



“Diagnóstico Ampliado”
Programa I002
Fondo de Aportaciones para los Servicios
de Salud
(FASSA)



Contenido

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO (PP)	3
1. INTRODUCCIÓN	3
2. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	9
2.1 DEFINICIÓN CLARA, CONCRETA Y ÚNICA DEL PROBLEMA PÚBLICO	10
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
2.3 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	11
2.4 PROSPECTIVA DEL PROBLEMA	13
2.5 BRECHAS Y AFECTACIONES DIFERENCIADAS	13
3. EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN	14
3.1 IDENTIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS	14
3.2 EVIDENCIA QUE VALIDA EL MECANISMO CAUSAL	15
3.3 INCORPORACIÓN DE ELEMENTOS EXITOSOS Y DE RIESGO EN EL DISEÑO	15
4. ANÁLISIS DE POBLACIONES	15
4.1. POBLACIÓN POTENCIAL	15
4.2. POBLACIÓN OBJETIVO	17
4.3. FUENTE DE INFORMACIÓN Y FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN	18
5. ÁRBOL DEL PROBLEMA	19
6. ÁRBOL DE OBJETIVOS	20
7. ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS	21
7.1 MATRIZ DE ALTERNATIVAS	21
7.2. ALTERNATIVAS PROPUESTAS	22
7.3. SELECCIÓN DE ALTERNATIVA	24
7.4. ALTERNATIVA SELECCIONADA:	25
8. ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO (EAPP)	25
9. VINCULACIÓN CON LA PLANEACIÓN NACIONAL DEL DESARROLLO	28
10. DISEÑO OPERATIVO	30
10.1. MODALIDAD PRESUPUESTARIA	30
10.2. UNIDADES RESPONSABLES	30
10.3. BIENES Y SERVICIOS	34
10.4. COBERTURA	35
10.5. REGISTRO DE POBLACIÓN ATENDIDA	35
11. ANÁLISIS DE SIMILITUDES, COMPLEMENTARIEDADES Y DUPLICIDADES	38
12 INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO	38
13 ANÁLISIS PRESUPUESTAL	40

Datos de identificación del Programa presupuestario (Pp)

Ramo	33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios
Modalidad del Pp	Gasto Federalizado
Clave del Pp	I002
Denominación Pp	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)

1. Introducción

La elaboración del presente **Diagnóstico Ampliado** se realiza con el propósito de crear el instrumento de diseño y seguimiento del Programa presupuestario I002 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), debido a las Reformas que se establecieron, en la Ley General de Salud (LGS) y en la Ley de Coordinación Fiscal (LCF)¹ con motivo del surgimiento de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (**IMSS-Bienestar**).

En términos generales las modificaciones están relacionadas con los recursos que recibirán a través del FASSA, de aquellas entidades federativas que firmaron Convenio de Coordinación y Modificatorio con el IMSS-Bienestar y las que no lo hicieron.

Esto implica que el destino del recurso del FASSA vaya de manera diferente a las 32 entidades federativas. Esto es, 23 entidades federativas firmaron convenio con el IMSS-Bienestar y por lo tanto conservan las Subfunciones de Servicios de Salud a la Comunidad y Rectoría del Sistema de Salud, a estas 23 entidades federativas se les llamará **Concurrentes**. En cambio, las otras 9 se denominan **No Concurrentes** y mantienen las 4 Subfunciones de la clave presupuestaria.

Estas Subfunciones son las siguientes:

- SF 1 Prestación de servicios de salud a la comunidad
- SF 2 Prestación de servicios de salud a la persona
- SF 3 Generación de recursos para la salud
- SF 4 Rectoría del Sistema de Salud

Es claro que los cambios en el instrumento de diseño (Matriz de Indicadores para Resultados) se harán con base en los Lineamientos para regular la gestión de los Instrumentos de Diseño y de Seguimiento del Desempeño de los Programas presupuestarios (Lineamientos-ID-ISD), y con base en el Modelo para la integración del Instrumento de Diseño tipo: “Diagnóstico Ampliado”², ambos emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. De esta manera se dará

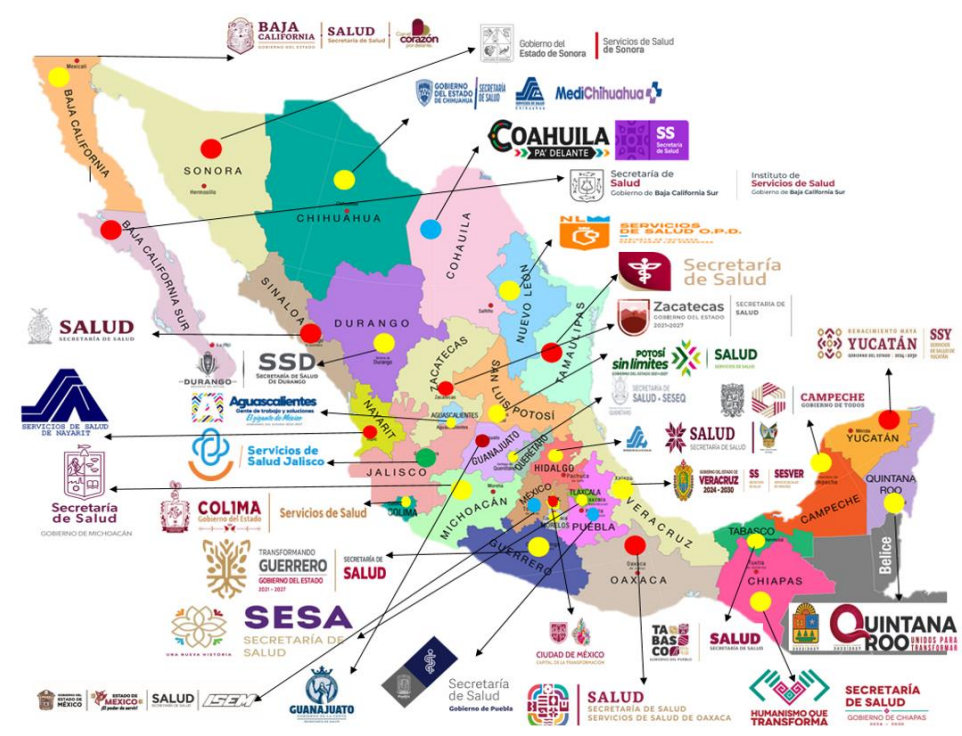
¹ Publicada en el Diario Oficial de la federación del 3 de enero de 2024

² Se localiza el “Diagnóstico ampliado” en la liga siguiente:

<https://www.google.com/search?q=https+www+transparenciapresupuestaria+gob+mx%2Fwork%2Fmodels%2FPTP%2FNPTP%2Fdescargables%2Fdiagnostico>

cumplimiento de la obligación de contar con un instrumento de diseño y de seguimiento para el FASSA.

De igual manera es importante resaltar, que el contenido de este Diagnóstico Ampliado se sustenta en los diagnósticos ampliados elaborados por los Servicios Estatales de Salud (SESA) de las 32 entidades federativas, considerando la evidencia proveniente de los sistemas oficiales de información en salud, estadísticas del INEGI, indicadores del SINAIS, así como en estudios sectoriales y lineamientos federales en materia de planeación y evaluación del desempeño (SHCP, 2025).



Con toda esa información, la finalidad del Diagnóstico Ampliado tiene como propósito identificar el problema público que atiende el FASSA con un **enfoque común** entre los 32 Servicios Estatales de Salud, centrado en la **salud pública**, mediante intervenciones de prevención, promoción, participación comunitaria e impulso de estilos de vida saludables, y fortalecimiento de la **función rectora** de los SESA, esto contribuirá al diseño de una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), congruente con los objetivos establecidos en los distintos ordenamientos aplicables. El esfuerzo realizado se alinea con los **Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030** y con los objetivos, estrategias, líneas de acción, indicadores y metas del **Programa Sectorial de Salud 2025-2030**.

- **Contexto político, económico, social e institucional del FASSA**



El FASSA, adscrito al Ramo General 33 “Fondo de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios”, constituye desde su creación³ una de las principales fuentes de financiamiento para la prestación de servicios estatales de salud dirigidos a la **población sin seguridad social**. En su origen, el FASSA permitió sostener las operaciones básicas de los servicios médicos estatales; sin embargo, su importancia se ha consolidado especialmente en contextos de pobreza y desigualdad social, donde estos servicios representan, en muchos casos, el primer y único punto de acceso a la atención médica para la población no afiliada a instituciones de seguridad social (CONEVAL, 2021), además de posibilitar el cumplimiento de funciones sustantivas en materia de **salud pública**.

La actuación de las entidades federativas en la ejecución de estos recursos se encuentra sustentada en el marco jurídico nacional, particularmente en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud y establece la obligación del Estado de garantizar el acceso efectivo a servicios médicos adecuados, conforme a las bases y modalidades que determine la Ley General de Salud.

De manera consistente, los documentos estatales⁴ coinciden en señalar que el FASSA continúa siendo un pilar estratégico de la política pública en salud, al permitir a las entidades federativas fortalecer su capacidad operativa, la vigilancia epidemiológica, el abasto de medicamentos, la infraestructura sanitaria y la atención a grupos en situación de vulnerabilidad.

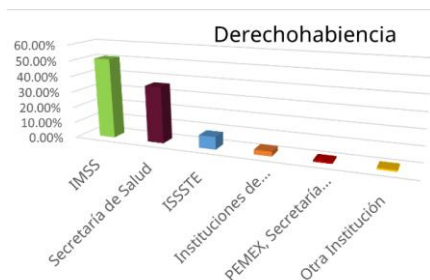
Desde la perspectiva estatal, el fondo no solo constituye un mecanismo de financiamiento, sino también un instrumento clave de planeación, seguimiento y evaluación, que respalda el diseño de estrategias más equitativas, sostenibles y sustentadas en evidencia, orientadas a garantizar el derecho a la salud.

En la actualidad, la operación del FASSA se desarrolla en un contexto de transformación del Sistema Nacional de Salud, enfocado en el fortalecimiento de la rectoría estatal, la equidad en el acceso a los servicios y la coordinación con el IMSS-Bienestar, con el propósito de consolidar un modelo de atención más preventivo y centrado en el bienestar de la población.

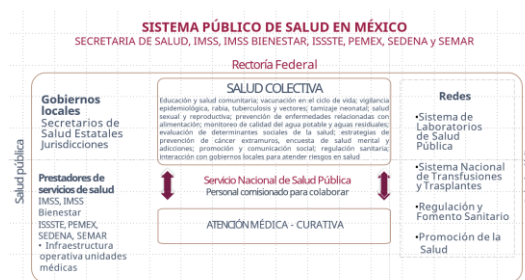
México es una población con 130.9 millones de habitantes, donde la conformación de la población con derechohabencia se muestra en la gráfica siguiente, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2020.

³ El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) surge en 1998 como resultado del proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado en 1996, mediante el cual se transfirieron responsabilidades y recursos a las entidades federativas. Su creación, derivada de la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal y con fundamento en el artículo 4º constitucional, responde a la necesidad de garantizar la concurrencia entre la Federación y los estados en materia de salubridad general, fortalecer el federalismo fiscal y acercar los servicios básicos de salud a la población, a través de transferencias federales condicionadas.

⁴ Tomado de los Diagnósticos Ampliados del FASSA en el apartado de la Introducción por parte de las 32 Entidades Federativas



Fuente: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabienta/>



Fuente: Elaboración Secretaría de Salud, presentada en reunión con entidades federativas, febrero 2026

Contexto político

El FASSA se inserta en un contexto político definido por el principio de federalismo, el abordaje oportuno de las enfermedades más prevalentes representa no solo un reto, sino una inversión clave en el desarrollo sostenible de los estados. Reducir la incidencia de enfermedades cerebrovasculares, crónico degenerativas, transmisibles y no transmisibles mediante acciones preventivas y de promoción de la salud, todas con tasas significativas que reflejan tanto estilos de vida poco saludables como diagnósticos tardíos.

La prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social es una responsabilidad compartida, lo que exige mecanismos de coordinación eficaces y respetuosos de las capacidades locales.

Las recientes decisiones de política pública en materia de salud, incluidas las reformas para fortalecer la atención primaria y transitar hacia un sistema nacional universal y gratuito, han generado un entorno dinámico. En este escenario, el FASSA actúa como un pilar de estabilidad y continuidad operativa en las entidades federativas, permitiendo que no se interrumpan servicios esenciales mientras se consolidan los nuevos modelos de atención.

Contexto económico

El programa opera en un entorno de **presiones fiscales** crecientes y limitaciones presupuestarias a nivel nacional. A pesar de los esfuerzos por incrementar la inversión en salud, el gasto público como porcentaje del PIB aún es bajo en comparación con otros países de la OCDE. Esta situación limita la posibilidad de expandir coberturas y mejorar la calidad de los servicios.

El FASSA representa uno de los principales mecanismos de financiamiento para los servicios estatales de salud y constituye una fuente esencial para la cobertura de servicios personales del personal médico, adquisición de medicamentos, mantenimiento de infraestructura y desarrollo de acciones preventivas. La suficiencia, puntualidad y uso eficiente de estos recursos son determinantes para la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

Contexto social



La población objetivo del FASSA —personas sin acceso a la seguridad social— enfrenta múltiples barreras para ejercer su derecho a la salud: pobreza, marginación territorial, baja escolaridad, escasa infraestructura y falta de personal capacitado, entre otras. Esta situación es especialmente crítica en zonas rurales, indígenas y de alta marginación, donde los servicios estatales son, a menudo, la única opción de atención.

El FASSA contribuye de manera directa a reducir brechas sociales al financiar acciones de **promoción de la salud, prevención de enfermedades, control de riesgos sanitarios y entrega de medicamentos gratuitos**, alineándose con los principios de equidad, acceso universal y protección financiera.

Contexto institucional

El FASSA, se encuentra en el **corazón operativo del Sistema Nacional de Salud descentralizado**. Creado para sustentar las funciones transferidas a las entidades federativas desde 1998, se consolida como la fuente primordial de financiamiento para la atención de la población sin seguridad social.

Constituye el instrumento presupuestario esencial para garantizar el derecho a la salud. Su estructura permite la continuidad operativa en los estados a través de:

- **Atención Directa:** Asegura el acceso a consultas médicas, esquemas de vacunación, atención materno-infantil y el suministro de medicamentos gratuitos, entre otros.
- **Sostenibilidad del Capital Humano:** Soporta la nómina del personal médico, de enfermería y técnico sanitario en las entidades federativas.
- **Mantenimiento de Servicios:** Provee los recursos necesarios para la infraestructura, operación de las unidades médicas y el abasto de insumos médicos básicos.
- **Salud Colectiva:** Provee los recursos necesarios para realizar acciones de prevención, promoción, difusión a la comunidad, vacunación fuera de unidades médicas, vigilancia epidemiológica, rabia, tuberculosis y vectores; tamizaje neonatal; prevención de enfermedades, cloración del agua, etc.

La Secretaría de Salud, como cabeza de sector, orienta y coordina las acciones del FASSA, mientras que los gobiernos estatales ejecutan el gasto y reportan los resultados en los sistemas que implementados de la SHCP (SRFT, PASH), la administración del FASSA corresponde a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Información sobre el inicio de operación del Pp y las razones que originaron la creación del FASSA.

El **FASSA** inició su operación en 1998, a raíz de la reforma al artículo 25 de la Ley de Coordinación Fiscal, como parte del proceso de descentralización de los servicios de salud hacia las entidades federativas. Su creación respondió a la necesidad de dotar a los estados de recursos suficientes

y etiquetados para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, especialmente para la población sin seguridad social. 5

El FASSA se creó y se presentó por primera vez en el Decreto que modificó la Ley de Coordinación Fiscal, publicado en el DOF el 29 de diciembre de 1997, y entró en vigor el 1 de enero de 1998. 6

Esta transferencia de funciones y recursos a nivel estatal tuvo como finalidad fortalecer la eficiencia operativa, mejorar la planeación local y hacer más pertinente la atención a las necesidades específicas de cada región. La creación del FASSA permitió consolidar el modelo federalista en materia de salud y facilitar una gestión más directa y cercana a la población usuaria.

Cambios sustanciales en el diseño del FASSA

- **1997.-** Reforma a la **Ley de Coordinación Fiscal** para **incorporar el Ramo 33**, creando el marco jurídico para la transferencia de recursos federales a las entidades federativas en materia de salud y otros sectores sociales.
- **1998.- Creación del FASSA** derivado del proceso de descentralización de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, con el propósito de transferir responsabilidades operativas y presupuestales a los gobiernos estatales. Además de asegurar una fuente estable y etiquetada de financiamiento federal para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social.
- **1999.-** Fortalecimiento del **federalismo** fiscal, al establecer criterios de distribución basados en fórmulas que consideran variables demográficas y de necesidad en salud.
- **2003.- Complementariedad** con la creación del **Sistema de Protección Social en Salud**, con el fin de ampliar la cobertura de atención médica a la población sin seguridad social.
- **2004:** corresponde a la creación del programa **“Seguro Popular”**, su objetivo era ampliar la cobertura de atención médica a la población sin seguridad social. El Seguro Popular **financiaba** los servicios médicos y medicamentos gratuitos a bajo costo a aquellas personas que no se encontraban afiliadas al IMSS o al ISSSTE, lo que implicó ajustes en los criterios de asignación de recursos y la articulación con nuevos padrones de beneficiarios.
- **2016:** el Gobierno de la República convocó a un Acuerdo Nacional, con el objetivo de universalizar los servicios de salud y abordar la fragmentación del Sistema Nacional de Salud. La intención era reunir a diversas partes interesadas, como la Secretaría de Salud (SSA), las instituciones de seguridad social y los proveedores de servicios de salud de las entidades federativas.

⁵ Datos de https://cronica.diputados.gob.mx/DDebate/57/2do/1P/Ord/19981207.html?utm_source=chatgpt.com;

⁶ https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4905189&fecha=29/12/1997&cod_diario=209832

- **2019:** se reformó la Ley General de Salud, que establece el derecho de todas las personas a recibir atención médica integral y de calidad, así como el acceso a medicamentos y servicios de salud preventiva. Esta ley también sentó las bases para la creación del **Instituto de Salud para el Bienestar** (INSABI), que sustituyó al Seguro Popular.
- **2020:** Con la desaparición del Seguro Popular, el FASSA se ajustó para alinearse con el modelo de atención del **INSABI**, sin modificar su base legal en la Ley de Coordinación Fiscal, pero sí cambiando los lineamientos operativos y de coordinación con los estados. El INSABI tiene como objetivo principal garantizar el acceso a servicios de salud gratuitos a bajo costo para la población sin seguridad social. Buscaba eliminar las barreras financieras para acceder a la atención médica y promover la prevención y el tratamiento oportuno de enfermedades. Además, el INSABI se comprometió a fortalecer la atención primaria y ampliar la cobertura de servicios de salud en todo el país.
- **2023-2024:** Transición hacia el modelo de **IMSS-Bienestar**, lo que generó una reestructuración institucional que implicó la transferencia parcial o total de infraestructura, personal y recursos estatales a un nuevo ente operativo federal en 23 entidades federativas (llamadas Concurrentes). Sin embargo, el FASSA se mantiene como un instrumento vigente para estados No Concurrentes (9 entidades federativas) o en proceso de adhesión.



2. Definición y análisis del problema

Si bien se reconoce que las entidades federativas enfrentan una limitada capacidad operativa para brindar servicios de salud oportunos y de calidad a la población sin seguridad social —situación de carácter **estructural** y persistente que incide en el ejercicio del derecho a la salud y profundiza las desigualdades en el acceso—, dicha condición ha sido tradicionalmente asociada a la **insuficiencia de recursos financieros, humanos y materiales**. No obstante, la restricción de recursos constituye una condición estructural y permanente del sistema de salud, más que un problema público en sí mismo. En este sentido, el presente análisis **reorienta** el enfoque hacia aspectos institucionales, de diseño y de desempeño del FASSA, privilegiando el examen de la planeación, la rectoría, la prevención, la promoción de la salud y la orientación a resultados, y evitando centrar la argumentación exclusivamente en consideraciones de carácter financiero.

La intención de este enfoque es identificar las restricciones que se tienen en el FASSA para incidir de manera sostenida en la mejora de las condiciones de salud y la reducción de riesgos prevenibles.

De acuerdo con el consenso de las entidades federativas que elaboraron el Diagnóstico Ampliado de sus estados, el hallazgo referente al problema se puede identificar en los aspectos siguientes:

- **Inoperancia de la Red Prestadora:** Las entidades reportan que los servicios se otorgan a través de una red fragmentada, lo que impide una atención continua y efectiva.
- **Deficiencias en Salud Pública:** Se identifica una limitada capacidad para realizar acciones transversales y territoriales, resultando en un incremento de la morbilidad por padecimientos prevenibles y un control inadecuado de enfermedades transmisibles.
- **Debilitamiento de la Rectoría Estatal:** La limitada cobertura operativa y la falta de planeación estratégica a nivel subnacional impiden que el FASSA cubra las necesidades reales de salud de la población sin derechohabiencia.
- **Calidad Percibida:** Existe un consenso en las entidades sobre la baja calidad de los Servicios Estatales de Salud, lo que vulnera el derecho a la protección de la salud y genera una atención que no es oportuna ni suficiente.

2.1 Definición clara, concreta y única del problema público⁷

A partir del contexto expuesto, se establece una definición clara, concreta y única del **problema público**:

*La población mexicana sin seguridad social presenta un **incremento en la morbilidad** por padecimientos de salud pública y **limitaciones en la mejora sostenida** de sus condiciones de vida, derivado de un acceso inefectivo a servicios integrales, una insuficiente orientación preventiva y debilidades estructurales en la **rectoría y planeación** de los servicios estatales de salud financiados con el FASSA*

2.2 Antecedentes del problema

El problema tiene su origen en el proceso de **descentralización de los servicios de salud** iniciado en la década de los noventa, mediante el cual se transfirieron a las entidades federativas responsabilidades operativas relevantes en la prestación de servicios a la población sin seguridad social. Si bien este proceso fortaleció el federalismo sanitario, también generó **heterogeneidad en las capacidades institucionales, técnicas y de conducción** de los servicios estatales de salud.

En este contexto, el diseño y operación del FASSA ha tendido históricamente a **privilegiar la atención curativa y el cumplimiento administrativo**, en detrimento de una integración

7 Programa Sectorial de Salud 2020-2024. https://sidofqa.segob.gob.mx/notas/docFuente/5598474?utm_source=chatgpt.com

sistemática de acciones de **prevención, promoción de la salud, difusión y fortalecimiento de la salud pública**, así como de un ejercicio homogéneo y efectivo de la función rectora. Esta orientación ha limitado la capacidad del sistema para anticipar riesgos, contener enfermedades prevenibles, generar resultados sostenibles en salud y dificultades de supervisión efectiva.⁸

2.3 Estado actual del problema

En la coyuntura actual, la eficacia de la rectoría y planeación de los servicios estatales de salud se ve comprometida por una presión creciente sobre la infraestructura operativa. Este fenómeno se explica a través de tres ejes críticos:

- **Transición Epidemiológica y Demográfica:** El envejecimiento poblacional y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles han modificado la demanda de servicios, exigiendo una transición de un modelo curativo a uno de **mejora sostenida y prevención**.
- **Incremento en la Morbilidad:** La persistencia de padecimientos prevenibles y enfermedades de salud pública refleja una fragmentación en las acciones de promoción de la salud a nivel territorial. Esta preocupación es validada por las 32 entidades federativas, quienes reportan un incremento en la carga de enfermedad en la población sin seguridad social.
- **Perfil de Mortalidad (Evidencia INEGI):** Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre las principales causas de muerte según sexo confirman que el sistema enfrenta retos diferenciados que requieren una planeación con perspectiva de género y un enfoque preventivo fortalecido para reducir las muertes evitables.

