

---

**Comisión Nacional de Protección Social en Salud****Seguro Popular**

Auditoría de Desempeño: 12-0-12U00-07-0268

DS-061

***Criterios de Selección***

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios cuantitativos y cualitativos establecidos en la Normativa Institucional de la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2012, considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF 2011-2017.

***Objetivo***

Fiscalizar los servicios del Seguro Popular para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

***Alcance***

La auditoría comprendió la revisión del avance hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño; la eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas para mejorar la salud de la población; la eficiencia en la operación del Seguro Popular; la economía en la aplicación de los recursos asignados; la percepción de los beneficiarios, y la rendición de cuentas.

***Antecedentes***

Desde que fue creado, en 1943, el sistema de seguridad social mexicano ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población; sin embargo, la cobertura y el acceso efectivo a la salud han sido un reto importante a ser superado, tanto entre regiones como entre grupos de la población, debido a que la dinámica poblacional, así como sus condiciones de morbilidad y mortalidad imponen una complejidad adicional.<sup>1/</sup>

La seguridad social se introdujo en México hace más de 65 años. Hasta el 2000, por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los organismos estatales, se daba cobertura a los trabajadores asalariados del sector privado y a los empleados del gobierno, así como a sus familias. Asimismo, mediante la contratación de seguros privados, entre el 3.0% y el 4.0% de la población contaba con un esquema de protección y servicios de salud; sin embargo, el 50.0% de la población no tenía garantizado el acceso a servicios médicos que atendieran sus requerimientos.<sup>2/</sup>

Con las reformas y adiciones a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, se adicionó el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, que dio lugar a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS),<sup>3/</sup> del

---

<sup>1/</sup> Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012**, México, 2008, p. 19.

<sup>2/</sup> Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012**, México, 2008, p. 19.

<sup>3/</sup> El Sistema de Protección Social en Salud está integrado por el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación.

cual forma parte el Seguro Popular. Estas disposiciones entraron en vigor al inicio de 2004.<sup>4/</sup>

En el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 (PEDSPSS), se señala que, “hasta hace pocos años”, uno de cada dos mexicanos carecía de atención a sus necesidades de salud. Esta situación generaba que el gasto de las personas para consultas, tratamientos y hospitalización, denominado gasto de bolsillo,<sup>5/</sup> alcanzara en 2002 el 52.0% del total del gasto nacional en esa materia,<sup>6/</sup> porcentaje superior al promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), de 19.0%. Asimismo, se indica que entre dos y tres millones de familias incurrían en gastos catastróficos<sup>7/</sup> que ponían en riesgo su patrimonio, comprometiendo con ello las posibilidades de desarrollo de cada uno de sus miembros y el acceso a mejores condiciones de vida.<sup>8/</sup>

En las reformas y adiciones a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, el SPSS se definió como un “[...] mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social”. Esta reforma dio lugar a la creación del Seguro Popular con el objetivo de “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”.

El marco legal-normativo que reguló al Seguro Popular en 2012, se presenta en el cuadro siguiente:

---

<sup>4/</sup> Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012**, México, 2008, pp. 10 y 11.

<sup>5/</sup> El “gasto de bolsillo en salud” comprende el pago que realizan los hogares, de manera directa, al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de éstos.

<sup>6/</sup> El gasto total en salud considera todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. Incluye: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social, las primas pagadas a seguros privados y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares.

<sup>7/</sup> Se entiende por “gasto catastrófico”: las erogaciones realizadas en caso de que una familia destine el 30.0% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago para el financiamiento de la atención de su salud. El ingreso disponible es aquél con el que se cuenta una vez descontados los recursos asociados con el gasto en alimentos y vivienda.

<sup>8/</sup> Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012**, México, 2008, p. 6.

MARCO LEGAL – NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR, 2012

<p><b>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,</b>  <b>publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917</b>  <b>Última reforma publicada en el DOF el 11 de junio de 2013</b></p>
<p><b>Artículo 4, párrafo cuarto.</b> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.</p>
<p><b>Ley General de Salud (LGS),</b>  <b>publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984</b>  <b>Última reforma publicada en el DOF el 24 de abril de 2013</b></p>
<p><b>Artículo 2, fracción V.</b> El derecho a la protección de la salud tiene las finalidades siguientes: el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.</p>

continúa...

