

**Comisión Nacional de Protección Social en Salud****Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos "Cáncer de Mama"**

Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 12-0-12U00-02-0288

DS-064

***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 la gestión financiera para comprobar que el recurso ejercido del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para la atención médica al Cáncer de Mama durante el ejercicio 2012, se registró y aplicó conforme a los montos aprobados y de acuerdo a las disposiciones legales y normativas aplicables.

***Alcance***

	<b>EGRESOS</b>
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,478,990.0
Muestra Auditada	590,480.1
Representatividad de la Muestra	39.9%

La muestra se integra por 590,480.1 miles de pesos, que representan el 39.9% del total de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos aplicados al tratamiento del cáncer de mama en 2012, como se muestra a continuación:

## RECURSOS EJERCIDOS A NIVEL FEDERAL

(Miles de pesos)

Prestador de servicios médicos	Monto pagado
Instituto Nacional de Cancerología	277,180.2
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	7,806.6
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	81,438.8
Hospital Juárez de México	29,903.3
FUCAM, A.C.	194,151.2
<b>Total</b>	<b>590,480.1</b>

FUENTE: Cartas de instrucción y pagos realizados en 2012 a los prestadores de servicios por las intervenciones de cáncer de mama.

### **Antecedentes**

El Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS) tiene como propósito administrar los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que se transfieren anualmente por medio del Presupuesto de la Secretaría de Salud; el monto de los recursos presupuestarios para cada ejercicio fiscal es determinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en función de las proyecciones de la cuota social, la aportación solidaria federal, la aportación solidaria estatal y la cuota familiar para financiar los servicios de salud cubiertos por el Sistema, en relación con el número de personas beneficiadas por entidad federativa a partir del padrón vigente al término del año inmediato anterior.

El fideicomiso es un instrumento financiero de naturaleza pública manejado por encargo fiduciario, sin personalidad jurídica propia, constituido por mandato de ley, cuyo objeto es crear un mecanismo ágil y transparente que permita al Gobierno Federal la aplicación de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP). Cabe citar que del presupuesto asignado a la CNPSS mediante el Programa U005 “Seguro Popular” únicamente se destina al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud el 11.0% de su presupuesto correspondiendo al FPGC el 8.0% y al FPP 3.0%.

El FPGC no tiene un límite de anualidad y a través de éste se otorga un apoyo financiero para la atención integral de intervenciones, incluyendo tratamientos y medicamentos asociados con los mismos que se consideren gastos catastróficos, determinados por el Consejo de Salubridad General y el Comité Técnico del fideicomiso, a los beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo, conforme a lo dispuesto por el artículo 77 BIS 29 en relación con el artículo 77 BIS 17 de la Ley General de Salud.

Mediante el FPGC se otorga la atención médica de 58 intervenciones agrupadas en 17 tipos de enfermedades, siendo para el ejercicio 2012 el cáncer de mama la segunda intervención en la cual se destinan los recursos de este fondo, lo que representa el 26.0% del total del presupuesto devengado.

El cáncer de mama constituye en México desde el año 2006 la primera causa de muerte por enfermedad de cáncer en la población femenina de 25 años y más. Actualmente en nuestro país el cáncer de mama es un importante problema de salud pública ya que con el tiempo, el número de casos se ha incrementado y cada vez es más frecuente en la mujer mexicana, y a mayor edad mayor es el riesgo de enfermar.

Por lo anterior, la revisión corresponde a los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos aplicados por la CNPSS en el ejercicio 2012 para el pago de las intervenciones por cáncer de mama atendidas por los Institutos Nacionales de Cancerología y de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Hospital Juárez de México, y FUCAM A.C., por los servicios médicos otorgados a los afiliados al SPSS para la atención médica de 8,695 casos de cáncer de mama, estos cinco prestadores de servicios atendieron el 39.9% de las intervenciones por este padecimiento a nivel nacional financiadas con este fondo.

## Resultados

### 1. Manuales de Organización y de Procedimientos de la CNPSS

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud contó con el Manual de Organización Específico, autorizado y registrado mediante el oficio núm. DGPOP/07/004078 de fecha 13 de noviembre de 2012, por la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto (DGPOP) de la Secretaría de Salud, el cual establece las funciones correspondientes a las áreas adscritas a las direcciones generales de Financiamiento y de Gestión de Servicios de Salud, y corresponden con las establecidas en el Reglamento Interior de la CNPSS publicado en el DOF el 27 de febrero de 2004 y actualizado el 11 de octubre de 2012.