⁸ Fuentes de Información: **Ley de Coordinación Fiscal** (reforma de 1997; creación del Ramo 33 y del FASSA): <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LCF.pdf>; **Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud**, 1996: Secretaría de Salud. Documentos históricos. <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>; CONEVAL (2022). **Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa I002 – FASSA** <https://www.coneval.org.mx>; Auditoría Superior de la Federación (2023). **Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022**. <https://www.asf.gob.mx>; DOF, 31 de agosto de 2022. Decreto de creación del organismo IMSS-Bienestar. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5658543; Cámara de Diputados / Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2024). **Impacto presupuestal de la federalización de los servicios de salud**. <https://www.cefp.gob.mx>

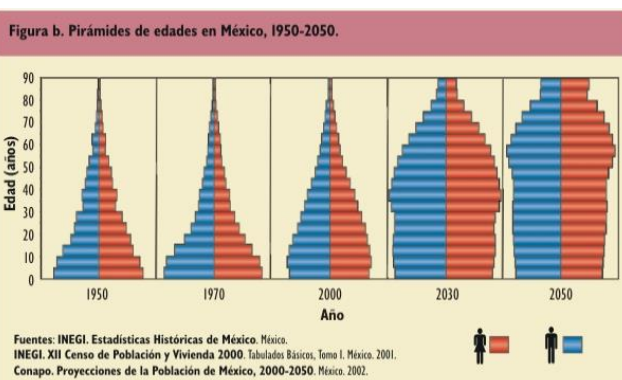
Rango	Total	Mujer	Hombre
1	Enfermedades del corazón 192 563	Enfermedades del corazón 89 576	Enfermedades del corazón 102 972
2	Diabetes <i>mellitus</i> 112 641	Diabetes <i>mellitus</i> 56 467	Diabetes <i>mellitus</i> 56 170
3	Tumores malignos 95 237	Tumores malignos 49 940	Tumores malignos 45 296
4	Enfermedades del hígado 40 704	Enfermedades cerebrovasculares 16 946	Accidentes 30 885
5	Accidentes 39 729	Influenza y neumonía 16 326	Enfermedades del hígado 29 390
6	Influenza y neumonía 36 316	Enfermedades del hígado 11 312	Agresiones (homicidios) 29 183
7	Enfermedades cerebrovasculares 34 819	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 9 270	Influenza y neumonía 19 984
8	Agresiones (homicidios) 33 241	Accidentes 8 805	Enfermedades cerebrovasculares 17 873
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 19 140	Insuficiencia renal 7 691	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 9 870
10	Insuficiencia renal 17 396	Septicemia 4 370	Insuficiencia renal 9 705

■ Enfermedades transmisibles
 ■ Enfermedades no transmisibles
 ■ Externas

Fuente: INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), 2024.

Asimismo, se observan debilidades en la articulación entre la rectoría sanitaria, la planeación programática y la ejecución de acciones de salud pública, lo que limita la eficacia de las estrategias preventivas y la difusión de prácticas saludables, así como la capacidad para generar cambios sostenidos en los determinantes sociales de la salud.

Esto muestra que el FASSA está rebasado, por una población que envejece y enferma de manera distinta a como lo hacía cuando se creó en 1998. La obsolescencia del diseño original del FASSA se evidencia al contrastar la pirámide poblacional de 1998 con la actual. Mientras que en su creación el fondo atendía una demanda mayoritariamente de servicios básicos y preventivos para una población joven, hoy debe hacer frente a un perfil epidemiológico dominado por enfermedades crónico-degenerativas. Este cambio no solo aumenta la morbilidad, sino que eleva exponencialmente el costo de operación por paciente, superando la capacidad de planeación y rectoría de los servicios estatales



2.4 Prospectiva del problema

De mantenerse las dinámicas actuales, el problema tenderá a acentuarse en el mediano y largo plazo, dado que la ausencia de un enfoque preventivo **robusto** y de una rectoría **fortalecida** incrementará la demanda de servicios curativos, dificultando la contención de riesgos sanitarios y la reducción de enfermedades evitables.

La falta de una integración sistemática de la promoción, la prevención y la salud pública en el modelo de atención podría traducirse en mayores brechas territoriales y poblacionales en los resultados en salud, así como en una limitada capacidad del sistema para responder de manera anticipada y coordinada ante emergencias sanitarias y nuevos desafíos epidemiológicos.

La dificultad también radica en que las acciones de prevención en salud tienen un impacto que se manifiesta principalmente a mediano y largo plazo, ya que están orientadas a evitar la aparición de enfermedades y a promover estilos de vida saludables. A diferencia de la atención curativa, cuyos resultados son inmediatos y visibles, la prevención actúa sobre factores de riesgo y determinantes sociales, por lo que sus beneficios se reflejan con el paso del tiempo en la reducción de enfermedades crónicas, la disminución de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida de la población. Sin embargo, al tratarse de efectos que no son inmediatos y que se basan en eventos que no ocurren, **su impacto resulta más difícil de medir y valorar.**

Es por ello que, a la fecha, la prioridad de los sistemas de salud sea la atención curativa, ya que responde de manera directa a las demandas urgentes de la población y permite mostrar resultados concretos en el corto plazo. Además, las decisiones políticas y presupuestarias suelen centrarse en necesidades inmediatas, lo que favorece la inversión en hospitales, medicamentos y servicios curativos, dejando en segundo plano las estrategias preventivas. A ello se suma una cultura sanitaria enfocada en la enfermedad más que en la promoción de la salud, lo que refuerza un modelo de atención reactivo.

A pesar de ello, la prevención representa una estrategia costo-efectiva a largo plazo, ya que reduce la carga de enfermedad, evita la saturación de los servicios de salud y genera ahorros significativos al gasto en salud, aunque los beneficios no son percibidos de manera inmediata por la población, y aun cuando resulta fundamental para la sostenibilidad y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

2.5 Brechas y afectaciones diferenciadas

El problema afecta de manera diferenciada a **grupos de población en condiciones de mayor vulnerabilidad**, particularmente a personas que habitan en **zonas rurales, localidades de alta y muy alta marginación, comunidades indígenas y regiones con dispersión poblacional**, donde las acciones de prevención, promoción y difusión en salud presentan mayores limitaciones de cobertura y continuidad.

A nivel territorial, se identifican **brechas significativas entre entidades federativas** en cuanto a la integración de la salud pública en la planeación y operación de los servicios, así como en el ejercicio de la función rectora. Estas diferencias se reflejan en variaciones en la incidencia de enfermedades prevenibles, en la oportunidad de la atención y en la capacidad para implementar estrategias intersectoriales de promoción de la salud.

3. Experiencias de atención

Las experiencias nacionales e internacionales respecto a intervenciones que atienden la falta de **mejora sostenida en las condiciones de salud** y las **debilidades en la rectoría**, además de atender a población vulnerable.

3.1 Identificación de experiencias

En el cuadro siguiente se muestran algunas experiencias:

Experiencia	Resultados	Obstáculos/Retos
SUS (Brasil)	Cobertura universal; fortalecimiento de capacidades estatales; enfoque de salud familiar	Subfinanciamiento crónico; inequidades persistentes en regiones del norte y noroeste.
SIS (Perú)	Mayor acceso en zonas rurales; reducción de barreras económicas.	Débil capacidad operativa subnacional; problemas de evaluación continua
NRHM (India)	Mayor equidad en acceso a intervenciones prioritarias; empoderamiento de pacientes.	Complejidad en garantizar tiempos de atención; presión sobre el sistema público.
Con las experiencias Internacionales, se concluye que la descentralización financiera en salud requiere una rectoría central que condicione los recursos al cumplimiento de metas de prevención y salud pública para evitar la fragmentación de los servicios.		
Políticas de Atención Primaria (OMS/OPS)	Estudios sobre sistemas de salud en transición epidemiológica confirman que la orientación hacia servicios preventivos integrales es la única vía para mitigar el costo creciente de la atención de enfermedades crónicas, un reto que el diseño original del FASSA de 1998 no contemplaba plenamente.	
IMSS-Bienestar	Consolidación en zonas rurales; contratación directa de personal; integración de infraestructura.	Reciente proceso de Centralización; rezago en estados no incorporados; falta de evidencia consolidada sobre resultados
Servicios Estatales de Salud	Se analiza como una transición hacia la centralización operativa, lo que obliga al FASSA a rediseñar el papel de la Secretaría de Salud y la de los Servicios Estatales de Salud, hacia una rectoría que norme la prevención, la salud pública y que unifique criterios de calidad en las 32 entidades federativas para superar la fragmentación de los servicios estatales.	

3.2 Evidencia que valida el mecanismo causal

La evidencia recopilada en el diagnóstico con las entidades federativas valida el **mecanismo causal** del problema central:

- **Debilidad en la Planeación = Limitación en Salud:** Se confirma que la insuficiente orientación preventiva y la falta de una planeación estratégica en las áreas responsables impacta directamente en el incremento de la morbilidad por padecimientos de salud pública.
- **Diseño vs. Realidad:** La evidencia demográfica (1998 vs. 2026) demuestra que el diseño del FASSA ha sido rebasado; el mecanismo de entrega de servicios ya no es suficiente para cubrir el **costo de operación por paciente** bajo el nuevo perfil epidemiológico, lo que genera las brechas de cobertura detectadas por las entidades.

3.3 Incorporación de elementos exitosos y de riesgo en el diseño

El fortalecimiento del Pp I002 incorpora lecciones aprendidas para mitigar el problema definido:

- **Elemento Exitoso:** Se integra la necesidad de fortalecer la **rectoría y planeación estatal** como eje para asegurar que el recurso del FASSA se traduzca en una mejora sostenida de la salud.
- **Mitigación de Riesgos:** El diseño reconoce como riesgo principal la **insuficiencia operativa ante la transición epidemiológica**. Para contrarrestarlo, se propone una reorientación que priorice el gasto de operación y la gratuidad, buscando que el fondo recupere su capacidad de respuesta ante las enfermedades crónicas y prevenibles.
- **Consolidar la universalidad de los servicios de salud** sin comprometer su calidad.

Este aprendizaje compartido abre la oportunidad de continuar fortaleciendo y modernizando el sistema de salud mexicano, de manera que responda de forma efectiva y oportuna a las necesidades reales de la población, contribuyendo así a la reducción de brechas sociales y al cumplimiento progresivo del derecho a la salud.

4. Análisis de poblaciones

4.1 Población potencial

La población potencial está conformada por todas aquellas personas que no cuentan con seguridad social laboral y, por lo tanto, presentan la necesidad de acceder a servicios de salud a través de los Servicios Estatales de Salud.

Esta población representa el universo que justifica la existencia del programa, al concentrar las carencias más significativas en términos de acceso efectivo, gratuito y de calidad a servicios médicos. De acuerdo con CONEVAL, la población potencial se define como “aquella población que

presenta la necesidad o el problema que se busca atender”. Señala que: “Todo problema se deriva de una población con una necesidad o problema a atender; por lo tanto, todo programa debe definir una población potencial”. Esto excluye a la población que, si bien podría en un futuro desarrollar el problema, no lo presenta en el momento actual. Por lo tanto, no se considera como población potencial a toda la población del estado, sino únicamente a quienes ya enfrentan la carencia de seguridad social en salud.