MARCO LEGAL – NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR, 2012

...continuación

<p><b>Ley General de Salud (LGS),</b>  <b>publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984</b>  <b>Última reforma publicada en el DOF el 24 de abril de 2013</b></p>
<p><b>Artículo 77 bis 1.</b> Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.</p> <p>La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.</p> <p><b>Artículo 77 bis 3.</b> Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud.</p> <p><b>Artículo 77 bis 5.</b> La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p><b>A)</b> Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;</li> <li>II. Proveer servicios de salud de alta especialidad mediante los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;</li> <li>III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos;</li> <li>IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud;</li> <li>VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;</li> <li>X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;</li> <li>XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;</li> </ol>

<p>XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.</p> <p><b>B)</b> Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:</p> <p>I. Proveer los servicios de salud, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;</p> <p>II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad;</p> <p>III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias;</p> <p>IV. Programar los recursos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;</p> <p>V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional;</p> <p>VIII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos.</p> <p><b>Artículo 77 bis 36.</b> Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos.</p>
---

continúa...

MARCO LEGAL – NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR, 2012

...continuación

<p><b>Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004 Última reforma publicada en el DOF el 8 de junio de 2011</b></p>
<p><b>Artículo 4.</b> El Sistema cubrirá los servicios de salud a la comunidad; así como las acciones en materia de protección social en salud que se realizan mediante la prestación de servicios de salud a la persona.</p> <p><b>Artículo 12.</b> La prestación de los servicios de salud a la comunidad será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud.</p> <p><b>Artículo 49.</b> El Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión.</p> <p><b>Artículo 75.</b> El modelo de evaluación propio del Sistema contará con tres componentes: Financiero, Gerencial y de Impacto.</p> <p><b>Artículo 80.</b> Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas con la periodicidad del calendario presupuestal definido.</p> <p><b>Artículo 95.</b> El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema.</p> <p><b>Artículo 107.</b> La previsión presupuestal anual es un fondo con límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento para la atención de las necesidades de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social.</p>

FUENTE: Congreso Constituyente. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917; última reforma publicada en el DOF el 11 de junio de 2013. **Ley General de Salud**, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada en el DOF el 24 de abril de 2013. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud**, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el DOF el 8 de junio de 2011.

En 2012, el marco jurídico aplicable al Seguro Popular no presentó cambios significativos, respecto de 2011.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud se describen las características del Seguro Popular siguientes:

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO POPULAR, 2012

<b>Atributos Generales de la Prestación de los Servicios de Salud:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser de cobertura nacional.</li> <li>2. Ser servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización.</li> <li>3. Ser acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica.</li> <li>4. Ser servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos.</li> <li>5. Prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponibles para otros miembros de la población.</li> </ol>	
<b>Beneficiarios:</b>	
Personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.	
<b>Núcleo familiar:</b>	
Puede integrarse de cualquiera de las maneras siguientes:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por los cónyuges.</li> <li>2. Por la concubina y el concubinario.</li> <li>3. Por el padre o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato.</li> <li>4. Los hijos menores de edad; los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad; los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes, y los hijos discapacitados dependientes.</li> <li>5. Los ascendientes directos en línea recta mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar.</li> <li>6. Las personas que aún no teniendo parentesco de consanguinidad, habitan en la misma vivienda y dependen económicamente y sean menores de 18 años o discapacitados dependientes de cualquier edad.</li> </ol>	
<b>Requisitos para la Afiliación:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser residentes en el territorio nacional.</li> <li>2. No ser derechohabientes de la seguridad social.</li> <li>3. Contar con Clave Única de Registro de Población.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cubrir las cuotas correspondientes.</li> <li>5. Cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley General de Salud.</li> </ol>

continúa...

