



Secretaría de
Planeación y Finanzas
Gobierno de Puebla

Diagnóstico del Programa Presupuestario





<<E171NSABI, PRESTACION GRATUITA DE
SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMAS
INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN
SEGURIDAD SOCIAL.>>

<<SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA>>

<<OFICINA DEL TITULAR>>

Ejercicio fiscal 2020



Hoja de Control de Actualizaciones del Diagnóstico

Revisión y Ejercicio Fiscal	Fecha dd/mm/aaaa	Descripción de la Modificación (Apartado / Sub apartado)
REV: 01 2020	07/09/2020	INTEGRACIÓN DEL DOCUMENTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO QUE SE ELABORA POR PRIMERA VEZ



Contenido

1. Antecedentes y Descripción del Problema.....	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Definición del problema.....	6
1.3 Justificación del PP.....	7
1.4 Estado actual del problema.....	8
1.5 Evolución del problema.....	9
1.6 Experiencias de atención.....	10
1.7 Árbol de problemas.....	12
2. Objetivos	12
2.1 Determinación y justificación de los objetivos de la intervención.....	12
2.2 Árbol de objetivos.....	13
2.3 Estrategia para la selección de alternativas.	13
2.4 Concentrado.	¡Error! Marcador no definido.
3. Cobertura	15
3.1 Metodología para la identificación de la población objetivo y definición de fuentes de información.	15
3.2 Estrategia de cobertura.....	16
4. Análisis de similitudes o complementariedades	16
4.1 Complementariedad y coincidencias	17
5. Presupuesto.....	17
5.1 Estimación del costo del programa presupuestario	18
5.2 Fuentes de financiamiento	18
6. Información Adicional.....	18
6.1 Información adicional relevante.....	18
7. Registro del Programa Presupuestario en Inventario.....	19
Bibliografía	19
Anexos.....	19



1. Antecedentes y Descripción del Problema

1.1 Antecedentes.

En el año 2003 se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) y el programa público Seguro Popular. Esta reforma tenía el objetivo de garantizar la protección de la salud a las personas excluidas de la seguridad social. El Seguro Popular comenzó a funcionar oficialmente en 2004, aunque ya operaba como programa piloto en algunas entidades desde 2001.

El Seguro Popular buscó establecer un mecanismo de aseguramiento financiero para las personas excluidas de la seguridad social, el cual se debía financiar de manera tripartita, con recursos del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de los afiliados, mediante fórmulas fijas que determinaban una asignación presupuestal anual per cápita. La implementación del Seguro Popular ayudó a incrementar la cobertura del sistema de salud, que pasó de 1,564,000 personas en 2004 a 52.7 millones en 2011, lo cual se consideró, expresaba la cobertura universal de la población sin seguridad social.¹

Por otra parte, cabe aclarar que el Seguro Popular no es el único programa de atención a la salud para personas excluidas de la seguridad social. Desde 1979 comenzó a operar en México el programa IMSS-Coplamar, que tras varios cambios de nombre aún opera en la actualidad, como IMSS-Bienestar, para brindar los dos primeros niveles de atención, y en ocasiones el tercero, a las personas excluidas de la seguridad social, particularmente en zonas rurales de alta marginación. Su modelo de atención, denominado Modelo de Atención Integral a la Salud, privilegia la atención primaria a la salud y la intervención comunitaria; además, tiene un enfoque preventivo en el que se recurre a estrategias de educación y promoción de la salud en las poblaciones. Sin embargo, este programa ha tenido un funcionamiento limitado, al igual que el Seguro Popular, tanto por su cobertura como por los tipos de atención que ofrece. Desde 1983 su cobertura ha fluctuado alrededor de 10 millones de personas, garantizando los dos primeros niveles de atención y algunas intervenciones de tercer nivel.

De esta manera, en los últimos quince años han funcionado de manera simultánea dos programas de salud que atienden a la población excluida de la seguridad social, que es la considerada como población objetivo del INSABI.

El Programa Presupuestario E171 INSABI, Prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, tiene su origen en la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), mismo que se fundamenta en los cambios a la Ley General de Salud y a la Ley de los Institutos

¹ Seguridad Social para el Bienestar. Nota técnica 2, 2019.