Población

EF	Entidad Federativa	Suma de Población derechohabiente	Suma de Población no derechohabiente	POBLACIÓN TOTAL	Hombres	Mujeres
1	Aguascalientes	863,290	704,269	1,567,559	352,189	352,080
2	Baja California	2,576,834	1,612,451	4,189,285	836,593	775,858
3	Baja California Sur	566,049	355,685	921,734	184,877	170,808
4	Campeche	470,242	491,772	962,014	246,201	245,571
5	Coahuila	2,517,173	1,570,133	4,087,306	805,180	764,953
6	Colima	447,797	323,741	771,538	163,998	159,743
7	Chiapas	1,315,786	4,869,683	6,185,469	2,394,545	2,475,138
8	Chihuahua	2,437,042	1,003,343	3,440,385	517,695	485,648
9	Ciudad de México	5,238,800	3,921,166	9,159,966	1,928,908	1,992,258
10	Durango	1,071,033	868,449	1,939,482	439,888	428,561
11	Guanajuato	2,731,848	3,858,901	6,590,749	1,890,762	1,968,139
12	Guerrero	831,994	2,774,302	3,606,296	1,343,954	1,430,348
13	Hidalgo	1,199,438	2,134,622	3,334,060	1,033,993	1,100,629
14	Jalisco	4,698,554	4,283,473	8,982,027	2,150,743	2,132,730
15	México	7,973,576	9,848,844	17,822,420	4,850,048	4,998,796
16	Michoacán	1,702,482	3,386,901	5,089,383	1,669,835	1,717,066
17	Morelos	854,759	1,212,713	2,067,472	595,621	617,092
18	Nayarit	652,005	686,494	1,338,499	346,060	340,434
19	Nuevo León	4,576,628	1,939,574	6,516,202	1,005,120	934,454
20	Oaxaca	1,185,548	3,183,449	4,368,997	1,538,435	1,645,014
21	Puebla	2,126,216	5,022,923	7,149,139	2,445,812	2,577,111
22	Querétaro	1,488,349	1,212,629	2,700,978	604,855	607,774
23	Quintana Roo	1,280,468	860,614	2,141,082	441,705	418,909
24	San Luis Potosí	1,424,892	1,577,759	3,002,651	781,489	796,270
25	Sinaloa	1,829,132	1,378,907	3,208,039	698,380	680,527
26	Sonora	1,955,368	1,213,256	3,168,624	626,752	586,504
27	Tabasco	903,878	1,568,790	2,472,668	774,667	794,123
28	Tamaulipas	2,170,259	1,607,213	3,777,472	813,648	793,565
29	Tlaxcala	454,025	1,010,490	1,464,515	494,080	516,410
30	Veracruz	2,926,336	5,185,477	8,111,813	2,527,739	2,657,738
31	Yucatán	1,340,244	1,202,292	2,542,536	607,728	594,564
32	Zacatecas	677,795	1,049,103	1,726,898	519,005	530,098
	Total	62,487,840	71,919,418	134,407,258	35,630,505	36,288,913
Datos 2026					71,919,418	

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, con cifras de CONAPO

4.2 Población objetivo

La población objetivo constituye el subconjunto de la población que, además de carecer de seguridad social laboral, presenta ya un estado de vulnerabilidad en salud al haber desarrollado enfermedades o condiciones que requieren atención médica, cuya provisión es responsabilidad directa de los Servicios Estatales de Salud.

De acuerdo con los lineamientos de CONEVAL, la población objetivo debe definirse con base en las personas que efectivamente presentan el problema que el programa busca atender. En este sentido, nuestra población objetivo presenta las siguientes características principales:

- **Carencia de seguridad social laboral:** Se trata de personas que no cuentan con un empleo formal o que no están afiliadas a ningún régimen de seguridad social que garantice el acceso a servicios médicos (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR u otros).
- **Residencia en zonas rurales, marginadas o de difícil acceso:** Una proporción significativa habita en localidades donde la red del sector salud no cubre de manera suficiente las necesidades de atención médica, lo que incrementa las barreras geográficas y económicas.
- **Enfermedades más frecuentes:** Entre la población sin seguridad social y en situación de pobreza, predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad), así como problemas de salud materno-infantil y enfermedades infecciosas prevenibles, que requieren atención continua y acceso a medicamentos.
- **Grupos sociales afectados:** La población objetivo incluye principalmente a mujeres (especialmente embarazadas), niñas, niños, adultos mayores, personas indígenas y personas con discapacidad, quienes enfrentan desigualdades acumuladas que agravan la falta de acceso oportuno a servicios de salud.

Datos relevantes que refuerzan la identificación de la población objetivo

- En 2024, el CONEVAL estimó que 44.5 millones de personas (34.2 % de la población) carecían de acceso a servicios de salud, y dentro de este grupo la mayor vulnerabilidad se concentra en quienes ya presentan enfermedades crónicas o necesidades de atención inmediata.
- Según el INEGI (ENOE, 2023), el 55.5 % de la población ocupada trabaja en condiciones de informalidad, lo que limita su acceso a esquemas de seguridad social y los coloca dentro del universo atendido por los Servicios Estatales de Salud.
- De acuerdo con la Medición de Pobreza 2022, en estados como Chiapas, Oaxaca y Guerrero más del 50 % de la población carece de acceso a servicios de salud, lo que refleja la concentración territorial de la población objetivo en regiones con mayor rezago social.

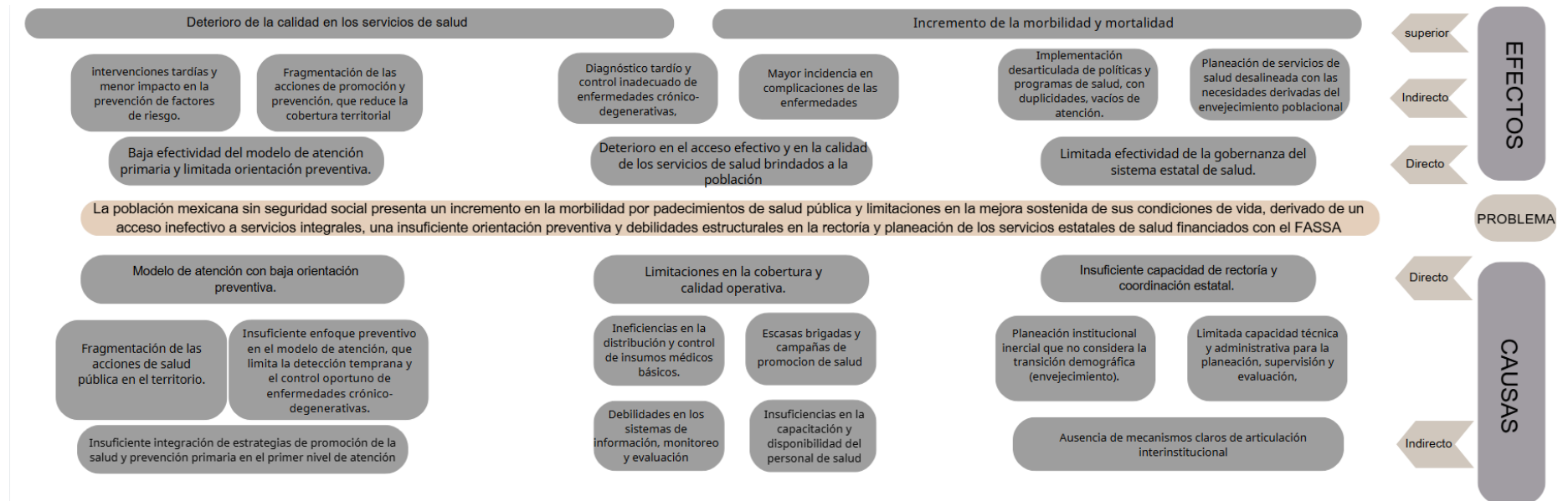


4.3 Fuente de información y frecuencia de actualización

- https://conapo.segob.gob.mx/es/CONAPO/Datos_abiertos
- https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_RR_08.pdf?utm_source
- https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza_Multidimensional_2022.pdf?utm_source

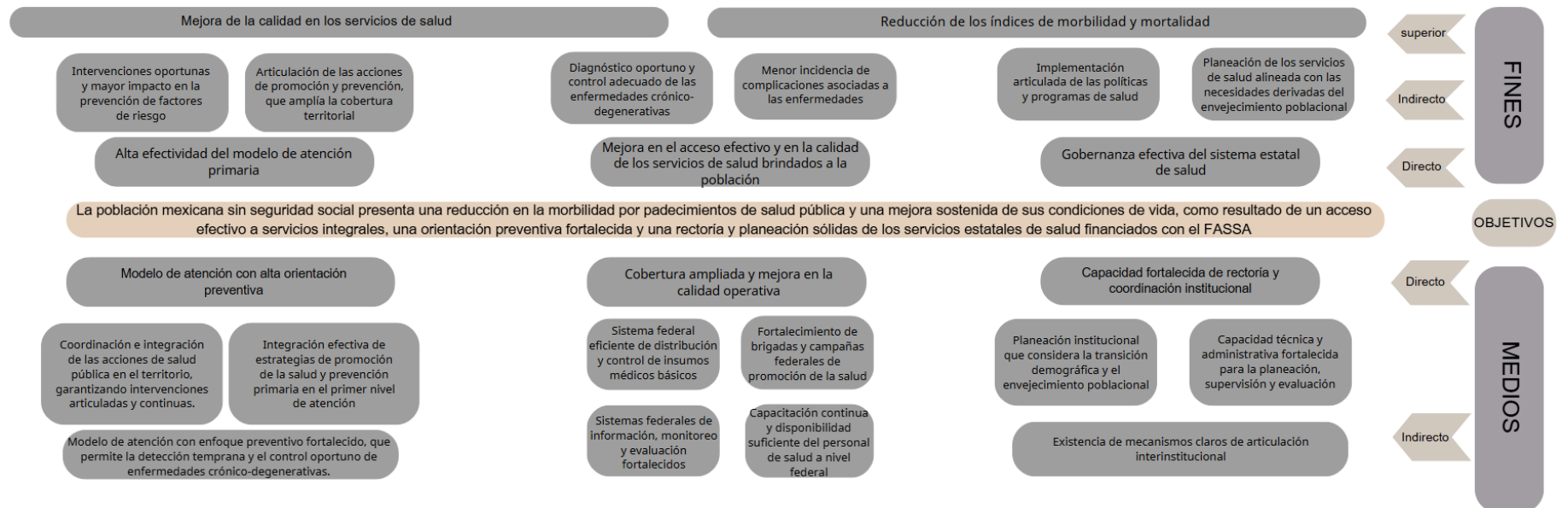


5. Árbol del problema





6. Árbol de Objetivos





7. Análisis de alternativas

La **matriz de alternativas** constituye una herramienta estratégica de análisis que permite valorar diversas opciones de intervención frente a un problema público o un conjunto de objetivos específicos. En el ámbito de la gestión de los servicios de salud, esta herramienta resulta particularmente útil, ya que facilita la identificación de las alternativas más viables conforme a distintos criterios de valoración, tales como las ventajas y desventajas de cada propuesta, su factibilidad presupuestal, técnica e institucional, la percepción social, el contexto político, así como su sostenibilidad a largo plazo.