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO POPULAR, 2012

...continuación

<b>Cuotas familiares anuales por decil de ingreso (pesos):</b>					
Decil I	} Régimen no contributivo	Decil V	2,074.97	Decil IX	7,518.97
Decil II		Decil VI	2,833.56	Decil X	11,378.86
Decil III		Decil VII	3,647.93		
Decil IV		Decil VIII	5,650.38		
<b>Vigencia de los derechos:</b>					
El inicio de vigencia de derechos del seguro para los beneficiarios comenzará el mismo día de su incorporación, considerando doce meses calendario de vigencia. Al término de la vigencia de la afiliación, la familia tendrá sesenta días naturales para renovar su incorporación al seguro. En caso contrario, la suspensión temporal que sobrevenga terminará en el momento en que se regularice la situación de pago por parte de la familia afiliada.					
<b>Responsables de la prestación de los servicios de salud:</b>					
Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa mediante los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta mediante los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.					
<b>Derechos de los Beneficiarios:</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir servicios integrales de salud.</li> <li>2. Tener acceso igualitario a la atención.</li> <li>3. Recibir trato digno, respetuoso y atención de calidad.</li> <li>4. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.</li> <li>5. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud.</li> <li>6. Contar con su expediente clínico.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Decidir libremente sobre su atención.</li> <li>8. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y rechazar tratamientos o procedimientos.</li> <li>9. Ser tratado con confidencialidad.</li> <li>10. Contar con una segunda opinión.</li> <li>11. Recibir atención médica en urgencias.</li> <li>12. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban.</li> </ol>			
<b>Obligaciones de los Beneficiarios:</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adoptar cuotas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.</li> <li>2. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios.</li> <li>3. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general.</li> <li>5. Cubrir oportunamente las cuotas que, en su caso, se le fijen.</li> <li>6. Hacer uso responsable de los servicios de salud.</li> <li>7. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota</li> </ol>			

familiar.

FUENTE: **Ley General de Salud**, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada en el DOF el 24 de abril de 2013. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud**, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el DOF el 8 de junio de 2011.

## **Resultados**

### **1. *Mejoramiento de las condiciones de salud de la población afiliada al Seguro Popular***

En 2012, la SS y la CNPSS no acreditaron el diseño de indicadores para medir la contribución del Seguro Popular en el cumplimiento del objetivo nacional y sectorial de “mejorar las condiciones de salud de la población”.

#### **12-0-12U00-07-0268-07-001 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud diseñe e implemente indicadores y metas, a fin de evaluar en qué medida el Seguro Popular contribuye al cumplimiento de los objetivos de mediano plazo.

### **2. *Cumplimiento del objetivo de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de los afiliados al Seguro Popular***

Para 2012, la CNPSS no contó con indicadores ni metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del Seguro Popular, de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

La CNPSS, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, mostró avances en el diseño e implementación de indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del Seguro Popular, de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, con lo que se solventa lo observado en esta materia.

### **3. *Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares***

Para 2012, la CNPSS no dispuso de información actualizada sobre el cumplimiento de la meta de disminuir el gasto de bolsillo en salud a 44.0%, establecida en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, debido a que al cierre de la auditoría (septiembre de 2013) aún no contaba con los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012, a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

### **4. *Proporción de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud***

Para 2012, la CNPSS no dispuso de información actualizada sobre el cumplimiento de la meta de reducir la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud, de 3.7% en 2006 a 2.4% en 2012, establecida en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, debido a que al cierre de la auditoría

(septiembre de 2013) aún no contaba con los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012, a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

**5. *Incorporación de personas al Seguro Popular***

A 2012, se afiliaron al Seguro Popular 52,908,011 personas, cantidad superior en 1.0% a la meta comprometida en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud de ese año, de afiliar a 52,360,454 personas. Al cierre de ese año, 7,067,547 personas aún permanecían sin acceso a los servicios de salud.

**12-0-12U00-07-0268-07-002 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud implemente un programa, a efecto de alcanzar la cobertura universal en salud.

**6. *Establecimiento de un régimen no contributivo para los afiliados con insuficiencia o carencia de ingreso***

De las 52,908,011 personas afiliadas al Seguro Popular a 2012, el 99.5% (52,622,104 personas) no fue sujeto de pago de cuotas, y el 0.5% (285,907 personas) pagó una cuota acorde con sus ingresos mensuales.