Asimismo, mediante el oficio núm. DGPOP/07/004057 de fecha 13 de noviembre de 2012, la DGPOP autorizó y registró el Manual de Procedimientos con el que operó la CNPSS en el ejercicio 2012 con clave MP-U00-004-2012, en él se establecen las actividades y obligaciones de las áreas que intervienen en la ejecución del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, en particular las relacionadas con la operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Por otro lado, la estructura orgánica autorizada de la CNPSS para el ejercicio 2012, con vigencia 1 de marzo de 2012, por la Secretaría de la Función Pública (SFP) mediante los oficios núms. SSFP/408/0572/2012 y SSFP/408/DGOR/0706/2012 del 8 de junio de 2012, corresponde con la establecida en los manuales de Organización Específico y de Procedimientos.

Cabe mencionar que la CNPSS de enero a octubre de 2012 reguló su operación con el Manual de Organización Específico (MOE) y el Manual de Procedimientos (MP) de la CNPSS que fueron aprobados el 12 de julio de 2010 y 29 de junio de 2011, respectivamente, por la DGPOP.

### 2. Análisis Presupuestal

Las cifras reportadas en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal (CHPF) de 2012 con las presentadas en el Estado del Ejercicio del Presupuesto (EEP) de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, no presentaron diferencias, en el presupuesto autorizado, modificado, devengado y ejercido, correspondiente al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, en particular a los recursos públicos destinados al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, como se muestra en el cuadro siguiente:

COMPARACIÓN DE CIFRAS DE CUENTA DE LA HACIENDA PÚBLICA FEDERAL  
Y ESTADO DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO  
(Miles de pesos)

Concepto	Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Devengado	Ejercido
CHPF	11,138,189.5	3,079,093.9	3,126,375.8	11,090,907.6	827,609.6	10,263,298.0
EEP	11,138,189.5	3,079,093.9	3,126,375.8	11,090,907.6	827,609.6	10,263,298.0
DIFERENCIAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

FUENTE: Cuenta Pública y Estado del Ejercicio del Presupuesto 2012.

Al respecto, se observó que para el ejercicio 2012 se autorizó un presupuesto al FPGC de 11,138,189.5 miles de pesos, el cual presentó movimientos presupuestarios de ampliaciones y reducciones por 3,079,093.9 y 3,126,375.8 miles de pesos, respectivamente, los cuales fueron tramitados y autorizados ante la SHCP, en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y registradas en el Módulo Afectaciones Presupuestarias (MAP); por lo que resultó un presupuesto modificado de 11,090,907.6 miles de pesos.

Asimismo, mediante 16 Cuentas por Liquidar Certificadas con cargo a la partida 46101 "Aportaciones a Fideicomisos Públicos", se transfirió al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud en la subcuenta del FPGC el monto reportado como ejercido por 11,090,907.6 miles de pesos, las cuales se encuentran soportadas con la documentación comprobatoria que corresponden a los recibos de las aportaciones de la institución fiduciaria "Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C. (BANOBRAS) que acredita el depósito de los recursos en el fideicomiso.

### **3. *Ingresos por los recursos presupuestarios asignados en 2012 al FPGC***

Del análisis de los estados de cuenta bancarios a nombre de la institución fiduciaria BANOBRAS, S.N.C., se concluyó que la CNPSS transfirió 11,090,907.6 miles de pesos, mediante 16 transferencias a las cuentas bancarias con terminación núm. 8456 y 9461 de BBVA Bancomer, S.A., que corresponden a los recursos presupuestarios asignados al FPGC en el ejercicio 2012.