Nacionales de Salud publicados en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019.

La Ley General de Salud reformada en el mes de enero de 2020, señala en su artículo 7º, como responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Salud a la Secretaría de Salud, a la cual le corresponde entre otras cosas, la de Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen; y tratándose de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, a que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley, la Secretaría de Salud se auxiliará del Instituto de Salud para el Bienestar.

En el citado Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, denominado “De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social”, se menciona que “todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención, de conformidad con el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.”²

Entendiendo por prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, “al conjunto de acciones que en esta materia provean la Secretaría de Salud, por sí o en coordinación con las entidades agrupadas en su sector coordinado, así como los gobiernos de las entidades federativas a través de sus servicios estatales de salud.”³

El INSABI a nivel federal tiene por objeto, proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Mientras tanto, los instrumentos que emanan de ello, tal como el Programa Presupuestario E171 forman parte de las herramientas operativas para alcanzar dicho objetivo.

1.2 Definición del problema.

² Ley General de Salud, última reforma publicada 24-01-2020

³ Ibid.



El artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene en nuestro país a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

En este sentido, conforme a lo dispuesto en la fracción I del apartado B del artículo 13 de la Ley General de Salud (LGS), corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar, entre otros, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

El análisis realizado por el gobierno federal, considera que el sistema público sigue siendo el proveedor más importante de servicios de salud, mientras que la política que siguió el Seguro Popular, no garantizó el acceso a los servicios de salud después de 15 años.

De acuerdo a datos del Proyecto de Nación 2018-2024, México tiene 20.5 millones de personas que no tienen acceso a ningún tipo de seguridad social y los hogares, principalmente de altos ingresos, realizan pagos directos en bienes y servicios de salud y participan con el 53% del gasto total en salud.⁴

El financiamiento público destinado a este sector es bajo (2.8% del PIB), comparado con el 6% recomendado por los organismos internacionales. Esta situación se agrava con el subejercicio y el mal uso de los recursos, presentes en la mayoría de las instituciones. La Auditoría Superior de la Federación (ASF) estima en 20.6% los recursos que podrían estar mal utilizados. Se consideró entonces que la cobertura limitada del Seguro Popular dejó en un estado de desprotección a la población que no goza de seguridad social laboral y que padece alguna enfermedad no cubierta por la póliza de dicho Seguro.⁵

1.3 Justificación del PP.

Es en el contexto planteado en los apartados anteriores, donde se considera a la población que no tiene acceso a ningún tipo de seguridad social, que fue creado el Instituto de Salud para el Bienestar con el objetivo de que la población beneficiaria reciba servicios médicos sin restricciones, con atención universal para todos los padecimientos, incluidos aquellos que generan gastos catastróficos, para lo cual se creó el Fondo de Salud para el Bienestar, mismo que sustituye al Fondo para Gastos Catastróficos que manejaba la Comisión de Protección Social en Salud.

⁴ Proyecto de Nación 2018-2014

⁵ Ibid.



El Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud que celebraron por una parte el ejecutivo federal, a través de la Secretaría de Salud Federal y el ejecutivo del Estado de Puebla, tiene por objeto establecer los compromisos a que se sujetarán todas las partes involucradas para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en la Ley General de Salud, en el Estado de Puebla.⁶

El Acuerdo señala que el INSABI, a partir de la fecha en que se formalicen los anexos 1, 2 y 3 del Acuerdo, éste será responsable, en los términos previstos en la Ley General de Salud, en las disposiciones reglamentarias y administrativas que de la misma deriven y en las estipulaciones del Acuerdo, de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, correspondientes al primer y segundo de atención, mientras que, el Estado de Puebla a través de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, tendrá dicha responsabilidad respecto de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, que correspondan a servicios especializados que, en su caso, la misma brinde en unidades médicas que no correspondan al primer y segundo nivel de atención, en el entendido de que el tercer nivel será opcional pudiendo estar a cargo del INSABI o los Servicios de Salud, de conformidad con los convenios específicos.⁷