En este contexto, se presenta una matriz de alternativas con criterios orientados a:

- Contribuir a la solución del problema público;
- Alineación con los objetivos del árbol de objetivos;
- Viabilidad operativa e institucional;
- Viabilidad financiera con recursos FASSA
- Sostenibilidad de los resultados
- Impacto esperado en la morbilidad y mortalidad
- Ampliación de la accesibilidad para poblaciones vulnerables

7.1 Matriz de Alternativas

Alternativa	Descripción	Causas que atiende	Medios / Objetivos	Ventajas	Limitaciones / Riesgos
A1. Fortalecimiento del modelo de atención primaria con enfoque preventivo	Reorientar el primer nivel de atención hacia la promoción de la salud, prevención primaria y detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas.	• Baja orientación preventiva	• Modelo de atención con alta orientación preventiva	• Alto impacto en morbilidad y mortalidad	• Resultados graduales
		• Fragmentación de acciones de promoción	• Detección temprana y control oportuno	• Previene complicaciones costosas	• Requiere capacitación sostenida del personal
		• Diagnóstico tardío		• Coherente con APS	
A2. Integración territorial de acciones de promoción y prevención	Articulación interinstitucional y territorial de brigadas, campañas y estrategias comunitarias de salud.	• Fragmentación territorial	• Coordinación e integración de acciones en territorio	• Mejora cobertura efectiva	• Dependencia de coordinación interinstitucional
		• Escasas brigadas y campañas	• Cobertura ampliada	• Visibilidad comunitaria	• Riesgo de duplicidades si no se regula
				• Impacto en factores de riesgo	



Alternativa	Descripción	Causas que atiende	Medios / Objetivos	Ventajas	Limitaciones / Riesgos
A3. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema estatal de salud	Reforzar capacidades de planeación, regulación, supervisión y evaluación de los servicios estatales de salud.	• Insuficiente rectoría estatal	• Gobernanza efectiva del sistema estatal	• Impacto estructural y sostenible	• Requiere voluntad política
		• Planeación inercial	• Capacidad fortalecida de rectoría y coordinación	• Mejora la eficiencia del gasto FASSA	• Resultados de mediano plazo
		• Débil gobernanza			
A4. Mejora de la planeación institucional con enfoque demográfico y epidemiológico	Ajustar la planeación de servicios considerando envejecimiento poblacional y perfil epidemiológico.	• Planeación desalineada de necesidades	• Planeación institucional alineada a necesidades reales	• Reduce brechas futuras de atención	• Requiere información de calidad
		• Transición demográfica no considerada		• Optimiza recursos	• Capacidades técnicas especializadas
A5. Fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación	Consolidar sistemas de información en salud para apoyar la toma de decisiones, evaluación y seguimiento.	• Debilidades en información y evaluación	• Sistemas federales de información fortalecidos	• Mejora control, seguimiento y rendición de cuentas • Apoya planeación basada en evidencia	• Inversión inicial en sistemas • Requiere interoperabilidad
A6. Optimización de la distribución y control de insumos médicos básicos	Mejorar la logística, control y distribución de insumos prioritarios para el primer nivel de atención.	• Ineficiencias en insumos médicos	• Sistema eficiente de distribución y control de insumos	• Impacto directo en calidad del servicio • Reduce desabasto	• Riesgo operativo-logístico • Dependencia de procesos administrativos
A7. Fortalecimiento de capacidades del personal de salud	Capacitación continua y mejora en la disponibilidad del personal, con énfasis en prevención y promoción.	• Insuficiencia en capacitación y personal	• Personal de salud capacitado y suficiente	• Mejora calidad de atención	• Rotación de personal
				• Sostenibilidad del modelo preventivo	• Costos recurrentes

7.2 Alternativas propuestas

7.2.1 Alternativa 1.

Fortalecimiento del modelo de atención primaria con enfoque preventivo

Esta alternativa plantea reorientar el primer nivel de atención hacia la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, la detección temprana y el control oportuno de enfermedades crónico-degenerativas, mediante la integración territorial de acciones y el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud, donde las jurisdicciones sanitarias, repliquen el papel Rector de la Salud Pública.



La intención es que se tenga un impacto directo en la población objetivo, alineada al enfoque preventivo del sistema de salud.

Valoración por criterio

Criterio	Análisis
Contribución al problema	Ataca directamente las causas inmediatas: baja orientación preventiva, fragmentación territorial y diagnóstico tardío.
Alineación con objetivos	Alta: corresponde con el modelo de atención con alta orientación preventiva y la mejora en el acceso efectivo a servicios integrales.
Viabilidad operativa	Media-Alta: se apoya en estructuras existentes del primer nivel de atención.
Viabilidad financiera	Alta: compatible con el uso del FASSA para acciones preventivas, capacitación y brigadas.
Sostenibilidad	Media: requiere continuidad en capacitación y coordinación interinstitucional.
Impacto esperado	Alto impacto en la reducción de complicaciones y morbilidad en el mediano plazo.

7.2.2 Alternativa 2.

Fortalecimiento de la rectoría, gobernanza y planeación del sistema estatal de salud

Esta alternativa, consiste en fortalecer la capacidad del estado para planear, regular, coordinar, supervisar y evaluar los servicios de salud financiados con el FASSA, incorporando criterios demográficos, epidemiológicos y sistemas robustos de información. Es una alternativa **estratégica y estructural**, indispensable para asegurar la sostenibilidad del sistema. No obstante, su impacto en la población es **menos inmediato** si no se complementa con acciones operativas en territorio.

Valoración por criterio

Criterio	Análisis
Contribución al problema	Atiende causas estructurales: débil rectoría, planeación inercial y baja efectividad de la gobernanza.
Alineación con objetivos	Alta: corresponde con la gobernanza efectiva y la planeación alineada a necesidades reales.
Viabilidad operativa	Media: requiere fortalecimiento institucional y ajustes normativos/organizacionales.
Viabilidad financiera	Media-Alta: viable con FASSA en componentes de planeación, supervisión y evaluación.
Sostenibilidad	Alta: genera capacidades institucionales permanentes.
Impacto esperado	Impacto indirecto pero estructural en calidad, cobertura y eficiencia del sistema.



7.2.3 Alternativa 3.

Optimización de la capacidad operativa del sistema de salud

Busca mejorar la disponibilidad de insumos médicos básicos y la capacidad operativa del primer nivel de atención mediante una mejor logística, control y distribución. Es una alternativa **complementaria**, necesaria para garantizar la calidad de los servicios, pero **insuficiente como solución principal** del problema público.

Valoración por criterio

Criterio	Análisis
Contribución al problema	Atiende causas operativas que afectan la calidad del servicio.
Alineación con objetivos	Media: contribuye a la mejora de la calidad operativa, pero no aborda prevención ni rectoría.
Viabilidad operativa	Alta: implementación técnica y administrativa directa.
Viabilidad financiera	Media: sujeta a presiones presupuestarias y costos recurrentes.
Sostenibilidad	Media: depende de eficiencia administrativa continua.
Impacto esperado	Impacto inmediato en calidad de atención, pero limitado en reducción de morbilidad.

De acuerdo a estas 3 alternativas, se considera que se deberá realizar una combinación de las alternativas 1 y 2 y considerar la alternativa 3 como un soporte transversal. De esta manera la combinación permitirá:

- Atender **causas inmediatas** (baja orientación preventiva, fragmentación territorial y diagnóstico tardío).
- Corregir **causas estructurales** (debilidades en rectoría, planeación y gobernanza).
- Asegurar **sostenibilidad institucional e impacto directo en la población**, alineado con los objetivos del FASSA y la lógica del árbol de objetivos.

7.3 Selección de Alternativa

Derivado del análisis de alternativas, se seleccionó una **alternativa integral** que combina el fortalecimiento del modelo de **atención primaria con enfoque preventivo**⁹, el reforzamiento de la **rectoría y gobernanza** del sistema estatal de salud, y la mejora de la capacidad operativa de los servicios financiados con recursos del FASSA.

La alternativa elegida atiende de manera concurrente las **causas inmediatas y estructurales** del problema público identificado, en particular la baja orientación preventiva del modelo de

⁹ Se fortalecerá la cobertura operativa de acciones de salud pública, (promoción, prevención, vigilancia, regulación)



atención, la fragmentación territorial de las acciones de promoción y prevención, las debilidades en la planeación y coordinación institucional, así como las limitaciones operativas que afectan la calidad y oportunidad de los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social.

Asimismo, presenta **alta alineación con el árbol de objetivos**, al contribuir a la mejora del acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud, al fortalecimiento del primer nivel de atención con enfoque preventivo y al desarrollo de capacidades institucionales para la planeación, supervisión y evaluación del sistema estatal de salud. De igual forma, favorece la articulación de las políticas y programas de salud con las necesidades derivadas de la transición demográfica y el perfil epidemiológico de la población.

Desde el punto de vista operativo y financiero, la alternativa resulta **viable y congruente con el marco normativo del FASSA**, al aprovechar estructuras existentes, orientar los recursos hacia intervenciones costo-efectivas y fortalecer la eficiencia del gasto público. Su implementación contribuirá a la reducción de la morbilidad y mortalidad por padecimientos prioritarios y a la mejora sostenida de las condiciones de vida de la población objetivo.

En términos de impacto esperado, la implementación de esta alternativa integral contribuirá a la **reducción de la morbilidad y mortalidad por padecimientos prioritarios de salud pública**, a la disminución de complicaciones asociadas a enfermedades crónico-degenerativas, y a la mejora sostenida de las condiciones de vida de la población sin seguridad social, asegurando al mismo tiempo la **sostenibilidad institucional** y la **efectividad del sistema estatal de salud** en el mediano y largo plazo.

7.4 Alternativa seleccionada:

La alternativa seleccionada se resume en:

Fortalecer el modelo de atención primaria con enfoque **preventivo**, reforzando la **rectoría y la planeación** del sistema estatal de salud, mediante el uso eficiente de los recursos del FASSA

8. Estructura Analítica del Programa presupuestario (EAPp)

Con base en el árbol del problema y el árbol de objetivos identificados y considerando la alternativa óptima seleccionada, el Programa Presupuestario I002 FASSA, se estructura a partir de una lógica de intervención integral orientada a fortalecer el modelo de atención primaria con enfoque preventivo, mejorar la rectoría y planeación del sistema estatal de salud y optimizar la capacidad operativa de los servicios dirigidos a la población sin seguridad social, mediante el uso eficiente de los recursos del FASSA.

El cuadro que se presenta a continuación tiene como propósito planificar la relación Medios–Objetivos–Fines a través de la cadena Causas–Problema–Efectos, con el objetivo de analizar de



manera estructurada las situaciones identificadas y determinar las soluciones más viables. Esta metodología permitirá evaluar la pertinencia de las acciones propuestas y facilitar la correcta ejecución del Programa Presupuestario (Pp).

La alternativa seleccionada constituye la solución más adecuada, mientras que atiende de manera directa las causas estructurales del problema central, con especial énfasis en las regiones rurales, marginadas e indígenas, donde históricamente se han concentrado las mayores brechas de acceso a los servicios de salud.

