fue en mujeres de 15 a 24 años. Para el caso de los <b>abortos</b> , el 28% ocurrió en mujeres de 20 a 24 años, mientras que en el grupo de 15 a 19 años el porcentaje fue del 22%; lo que significa que el 50% del total de esta atención fue en mujeres de 15 a 24 años.

DEFUNCIONES		
Total	Personas afiliadas	Observaciones
		Mujeres
		Hombres

**P O R T A B I L I D A D**

Las entidades federativas registraron en el SICOMPENSA 55,811 casos interestatales que representan un importe de 438.15 millones de pesos (cifras preliminares). Los servicios médicos más demandados en las entidades federativas distintas a su origen y afiliación son servicios relacionados con intervenciones a la atención de parto, puerperio fisiológico, cesárea y puerperio quirúrgico, atención prenatal y atención de recién nacidos, correspondiente al 30.4% del total de servicios interestatales.

**PLAN DE PUEBLOS INDÍGENAS**

Derivado del acuerdo entre el **Banco Mundial** y la **Comisión Nacional de Protección Social en Salud** y en virtud de que el proyecto de apoyo al SPSS tendría impacto en pueblos y comunidades indígenas, se diseñó el Plan de Pueblos Indígenas (PPI) para garantizar que este sector de población resultara favorecido por el proyecto. Para cumplir con sus propósitos, el PPI se planteó dos objetivos:

- a) Proponer una estrategia de participación para contrarrestar los obstáculos identificados en la evaluación social para i) promover la afiliación de la población indígena mediante mecanismos compatibles con sus características socioeconómicas y culturales y ii) generar una mayor conciencia sobre la importancia de contar con un seguro de salud como el Seguro Popular, así como de los derechos y obligaciones que los afiliados tienen.
- b) Fortalecer e impulsar la capacidad institucional de la Comisión para analizar información sobre la población indígena, incluyendo: i) el monitoreo de la afiliación al Seguro Popular en la medida que ésta se expande; ii) el monitoreo de acreditación y otorgamiento de servicios en localidades indígenas prioritarias (definidas por CDI y SEDESOL) y áreas rurales; iii) la mejora de los sistemas de información de la CNPSS, que incluye hacer más eficiente el proceso de identificación de la población indígena (para la obtención de información más desagregada; y iv) el seguimiento de la satisfacción de los beneficiarios indígenas a través de la incorporación de localidades indígenas en las encuestas de satisfacción.

CONSULTAS ATENDIDAS		
Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
90,563,959		Del total de consultas otorgadas, la atención para mujeres alcanzó el 67.4% mientras que para los hombres representó el 32.6%. Por rango de edad, la población afiliada entre los 30 y los 49 años de edad registró el mayor número con 20.06 millones, lo que representa el 22.2% del total (77.7% fueron mujeres).
4,385,236 Urgencias		Las mujeres son las que representaron una mayor afluencia al servicio con el 68.3% del total de pacientes atendidos. La principal causa que presentó este servicio es la supervisión de embarazo normal con 11.7%, le sigue la faringitis aguda (5.2) y otras gastroenteritis (4.3)

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,627,359		Destacan los partos que representan el 22.8% del total; asimismo, del total de egresos hospitalarios el 51% corresponde a causas de <u>atención obstétrica</u> : parto único espontáneo (370,251), otras causas maternas (315,298), abortos (73,905), edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (35,982), parto obstruido (16,812) y hemorragia obstétrica (16,475).

ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
830,107		370,251 egresaron por parto único espontáneo, 315,298 por alguna otra causa materna y 73,905 por aborto. Por grupo de edad, el 34% de los partos correspondió a mujeres de 20 a 24 años, mientras que el 28% se ubicó en el grupo de 15 a 19 años; lo anterior significa que el 62% del total de atenciones fue en mujeres de 15 a 24 años. Para el caso de los abortos, el 29% ocurrió en mujeres de 20 a 24 años, mientras que en el grupo de 15 a 19 años el porcentaje fue del 22%; lo que significa que el 50% del total de esta atención fue en mujeres de 15 a 24 años.

DEFUNCIONES		
Total	Personas afiliadas	Observaciones
		Mujeres
		Hombres

**P O R T A B I L I D A D**

Las entidades federativas registraron en el SICOMPENSA 49,436 casos interestatales que representan un importe de 404.64 millones de pesos (cifras preliminares). Los servicios médicos más demandados en las entidades federativas distintas a su origen y afiliación son servicios relacionados con intervenciones a la atención de parto y puerperio fisiológico; diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino y diagnóstico y tratamiento de neumonía en el adulto y adulto mayor, correspondiente al 20.38% del total de servicios interestatales.

**PLAN DE PUEBLOS INDÍGENAS**

Desde la creación del Seguro Popular la población indígena fue considerada como un sector prioritario para su cobertura, de manera que se han formulado diversas estrategias para su atención. En los años recientes operó el proyecto de apoyo al Sistema de Protección Social en Salud, concertado con el Banco Mundial, de donde derivó el Plan de Pueblos Indígenas, diseñado para garantizar que este sector de población resultara beneficiario del proyecto. El acuerdo y el Plan concluyeron en 2013, sin embargo, las principales acciones del Plan han tenido continuidad.