### **4. *Reglas de Operación del FSPSS***

Las Reglas de Operación del Contrato Fideicomiso: Sistema de Protección Social en Salud, aplicables de enero a octubre del ejercicio 2012, fueron aprobadas por el Comité Técnico del Fideicomiso en la Tercera y Cuarta Sesión Ordinaria de 2010, las cuales regulan la operación, establecen las bases y modalidades para que las entidades federativas mediante los Servicios Estatales de Salud (SESA) y las unidades hospitalarias, que proporcionan servicios de atención médica para el Sistema de Protección Social en Salud, tengan acceso a los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Asimismo, mediante la Cuarta Sesión Extraordinaria del 5 de octubre de 2012, se emitieron y autorizaron por el Comité Técnico las actuales Reglas de Operación; al respecto se observó lo siguiente:

- Se señala que tanto la operación del FPGC; así como los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios, el receptor del recurso y/o los SESA, para ser beneficiarios de los apoyos económicos del FPGC, estarán establecidos en los "Lineamientos Operativos para la Administración y Operación de los Recursos del FPGC"; sin embargo, en 2012 la CNPSS no contó con dichos lineamientos publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF), para que surtieran los efectos jurídicos de aplicación y vigencia, ya que en enero de 2013 se iniciaron las gestiones para la revisión del "anteproyecto" del citado ordenamiento ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER); al respecto, la CNPSS señaló que al mes de agosto de 2013, se encuentra en proceso de análisis, deliberación y evaluación de las consideraciones contenidas en el dictamen emitido por la COFEMER, a fin de realizar la modificación a los lineamientos y contar con la versión definitiva que deba ser publicada en el DOF.

- Se eliminó el plazo para que los prestadores de servicios, a solicitud de la CNPSS, realicen la devolución al FSPSS, de los recursos autorizados y transferidos por casos imprevistos; así como, la obligación de realizar el reintegro de los intereses generados hasta la fecha de la devolución; al eliminar estas obligaciones, se origina que las devoluciones de los recursos del FSPSS se realicen en un plazo indefinido y sin la entrega de los intereses correspondientes; así como el derecho de la CNPSS de exigir en un periodo establecido el reintegro de estos recursos, con lo que se pone en riesgo el manejo eficaz y eficiente de los recursos del Fideicomiso y que éstos puedan ser asignados a nuevos proyectos o a la atención médica de enfermedades que originan gastos catastróficos.

En el análisis del proyecto de “Lineamientos Operativos para la Administración y Operación de los Recursos del FPGC”; se identificó que no se consideran las actividades que realiza la Dirección General de Gestión y Servicios de Salud correspondientes a la validación y conciliación de casos médicos atendidos por los prestadores de servicios, las cuales son primordiales para definir la procedencia médica, administrativa y realizar el pago de las enfermedades cubiertas con los recursos del FPGC, tal y como lo señala el “Procedimiento para la emisión del listado de casos susceptibles de pago a cargo del Fideicomiso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En lo anterior, al no encontrarse formalizados, autorizados y difundidos dichos lineamientos para definir la operación, evaluación, control y seguimiento de las intervenciones médicas cubiertas por el FPGC, se observa que las Reglas de Operación aplicadas, presentan opacidad al no contar con la norma que regula la operación de cada uno de los procesos establecidos, lo que no garantiza la eficacia, eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-001 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instrumente los mecanismos de control y acciones necesarias con la finalidad de que los lineamientos y reglas que regulan la operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, contemplen los procedimientos y las actividades que realizan las áreas que intervienen en la revisión, validación, conciliación de casos médicos y determinación de la procedencia médica y administrativa de las enfermedades que originan gastos catastróficos; además, que estos ordenamientos normativos como son los "Lineamientos Operativos para la Administración y Operación de los recursos del FPGC", se encuentren debidamente formalizados, autorizados y difundidos a fin de promover la eficiencia, eficacia, y transparencia en el manejo de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-002 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instrumente los mecanismos de control y acciones necesarias con la finalidad de incluir en las Reglas de Operación del Contrato Fideicomiso: Sistema de Protección Social en Salud los plazos para la devolución por parte de los prestadores de servicios de los recursos transferidos e intereses generados

por los pagos improcedentes de intervenciones cubiertas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

**5. Sesiones Ordinarias y Extraordinarias del Comité Técnico para la autorización de la Aplicación de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.**

El Comité Técnico del FSPSS es el órgano colegiado responsable de autorizar la aplicación de los recursos líquidos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para apoyar económicamente la promoción, prevención, tratamientos y medicamentos asociados con los mismos considerados como gastos catastróficos, así como de sesionar conforme a las necesidades y al calendario que determine el propio órgano; al respecto, se verificó que se celebraron conforme al calendario cinco sesiones ordinarias, así como ocho extraordinarias durante el ejercicio 2012, mediante las cuales se autorizó la asignación de 16,522,028.8 miles de pesos, con cargo al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, para el diagnóstico y tratamiento de casos nuevos y eventos de seguimiento, correspondientes al ejercicio 2012 de las enfermedades que originan gastos catastróficos, de los cuales 1,878,918.0 miles de pesos se autorizaron para la atención de cáncer de mama.