Estructura Analítica del Programa Presupuestario

Estructura Analítica del Pp	
Situaciones negativas derivadas del árbol del problema	Solución óptima derivada del árbol de objetivos
Efectos	Fines
Deterioro de la calidad en los servicios de salud.	Mejora de la calidad de los servicios de salud.
Incremento de la morbilidad y mortalidad por padecimientos prioritarios de salud pública.	Reducción de los índices de morbilidad y mortalidad.
Mayor incidencia de complicaciones asociadas a enfermedades crónico-degenerativas.	Menor incidencia de complicaciones asociadas a enfermedades crónico-degenerativas.
Implementación desarticulada de políticas y programas de salud.	Implementación articulada de políticas y programas de salud.
Planeación de servicios de salud desalineada de las necesidades derivadas del envejecimiento poblacional.	Planeación de los servicios de salud alineada a las necesidades actuales y futuras de la población.
Problema central	Objetivo central
La población sin seguridad social presenta un incremento en la morbilidad por padecimientos de salud pública y limitaciones en la mejora sostenida de sus condiciones de salud, derivado de un acceso inefectivo a servicios integrales, una insuficiente orientación preventiva y debilidades en la rectoría y planeación de los servicios estatales de salud financiados con el FASSA.	La población sin seguridad social reduce la morbilidad por padecimientos de salud pública y mejora de manera sostenida sus condiciones de salud, mediante el acceso efectivo a servicios integrales, una orientación preventiva fortalecida y una rectoría y planeación sólidas de los servicios estatales de salud financiados con el FASSA.
Causas	Medios
Modelo de atención con baja orientación preventiva.	Fortalecimiento del modelo de atención primaria con alta orientación preventiva.
Fragmentación de las acciones de promoción y prevención en el territorio.	Articulación e integración territorial de las acciones de promoción de la salud y prevención.
Diagnóstico tardío y control inadecuado de enfermedades crónico-degenerativas.	Diagnóstico oportuno y control adecuado de enfermedades crónico-degenerativas.
Limitaciones en la cobertura y calidad operativa de los servicios de salud.	Ampliación de la cobertura y mejora de la calidad operativa de los servicios de salud.
Insuficiente capacidad de rectoría, planeación, coordinación y evaluación del sistema estatal de salud.	Fortalecimiento de la rectoría, gobernanza y planeación del sistema estatal de salud.
Debilidades en los sistemas de información, monitoreo y evaluación.	Consolidación de sistemas de información, monitoreo y evaluación.
Ineficiencias en la distribución y control de insumos médicos básicos.	Optimización de la distribución y control de insumos médicos.
Insuficiente capacitación y disponibilidad del personal de salud.	Capacitación continua y fortalecimiento de las capacidades del personal de salud.

Fuente: Elaboración propia



Las acciones planteadas se alinean con los efectos y fines definidos en la Estructura Analítica del Programa y contribuyen al fortalecimiento de la capacidad operativa y de rectoría del sistema estatal de salud, en congruencia con los lineamientos del FASSA. Esta articulación asegura la coherencia entre los objetivos del programa y las políticas nacionales en materia de salud.

La alternativa seleccionada resulta viable desde el ámbito técnico, al incorporar intervenciones basadas en evidencia; institucional, al fortalecer las capacidades de planeación, coordinación y operación del sistema estatal de salud; social, al favorecer la implementación de acciones preventivas con enfoque territorial; y de impacto, al orientarse al logro de resultados medibles en cobertura, calidad y equidad de los servicios de salud.

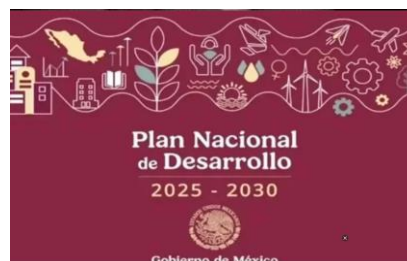
En conjunto, la alternativa atiende necesidades inmediatas y estructurales, y sienta las bases para un modelo de atención más equitativo, sostenible y eficaz para la población sin seguridad social.

9. Vinculación con la Planeación Nacional del Desarrollo

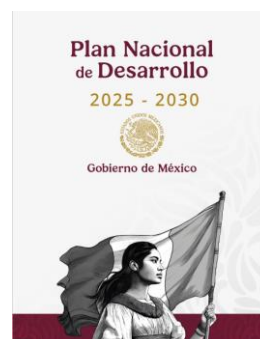
El **Programa Presupuestario I002 FASSA** se vincula directamente con el **Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025-2030** y sus programas derivados, alineándose con los objetivos de desarrollo social y bienestar establecidos por el gobierno federal. A continuación, se describe su vinculación con la planeación nacional y los compromisos internacionales:

Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030

Figura 1: Resultados de la consulta ciudadana vía internet.



El diagnóstico responde al eje “Desarrollo con bienestar y humanismo”, al promover el acceso efectivo a servicios públicos de salud para la población sin seguridad social. También se vincula con el eje transversal “Igualdad sustantiva y derechos de las mujeres”, al identificar brechas territoriales y de género en la cobertura operativa del sistema estatal de salud.





Programa Sectorial de Salud 2025 – 2030 (PROSESA)



Este documento normativo fue presentado oficialmente el 5 de noviembre de 2024 por la Secretaría de Salud Federal. Sus ejes prioritarios son la prevención y promoción de la salud, la digitalización del sistema, el fortalecimiento del IMSS-Bienestar, el acceso a la atención casa por casa, la vacunación universal y la apertura de unidades médicas los 7 días de la semana.

El presente diagnóstico se alinea con el objetivo 4 del **PROSESA**:

- Objetivo 4: **“Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.”**

Se tiene que conforme al PROSESA, “La alineación de objetivos contribuirá a lograr un mayor impacto en la salud de la población, ya que las acciones y estrategias están diseñadas para abordar los principales desafíos y necesidades de salud; siendo esenciales para garantizar que éstas al implementarse contribuyan efectivamente a mejorar la salud de la población.

Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030	Objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030	Estrategia del Plan de Desarrollo 2025-2030
4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población	Objetivo 2.7	Estrategia 2.7.2; 2.7.5; 2.7.11

Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Este diagnóstico también contribuye al cumplimiento de compromisos internacionales establecidos en la Agenda 2030. En particular, con el siguientes ODS, donde se destacan las Metas que se vinculan en este diagnóstico:



ODS 3: Salud y bienestar

Metas

3.1 Reducir la razón mundial de mortalidad materna



3.2 Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años.

✓ Relacionado con vacunación, vigilancia epidemiológica y atención primaria

3.3 Poner fin a epidemias de VIH, tuberculosis, malaria y enfermedades transmisibles.

✓ Directamente alineado con: VIH; Zoonosis; Enfermedades transmisibles; Vigilancia epidemiológica

3.4 Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

✓ Vinculada con: Salud mental; Enfermedades crónicas (diabetes, cardiovasculares); Promoción de estilos de vida saludables

3.7 Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.

✓ Vinculación con: Salud materna; Prevención de embarazo adolescente; Salud reproductiva en población vulnerable

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal.

✓ Es la meta estructural más importante para el FASSA: Atención a población sin seguridad social; Reducción de desigualdades territoriales; Fortalecimiento del primer nivel de atención

El fortalecimiento de la rectoría estatal, la ampliación de cobertura en salud pública y la cooperación interinstitucional forman parte integral de esta contribución internacional.

En conclusión, el Pp I002 FASSA está alineado con el **PND 2025-2030**, los **Programas Sectoriales de Salud**, las **Directrices 2025** y los **ODS**, contribuyendo a la expansión de la cobertura médica y la reducción de desigualdades en salud. Su implementación fortalecerá el sistema de salud pública y garantizará el acceso equitativo a servicios médicos en México.

100 Compromisos

El FASSA se vincula con los 100 Compromisos de la Presidenta de los Estados Unidos Mexicanos, particularmente con el eje denominado **“República Sana”**, al contribuir al fortalecimiento del sistema público de salud, la ampliación de la cobertura para la población sin seguridad social y la reducción de brechas en el acceso a servicios. A través de la transferencia de recursos a las entidades federativas, el Fondo coadyuva al cumplimiento de los objetivos planteados en dicho eje estratégico.



República sana

- Expansión y fortalecimiento del sistema público de salud.
- Atención a población sin seguridad social.
- Prevención y salud pública.
- Reducción de brechas territoriales y sociales en el acceso a servicios.



10. Diseño operativo

El diseño operativo del Programa presupuestario (Pp) se sustenta en el análisis del problema público, el árbol de objetivos, la selección de alternativas y la Estructura Analítica del Programa presupuestario (EAPp), en congruencia con la Metodología del Marco Lógico (MML). Su operación se orienta a fortalecer la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social mediante la transferencia y aplicación eficiente de recursos federales a las entidades federativas, garantizando su alineación con los objetivos del Sistema Nacional de Salud y la Planeación Nacional del Desarrollo.

10.1 Modalidad presupuestaria

El Pp I002 - Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se clasifica bajo la modalidad presupuestaria **"I"** que corresponde a **"Aportaciones Federales"**, las cuales considera aportaciones federales realizadas a las entidades federativas y municipio a través del Ramo 33, así como gasto federal reasignado a entidades federativas, conforme a la Ley de Coordinación Fiscal¹⁰. El Ramo General 33 "Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios" se integra por ocho fondos¹¹, entre los cuales se encuentra el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

Esta modalidad es consistente con el objetivo central del programa, ya que el FASSA no ejecuta directamente bienes o servicios a nivel federal, sino que **financia, mediante transferencias etiquetadas**, la provisión de servicios de salud pública y atención médica en las entidades federativas.

La modalidad presupuestaria se justifica en virtud de que el mecanismo de intervención del Pp se basa en la **descentralización de recursos**, permitiendo a los Servicios Estatales de Salud cubrir gastos prioritarios asociados a la operación del sistema, particularmente en **Servicios Personales, insumos, infraestructura, equipamiento y acciones de salud pública**, en apego a la normatividad aplicable. De esta forma, la modalidad garantiza coherencia entre el objetivo del programa, los bienes y servicios que genera y las actividades sustantivas que financia.

10.2 Unidades Responsables

Para poder comprender el funcionamiento operativo del FASSA, es importante identificar los entes que participan en él.

- Administrar los recursos asignados a cada entidad federativa.
- Asignar y transferir los recursos del FASSA correspondiente al Ramo 33 a las entidades federativas.

¹⁰ Anexo 2 "Clasificación de programas presupuestarios", del Manual de Programación y Presupuesto

¹¹ Capítulo V artículo 25 de la Ley de Coordinación Fiscal.



- Supervisar el uso eficiente de los recursos financieros destinados a salud.
- Elaborar el Estado del Ejercicio

La **Secretaría de Salud Federal**, a través de la unidad 510 Dirección General de Programación y Presupuesto (**DGPYP**), es la coordinadora del FASSA, donde destacan las funciones siguientes:

- Coordinar a los Servicios Estatales de Salud sobre la orientación y elaboración de aspectos de programación, presupuestación y seguimiento de los recursos del FASSA, a través del Proceso de Integración Programática-Presupuestal implementado para la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación APEF.
- Coordinarse con la unidad 513 Dirección General Recursos Humanos y Organización (**DGRHO**), para que ésta entregue a la DGPYP el presupuesto correspondiente a Servicios personales y los rubros asociados a servicios personales integrados en el gasto de operación de cada SESA, conforme al Analítico con base en las plazas del personal federalizado, homologado, regularizado y formalizado.

Ambas direcciones generales (DGPYP – DGRHO), interactúan con sus homólogos en los estados de acuerdo al ámbito de competencia, con la finalidad de que la DGPYP integre el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) correspondiente al FASSA.

Las siguientes láminas nos dan una idea para entender la asignación de los recursos del FASSA, los mecanismos para su operación desde la Federación y el destino del mismo

La metodología utilizada para la asignación de los recursos del FASSA, tiene el sustento en la elaboración de los Anteproyectos de Presupuesto de Egresos de la Federación (**APEF**) que cada entidad federativa elabora (Únicamente en Gasto de Operación y Gasto de Inversión). De esta manera se proporciona una visión de conjunto articulada, congruente y justificada, sobre las actividades y programas sustantivos a realizar y los requerimientos de recursos necesarios, que brinden elementos de valoración para la toma de decisiones en la distribución y asignación de recursos presupuestarios.