CONSULTAS ATENDIDAS		
Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
87,663,556		La atención para mujeres alcanzó el 67.4% mientras que para los hombres representó el 32.6%. Por rango de edad, la población afiliada entre los 30 y los 49 años de edad registró el mayor número de consultas otorgadas con 19.4 millones lo que representa el 22.2% del total de consultas.
4,577,583 Urgencias		Las mujeres son las que representaron una mayor afluencia al servicio con el 68.2% del total de pacientes atendidos. La principal causa que presentó este servicio es la supervisión de embarazo normal con 11.6%, le sigue la faringitis aguda (4.9) y otras gastroenteritis (4.7).
ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,703,601		El 48.6% corresponde a causas de <u>atención obstétrica</u> : parto único espontáneo (373,222), otras causas maternas (308,676), aborto (74,346), edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (37,540), hemorragia obstétrica (17,362) y parto obstruido (16,540).
ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
829,061		373,222 por parto único espontáneo, 308,676 por alguna otra causa materna y 74,346 por aborto. Con respecto a la atención de parto espontáneo, se registra el 34.2% en mujeres de 20 a 24 años, y el 27.3% en el grupo de 15 a 19 años; por lo que el 61.5% del total de esta atención fue en mujeres de 15 a 24 años. En el registro de abortos, el 28.4% ocurrió en mujeres de 20 a 24 años, mientras que en el grupo de 15 a 19 años el porcentaje fue del 21.1%; lo que significa que el 49.5% del total de esta atención fue en mujeres de 15 a 24 años.
DEFUNCIONES		
Total	Personas afiliadas	Observaciones
		Mujeres Hombres
PORTABILIDAD		
Las entidades federativas registraron en el SICOMPENSA 62,422 casos interestatales que representan un importe de 649.40 millones de pesos. Los servicios médicos más demandados son servicios relacionados con intervenciones a la atención de parto y puerperio fisiológico; atención de cesárea y del puerperio quirúrgico; atención del recién nacido; diagnóstico y tratamiento de colecistitis y coleditiasis; y método definitivo de planificación familiar en la mujer (oclusión tubaria bilateral), correspondiente al 46.4% del total de servicios interestatales.		
PLAN DE PUEBLOS INDÍGENAS		
La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), a través del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas, ha transmitido mensajes elaborados por la CNPSS sobre los derechos y obligaciones de los afiliados, sumando alrededor de 22,800 impactos en español y 48,870 en 45 variantes de 31 lenguas indígenas, en las 21 emisoras de AM distribuidas en el país.		



CONSULTAS ATENDIDAS		
Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
86,224,589		Del total de consultas otorgadas, la atención para mujeres alcanzó el 67% mientras que para los hombres representó el 33%. La población afiliada entre los 30 y los 49 años de edad registró el mayor número de consultas otorgadas con 18.9 millones lo que representa el 22% del total de consultas.
3,080,437	Urgencias	Las mujeres son las que representaron una mayor afluencia al servicio con el 67.5%. La principal causa que presentó este servicio son las infecciones respiratorias agudas (15.1%), le siguen traumatismos (11.9%) y supervisión de embarazo (10.9%).

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
1,346,596		De las 20 principales causas registradas, el 46.7% corresponde a causas de <u>atención obstétrica</u> : parto único espontáneo (20.7%), otras causas maternas (17.4%), aborto (4.4%), edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (2.3%), hemorragia obstétrica (1%) y parto obstruido (0.9%).

ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
630,875		279,401 por parto único espontáneo, 233,921 por alguna otra causa materna y 59,852 por aborto. Por grupo de edad, el 32.6% de las atenciones correspondió a mujeres de 20 a 24 años, mientras que el 25.2% se ubicó en el grupo de 15 a 19 años; por lo tanto el 57.8% del total de atenciones fue en mujeres de 15 a 24 años.

DEFUNCIONES		
Total	Personas afiliadas	Observaciones
		Mujeres
		Hombres

**COMPENSACIÓN ECONÓMICA**

El objetivo primordial de la Compensación Económica es garantizar a los afiliados del SPSS la portabilidad mediante la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, sin importar su lugar de origen o afiliación, por razones de distancia, tiempo de traslado, tránsito interestatal o por urgencia médica, así como propiciar una adecuada coordinación y colaboración entre las instituciones del sector salud como prestadoras de servicios de salud y las entidades federativas; tal como lo establece la Ley General de Salud en sus artículos 77 Bis 1 y 77 Bis 36. En razón de lo anterior, el Seguro Popular tiene previstos dos sistemas de Compensación Económica para hacer efectiva la portabilidad de los servicios: la *Compensación Económica Interestatal* y la *Compensación Económica Federal*, de reciente creación.

**ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INDÍGENA**

Desde la creación del Seguro Popular la población indígena fue considerada como un sector prioritario para su cobertura, formulándose diversas estrategias para su atención. En años recientes operó el proyecto de apoyo al Sistema de Protección Social en Salud, concertado con el Banco Mundial, de donde derivó el Plan de Pueblos Indígenas, diseñado para garantizar que este sector de población resultara beneficiaria del proyecto. El acuerdo y el Plan concluyeron en 2013, sin embargo, se ofrece a dicha población información sobre sus mecanismos de atención, pasando por la sensibilización y capacitación del personal de los REPS y SESA's en la atención a la salud sin discriminación y con un enfoque intercultural. De las 54,923,952 personas afiliadas al Seguro Popular, 13,300,322 corresponden a población indígena, lo que equivale al 24.22 % de la población total afiliada. Del total de la población que se estima indígena (25,694,928), el 51.76% se encuentra afiliada al Seguro Popular.

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

2 0 1 7 (ENE - JUN)

CONSULTAS ATENDIDAS

Consultas	Personas afiliadas al SPSS	Observaciones
3,665,507		Del total de consultas otorgadas, la atención para mujeres alcanzó el 68% mientras que para los hombres representó el 32%. La población afiliada entre los 30 y los 49 años de
1,596,399 Urgencias		Las mujeres son las que representaron una mayor afluencia al servicio con el 68%. La principal causa que presentó este servicio son las infecciones respiratorias agudas (14%), le siguen traumatismos (12.1%) y supervisión de embarazo (11.4%).