Cabe mencionar que estos recursos no necesariamente deben aplicarse en el año que son autorizados, ya que se ejercen conforme se otorgan los tratamientos médicos que cubre el FPGC.

**6. Formalización de recursos mediante cartas de instrucción**

La CNPSS, durante el ejercicio de 2012, ejerció 1,478,990.0 miles de pesos con cargo al FPGC correspondientes a 16,438 casos nuevos y 4,370 casos de seguimiento por el padecimiento de cáncer de mama, como se muestra a continuación:

CASOS NUEVOS Y DE SEGUIMIENTO PAGADOS EN EL EJERCICIO DE 2012

	Casos nuevos	Casos continuidad
cáncer de mama	7,361	4,214
seguimiento de cáncer de mama	7,032	-
trastuzumab <sup>1</sup>	2,045	156
<b>Total</b>	<b>16,438</b>	<b>4,370</b>

FUENTE: Cartas de Instrucción emitidas por la CNPSS para realizar el pago de tratamientos en 2012.

La Dirección General de Financiamiento (DGF) de la CNPSS tramitó ante el fiduciario BANOBRAS, S.N.C 113 cartas de instrucción, para realizar el pago por 1,478,990.0 miles de pesos a los prestadores de servicios por la atención médica del padecimiento de cáncer de mama, con cargo a los recursos del FPGC autorizados en los años 2010 a 2012 por el Comité Técnico del fideicomiso, de los cuales 590,480.1 miles de pesos que representan el 39.9%

<sup>1</sup> Trastuzumab: Medicamento especial para los pacientes con Cáncer de mama, el cual inhibe la proliferación de células cancerígenas.

del monto total pagado en 2012, corresponden al pago de las intervenciones realizadas por las instituciones médicas que pertenecen al Gobierno Federal y a una Asociación Civil, como se muestra a continuación:

CARTAS DE INSTRUCCIÓN GENERADAS EN 2012 PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

(Miles de Pesos)

Estado	Año del Caso			Total	%
	2010	2011	2012		
Federal <sup>2</sup>	-	260,273.0	330,207.1	590,480.1	39.9
Jalisco	-	52,356.8	48,571.9	100,928.7	6.8
Guanajuato	-	43,426.3	32,410.1	75,836.4	5.1
Michoacán	-	50,630.5	19,266.9	69,897.4	4.7
Nuevo León	-	15,046.4	32,742.8	47,789.2	3.2
Oaxaca	-	35,412.0	11,826.8	47,238.8	3.2
Guerrero	-	17,192.6	23,839.6	41,032.2	2.8
Baja California	-	22,633.2	18,127.7	40,760.9	2.8
Veracruz	-	22,879.4	17,546.0	40,425.4	2.7
Sonora	-	20,490.1	17,826.0	38,316.1	2.6
Aguascalientes	9,457.7	16,864.8	9,772.6	36,095.1	2.4
Sinaloa	-	23,465.5	12,000.1	35,465.6	2.4
San Luis Potosí	-	9,490.7	25,834.9	35,325.6	2.4
Tabasco	-	13,741.0	18,995.2	32,736.2	2.2
Puebla	-	30,190.4	348.3	30,538.7	2.1
Querétaro	-	19,096.7	9,842.3	28,939.0	2.0
Chiapas	-	18,884.8	9,315.7	28,200.5	1.9
Chihuahua	-	16,932.0	4,923.3	21,855.3	1.5
Edo. de México	-	21,021.6	-	21,021.6	1.4
Colima	-	14,367.2	2,994.6	17,361.8	1.2
Zacatecas	-	14,077.1	1,581.6	15,658.7	1.1
Campeche	1,106.5	9,463.2	4,960.9	15,530.6	1.1
Tamaulipas	4,129.0	11,142.6	-	15,271.6	1.0
Yucatán	-	10,222.0	3,542.6	13,764.6	0.9
Durango	-	6,018.4	7,365.1	13,383.5	0.9
Coahuila	-	1,504.3	11,799.7	13,304.0	0.9
Nayarit	-	3,142.2	6,816.4	9,958.6	0.7
Baja California Sur	-	1,140.1	733.7	1,873.8	0.1
Total general	14,693.2	781,104.9	683,191.9	1,478,990.0	100.0

FUENTE: Reporte del Sistema de Aportación Monetaria 2012 de la CNPSS.