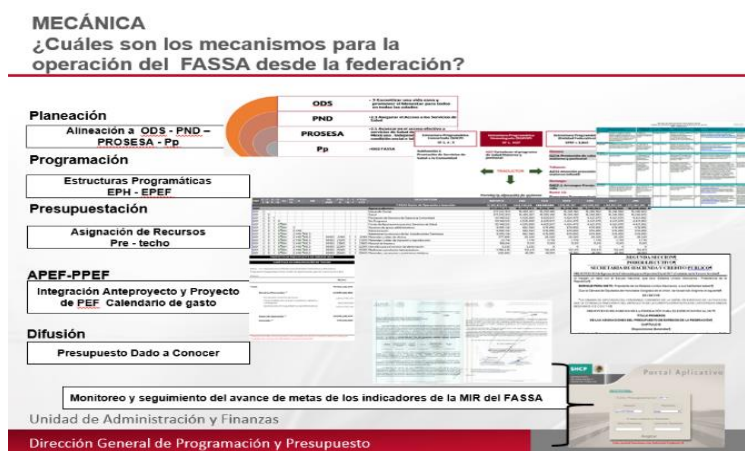


Fuente: Elaboración propia



Estos APEF son realizados por los SESA respetando cada una de las etapas del proceso de integración programática presupuestal, donde se logra asignar recursos en bienes y servicios de la salud y que beneficia a la población en general y a la población sin seguridad social en específico.

Los mecanismos para la operación del FASSA desde la coordinación de la DGPYP se presentan en la lámina siguiente:



- La **Planeación** representa la alineación a los instrumentos normativos de marco nacional que deben ser de aplicación nacional.
- En tanto la **Programación** se ha realizado en **tres dimensiones** para lograr un equilibrio entre la soberanía estatal y la necesaria función rectora de la Federación en materia de Salud.
-

Estructura Programática Concertada, que responde a las categorías programáticas de la SHCP; su aplicación es la integración del Presupuesto de Egresos de la Federación.

Estructura Programática Homologada, que corresponde a las categorías concertadas entre la Secretaría de Salud Federal y las Secretarías Estatales de Salud, se conforma de actividades relativas a programas, proyectos y acciones de salud, de acuerdo a las prestaciones de servicios de salud a la comunidad, a la persona, a la generación de recursos, entre otros, su utilidad básica es la de servir como un clasificador homologado (traductor) a nivel nacional.

Estructura Programática de la Entidad Federativa, que corresponde a las actividades relativas a programas, proyectos y acciones de salud de las 32 entidades federativas. Su aplicación es la asignación presupuestal y seguimiento del ejercicio del gasto en los ámbitos federal y estatal.



Estas **tres dimensiones** constituyen un instrumento de programación y presupuestación que en forma simultánea cumple con los requerimientos y categorías programáticas propias de la federación. Cuenta con un traductor sectorial para el consenso de dichas categorías y respeta la diversidad geopolítica de las entidades federativa y las disposiciones legales y normativas de los gobiernos federal y estatal.

DESTINO

¿Cuáles es el destino de los recursos del FASSA?



En **aspectos programáticos**, el destino del gasto en salud está distribuido en actividades asociadas a la difusión, prevención y promoción de la salud; a la atención médica, a través del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; a la capacitación y formación del recurso humano en materia de salud; al, equipamiento, mantenimiento, conservación y rehabilitación de la infraestructura en salud.

En **aspectos presupuestales**, el destino de los recursos está distribuido en Servicios Personales -plantilla del personal médico y afín-, Gasto de operación y Gasto de Inversión. Dentro del gasto de operación existen rubros asociados a servicios personales, por lo que se puede decir que aproximadamente más del 85 % del presupuesto se destina a Servicios Personales y el otro 15 % está distribuido entre gasto de operación (14%) y gasto de inversión (1%).

La distribución presupuestal del FASSA es la siguiente:



EF	Destino del Gasto Ramo 33
32 Entidades Federativas	Servicios Personales
	83101 Servicios personales
	83102 Aportaciones al ISSSTE
	83106 Incrementos a las percepciones
	83108 Otras medidas de carácter laboral y económicas
	83109 Aportaciones al FOVISSSTE
	83110 Previsiones para aportaciones al ISSSTE
	83111 Previsiones para aportaciones al FOVISSSTE
	83112 Aportaciones al sistema de ahorro para el retiro
	83113 Seguro de cesantía en edad avanzada y vejez
	83114 Depósitos al ahorro solidario
	83115 Previsiones para el sistema de ahorro para el retiro
	83116 Previsiones para seguro de cesantía en edad avanzada y
	83117 Previsiones para los depósitos al ahorro solidario
	83103 Gastos de Operación
	83104 Gasto de Inversión



Es importante mencionar que para 2026, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) fue la instancia que determinó directamente la asignación y distribución del presupuesto, prescindiendo del proceso de trabajo conjunto que, en ejercicios anteriores, realizaban de manera coordinada la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) y la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) con los Servicios Estatales de Salud (SESA).

Esto, modifica sustancialmente la distribución del FASSA y por ende el ejercicio del gasto por parte de los SESA.

10.3 Bienes y servicios

El programa brindará bienes y servicios esenciales para la atención y prevención de enfermedades crónicas y prevenibles, dirigidos a la población sin derechohabiencia.

Bienes

- Medicamentos esenciales, garantizados mediante estrategias como la mega compra de medicamentos, que busca reducir costos y optimizar su distribución mediante digitalización e inventarios unificados.
- Instalaciones adecuadas, incluyendo unidades médicas fijas y móviles que refuerzan la cobertura territorial
- Material educativo enfocado en promoción de la salud y prevención de enfermedades, alineado con los objetivos establecidos de educación para la salud.
- Insumos médicos básicos, como guantes, jeringas, soluciones oculares, necesarios para la prestación de servicios clínicos de calidad.
- Equipamiento médico básico, incluyendo tensiómetros, glucómetros, básculas y termómetros, esenciales para la atención de enfermedades crónicas y vigilancia de indicadores de salud.
- Mobiliario y equipo para unidades médicas fijas y móviles, que contribuyen a garantizar un entorno adecuado para la prestación del servicio de salud.

Servicios:

- Consultas médicas generales y especializadas, en áreas como nutrición, psicología y medicina preventiva.
- Detección y control de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, obesidad.
- Atención de enfermedades infecciosas: respiratorias, intestinales, urinarias.



- Intervenciones educativas comunitarias: talleres sobre nutrición, actividad física e higiene.
- Promoción y atención en salud mental, integrada en el enfoque de atención primaria.
- Campañas de vacunación, desparasitación y control de vectores, estratégicas conforme al Plan Nacional de Salud 2024–2030.

10.4 Cobertura

El Programa presupuestario I002 - Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) tiene cobertura **nacional**, operando a través de los servicios estatales de salud en las 32 entidades federativas. Su población objetivo está compuesta por las personas **residentes en México que no cuentan con acceso a servicios de salud a través de instituciones de seguridad social**, como el IMSS, ISSSTE, Pemex, SEDENA o SEMAR. La focalización prioriza regiones con alta marginación, dispersión o carga de enfermedad (INEGI, 2020; CONEVAL, 2023).

La cobertura de beneficiarios del FASSA, comprende al 100% de entidades federativas que conforman el país, es decir proporciona cobertura a 32 Servicios Estatales de Salud, que realizan acciones de salud pública y de atención médica a la población sin seguridad social.

Para ser beneficiario del Programa de FASSA, únicamente se requiere ser una institución pública que preste servicios de salud a la población sin seguridad social.

10.5 Registro de población atendida

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) no constituye un programa presupuestario sujeto a Reglas de Operación, por lo que no dispone de un padrón de beneficiarios en términos nominales. El FASSA es un fondo de aportaciones federales del Ramo General 33 cuyo objeto es financiar la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, a través de las entidades federativas.

En este sentido, la identificación de la población atendida no se realiza mediante un esquema de afiliación atribuible al Fondo, sino a través de los registros administrativos derivados de la prestación de servicios en las unidades médicas estatales financiadas parcial o totalmente con recursos del Fondo (consultas de primer nivel, atenciones de especialidad, egresos hospitalarios, acciones de prevención y control de enfermedades, entre otros).



Por entidad federativa,

1	Consulta externa por tipo (general, especializada, urgencias, odontológica)
2	Egresos por tipo de especialidad, intervenciones quirúrgicas y días estancia (medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía, pediatría)
3	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (patología, laboratorio, otros fisioterapia)
4	Salud de la mujer (partos, nacidos vivos, planificación familiar)

Por institución,

1	Consulta externa por tipo (general, especializada, urgencias, odontológica)
2	Egresos por tipo de especialidad, intervenciones quirúrgicas y días estancia (medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía, pediatría)
3	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (patología, laboratorio, otros fisioterapia)
4	Salud de la mujer (partos, nacidos vivos, planificación familiar)

Es importante señalar que los criterios de poblaciones corresponden a lo siguiente:

- **Población potencial:** Total de personas sin seguridad social en la entidad federativa, estimada con base en proyecciones demográficas oficiales (CONAPO) y/o información censal y encuestas nacionales.
- **Población objetivo:** Subconjunto de la población sin seguridad social que demanda o requiere servicios públicos estatales de salud, conforme a la capacidad instalada y cobertura territorial.
- **Población atendida:** Personas que efectivamente recibieron algún servicio de salud financiado con recursos del FASSA durante el ejercicio fiscal, identificadas a través de registros administrativos estatales (SIS, SAEH, plataformas nominales, reportes de servicios otorgados).

11 Análisis de similitudes, complementariedades y duplicidades

Tras la revisión de la estructura programática vigente y de los principales Programas Presupuestarios (Pp) del sector salud, se identifican posibles áreas de complementariedad, similitud y duplicidad con programas federales y estatales orientados a la atención de la población sin seguridad social.

Similitudes

- Población objetivo **compartida:** El programa se dirige a población sin seguridad social, lo cual coincide con los objetivos del IMSS Bienestar (antes INSABI, Seguro Popular).
- Modelo de atención de primer nivel: Ambos enfoques priorizan la atención primaria, la prevención y el acceso oportuno desde el primer nivel médico.
- Enfoque en reducción de morbilidad y mortalidad: Coinciden en la meta de disminuir enfermedades prevenibles, crónicas y mortalidad materno-infantil.



Complementariedades

- **Articulación con convenios federales (FASSA):** El programa estatal se alinea con los recursos federales del FASSA, que fortalecen la atención materna, enfermedades crónicas, vacunación y vigilancia epidemiológica.
- **Coordinación intergubernamental:** La operación conjunta con IMSS Bienestar y convenios estatales permite sinergias en la distribución de recursos y cobertura territorial.
- **Modelo comunitario y preventivo:** Se retoman estrategias comunitarias de los programas IMSS Coplamar; Solidaridad, que fortalecen la educación, prevención y atención oportuna.
- **Fortalecimiento estructural:** Los componentes de infraestructura, Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), capital humano y regulación sanitaria sirven como base de apoyo para ejecutar las estrategias preventivas del programa.

Duplicidades potenciales

- **Entre instituciones federales:** El IMSS y el ISSSTE mantienen metas y población objetivo similares en atención primaria, lo que puede generar solapamientos en cobertura si no se coordinan.
- **Entre niveles de atención:** Los convenios FASSA también incluyen líneas de acción similares en salud materna y prevención de enfermedades, por lo que es necesario diferenciar las competencias estatales.
- **Mitigación:** Para evitar duplicidades, el programa opera con coordinación funcional, automatización presupuestaria y alineación de metas institucionales en conjunto con la federación.