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Total de Egresos	Días de estancia	Observaciones
617,549		De las 20 principales causas registradas, el 46% corresponde a causas de <u>atención obstétrica</u> : parto único espontáneo (20.8%), otras causas maternas (16.2%), aborto (4.4%), edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo (2.3%), hemorragia obstétrica (1%) y parto obstruido (0.9%).

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Número	Mujeres afiliadas	Observaciones
285,797		128,209 por parto único espontáneo, 100,134 por alguna otra causa materna y 27,374 por aborto, principalmente. Por grupo de edad, el 31.9% de las atenciones correspondió a mujeres de 20 a 24 años, mientras que el 25.3% se ubicó en el grupo de 15 a 19 años; por lo tanto 57.2% del total de atenciones fue en mujeres de 15 a 24 años.

DEFUNCIONES

Total	Personas afiliadas	Observaciones
	Mujeres	
	Hombres	

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

De acuerdo con el Sistema para la Compensación Económica Interestatal, de enero a junio del presente año se capturaron 20,223 atenciones médicas brindadas entre entidades federativas, por un importe de 119.2 millones de pesos.

En fechas 11 de septiembre de 2015, 15 de enero y 15 de agosto de 2016, se suscribieron el Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicios a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica y los Convenios de Adhesión No. 1 y 2 al Convenio de Colaboración respectivamente, entre las 32 entidades federativas y 12 establecimientos públicos de salud de carácter federal para la prestación de servicios de salud a beneficiarios del Seguro Popular. De enero a junio de 2017 se han registrado 8,842 casos con un importe de 96 millones de pesos.

ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INDÍGENA

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), a través del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas, ha transmitido mensajes elaborados por la CNPSS sobre los derechos y obligaciones de los afiliados. Cabe señalar que en el periodo que se reporta no hubo difusión de los mismos ya que fueron programados para el segundo semestre, señalando que los mensajes abordaran temas como: la prevención de enfermedades, el derecho de los afiliados a contar con un expediente clínico, a tener un trato digno y respetuoso, atención de calidad, recibir servicios integrales de salud y acceso igualitario a la atención.

Durante el año 2017, las acciones de capacitación han sido dirigidas a la inducción y actualización del personal de salud principalmente a los Gestores del Seguro Popular en temas relacionados al SP y la mejora en la calidad de la atención al beneficiario.

Para cuantificar a la población indígena del país, la *Encuesta Intercensal 2015* del INEGI consideró las variables Población de tres años y más que habla lengua indígena y la *Autoadscripción indígena*, que ya habían sido empleadas en el Censo de Población y Vivienda de 2010; la variable *Población en hogares censales indígenas* ya no fue considerada en la encuesta de 2015.

En este sentido, de las 53,484,908 personas afiliadas al SP, 12,967,333 corresponderían a la población indígena, que equivale el 24.2 % de la población total afiliada. Del total de la población que se estima indígena (25,694,928), el 50.4% se encontraría afiliada al SP.

**Anexo 4. Afiliados al SP por decil de ingreso y entidad federativa, 2007 (personas afiliadas)**

Entidad Federativa	Beneficiarios por decil de ingreso								
	Total	I	%	II	%	III	%	IV a X	%
Aguascalientes	114,480	49,061	42.9	54,974	48.0	10,069	8.8	376	0.3
Baja California	229,708	148,472	64.6	73,783	32.1	6,980	3.0	473	0.2
Baja California Sur	36,287	21,490	59.2	9,465	26.1	3,906	10.8	1,426	3.9
Campeche	95,474	65,574	68.7	28,884	30.3	866	0.9	150	0.2
Coahuila de Zaragoza	91,035	60,009	65.9	28,725	31.6	1,880	2.1	421	0.5
Colima	81,799	39,836	48.7	36,697	44.9	4,673	5.7	593	0.7
Chiapas	491,456	414,041	84.2	77,165	15.7	239	0.0	11	0.0
Chihuahua	148,773	90,705	61.0	54,227	36.4	3,224	2.2	617	0.4
Distrito Federal	170,553	158,455	92.9	12,098	7.1		0.0		0.0
Durango	84,433	55,174	65.3	26,898	31.9	2,023	2.4	338	0.4
Guanajuato	563,410	352,391	62.5	199,200	35.4	11,223	2.0	596	0.1
Guerrero	279,082	253,468	90.8	22,247	8.0	3,146	1.1	221	0.1
Hidalgo	206,599	165,257	80.0	41,063	19.9	275	0.1	4	0.0
Jalisco	314,999	181,792	57.7	112,408	35.7	17,858	5.7	2,941	0.9
México	523,518	403,297	77.0	119,032	22.7	1,161	0.2	28	0.0
Michoacán de Ocampo	212,946	173,352	81.4	39,141	18.4	418	0.2	35	0.0
Morelos	164,991	125,043	75.8	39,467	23.9	440	0.3	41	0.0
Nayarit	111,607	67,469	60.5	41,653	37.3	2,350	2.1	135	0.1
Nuevo León	150,904	94,204	62.4	54,286	36.0	2,088	1.4	326	0.2
Oaxaca	383,043	329,121	85.9	53,909	14.1	13	0.0		0.0
Puebla	396,555	304,212	76.7	89,917	22.7	2,387	0.6	39	0.0
Querétaro de Arteaga	111,222	81,334	73.1	25,733	23.1	3,662	3.3	493	0.4
Quintana Roo	61,290	44,373	72.4	15,706	25.6	1,037	1.7	174	0.3
San Luis Potosí	232,928	161,806	69.5	69,200	29.7	1,757	0.8	165	0.1
Sinaloa	186,558	121,036	64.9	50,027	26.8	10,368	5.6	5,127	2.7
Sonora	205,109	118,668	57.9	74,065	36.1	11,643	5.7	733	0.4
Tabasco	412,353	161,774	39.2	148,212	35.9	48,842	11.8	53,525	13.0
Tamaulipas	295,931	209,789	70.9	84,866	28.7	1,265	0.4	11	0.0
Tlaxcala	101,703	73,242	72.0	28,395	27.9	66	0.1		0.0
Veracruz de Ignacio de I	538,263	411,045	76.4	126,431	23.5	731	0.1	56	0.0
Yucatán	158,588	125,319	79.0	32,947	20.8	293	0.2	29	0.0
Zacatecas	137,942	87,745	63.6	45,056	32.7	4,772	3.5	369	0.3
<b>Total nacional</b>	<b>7,293,539</b>	<b>5,148,554</b>	<b>70.6</b>	<b>1,915,877</b>	<b>26.3</b>	<b>159,655</b>	<b>2.2</b>	<b>69,453</b>	<b>1.0</b>

Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2008).

**Anexo 5. Afiliados al SP por decil de ingreso y entidad federativa, 2010 (personas afiliadas)**

Entidad Federativa	Beneficiarios por decil de ingreso										
	Total	I	%	II	%	III	%	IV	%	V a X	%
Aguascalientes	416,961	251,987	60.4	133,272	32.0	23,786	5.7	6,101	1.5	1,815	0.4
Baja California	797,261	570,230	71.5	166,532	20.9	35,144	4.4	15,351	1.9	10,004	1.3
Baja California Sur	164,681	80,644	49.0	40,867	24.8	24,052	14.6	12,537	7.6	6,581	4.0
Campeche	416,328	320,452	77.0	87,148	20.9	5,693	1.4	2,021	0.5	1,014	0.2
Coahuila de Zaragoza	630,000	461,366	73.2	154,998	24.6	11,064	1.8	1,781	0.3	791	0.1
Colima	275,487	182,652	66.3	77,668	28.2	12,659	4.6	2,124	0.8	384	0.1
Chiapas	2,997,900	2,741,358	91.4	250,273	8.3	4,737	0.2	1,355	0.0	177	0.0
Chihuahua	1,033,038	768,180	74.4	242,616	23.5	20,475	2.0	1,629	0.2	138	0.0
Distrito Federal	1,744,419	1,610,129	92.3	133,554	7.7	610	0.0	118	0.0	8	0.0
Durango	538,607	370,025	68.7	149,841	27.8	15,401	2.9	2,438	0.5	902	0.2
Guanajuato	2,560,975	1,900,406	74.2	576,795	22.5	62,353	2.4	16,111	0.6	5,310	0.2
Guerrero	1,973,798	1,750,231	88.7	202,492	10.3	15,850	0.8	3,520	0.2	1,705	0.1
Hidalgo	1,403,601	1,129,152	80.4	262,536	18.7	8,278	0.6	3,223	0.2	412	0.0
Jalisco	1,967,804	1,182,335	60.1	564,179	28.7	150,721	7.7	47,910	2.4	22,659	1.2
México	5,826,998	4,621,239	79.3	1,178,812	20.2	20,869	0.4	3,879	0.1	2,199	0.0
Michoacán de Ocampo	1,647,610	1,373,303	83.4	247,770	15.0	18,225	1.1	5,675	0.3	2,637	0.2
Morelos	780,672	664,450	85.1	107,708	13.8	6,011	0.8	1,660	0.2	843	0.1
Nayarit	550,000	395,497	71.9	137,405	25.0	14,366	2.6	2,255	0.4	477	0.1
Nuevo León	946,529	526,331	55.6	315,362	33.3	75,517	8.0	21,285	2.2	8,034	0.8
Oaxaca	2,069,971	1,906,196	92.1	157,842	7.6	3,956	0.2	1,435	0.1	542	0.0
Puebla	2,188,072	1,655,462	75.7	481,509	22.0	35,959	1.6	12,743	0.6	2,399	0.1
Querétaro de Arteaga	711,236	497,280	69.9	170,170	23.9	25,718	3.6	14,143	2.0	3,925	0.6
Quintana Roo	509,134	360,867	70.9	93,515	18.4	44,093	8.7	7,751	1.5	2,908	0.6
San Luis Potosí	1,211,402	857,008	70.7	269,780	22.3	50,589	4.2	20,362	1.7	13,663	1.1
Sinaloa	1,007,979	642,464	63.7	236,268	23.4	70,537	7.0	37,154	3.7	21,556	2.1
Sonora	689,720	396,182	57.4	208,844	30.3	60,388	8.8	17,720	2.6	6,586	1.0
Tabasco	1,381,712	619,047	44.8	351,219	25.4	175,969	12.7	111,152	8.0	124,325	9.0
Tamaulipas	1,220,269	1,043,217	85.5	163,689	13.4	11,285	0.9	1,740	0.1	338	0.0
Tlaxcala	725,497	618,993	85.3	103,255	14.2	2,910	0.4	325	0.0	14	0.0
Veracruz de Ignacio de l	3,620,147	3,012,725	83.2	590,498	16.3	13,506	0.4	3,396	0.1	22	0.0
Yucatán	783,368	648,279	82.8	125,257	16.0	8,141	1.0	1,256	0.2	435	0.1
Zacatecas	727,543	464,182	63.8	222,249	30.5	32,475	4.5	7,531	1.0	1,106	0.2
<b>Total nacional</b>	<b>43,518,719</b>	<b>33,621,869</b>	<b>77.3</b>	<b>8,203,923</b>	<b>18.9</b>	<b>1,061,337</b>	<b>2.4</b>	<b>387,681</b>	<b>0.9</b>	<b>243,909</b>	<b>0.6</b>

Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2011).