Al respecto, se identificó que los 590,480.1 miles de pesos corresponden a los pagos realizados por la CNPSS a los Institutos Nacionales de Cancerología, de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", al Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", al Hospital Juárez de México y al FUCAM A.C., por la atención médica de cáncer de mama de 8,695 casos, como se muestra a continuación:

<sup>2</sup> Federal: Denominación que le da la CNPSS a los pagos que realiza a cuatro Instituciones de Salud y a una Asociación Civil ubicadas en el Distrito Federal.

RECURSOS EJERCIDOS A NIVEL FEDERAL  
(Miles de pesos)

Prestador de servicios médicos	Monto pagado	Casos atendidos
Instituto Nacional de Cancerología	277,180.2	4,673
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	7,806.6	80
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	81,438.8	863
Hospital Juárez de México	29,903.3	509
FUCAM A.C.	194,151.2	2,570
<b>Total</b>	<b>590,480.1</b>	<b>8,695</b>

**Fuente:** Cartas de instrucción, expedientes médicos y cuestionarios aplicados

Del análisis a los estados de cuenta bancarios se verificó la transferencia de los pagos realizados a los prestadores de servicios antes citados, las cuales se encuentran autorizadas por la CNPSS, mediante las cartas de instrucción firmadas por los funcionarios facultados y gestionadas ante el fiduciario BANOBRAS, S.N.C., las cuales se encuentran soportadas con las facturas, los listados nominales de casos y recibos expedidos por los prestadores de servicios.

**7. Requisitos para la autorización y transferencia de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos**

Las Reglas de Operación del fideicomiso emitidas el 5 de octubre de 2010, vigentes hasta octubre de 2012, señalan como requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios (Servicios Estatales de Salud y las unidades hospitalarias del sector público o privado), previo al pago de casos atendidos por las intervenciones que son cubiertas con recursos del FPGC, los siguientes:

1. Obtener de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, el dictamen de acreditación para la atención de enfermedades cubiertas por el FPGC.
2. Formalización de Convenios o Bases de Colaboración entre la CNPSS y la unidad ejecutora (entidades federativas y unidades hospitalarias del sector público o privado), para coordinar las atribuciones y facultades en materia de salubridad general, en específico al apoyo en el financiamiento de la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos.
3. Formar parte de la red de prestadores de servicios del FPGC.
4. Requisitar los formatos de comprobación de los recursos transferidos de acuerdo con los anexos del Convenio de Colaboración.
5. La documentación justificativa y comprobatoria de la atención médica proporcionada a los beneficiarios del FPGC.

Los prestadores de servicios registran los casos atendidos por intervención y paciente, en el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC), con lo cual la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (DGGSS) lleva a cabo la validación médica y determina la procedencia de los casos; asimismo, verifica el cumplimiento de la normativa y que el importe por pagar por la CNPSS corresponda a las tarifas de pago establecidas en el Tabulador autorizado para la atención del cáncer de mama.

Una vez realizada la validación médica que acredita la procedencia del pago, la DGGSS emite el oficio de solicitud de transferencia de recursos a la Dirección General de Financiamiento, la cual envía una carta de instrucción al fiduciario BANOBRAS, S.N.C. para que realice la transferencia de los recursos con cargo a FPGC, a los diversos prestadores de servicios.