**7. *Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular***

En 2012, la CNPSS integró el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular de forma nominal con 52,908,011 personas. El padrón contó con todos los elementos requeridos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, posición en el hogar, clave única de identificación por familia, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y unidad médica de adscripción.

**8. *Validación del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular***

En 2012, la CNPSS validó la base de datos remitida por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, y cuando detectó inconsistencias, las remitió para su corrección a los regímenes, a fin de que éstos realizaran las adecuaciones pertinentes a los registros.

**9. *Evaluación de los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud***

En 2012, la CNPSS no evaluó los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, debido a que careció de los recursos presupuestarios necesarios para llevar a cabo dicha evaluación por lo que no estableció estrategias ni líneas de acción para mejorar la integración, protección y calidad de la información de los padrones.

**12-0-12U00-07-0268-07-003 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud gestione ante la Secretaría de Salud los recursos presupuestarios necesarios para evaluar los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a fin de que establezca acciones de mejora para la integración, protección y calidad de la información de los padrones.

**10. Cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular**

En agosto de 2013, el Consejo de Salubridad General (CSG) proporcionó a la CNPSS el “Informe de resultados del Cotejo de Padrones del Sistema Nacional de Salud”, para darle a conocer el índice de colisión del seguro con otras instituciones de seguridad social en 2012 y, con base en éste, realizar la cancelación de los beneficios del Seguro Popular a los afiliados que se encuentren registrados en alguno de los padrones de instituciones de seguridad social, y otros esquemas públicos y sociales de atención médica. Los padrones de seguridad social con vigencia al 31 de diciembre de 2012 que fueron revisados corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), y a Petróleos Mexicanos (PEMEX); sin embargo, el CSG no incluyó en el cotejo a los padrones de esquemas públicos y sociales de atención médica.

**12-0-12U00-07-0268-07-004 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud solicite al Consejo de Salubridad General que el cotejo del padrón del Seguro Popular incluya a la totalidad de los padrones de seguridad social, así como a los esquemas públicos y sociales de atención médica, a fin de identificar a los beneficiarios registrados en otros padrones y cancelarles los beneficios del Seguro Popular.

**11. Índice de colisión del Seguro Popular en 2012, respecto de otros esquemas de seguridad social**

Con base en el “Informe de resultados del Cotejo de Padrones del Sistema Nacional de Salud”, el porcentaje de colisión fue de 14.8%, ya que 7,000,967 personas de 47,411,090 beneficiarios del Seguro Popular que contaban con Clave Única de Registro de Población (CURP) se encontraban también registrados en los padrones de instituciones de seguridad social. El porcentaje de colisión con el padrón del IMSS fue de 12.9%, al encontrarse 6,145,418 personas registradas en el padrón del Seguro Popular; con el ISSSTE, de 1.5%, con 698,950 casos duplicados; con el ISSFAM, de 0.3%, con 125,736 beneficiarios, y con PEMEX, de 0.1%, con 30,863 personas.

**12-0-12U00-07-0268-07-005 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cancele los beneficios del Seguro Popular a los afiliados que se encuentren registrados en alguno de los padrones de instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica, a fin de cumplir con la normativa aplicable.

**12. Evaluación de los componentes financiero, gerencial y de impacto**

En 2012, la SS evaluó el componente financiero del SPSS, en donde se concluye que los sistemas de información con datos de la población afiliada y usuarios del sistema deben homologarse y compactarse a fin de que sean útiles en todos los niveles del sistema; el componente gerencial, donde se destaca la necesidad de realizar el cruce de padrones para identificar a los individuos que no tienen derecho a recibir el subsidio del sistema, de

garantizar que la asignación de recursos para operar los servicios se realice mediante la lógica de subsidios a la demanda, de promover y comprobar que las unidades de salud estén acreditadas antes de recibir los fondos del SPSS, de promover que una unidad médica acreditada ofrezca atención de calidad, y de poner especial atención en aquellas entidades federativas que no comprueban en tiempo y forma sus gastos; y el componente de impacto, que señala que las tendencias de mortalidad no permitieron detectar cambios que puedan ser atribuidos al efecto del SPSS en la población que no cuenta con seguridad social.