**Anexo 6. Afiliados al SP por decil de ingreso y entidad federativa, 2016 (personas afiliadas)**

Entidad Federativa	Beneficiarios por decil de ingreso										
	Total	I	%	II	%	III	%	IV	%	V a X	%
Aguascalientes	375,216	181,691	48.4	146,428	39.0	36,297	9.7	8,457	2.3	2,343	0.6
Baja California	1,065,657	616,951	57.9	351,805	33.0	78,602	7.4	15,913	1.5	2,386	0.2
Baja California Sur	202,539	60,075	29.7	80,324	39.7	40,383	19.9	17,645	8.7	4,112	2.0
Campeche	482,607	301,124	62.4	158,283	32.8	20,981	4.3	1,990	0.4	229	0.0
Coahuila de Zaragoza	743,302	461,522	62.1	248,734	33.5	32,486	4.4	483	0.1	77	0.0
Colima	257,232	125,149	48.7	101,141	39.3	25,380	9.9	4,741	1.8	821	0.3
Chiapas	3,570,431	2,755,441	77.2	728,287	20.4	72,169	2.0	12,438	0.3	2,096	0.1
Chihuahua	1,258,173	822,795	65.4	394,787	31.4	40,015	3.2	545	0.0	31	0.0
Ciudad de México	2,780,205	1,668,804	60.0	855,225	30.8	213,688	7.7	39,295	1.4	3,193	0.1
Durango	773,640	437,255	56.5	298,409	38.6	34,612	4.5	2,466	0.3	898	0.1
Guanajuato	3,112,864	1,017,970	32.7	1,369,244	44.0	520,624	16.7	168,422	5.4	36,604	1.2
Guerrero	2,297,653	1,662,088	72.3	583,018	25.4	45,421	2.0	5,546	0.2	1,580	0.1
Hidalgo	1,710,807	1,085,679	63.5	572,521	33.5	46,525	2.7	5,773	0.3	309	0.0
Jalisco	3,072,948	1,387,186	45.1	1,213,315	39.5	390,505	12.7	72,791	2.4	9,151	0.3
México	7,180,487	4,702,420	65.5	2,216,507	30.9	236,555	3.3	22,234	0.3	2,771	0.0
Michoacán de Ocampo	2,369,058	1,723,862	72.8	594,947	25.1	45,883	1.9	3,393	0.1	973	0.0
Morelos	1,020,077	722,458	70.8	268,816	26.4	25,044	2.5	2,931	0.3	828	0.1
Nayarit	593,470	345,168	58.2	225,420	38.0	22,093	3.7	776	0.1	13	0.0
Nuevo León	1,200,000	409,680	34.1	530,242	44.2	202,833	16.9	53,155	4.4	4,090	0.3
Oaxaca	2,695,399	2,207,111	81.9	452,036	16.8	30,388	1.1	4,912	0.2	952	0.0
Puebla	3,361,976	2,066,470	61.5	1,109,731	33.0	156,795	4.7	24,334	0.7	4,646	0.1
Querétaro de Arteaga	903,252	500,896	55.5	337,281	37.3	53,540	5.9	10,971	1.2	564	0.1
Quintana Roo	625,393	402,624	64.4	197,588	31.6	21,690	3.5	2,917	0.5	574	0.1
San Luis Potosí	1,506,565	382,571	25.4	672,119	44.6	317,400	21.1	112,772	7.5	21,703	1.4
Sinaloa	1,107,108	238,447	21.5	485,317	43.8	238,792	21.6	106,951	9.7	37,601	3.4
Sonora	894,435	367,614	41.1	386,733	43.2	117,579	13.1	20,466	2.3	2,043	0.2
Tabasco	1,515,503	426,704	28.2	798,038	52.7	234,540	15.5	49,393	3.3	6,828	0.5
Tamaulipas	1,344,603	955,543	71.1	326,708	24.3	51,027	3.8	11,314	0.8	11	0.0
Tlaxcala	865,929	661,237	76.4	193,076	22.3	11,008	1.3	436	0.1	172	0.0
Veracruz de Ignacio de L	4,166,186	2,793,775	67.1	1,306,236	31.4	60,407	1.4	5,272	0.1	496	0.0
Yucatán	979,071	655,732	67.0	274,604	28.0	41,478	4.2	5,688	0.6	1,569	0.2
Zacatecas	892,166	292,038	32.7	449,625	50.4	120,186	13.5	26,032	2.9	4,285	0.5
<b>Total nacional</b>	<b>54,923,952</b>	<b>32,438,080</b>	<b>59.1</b>	<b>17,926,545</b>	<b>32.6</b>	<b>3,584,926</b>	<b>6.5</b>	<b>820,452</b>	<b>1.5</b>	<b>153,949</b>	<b>0.3</b>

Fuente: Tomado de SS y CNPSS (2017).

## Fuentes de Información

Aguilera y Barraza (2011). Descentralización financiera de salud: Ramo 33. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de: [https://issuu.com/coneval/docs/ramo\\_33\\_final\\_web](https://issuu.com/coneval/docs/ramo_33_final_web)

Ayala, Espino J. (1999). Economía del sector público mexicano. Universidad Nacional Autónoma de México. Capítulo 20, pp. 493-512.