1.4 Estado actual del problema.

La carencia por acceso a la seguridad social es la más alta de las seis carencias contempladas en la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL. En 2018, 71.7 millones de personas (57.3 por ciento de la población) no tenían acceso a la seguridad social. Las entidades federativas con mayor proporción de la población que presentó esa carencia son Chiapas (83.6 por ciento), Oaxaca (76.2 por ciento) y Guerrero (75.6 por ciento).⁸ En el estado de Puebla, entre 2010 y 2015 la carencia por acceso a los servicios de salud presentó la mayor disminución al pasar de 40.4 a 18.9

⁶ Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud

⁷ Ibid

⁸ La política social en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2(Covid 19) en México. CONEVAL, 2020.

por ciento de la población; seguida por la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, al pasar de 37.3 a 27.0 por ciento.⁹

En 2018, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 77.3 por ciento de los ocupados, sin tomar en cuenta a los jubilados, fueron trabajadores que dependen de un patrón (subordinados). Se estima que alrededor de 67.5 por ciento de los trabajadores subordinados no contaban con acceso a la seguridad social como prestación laboral y, por lo tanto, no podían extender la cobertura a sus familiares.¹⁰

De acuerdo con la misma ENIGH, en 2018, 22.7 por ciento de la población ocupada, sin tomar en cuenta a los jubilados que trabajan, eran trabajadores por cuenta propia. Se estima que 99.4 por ciento de éstos no contaban con acceso a la seguridad social como prestación laboral. Los trabajadores por cuenta propia representan 50.9 por ciento de los ocupados en el primer decil, mientras que en el décimo decil representan 15.7 por ciento. Esto refleja la vulnerabilidad a la que se enfrentan los trabajadores por cuenta propia, en términos de pérdida de ingresos y carencia por acceso a la seguridad, pues una reducción en su ingreso afectaría en mayor proporción a los hogares de menores recursos.¹¹

En la economía mexicana hay sectores donde la proporción de personas ocupadas que no cuentan con las prestaciones mínimas garantizadas en la ley es estructuralmente desigual. Con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para el cuarto trimestre del 2019, se observa que las actividades económicas con mayor porcentaje de personas ocupadas sin acceso a servicios médicos por medio de su trabajo son agricultura, ganadería, caza y pesca (93.0 por ciento); servicios diversos (88.0 por ciento); construcción (79.7 por ciento); restaurantes y servicios de alojamiento (75.7 por ciento) y comercio (69.1 por ciento).¹²

1.5 Evolución del problema.

De acuerdo al análisis realizado en el nivel federal el modelo del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) fue limitado ya que no logró la cobertura universal del aseguramiento dado que unos 20 millones de mexicanos no contaron con un seguro (de acuerdo a datos del CONEVAL). El paquete de servicios del Seguro Popular el

⁹ Carencias Sociales, Entidades Federativas, Página del CONEVAL, 2015.

¹⁰ La política social en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2(Covid 19) en México. CONEVAL, 2020.

¹¹ Ibid

¹² Ibid



denominado CAUSES, y los padecimientos de gasto catastrófico reconocido, es restringido y sólo corresponde a un 20% de los servicios de los derechohabientes de los institutos de seguridad social laboral.¹³

En consecuencia, los afiliados al Seguro Popular siguieron teniendo un alto gasto de bolsillo, cercano al 45%, ya que se han visto obligados a pagar los servicios excluidos del Seguro para acceder a los servicios que requieren. A pesar del propósito de promover el crecimiento de prestadores privados de servicios médicos, los principales prestadores de servicios a los afiliados del Seguro Popular son los Servicios Estatales de Salud y los servicios de alta complejidad de la Seguridad Social, lo que significa que siguen siendo del sector público.

Aunado a esto, las instituciones públicas no han incrementado su infraestructura física, ni mantenido la infraestructura existente y tampoco han contratado los recursos humanos necesarios, a pesar del crecimiento de la población. Por lo tanto, los afiliados al Seguro Popular no tuvieron acceso a una atención oportuna y de calidad (CONEVAL, 2014). También los llamados servicios a la comunidad o de salud pública se han deteriorado o desarticulado. En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, el Fideicomiso de Protección Social en Salud no aplicó sus recursos en una ampliación significativa de los padecimientos o intervenciones reconocidas como de gasto catastrófico, o ha introducido límites de edad para que ser atendidas gratuitamente.

Esta problemática es la que se deberá atender con los instrumentos dedicados a la atención de la población sin seguridad social laboral, tales como el PP E171.