### **13. *Financiamiento del Seguro Popular***

En 2012, el Seguro Popular operó mediante un esquema de aportación tripartita: el Gobierno Federal, con una cuota social de 880.2 pesos y una aportación solidaria de 1,320.3 pesos, por persona afiliada; las entidades federativas, con una aportación solidaria por persona de 440.1 pesos, y los beneficiarios, con cuotas que oscilaron entre 2,074.97 pesos y 11,378.86 pesos, de acuerdo con su capacidad de pago.

En 2012 el Gobierno Federal aportó 52,042,607.9 miles de pesos, y la CNPSS no acreditó las aportaciones realizadas por los gobiernos estatales, ni por concepto de cuotas familiares.

#### **12-0-12U00-07-0268-07-006 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas de la carencia de registros de las aportaciones de los gobiernos estatales, por concepto de Aportación Solidaria Estatal y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes, a fin de fortalecer sus sistemas de control y supervisión en el registro de esas aportaciones.

#### **12-0-12U00-07-0268-07-007 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas de la carencia de registros de las aportaciones de los beneficiarios del Seguro Popular, por concepto de cuotas familiares y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes, a fin de fortalecer sus sistemas de control y supervisión en el registro de esas aportaciones.

### **14. *Presupuesto ejercido en el Seguro Popular***

En 2012, el presupuesto ejercido en el Seguro Popular fue de 64,703,800.3 miles de pesos, igual al modificado, y superior en 0.5% (301,342.1 miles de pesos) al presupuesto original de 64,402,458.2 miles de pesos. Los recursos ejercidos se correspondieron con los reportados en la Cuenta Pública de ese año.

### **15. *Transferencia de aportaciones del Gobierno Federal a las entidades federativas***

La CNPSS no acreditó que en 2012 hubiera transferido 52,042,607.9 miles de pesos a las entidades federativas, que correspondieron a la totalidad de los recursos provenientes de las aportaciones del Gobierno Federal, 10 días hábiles después de que las entidades acreditaron la Aportación Solidaria Estatal, y de validar el padrón de beneficiarios.

**12-0-12U00-07-0268-07-008 Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas de la falta de información de las fechas en que los gobiernos estatales acreditaron la Aportación Solidaria Estatal, y en que la comisión realiza la primera validación de los padrones estatales de beneficiarios y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes, a fin de fortalecer sus sistemas de control y supervisión en la transferencia de los recursos a las entidades federativas dentro del plazo establecido.

**16. *Captación, administración y aplicación de las cuotas familiares***

En 2012, de las 32 entidades federativas, 26 recibieron aportaciones familiares y 6 no captaron cuotas, debido a que operaron bajo el régimen no contributivo (Colima, Distrito Federal, Hidalgo, Puebla, Tamaulipas y Tlaxcala). La SS no acreditó que dispuso de los informes de la Cuota Familiar 2012 de las 26 entidades federativas que debieron presentarlo, por lo que desconoce si las cuotas familiares se recibieron, administraron y destinaron específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud.

**12-0-12100-07-0268-07-001 Recomendación al Desempeño**

Para que la Secretaría de Salud establezca una fecha límite para que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud le entreguen los Informes del Ejercicio de la Cuota Familiar, a fin de constatar que las cuotas familiares se recibieron, administraron y destinaron específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud.

**17. *Transferencia de recursos financieros a los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal***

En 2012, la CNPSS canalizó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos el 8.0% de los recursos por concepto de cuota social y aportación solidaria (11,090,907.5 miles de pesos), y al Fondo de Previsión Presupuestal el 3.0% de dichas cuotas (4,160,854.4 miles de pesos).