Banco Mundial (2013). México. El Sistema de Protección Social en Salud. [versión digital]. Recuperado el 11 de agosto de 2017 de:  
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/MexicanSocialProtectionSysteminHealth.pdf>

Bonilla, C y Aguilera, N. (2013). El Sistema de Protección Social en Salud. Banco Mundial, Washington DC. [versión digital]. Recuperado el 11 de agosto de 2017 de:  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/748711468045852169/pdf/750080NWP0SPAN0MEXICO0Spanish0Final.pdf>

Cámara de Diputados (2002). Comparecencia del Secretario de Salud Julio Frenk Mora, correspondiente al segundo informe de gobierno del presidente Vicente Fox. [versión digital]. Recuperado el 1 de agosto de 2017 de: <http://cronica.diputados.gob.mx/Comparecencias/58/2002/2002Salud.html>

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados (2006). Antecedentes en Salud. [versión digital]. Recuperado el 11 de agosto de 2017 de:  
[http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_salud.htm#\\_ftn1](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm#_ftn1)

Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (2013). Evaluación costo-efectividad del Programa U005 Seguro Popular. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de:  
<http://transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/SED/Evaluaciones/CHPF2013/12u005eece12.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2007). Evaluación de Consistencia y Resultados 2007 del Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular de Salud. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de:

<http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>

..... (2014). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de:

[http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES\\_Y\\_PUBLICACIONES\\_PDF/Metodologia\\_Multidimensional\\_web.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf)

..... (2015). Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 del Seguro Popular. [versión digital]. Recuperado el 13 de septiembre de 2017 de:

[http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED\\_2014\\_2015/SALUD/U005\\_SPOPULAR/U005\\_SPOPULAR\\_IC.pdf](http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U005_SPOPULAR/U005_SPOPULAR_IC.pdf)

..... (2017). Informe de evaluación de la política social 2016 [versión digital]. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de:

[http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/IEPDS\\_2016.pdf](http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/IEPDS_2016.pdf)

..... (s.a., a). Cobertura de los programas y acciones federales de desarrollo social, 2008-2016. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de:

[http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/Base\\_Poblaciones\\_2008\\_2016.zip](http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/Base_Poblaciones_2008_2016.zip)

..... (s.a., b). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 [versión digital]. Recuperado el 19 de octubre de 2017 de:

[http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES\\_PROGRAMAS\\_POLITICAS\\_DS/EED\\_2010-2011/SALUD/SP/completo.pdf](http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES_PROGRAMAS_POLITICAS_DS/EED_2010-2011/SALUD/SP/completo.pdf)

..... (s.a., c). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 [versión digital]. Recuperado el 19 de octubre de 2017 de:

[http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas\\_Desempeno2012/SALUD/12\\_U005/12\\_U005\\_Completo.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_U005/12_U005_Completo.pdf)

..... (s.a., d). Medición de la pobreza. Preguntas frecuentes. Consultado el 19 de octubre de 2017 de:  
<http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Preguntas-frecuentes.aspx>

..... (s.a., e). Pobreza en México. Resultados de pobreza en México 2016 a nivel nacional y por entidades federativas. Consultado el 13 de noviembre de 2017 de:  
<http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Preguntas-frecuentes.aspx>

..... (s.a., f). Seguro Popular. Ficha de monitoreo 2015-2016 [versión digital]. Recuperado el 19 de octubre de 2017 de:  
[http://coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2015\\_2016/SALUD/U005\\_FMyE.pdf](http://coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2015_2016/SALUD/U005_FMyE.pdf)

Diario de los Debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2002). Sesión Pública Ordinaria. Año III. Primer Periodo Ordinario, LVIII Legislatura, Núm. 23. México, D.F., martes 12 de noviembre de 2002. [versión digital]. Recuperado el 1 de agosto de 2017 de:  
[http://www.senado.gob.mx/content/sp/dd/content/cale/diarios/58/3/PPO/d23\\_12\\_11\\_2003.pdf](http://www.senado.gob.mx/content/sp/dd/content/cale/diarios/58/3/PPO/d23_12_11_2003.pdf)

Diario Oficial de la Federación (1943, octubre 18). Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia. [versión digital]. Recuperado el 11 de agosto de 2017 de: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion.../16738>

..... (1984, agosto 23). Programa Nacional de Salud 1984-1988. [versión digital]. Recuperado el 11 de septiembre de 2017 de: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984)

..... (2003, mayo 15). Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003)

..... (2004, abril 5). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=671625&fecha=05/04/2004](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=671625&fecha=05/04/2004)



- ..... (2009, diciembre 30). Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud [versión digital]. Recuperado el 18 de septiembre de 2017 de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref45\\_30dic09.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref45_30dic09.pdf)
- Estrategias de Acompañamiento y Servicios Educativos S. de RL. de C.V. (2014). Evaluación 2014 sobre el Padrón de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de: [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Complementarias/Complementarias\\_2014/SALUD/Complementaria\\_2014\\_Seguro\\_Popular\\_U005.zip](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Complementarias/Complementarias_2014/SALUD/Complementaria_2014_Seguro_Popular_U005.zip)
- Fierros, Hernández A. (2014). *Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)*. Gaceta Médica de México. 150:195-9. [versión digital]. Recuperado el 1 de agosto de 2017 de: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM\\_150\\_2014\\_2\\_195-199.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf)
- Flamand, L. y Moreno-Jaimes C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del seguro popular (2006-2012). Foro Internacional 219, LV, p. 224. [versión digital]. Recuperado el 7 de septiembre de 2017 de: <http://www.redalyc.org/pdf/599/59944852007.pdf>
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez, O y Knaul, F. (2003). Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. The Lancet, Volume 362, No. 9396, p1667-1671. [versión digital]. Recuperado el 29 de agosto de 2017 de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)14803-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)14803-9/fulltext)
- ..... (2004). Financiamiento Justo y Protección Social universal: La reforma estructural en el sistema de salud mexicano. [versión digital]. Recuperado el 11 de septiembre de 2017 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>
- ..... (2005). Seguro Popular de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. [versión digital]. Recuperado el 8 de agosto de 2017 de: <http://salud.edomex.gob.mx/.../descarga.php?./SEGURO%20POPULAR%20DE%20SALU>.