1.6 Experiencias de atención.

Como se mencionó en el apartado de Antecedentes y Descripción del Problema, los programas que se han implementado en el país para la atención de la población sin seguridad social son el Seguro Popular, y el denominado actualmente IMSS-Bienestar, que al paso de los años ha cambiado de nombre. Estos programas han pretendido dar atención la población excluida de la seguridad social, la cual actualmente es considerada como la población objetivo del INSABI.

¹³ Atención Primaria de Salud Integral e Integrada Aps-I Mx: La Propuesta Metodológica y Operativa. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud.

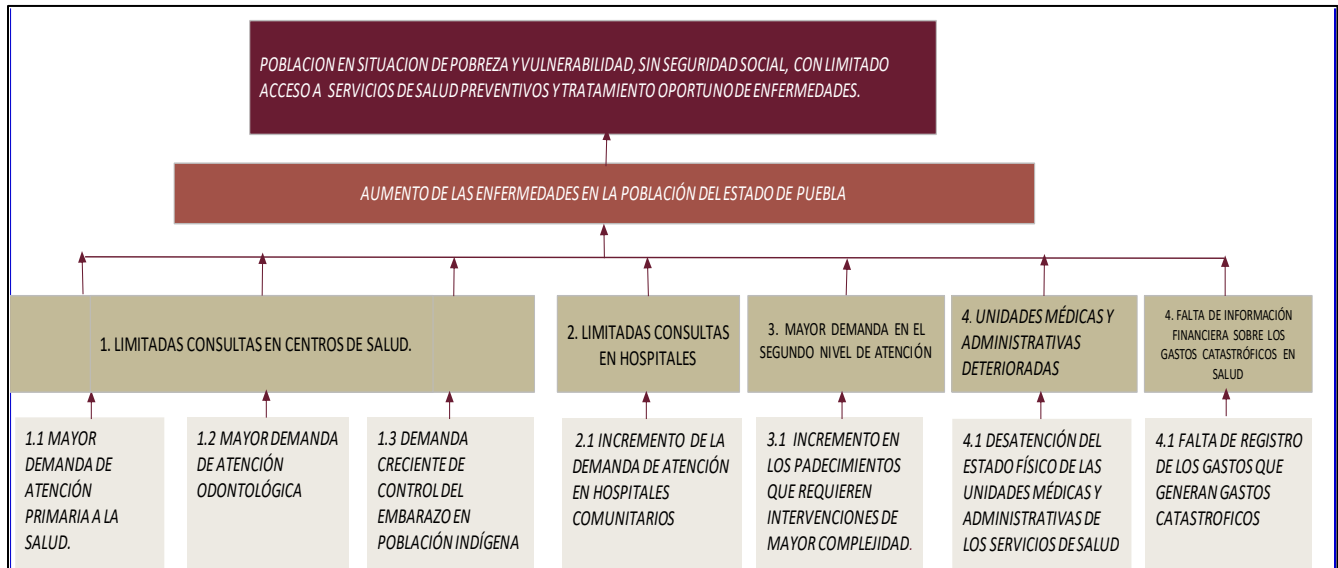


Diagnóstico del Programa Presupuestario

<<Clave y nombre del programa presupuestario>>, 202X

Programa	Población Objetivo	Objetivo del Programa	Operación	Resultados
Seguro Popular	Población afiliada al Seguro Popular (en Menores de 5 años, con el Seguro Médico Siglo XXI y Gastos Catastróficos para los padecimientos incluidos en CAUSES).	Brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.	El programa operó desde el año 2004 al 2019	Hasta el momento que dejó de funcionar el Sistema de Protección Social en Salud a través de su brazo operativo el Seguro Popular, tenía un padrón de beneficiados de 54 millones de mexicanos. 89% de los recursos del sistema se transferían a los estados para operar los servicios de consulta de primer nivel y la hospitalización general en el segundo nivel de atención. Eso se complementaba con un esquema para financiar la atención de alta especialidad, el Fondo de Protección contra gastos Catastróficos que reunía 8% de la totalidad de los fondos.
IMSS-BIENESTAR (COPLAMAR; OPORTUNIDADES; PROSPERA)	Población abierta sin seguridad social, que pertenece a las localidades de acción del Programa, que viven en zonas rurales o urbanas marginadas.	Acercar los servicios con medicamentos y consultas gratuitas a 12.3 millones de personas sin seguridad social.	El programa opera desde el año 1979 a la fecha, con diversos cambios de nombre: (IMSS- COPLAMAR; OPORTUNIDADES; PROSPERA) Actualmente opera en 19 Entidades de la República (12.3 millones de personas).	El Programa IMSS-BIENESTAR proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención. Éste último a través de 80 unidades hospitalarias donde se atienden las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología. El programa tiene 41 años de experiencia, actualmente IMSS-BIENESTAR cuenta con una amplia red de servicios donde se conjuga la atención médica con las acciones de promoción a la salud en la propia comunidad.