**18. *Utilización de los recursos financieros del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos***

En 2012, la CNPSS apoyó el financiamiento de la atención médica de 110,266 beneficiarios del Seguro Popular que sufrieron enfermedades que provocan gastos catastróficos, con 2,976.4 millones de pesos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. El 92.6% de los recursos ejercidos se destinó a casos de pacientes con VIH/SIDA, cáncer de mama, cataratas, cuidados intensivos neonatales, cáncer de niños y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos; y el 7.4% correspondió a casos de linfoma no Hodgkin, enfermedades lisosomales, cáncer cérvico uterino, trasplante de médula ósea infantil, tumor testicular, infarto agudo al miocardio, hemofilia, cáncer de próstata y trasplante de córnea.

**19. *Utilización de los recursos financieros del Fondo de Previsión Presupuestal***

En 2012, ingresaron 4,160.9 millones de pesos al Fondo de Previsión Presupuestal, de los cuales dos terceras partes (2,552.4 millones de pesos) se destinaron a financiar 557 proyectos y acciones para el fortalecimiento de la infraestructura física y el equipamiento de

las unidades de salud de 21 entidades federativas, y una tercera parte (1,608.5 millones de pesos), fue transferida al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. De los 2,552.4 millones de pesos, 1,665.5 millones de pesos (65.3%) se ejercieron en 14 entidades federativas de muy alto, alto y medio grado de marginación, y 886.9 millones de pesos (34.7%) en 7 entidades de bajo y muy bajo grado de marginación.

#### 12-0-12U00-07-0268-07-009 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las que no se atendieron las necesidades de infraestructura en los estados con mayor marginación social y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes, a fin de asegurarse de que anualmente se apliquen dos terceras partes del Fondo de Previsión Presupuestal para atender esas necesidades.

##### **20.** *Actualización del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*

En 2012, la CNPSS actualizó el Catálogo Universal de Servicios de Salud, con lo que el Seguro Popular cubrió 341 enfermedades: 284 esenciales y 57 de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, que incluyeron los cinco padecimientos considerados por la SS como los de mayor causa de muerte en México: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cérvico uterino, el cáncer de mama y los padecimientos del hígado.

En 2012, las 341 enfermedades cubiertas por el Seguro Popular representaron el 2.4% de los 14,176 padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, que cubren el IMSS y el ISSSTE en 100%, y PEMEX en 59%.

##### **21.** *Percepción de los beneficiarios del Seguro Popular*

La CNPSS cumplió la meta de aplicar una encuesta nacional anual para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, ya que realizó el “Estudio de Satisfacción de Usuarios del Seguro Popular 2012”.

Los resultados de la encuesta mostraron que el 97.0% de los usuarios está satisfecho con el seguro; el 99.0% tiene interés en reafiliarse, y el promedio nacional de tiempo de espera para recibir atención médica fue de 104.5 minutos, superior en 74.5 minutos al estándar establecido por la SS de 30 minutos. La CNPSS no acreditó que con los resultados de la encuesta de percepción a los afiliados al Seguro Popular se instrumentaron acciones que permitan la adecuada toma de decisiones, y no estableció metas sobre el nivel de satisfacción que debían presentar los afiliados encuestados.

#### 12-0-12U00-07-0268-07-010 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, con base en los resultados de la percepción de los afiliados al Seguro Popular, establezca metas sobre el nivel de satisfacción de los afiliados encuestados, a fin de instrumentar acciones de mejora que permitan la adecuada toma de decisiones.

#### 12-0-12U00-07-0268-07-011 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instruya a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para que implementen acciones que permitan reducir el tiempo que debe esperar un paciente para recibir atención médica, a fin de que se cumpla con el estándar establecido por la Secretaría de Salud, de 30 minutos de tiempo de espera para recibir atención médica.

#### **22.** *Suficiencia de los indicadores de la MIR 2012 del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”*

En la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2012 del programa presupuestario U005 Seguro Popular, de la CNPSS, no se consideró, a nivel de fin, la calidad de los servicios otorgados mediante el seguro; a nivel de propósito, no existe vinculación entre el objetivo y lo que mide el indicador, y a nivel de componente, no se describen los productos y servicios que entrega el Seguro Popular para el logro de su propósito, y el objetivo del indicador se refiere al acceso efectivo a los beneficios del seguro, por lo que la variable del método de cálculo debería referirse a las personas afiliadas que acudieron a consulta por lo menos una vez al año, y no al número de consultas otorgadas.