Nombre y clave del Pp	Dependencia o entidad	Problema público	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio generado	Relación identificada (Similitud, complementariedad o duplicidad)	Explicación
U013 - Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social	IMSS-Bienestar	Bajo acceso a servicios integrales de salud para población sin seguridad social	Garantizar servicios médicos y medicamentos gratuitos para población sin seguridad social	Personas sin afiliación a seguridad social	Nacional	Proporcionar servicios de salud gratuitos a población sin seguridad social	Complementariedad	Existe complementariedad operativa con IMSS-Bienestar, ya que este presta servicios, mientras que FASSA puede financiar programas de fortalecimiento normativo, vigilancia, información en salud y coordinación interinstitucional



Nombre y clave del Pp	Dependencia o entidad	Problema público	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio generado	Relación identificada (Similitud, complementariedad o duplicidad)	Explicación
S200 Fortalecimiento a la Atención Médica	IMSS- Bienestar	La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, no dispone de servicios regulares de promoción, prevención y atención médica.	Coadyuvar con las Entidades Federativas con la prestación de servicios de primer nivel de atención, mediante la transferencia de recursos presupuestarios federales y asignación de recursos humanos, contribuyendo a mejorar la salud de las personas.	Personas sin seguridad social	Nacional	1. Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionados a la comunidad.	Complementariedad	El Pp S200 tiene complementariedad con el FASSA mediante su objetivo, ya que ambos buscan disminuir la morbilidad, es decir, mejorar las condiciones de salud de su población objetivo.
U012 Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud	Secretaría de Salud	Débil capacidad operativa e institucional en servicios estatales de salud	Apoyo a los estados para fortalecer recursos humanos, infraestructura, y capacidades institucionales	Servicios estatales de salud	Nacional	Recursos humanos, equipamiento, fortalecimiento o institucional	Ambos buscan fortalecer los servicios estatales de salud.	Posible duplicidad en gasto operativo (recursos humanos, equipamiento). Complementa al FASSA fortaleciendo el soporte administrativo y técnico de los servicios estatales.
P029 - Política en Salud materna, sexual y reproductiva	Secretaría de Salud Federal	Alta tasa de mortalidad materna e insuficiente atención prenatal	Reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal	Mujeres en edad fértil, embarazadas, neonatos	Nacional	Atención obstétrica, capacitación, insumos médicos	Similitud	Si bien el P029 ofrece servicios directos, algunas de sus líneas de acción como capacitación y vigilancia coinciden con las funciones financiadas por FASSA en salud pública y rectoría.

12 Instrumento de Seguimiento del Desempeño

Derivado del análisis desarrollado en el presente Diagnóstico Ampliado del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), y una vez delimitado el problema público, identificada la población objetivo, así como contruidos los árboles del problema y de objetivos, el análisis de alternativas, la Estructura Analítica del Programa presupuestario (EAPp) y el diseño operativo, se presenta el Instrumento de Seguimiento del Desempeño correspondiente.

En este apartado se integra la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), la cual constituye la herramienta central de planeación estratégica y seguimiento del desempeño del Programa presupuestario vinculado al FASSA. En la MIR se establecen los objetivos de Fin, Propósito, Componentes y Actividades que orientan la intervención pública para atender el problema identificado, así como los indicadores estratégicos y de gestión que permitirán medir el avance y los resultados alcanzados.

La información contenida en la MIR mantiene plena consistencia metodológica con los elementos previamente desarrollados en el Diagnóstico, garantizando la congruencia entre la definición del



problema público, la población objetivo, la alternativa seleccionada y el diseño operativo del Programa presupuestario.

Estructura de la Matriz de Indicadores para Resultados.

Nivel	Resumen Narrativo / Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población	Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social	INEGI, Base de datos de defunciones Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Base de datos de nacimientos del SINAC Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Materna (BIRMM)	Se mantienen condiciones sociales, institucionales y de coordinación intergubernamental que favorecen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población
Propósito	La población mexicana sin seguridad social está protegida por la reducción de la morbilidad por padecimientos de salud pública	Tasa de incidencia por enfermedades prevenibles por vacunación	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Anuarios de morbilidad 1984-2024, https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/anuarios-de-morbilidad-1984-a-2024 Población total. DGIS con datos de CONAPO	La población mantiene la confianza y el interés en las Instituciones de Salud y acude voluntariamente a los servicios preventivos
Componente	Esquema completo de vacunación aplicado a niñas y niños menores de un año de edad	Porcentaje de menores de un año de edad con esquema completo de vacunación	Registros de dósis aplicadas (RDA) del Programa de Vacunación Universal emitido por las entidades federativas Población CONAPO	Los padres de familia acuden con sus hijos menores de un año a las instituciones de salud de acuerdo al calendario de vacunación
	Tamizajes preventivos prioritarios aplicados a la población adulta para la detección oportuna de enfermedades cardiometabólicas y la referencia temprana a los Servicios de Salud	Porcentaje de población de 20 años y más que recibió detección de obesidad en el periodo t.	Cubos dinámicos de Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud Sistema de Información en Salud (SIS) Subsistema de Prestación de Servicios, Rubro de detecciones de enfermedades crónicas	Las condiciones de seguridad en las localidades permiten el acceso de las brigadas de salud y de la población a los centros de atención
Actividades	Ejecución de proyectos municipales de salud pública y bienestar poblacional orientados a los determinantes sociales y realidades locales	Promedio de avance de los "Proyectos municipales de salud pública y Bienestar Poblacional" ejecutados.	Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS); https://sinba.salud.gob.mx/ Dirección General de Políticas en Salud Pública (DGPSP); https://kayekuali.salud.gob.mx/#/access/login ;	Las autoridades municipales mantienen la prioridad política y el apoyo administrativo para la operatividad de los proyectos de salud pública y bienestar durante todo el periodo de su administración municipal
	Implementación de acciones de difusión sanitaria en las entidades federativas, por medio de materiales gráficos y audiovisuales, dirigidos a la población general y sector regulado	Porcentaje de acciones de difusión realizadas, respecto a las programadas.	Registro electrónico Programa Anual de Difusión Sanitaria. Informes de actividades de la Comisión de Fomento Sanitario, bitácoras de difusión en redes sociales oficiales y registros de distribución de material físico https://www.gob.mx/cofepris/documentos/cronograma-anual-de-comunicacion-de-riesgos-y-difusion-2025?state=published	La población y el sector regulado acceden a las estrategias de difusión en materia de protección contra riesgos sanitarios
	Implementaciones de campañas de comunicación en salud pública para la población mexicana	Porcentaje de población alcanzada por las campañas de comunicación en salud pública	Reportes de medios, métricas de redes sociales, inventarios de distribución	La población objetivo tiene acceso a los medios de difusión y los canales de comunicación y operan adecuadamente
	Supervisiones técnicas y operativas al Programa de Vacunación Universal por los Servicios Estatales de Salud	Porcentaje de supervisiones realizadas al Programa de Vacunación Universal por los Servicios Estatales de Salud a las jurisdicciones o distritos de salud	Cédulas e informes de supervisión al Programa de Vacunación Universal Actas de supervisión técnica y operativa del Programa de Vacunación Universal, firmadas por la autoridad Jurisdiccional y estatal correspondiente	Los Servicios Estatales de Salud permiten y facilitan el acceso a las unidades para realizar supervisiones



13 Análisis presupuestal

EF	Entidad Federativa	PEF 2026 / ¹	PEF 2026 MODIFICADO / ²	Distribución 1er Trimestre / ³
	TOTAL	84,635,885,592	84,635,885,592	-
	Estados Concurrentes			
2	Baja California	607,490,413	833,831,553	226,341,140
3	Baja California Sur	341,140,660	467,352,944	126,212,284
4	Campeche	497,238,795	679,672,184	182,433,389
6	Colima	514,319,558	706,671,965	192,352,407
7	Chiapas	1,361,444,493	1,884,973,424	523,528,931
9	Ciudad de México	1,314,307,224	1,790,248,308	475,941,084
12	Guerrero	1,702,810,788	2,356,139,016	653,328,228
13	Hidalgo	864,169,545	1,183,762,021	319,592,476
15	México	2,956,909,620	4,050,829,594	1,093,919,974
16	Michoacán	1,351,820,154	1,863,965,759	512,145,605
17	Morelos	491,514,302	680,787,370	189,273,068
18	Nayarit	470,388,184	648,886,520	178,498,336
20	Oaxaca	1,606,314,207	2,232,416,200	626,101,993
21	Puebla	725,579,668	1,015,296,193	289,716,525
23	Quintana Roo	579,463,959	788,596,447	209,132,488
24	San Luis Potosí	625,044,839	855,127,237	230,082,398
25	Sinaloa	915,147,153	1,256,317,574	341,170,421
26	Sonora	859,871,097	1,169,638,901	309,767,804
27	Tabasco	703,687,193	972,031,060	268,343,867
28	Tamaulipas	867,898,831	1,198,305,893	330,407,062
29	Tlaxcala	628,816,098	871,448,107	242,632,009
30	Veracruz	2,635,220,247	3,633,217,996	997,997,749
32	Zacatecas	898,659,200	1,238,599,632	339,940,432
	Sub - total EF	23,519,256,228	32,378,115,898	8,858,859,670
34	No distribuible geográficamente	28,824,078,495	19,965,218,825	- 8,858,859,670
34	Auditoría Superior de la Federación	84,635,885	84,635,885	-
	Total EF	52,427,970,608	52,427,970,608	-



EF	Entidad Federativa	PEF 2026	PEF 2026 MODIFICADO	
Estados No Concurrentes				
1	Aguascalientes	2,208,358,291	2,208,358,291	
5	Coahuila	2,744,404,431	2,744,404,431	
8	Chihuahua	3,809,399,148	3,809,399,148	
10	Durango	3,075,432,282	3,075,432,282	
11	Guanajuato	4,601,207,607	4,601,207,607	
14	Jalisco	6,628,509,954	6,628,509,954	
19	Nuevo León	3,716,848,733	3,716,848,733	
22	Querétaro	2,553,671,502	2,553,671,502	
31	Yucatán	2,870,083,036	2,870,083,036	
Sub - total EF		32,207,914,984	32,207,914,984	

Nota:

¹ DOF: 12/12/2025

ACUERDO por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración, durante el ejercicio fiscal de 2026, de los recursos correspondientes a los ramos generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.

² DOF: 06/02/2026

ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración, durante el ejercicio fiscal de 2026, de los recursos correspondientes a los ramos generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2025, en materia del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social, su componente indígena, y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

EF 34 No distribuibles geográficamente, recursos que se distribuyeron a estados concurrentes.

En el ejercicio fiscal 2026, el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) correspondiente al **FASSA** presenta una **estrategia** distinta respecto de años anteriores, implementada por la SHCP.



En este sentido, el calendario de distribución publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 12 de diciembre de 2025 fue **modificado** mediante la publicación en el DOF el 6 de febrero de 2026, sin que ello implicara cambios en el monto global asignado a cada entidad federativa.

Para las entidades federativas **No concurrentes**, la asignación presupuestaria se calendarizó de manera anual desde el inicio del ejercicio. En contraste, para las entidades **Concurrentes**, la distribución y el calendario de ministración se darán a conocer de forma trimestral; los periodos subsecuentes serán informados oportunamente. Asimismo, el monto correspondiente a la Entidad Federativa **34** “No distribuible geográficamente” se destinará a los estados **Concurrentes** para servicios personales, gasto de operación y si es el caso, gasto de inversión, conforme a lo establecido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Es importante reiterar lo señalado en los dos últimos párrafos del numeral 10.2 “Unidades Responsables”, toda vez que esta situación tendrá repercusiones en la planeación anual que realizan las entidades federativas **Concurrentes**, así como en el ejercicio del gasto y en el registro correspondiente en el Sistema de Recursos Federales Transferidos.

Por una parte, no será posible efectuar el registro anualizado del presupuesto; por otra, se desconoce el desglose por partidas genéricas, lo que limita la adecuada programación y seguimiento del gasto.

Asimismo, la aplicación de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2026 se verá restringida, dado que la programación de metas se sustenta en una distribución presupuestaria previamente definida y anualizada. Esta condición no se presentará en el ejercicio 2026 para el FASSA, lo que podría afectar la congruencia entre la planeación, la presupuestación y la evaluación del desempeño.