1.7 Árbol de problemas.



2. Objetivos

2.1 Determinación y justificación de los objetivos de la intervención.

El Fin del Programa Presupuestario tiene como objetivo contribuir a favorecer a la población sin seguridad social en situación de pobreza y vulnerabilidad, garantizando su acceso a una cobertura integral de servicios de salud.

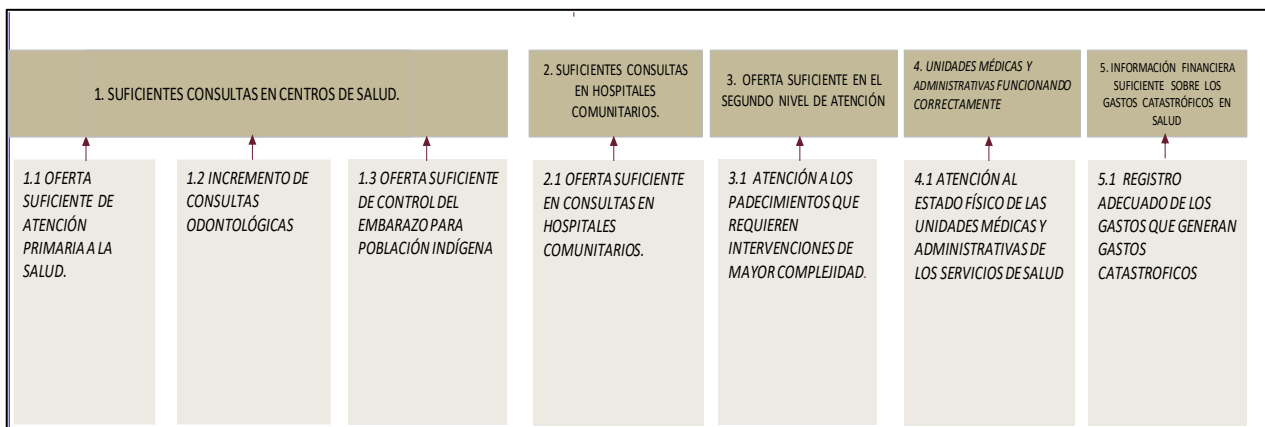
Mientras que el propósito como tal del Programa señala como objetivo específico la reducción de la tasa de morbilidad en el Estado.

2.2 Árbol de objetivos.



2.3 Estrategia para la selección de alternativas.

El Programa E171, surge como respuesta a las necesidades de la población sin seguridad social laboral, sus estrategias son de reciente creación, sin embargo ha retomado líneas de acción que los servicios de salud ya realizaba, tanto en el primer como segundo nivel de atención, por lo que la continuidad de su operación está garantizada. De la misma manera, integra actividades que tienen relación con la conservación y mantenimiento de unidades médicas y con el registro del financiamiento del Fondo de Salud para el Bienestar.