.... (2007). Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud Pública*. 49 Supl. I:SI 4-S22. [versión digital]. Recuperado el 2 de agosto de 2017 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s1/05.pdf>

Fundación Mexicana para la Salud (2016). México en el empuje global por la cobertura universal de salud. [versión digital]. Recuperado el 4 de agosto de 2017 de: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/Pdfs/UDC%20Impulso%20global2016.pdf>

Gobierno de la República (2017). Objetivos de Desarrollo del Milenio. [versión digital]. Recuperado el 31 de agosto de 2017 de: <http://www.objetivosdedesarrollodemilenio.org.mx/>

Gómez, Dantes *et al.* (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública México*, 53 supl 2: S220-S2322. [versión digital]. Recuperado el 8 de agosto de 2017 de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17>

Gudiño, Cejudo MR, Magaña- Valladares, L. y Hernández-Ávila, M. (2013). La escuela de salud pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. Instituto Nacional de Salud Pública. [versión digital]. Recuperado el 29 de agosto de 2017 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a12.pdf>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2017). Derechohabiencia y uso de servicios de salud. Población protegida por los servicios de salud, 2000 a 2016. Recuperado el 8 de septiembre de 2017 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=35118>

Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (s.a). Principales modelos de seguridad social y protección social. [versión digital]. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado el 13 de septiembre de 2017 de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2013-2014. Capítulo VIII. IMSS-Oportunidades. [versión digital]. Recuperado el 12 de septiembre de 2017 de:  
[http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12\\_Cap08.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación Financiera. [versión digital]. Recuperado el 13 de septiembre de 2017 de:  
[https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/SPSS/spss\\_II.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/SPSS/spss_II.pdf)

..... (2012), Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012 [versión digital]. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de:  
[http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion\\_programas/pdf/EXT12\\_SPSS\\_IF.pdf](http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/EXT12_SPSS_IF.pdf)

..... (2013). Evaluación Externa del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud. [versión digital]. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de:  
[http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion\\_programas/pdf/SE\\_ESPSS2013.pdf](http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/SE_ESPSS2013.pdf)

Jaramillo, M. (2007). La descentralización de la salud en México: Avances y Retrocesos. [versión digital]. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá, Colombia. Recuperado el 1 de agosto de 2017 de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13a06.pdf>

Knaul, F. M *et al.* (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública de México. Vol. 55, No.2. [versión digital]. Recuperado el 7 de agosto de 2017 de:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf>

Kershenobich, D. (2012). El Consejo de Salubridad General. Gaceta Médica de México. 148:598-600. [versión digital]. Recuperado el 18 de septiembre de 2017 de:  
[http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM\\_148\\_2012\\_6\\_598-600.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_598-600.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio. Resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas; Nueva York, NY. [versión digital]. Recuperado el 31 de agosto de 2017 de:  
<http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [versión digital]. Recuperado el 31 de agosto de 2017 de: <http://www.who.int/whr/2000/es/>

..... (2003). Invertir en Salud. Comisión sobre Macroeconomía y Salud [versión digital]. Recuperado el 7 de julio de 2017 de: [http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir\\_en\\_salud\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud (1998). Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. [versión digital]. Recuperado el 30 de agosto de 2017 de: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Mexico\\_2002.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2011). Los retos de la salud en México. [versión digital]. Recuperado el 10 de agosto de 2017 de: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/losretosdelasaludenmexico.htm>.

..... (s/a) Centro de México: Gasto público social. Recuperado el 5 de septiembre de 2017 de: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/gasto-publico-social-ocde.htm>

..... (2017) Health Statistics 2017. Recuperado el 5 de septiembre de 2017 de: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Rivera, Tapia J. (2003). La situación de salud pública en México (1870-1960). Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Volumen 6, Número 1, enero-abril. [versión digital]. Recuperado el 24 de agosto de 2017 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2003/gg031f.pdf>

Portal del Programa de Inclusión Social PROSPERA (2017). Componente Prospera Salud. Consultado el 14 de noviembre de 2017 de: <https://www.gob.mx/prospera/documentos/componente-prospera-salud>

Rodríguez, M.E. (2004). Instituciones Médicas Virreinales. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. [versión digital]. Recuperado el 29 de agosto de 2017 de:

<https://books.google.com.mx/books?isbn=9688358568>

Sánchez, Castañeda A. (2012). La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. [versión digital]. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado el 13 de septiembre de 2017 de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>

Secretaría de Desarrollo Social (2017). Programa de Pensión para Adultos Mayores. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:

<https://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/pension-para-adultos-mayores>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2000). Presupuesto de Egresos de la Federación 1995-2000. [versión digital]. Recuperado el 4 de agosto de 2017 de:

[http://shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/1995\\_2000/pef19952000.pdf](http://shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/1995_2000/pef19952000.pdf)

..... (2003). Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2004. Estrategia programática. Ramo: 12 Secretaría de Salud [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:

[http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/ppef/ppef\\_04/temas/tomos/12/r12\\_ep.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/ppef/ppef_04/temas/tomos/12/r12_ep.pdf)

..... (2011). Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2012. Ramo 12 Salud. Análisis administrativo económico [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:

[http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2012/temas/tomos/12/r12\\_aae.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2012/temas/tomos/12/r12_aae.pdf)

..... (2012). Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2013. Ramo 12 Salud. Análisis administrativo económico [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:

[http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/temas/tomos/12/r12\\_aae.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/temas/tomos/12/r12_aae.pdf)

..... (2013). Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2014. Ramo 12 Salud. Análisis administrativo económico [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:  
[http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2014/docs/12/r12\\_aae.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2014/docs/12/r12_aae.pdf)

..... (2014). Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2015. Ramo 12 Salud. Análisis administrativo económico [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:  
[http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2015/docs/12/r12\\_aae.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2015/docs/12/r12_aae.pdf)

..... (2015). Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2016. Ramo 12 Salud. Análisis administrativo económico [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:  
[http://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF/2016/docs/12/r12\\_aae.pdf](http://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF/2016/docs/12/r12_aae.pdf)

Secretaría de Salud (1996). Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud. [versión digital]. Recuperado el 12 de septiembre de 2017 de:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.html>

..... (2001a). Programa Nacional de Salud 2001-2006. [versión digital]. Recuperado el 12 de septiembre de 2017 de:  
[http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns\\_2001-2006/pns2001-006.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf)

..... (2001b). Salud México 2001. Información para la rendición de cuentas. [versión digital]. Recuperado el 7 de agosto de 2017 de:  
[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=datos-y-estadisticas&alias=334-salud-mexico-2001&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=334-salud-mexico-2001&Itemid=493)

..... (2002). El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años. [versión digital]. Recuperado el 23 de agosto de 2017 de:  
[http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)

..... (2004). Financiamiento justo y protección social universal: La reforma estructural del sistema de salud en México. [versión digital]. Recuperado el 29 de agosto de 2017 de:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>

..... (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. [versión digital]. Recuperado el 1 de agosto de 2017 de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>

..... (2014). Seguro Popular. Perspectivas, foro de consulta hacia un Programa de Desarrollo Social. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [versión digital]. Recuperado el 18 de septiembre de 2017 de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/30993/04\\_Seguridad\\_social\\_03\\_1\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/30993/04_Seguridad_social_03_1_.pdf)

..... (s.a). Salubridad pública, procedencia institucional. [versión digital]. Archivo histórico de la Secretaría de Salud. Recuperado el 23 de agosto de 2017 de:

<http://pliopencms05.salud.gob.mx:8080/archivo/ahssa/salubridad>

..... (s.a). Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. [versión digital]. Recuperado el 18 de septiembre de 2017 de:

<http://www.farmacopea.org.mx/que-es-feum.php?m=2&sb=9&f=0>

Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Indicadores de resultados. Resultado del segundo semestre, Año fiscal 2004 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/InformeResultados2004.pdf>

..... (2006). Sistema de Protección Social en Salud. Reporte no. 6. Indicadores de resultados. Segundo semestre 2005 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/InformeResultados2005.pdf>

..... (2007). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2006 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/InformeResultados2006.pdf>

..... (2008). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2007 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/informederesultados2007.pdf>

..... (2009). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2008 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

[http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/informe\\_de\\_resultados\\_spss\\_%202008.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/informe_de_resultados_spss_%202008.pdf)

..... (2010). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2009 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

[http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/informe\\_resultados\\_2009\\_v3.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/informe_resultados_2009_v3.pdf)

..... (2011). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2010 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

[http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe\\_Resultados\\_SPSS\\_2010.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe_Resultados_SPSS_2010.pdf)

..... (2012). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

[http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe\\_Resultados\\_2011.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe_Resultados_2011.pdf)

..... (2013). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2012 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf>

..... (2014). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2013 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

[http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/INFORME\\_DE\\_RESULTADOS\\_SPSS\\_2013.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/INFORME_DE_RESULTADOS_SPSS_2013.pdf)



..... (2015). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2014 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe%20de%20Resultados%202014.pdf>

..... (2016). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-diciembre 2015 [versión digital]. Recuperado el 12 de octubre de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe%20de%20Resultados%20Ene-Dic%202015.pdf>

..... (2017). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-diciembre 2016 [versión digital]. Recuperado el 10 de agosto de 2017 de:

<http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/InfResSPSSEne-Dic2016Final.pdf>

..... (2017b). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-junio 2017 [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:

[http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf\\_de\\_Res\\_del\\_SPSS\\_Ene-Jun\\_2017.pdf](http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf)

Secretaría de Salud, et. al (2016). Esquema de Corresponsabilidades en el Componente Salud PROSPERA Programa de Inclusión Social [versión digital]. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153577/Esquema\\_de\\_Corresponsabilidades\\_en\\_el\\_Componente\\_Salud-PROSPERA-Daniel\\_Aceves.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153577/Esquema_de_Corresponsabilidades_en_el_Componente_Salud-PROSPERA-Daniel_Aceves.pdf)

Weinding, P. (2000). La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la sociedad de naciones: algunas conexiones españolas. Revista Española Salud Pública. 74: 15-26 [versión digital]. Recuperado el 29 de agosto de 2017 de: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v74nmon/weinding.pdf>

Zorrilla, S. (1988). 50 años de política social en México: de Lázaro Cárdenas a Miguel de la Madrid [versión digital]. Recuperado el 11 de agosto de 2017 de: <https://searchworks.stanford.edu/view/154694>



[www.cefp.gob.mx](http://www.cefp.gob.mx)