La CNPSS, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, demostró que, a fin de atender las recomendaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación, está realizando acciones para actualizar la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, entre las que se encuentran la modificación de los árboles de problemas y de objetivos, y la reestructuración analítica del programa presupuestario, para incorporar indicadores relacionados con el acceso efectivo, con lo que se solventa lo observado en esta materia.

#### **23.** *Suficiencia de la información reportada en los documentos de rendición de cuentas*

La información reportada por la CNPSS en la Cuenta Pública 2012 no permite evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, de mejorar la salud de la población, de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y de lograr que la población afiliada tenga acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

#### 12-0-12100-07-0268-07-002 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, incluya en la Cuenta Pública información suficiente, a fin de verificar el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular, de contribuir a mejorar la salud de la población, de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y de lograr que la población afiliada tenga acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

---

**Consecuencias Sociales**

A 2012, estaban afiliadas al Seguro Popular 52,908.0 miles de personas que, sumadas a las 54,999.9 miles de personas con acceso a la seguridad social, significaron el 93.8% de las 114,975.4 miles de personas en el país. Lo anterior significó que 7,067.5 miles de personas (6.2%) aún no tenían acceso a los servicios de salud.

El Seguro Popular cubrió 341 enfermedades, de las cuales el 83.3% correspondió a servicios médicos esenciales del primero y segundo niveles de atención, y el 16.7%, a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos. Las enfermedades cubiertas representaron el 2.4% de los 14,176 padecimientos del Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, que cubren el IMSS y el ISSSTE en 100%, y PEMEX en 59%.

**Resumen de Observaciones y Acciones**

Se determinó(aron) 13 observación(es), de la(s) cual(es) 2 fue(ron) solventada(s) por la entidad fiscalizada antes de la integración de este informe. La(s) 11 restante(s) generó(aron): 13 Recomendación(es) al Desempeño.

**Dictamen: con salvedad**

La auditoría se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada, de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada de acuerdo con el objetivo y alcance establecidos, y se aplicaron los procedimientos de auditoría que se estimaron necesarios. En consecuencia, existe una base razonable para sustentar el presente dictamen.

En 2012, la SS y la CNPSS brindaron, razonablemente, el acceso a los servicios de salud a 52,908,011 personas, mediante la asignación de una unidad médica para su atención; integraron y validaron el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular; evaluaron los componentes financiero, gerencial y de impacto del SPSS; actualizaron el Catálogo Universal de Servicios de Salud, con lo que el Seguro Popular cubrió 341 enfermedades: 284 esenciales y 57 de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, que incluyeron los cinco padecimientos considerados por la SS como los de mayor causa de muerte en México: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cérvico uterino, el cáncer de mama y los padecimientos del hígado, y se aplicó la encuesta nacional anual para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios.

Los resultados con observación, se refieren principalmente a que la CNPSS no logró la cobertura universal en salud; no realizó el cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular con los esquemas públicos y sociales de atención médica; presentó un índice de colisión de 14.8% con padrones de instituciones de seguridad social; no dispuso de los informes sobre la cuota familiar de las entidades federativas, y la información reportada por la CNPSS en la Cuenta Pública 2012 no permite evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, de mejorar la salud de la población, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, lograr que la población afiliada tenga acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios de salud, y fortalecer y consolidar la operación y la sustentabilidad financiera.