2.4 Concentrado.

ÁRBOL DEL PROBLEMA	ÁRBOL DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO
EFFECTOS	FINES	FIN
POBLACION EN SITUACION DE POBREZA Y VULNERABILIDAD, SIN SEGURIDAD SOCIAL, CON LIMITADO ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE ENFERMEDADES.	FAVORECER A LA POBLACION SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SITUACION DE POBREZA Y VULNERABILIDAD, GARANTIZANDO SU ACCESO A UNA COBERTURA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD.	CONTRIBUIR A GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVO Y AL ACCESO AL TRATAMIENTO OPORTUNO DE ENFERMEDADES, DE LA POBLACION SIN SEGURIDAD SOCIAL
PROBLEMA CENTRAL	SOLUCIÓN	PROPÓSITO
AUMENTO DE LAS ENFERMEDADES EN LA POBLACION DEL ESTADO DE PUEBLA	REDUCCION DE LA TASA DE MORBILIDAD EN EL ESTADO	LA POBLACION DEL ESTADO DE PUEBLA OBTIENE ATENCION MEDICA, REDUCIENDO LA MORBILIDAD A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD OTORGADOS
CAUSAS (1 ER NIVEL)	MEDIOS (1 ER NIVEL)	COMPONENTES
1. LIMITADAS CONSULTAS EN CENTROS DE SALUD.	1. SUFICIENTES CONSULTAS EN CENTROS DE SALUD.	1. CONSULTAS POR MEDICO EN CENTROS DE CONSULTA SALUD OTORGADAS.
CAUSAS (1 ER NIVEL)	MEDIOS (1 ER NIVEL)	COMPONENTES
2. LIMITADAS CONSULTAS EN HOSPITALES COMUNITARIOS	2. SUFICIENTES CONSULTAS EN HOSPITALES COMUNITARIOS.	2. CONSULTAS POR MEDICO EN HOSPITALES COMUNITARIOS OTORGADAS.
CAUSAS (1 ER NIVEL)	MEDIOS (1 ER NIVEL)	COMPONENTES
3. MAYOR DEMANDA DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	3. OFERTA SUFICIENTE A MUJERES EMBARAZADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	3. CESAREAS EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL REALIZADAS
CAUSAS (1 ER NIVEL)	MEDIOS (1 ER NIVEL)	COMPONENTES
4. UNIDADES MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS DETERIORADAS	4. UNIDADES MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	4. UNIDADES MEDICAS CON CONSERVACION Y MANTENIMIENTO REALIZADO
CAUSAS (1 ER NIVEL)	MEDIOS (1 ER NIVEL)	COMPONENTES
5. FALTA DE INFORMACION FINANCIERA SOBRE LOS GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD	5. INFORMACION FINANCIERA SUFICIENTE SOBRE LOS GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD	5. INFORMACION FINANCIERA SUFICIENTE OTORGADA
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
1.1 MAYOR DEMANDA DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.	1.1 OFERTA SUFICIENTE DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.	1.1 OTORGAR 4,302,144 CONSULTAS GENERALES EN CENTROS DE SALUD.
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
1.2 MAYOR DEMANDA DE ATENCION ODONTOLÓGICA	1.2 INCREMENTO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	1.2 OTORGAR 896,400 CONSULTAS ODONTOLÓGICAS.
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
1.3 DEMANDA CRECIENTE DE CONTROL DEL EMBARAZO EN POBLACION INDIGENA	1.3 OFERTA SUFICIENTE DE CONTROL DEL EMBARAZO PARA POBLACION INDIGENA	1.3 REFERIR 195 MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PARTERAS TRADICIONALES A UNIDADES MEDICAS.
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
2.1 INCREMENTO DE LA DEMANDA DE ATENCION EN HOSPITALES COMUNITARIOS	2.1 OFERTA SUFICIENTE EN CONSULTAS EN HOSPITALES COMUNITARIOS.	2.1 OTORGAR 1 66,320 CONSULTAS GENERALES EN HOSPITALES COMUNITARIOS.
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
3.1 INCREMENTO EN LOS PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN INTERVENCIONES DE MAYOR COMPLEJIDAD	3.1 ATENCION A LOS PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN INTERVENCIONES DE MAYOR COMPLEJIDAD	3.1 ATENDER 45, 600 NACIMIENTOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
4.1 DESATENCION DEL ESTADO FISICO DE LAS UNIDADES MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	4.1 ATENCION AL ESTADO FISICO DE LAS UNIDADES MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	4.1 REALIZAR 90 ACCIONES PARA CONSERVAR Y MANTENER UNIDADES MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS
CAUSAS (2DO NIVEL)	MEDIOS (2DO NIVEL)	ACTIVIDADES
5.1 FALTA DE REGISTRO DE LOS GASTOS QUE GENERAN GASTOS CATASTRÓFICOS	5.1 REGISTRO ADECUADO DE LOS GASTOS QUE GENERAN GASTOS CATASTRÓFICOS	5.1 INTEGRAR 4 REPORTES TRIMESTRALES EN EL SISTEMA DE RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS EN TIEMPO Y FORMA

3. Cobertura

3.1 Metodología para la identificación de la población objetivo y definición de fuentes de información.

Justificación de los criterios de focalización de la Población de Referencia: Se refiere a la Población total del Estado de Puebla, de acuerdo a la proyección para el 2020 realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Los Servicios de Salud realizan una agrupación por Jurisdicción Sanitaria y grupo de edad, de acuerdo a la población por municipio y localidad del CONAPO.

Justificación de los criterios de focalización de la Población Potencial: Se refiere a la Población del Estado de Puebla que no cuenta con servicios médicos de régimen de seguridad social y la no especificada. Se toma como dato la proyección por régimen de atención realizada por el INEGI, tomando los datos intercensales.

Justificación de los criterios de focalización de la Población Atendida: Es la población estimada de pacientes atendidos en urgencias y de primera vez en los servicios de salud, de todos los grupos de edad, de acuerdo a los datos del Sistema de Información en Salud (SIS) y del Sistema de Egresos Urgencias y Lesiones (SEUL).

Justificación de los criterios de focalización de la Población Objetivo: Se considera la misma población atendida, población estimada de pacientes atendidos en urgencias y de primera vez en los servicios de salud, de todos los grupos de edad, de acuerdo a los datos del Sistema de Información en Salud (SIS) y del Sistema de Egresos Urgencias y Lesiones (SEUL).

	Definición de la Población	Cantidad	Última fecha de actualización	Periodicidad para realizar la actualización	Fuente de Información
Población de Referencia	Total de Población del Estado de Puebla	6,604,451	2019 proyección para 2020	Anual	Proyecciones del Consejo Nacional de Población
Población Potencial	Población del Estado de Puebla que no cuenta con servicios médicos del IMSS, ISSSTE, ISSSTEP.	3,823,782	2019 proyección para 2020	Anual	Proyección de población para el 2020. Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.
Población Atendida	Población proyectada de pacientes de urgencias y primera vez en los servicios de salud	2,676,301	2019 proyección para 2020	Anual	Proyección de los SSEP.



Población Objetivo	Población usuaria de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	3,086,283	2019 proyección para 2020	Anual	Proyección de población para el 2020. Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.
---------------------------	--	-----------	---------------------------	-------	---

La distribución de la población total por sexo y grupo por edad es la siguiente:

Rango de edad	0 a 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 y mas	Total
Hombres	60,099	242,713	308,137	310,806	307,691	291,862	272,895	238,510	205,119	184,562	172,809	150,099	126,314	101,736	75,483	53,548	36,585	23,065	20,287	3,182,320
Mujeres	57,979	234,334	298,597	302,175	301,729	292,166	282,223	263,245	242,444	223,963	204,795	175,923	148,855	121,341	92,037	67,553	48,599	32,777	31,396	3,422,131
Total	118,078	477,047	606,734	612,981	609,420	584,028	555,118	501,755	447,563	408,525	377,604	326,022	275,169	223,077	167,520	121,101	85,184	55,842	51,683	6,604,451

3.2 Estrategia de cobertura.

Población Potencial: 3,823,782 Población del Estado de Puebla que no cuenta con servicios médicos del IMSS, ISSSTE, ISSSTEP y la no especificada.

Magnitud (Población objetivo): 3,086,283 habitantes responsabilidad de los SSEP, que han sido atendidos en los servicios de salud, proyección de las consultas de primera vez y atención en el servicio de urgencias.

El universo de atención está conformado por el total de población proyectada para el Estado de Puebla y se realiza una agrupación por Jurisdicción Sanitaria, con base en la población por municipio y localidad.

La población abierta es atendida por el IMSS-Bienestar y por los SSEP, la población objetivo y atendida responsabilidad de los Servicios de Salud es la misma en ambos rubros, ésta información corresponde a la proyección en relación a los pacientes atendidos en urgencias y de primera vez en consulta externa que han sido atendidos en los Servicios de Salud.