## **Apéndices**

### *Procedimientos de Auditoría Aplicados*

1. Verificar en qué medida el Seguro Popular contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población en 2012.
2. Verificar en qué medida se cumplió el objetivo de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados al Seguro Popular en 2012.
3. Comprobar que a 2012 se cumplió la meta de disminuir a 44.0% la proporción del gasto de bolsillo en salud.
4. Verificar que en 2012 se cumplió la meta de reducir a 2.4% la proporción de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud.
5. Constatar que a 2012 se logró la cobertura universal en salud.
6. Comprobar que en 2012 se estableció un régimen no contributivo que se aplicó a los afiliados con insuficiente ingreso o carencia de éste.
7. Constatar que en 2012 se integró el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular.
8. Verificar que en 2012 se validó el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular.
9. Comprobar que en 2012 se evaluaron los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).
10. Constatar que la CNPSS solicitó al Consejo de Salubridad General el cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular de 2012, respecto de los registros de afiliación de otros esquemas de seguridad social.
11. Verificar el índice de colisión del Seguro Popular en 2012, respecto de los padrones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.
12. Verificar que en 2012 se evaluaron los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las personas afiliadas al Seguro Popular.
13. Constatar que en 2012 se aplicó un esquema tripartita para financiar la prestación de los servicios médicos que ofrece el Seguro Popular.
14. Verificar la aplicación del presupuesto asignado al Seguro Popular para 2012.
15. Comprobar que en 2012 se transfirió a las entidades federativas el 100.0% de los recursos financieros provenientes de las aportaciones que les correspondía para instrumentar los REPSS, 10 días después de que éstas acreditaron la Aportación Solidaria Estatal y contaron con la validación del padrón de beneficiarios.
16. Verificar que en 2012 se captaron, administraron y aplicaron las cuotas familiares en el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Seguro Popular.

17. Comprobar que en 2012 se canalizó el 8.0% de la cuota social y de las aportaciones solidarias al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y el 3.0% al Fondo de Previsión Presupuestal.
18. Constatar que en 2012 los recursos del FPGC se destinaron a financiar el costo de las enfermedades de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.
19. Verificar que en 2012 los recursos aprobados para el Fondo de Previsión Presupuestal se destinaron a financiar las necesidades de infraestructura.
20. Constatar que para 2012 se actualizó el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
21. Verificar que en 2012 se realizó la encuesta anual para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del Seguro Popular.
22. Verificar la suficiencia de los indicadores para medir el cumplimiento del objetivo del programa presupuestario U005 Seguro Popular en 2012, así como la lógica vertical y horizontal.
23. Constatar que en 2012 la SS y la CNPSS incluyeron información suficiente sobre el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular en los documentos de rendición de cuentas.

#### *Áreas Revisadas*

Las direcciones generales de Afiliación y Operación; de Financiamiento; de Administración y Finanzas; de Gestión de Servicios de Salud, y de Coordinación con Entidades Federativas, en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); y las direcciones generales de Programación, Organización y Presupuesto; de Información en Salud; de Evaluación del Desempeño, y de Calidad y Educación en Salud, en la Secretaría de Salud (SS).

#### *Disposiciones Jurídicas y Normativas Incumplidas*

Durante el desarrollo de la auditoría practicada, se determinaron incumplimientos de las leyes, reglamentos y disposiciones normativas que a continuación se mencionan:

1. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículo 25, fracciones II, III y IV.
2. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.

Ley General de Salud: artículo 77 bis 5, inciso A, fracción XI; 77 bis 11; 77 bis 12; 77 bis 13, fracción I; 77 bis 18; 77 bis 21; 77 bis 22 y 77 bis 24.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud: artículo 52 y 53.

Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud: numerales 16, 17 y 18 del capítulo VII.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno: artículo tercero, numeral 14, fracción I, norma cuarta, párrafo primero.

*Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones*

Las facultades de la Auditoría Superior de la Federación para promover las acciones derivadas de la auditoría practicada, encuentran su sustento jurídico en las disposiciones siguientes:

Artículo 79, fracción II, párrafos tercero y quinto y fracción IV, párrafos primero y penúltimo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 6, 12, fracción IV; 13, fracciones I y II; 15, fracciones XIV, XV y XVI; 29, fracción X; 32; 39; 49, fracciones I, II, III y IV; 55; 56, y 88, fracciones VIII y XII, de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

*Comentarios de la Entidad Fiscalizada*

Es importante señalar que la documentación proporcionada por la entidad fiscalizada para aclarar o justificar los resultados y las observaciones presentadas en las reuniones fue analizada con el fin de determinar la procedencia de eliminar, rectificar o ratificar los resultados y las observaciones preliminares determinadas por la Auditoría Superior de la Federación, y que se presentó a esta entidad fiscalizadora para los efectos de la elaboración definitiva del Informe del Resultado.