Descripción del resultado esperado: Disminuir los daños a la salud de la población mediante la coordinación de las acciones de prevención y protección, otorgando servicios de atención a la salud resolutivos.

Para efectos del cumplimiento de las metas, se considera un horizonte de mediano plazo en el que la población objetivo crecerá de acuerdo a la proyección de la población total, por lo que para

La determinación de metas se realiza con base en la metodología federal utilizada para cada programa de acción específico de los servicios de salud.

Integración, operación y actualización del Padrón de Beneficiarios: Este Programa Presupuestario no cuenta con padrón de beneficiarios ya que está dirigido a la atención de la población abierta de responsabilidad.

4. Análisis de similitudes o complementariedades

4.1 Complementariedad y coincidencias

Nombre del PP	Protección en Salud y Servicios de Salud a la Comunidad	Rectoría en Salud
Institución	Servicios de Salud del Estado de Puebla	Servicios de Salud del Estado de Puebla
Propósito (MIR)	Disminuir los daños a la Salud de la población mediante la coordinación de las acciones de prevención y protección, otorgando servicios de atención a la Salud resolutivos.	Satisfacer la demanda de atención de las usuarias y los usuarios en Unidades Médicas.
Población o área de enfoque	Población responsabilidad de los Servicios de Salud	Población responsabilidad de los Servicios de Salud
Cobertura geográfica	Estatal	Estatal
Existen riesgos de similitud con el PP de análisis	No	No
Se complementa con el PP de análisis	Si	Si
Explicación	Este programa brinda atención a toda la población abierta de responsabilidad de los Servicios de Salud que complementan las acciones del Programa E171, con acciones de protección a la Salud y de servicios de salud a la comunidad, enfocándose a la Salud materno infantil, de la infancia y adolescencia y la mujer; así como comunidades saludables y de protección contra riesgos sanitarios, ambos programas son operados en las Unidades Médicas de los Servicios de Salud y su financiamiento es a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).	Este programa brinda atención a toda la población abierta de responsabilidad de los Servicios de Salud que complementan las acciones del Programa E171, con acciones de Rectoría, enfocándose en calidad de la atención médica, satisfacción de los usuarios y administración de los recursos, este programa es Operado en las Unidades Médicas de los Servicios de Salud y su financiamiento es a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).



5. Presupuesto

Información no disponible.

5.1 Estimación del costo del programa presupuestario

Capitulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios Personales	\$
2000 Materiales y Suministros	\$
3000 Servicios Generales	\$
5000 Inversión Pública	\$
Total	\$

5.2 Fuentes de financiamiento

Fuente de financiamiento	Monto en pesos corrientes
Recursos Federales	\$
Recursos Estatales	\$
Total	\$

6. Información Adicional

Los Servicios de Salud sólo tienen registrada una Unidad Responsable que corresponde a la Oficina del C. Secretario, por lo que para fines de entrega ante la SPF, las funciones de las unidades y áreas normativas y operativas del Organismo se integran a esta Unidad Responsables.

6.1 Información adicional relevante

No se cuenta con información adicional del PP.



7. Registro del Programa Presupuestario en Inventario.

Registro del Programa Presupuestario
Tipología del PP: E “Prestación de Servicios Públicos”
Programa Presupuestario: E171 Prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social
Unidad Responsable del PP: 0351 Oficina del C. Secretario

Denominación de UR's que participan	Funciones por UR en el Programa Presupuestario
0351 Oficina del C. Secretario	<ul style="list-style-type: none">Validar las acciones relativas a las actividades que en materia de salud deban ejecutarse en el Estado y que involucren la participación de los/las ciudadanos/as.¹⁴

Bibliografía

- Seguridad Social para el Bienestar. Nota técnica 2, 2019.
- Ley General de Salud, última reforma publicada 24-01-2020
- Proyecto de Nación 2018-2014
- Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.
- La política social en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2(Covid 19) en México. CONEVAL, 2020.
- Carencias Sociales, Entidades Federativas, Página del CONEVAL, 2015.
- Atención Primaria de Salud Integral e Integrada Aps-I Mx: La Propuesta Metodológica y Operativa. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud.
- Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Anexos

Sin anexos.

¹⁴ Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.