#### **8. Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos**

Con el análisis del Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) se verificó que es un software de tipo administrativo en el cual se registra la información de las declaratorias de los casos relacionados con los beneficiarios del FPGC; el cual identifica a los beneficiarios, se detalla el tratamiento médico recibido, el costo del mismo y se encuentra operando en las unidades de salud públicas y privadas que forman parte de la red de prestadores de servicios del SPSS y en las oficinas de la CNPSS, es una herramienta de control que permite conocer, identificar y validar los casos pagados con los recursos del FPGC, entre otros datos contiene:

- La unidad prestadora del servicio (médico tratante, cédula profesional, entidad federativa).
- Identificación del beneficiario (folio de afiliación, nombre completo del beneficiario, género, fecha de nacimiento, edad, estado de procedencia, municipio).
- Diagnóstico (categoría, patología, grupo, etapa, clave CIE-10, fecha de diagnóstico, fecha de ingreso, costo según tabulador aplicable en 2012 para el cáncer de mama).
- Fases de atención (fase de atención, tipo de fase de atención).
- Historial médico (historia clínica realizada por el médico tratante).
- Cierre de declaratoria (fecha del egreso y motivo del egreso).

Al respecto, se comprobó que la Subdirección del Sistema de Atención al Asegurado de la DGGSS a través del SIGGC revisa y determina la validación médica de los casos y, posteriormente, informa a la Dirección de Administración y Aplicación de Fondos para realizar los pagos correspondientes de casos validados como procedentes.

Cabe citar que para evitar duplicidades en el pago de las intervenciones cubiertas por el FPGC en el sistema, el registro de las intervenciones invariablemente es vinculado con el folio de afiliación de cada paciente; además, los registros se encuentran actualizados; el uso es sencillo y cuenta con medidas de seguridad al tener claves de acceso para el personal que lleva a cabo el registro, validación, pago y seguimiento.

#### **9. Formalización de los Convenios de Colaboración**

Se verificó que la CNPSS formalizó de 2008 a 2011 con las unidades médicas del sector público y privado, 41 convenios de colaboración, un convenio de concertación de acciones y 25 convenios modificatorios, para el financiamiento de la atención médica de las

intervenciones cubiertas con los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, los cuales son vigentes para el ejercicio 2012.

Se revisaron los convenios celebrados entre la CNPSS y los Institutos Nacionales de Cancerología y de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", el Hospital Juárez de México y el FUCAM A.C., los cuales prestan los servicios para la atención médica de cáncer de mama, como se muestra a continuación:

CONVENIOS DE COLABORACIÓN Y MODIFICATORIOS

Fecha	Número de Convenio	Convenio	Prestador del Servicio
21/08/2008	8523	De Colaboración	Instituto Nacional de Cancerología
14/10/2010	CNPSS/0313/2010	De Colaboración	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
21/08/2008	s/n	De Colaboración	Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
26/08/2008	8522	De Colaboración	Hospital Juárez de México
02/03/2009	s/n	Convenio de Concertación de Acciones	FUCAM A.C.

FUENTE: Convenios de colaboración y convenio de concertación celebrados con los prestadores de servicios que otorgan la atención a cáncer de mama a nivel federal.

Cabe señalar que los convenios citados anteriormente contienen los anexos siguientes:

1. Servicios objeto de apoyo financiero.- en éste se establecen las intervenciones cubiertas por el FPGC, en el que se encuentra incluido el tumor maligno de mama.
2. Tabulador de compensación económica.- establece las tarifas de pago por intervenciones, entre las que se encuentran las correspondientes al tratamiento de cáncer de mama, que incluye el diagnóstico, radioterapia, cirugía, quimioterapia según la etapa del cáncer (a mayor etapa mayor costo), seguimiento anual, trastuzumab y reconstrucción estética de la mama/prótesis externa), dichas tarifas son autorizadas cada año por el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud.
3. Formato de declaratoria de casos nuevos.- en el cual el prestador de servicios registra al paciente de nuevo ingreso, incluye los datos personales con la confirmación diagnóstica; así como, la firma del médico responsable que certifica el diagnóstico, el cual se encuentra en los expedientes clínicos y en el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos.
4. Informe semestral.- son los listados nominales que contienen el nombre del paciente, número de afiliación, número de declaratoria, número de expediente médico, diagnóstico, etapa y el monto según el tabulador.

5. Procedimiento para la transferencia de recursos.- describe los requisitos que deben de cumplir los prestadores de servicios para solicitar a la CNPSS el pago de las intervenciones realizadas con cargo a los recursos de FPGC.

Del análisis de los convenios de colaboración se obtuvo lo siguiente:

- Establecen obligaciones y compromisos para los prestadores de servicios y la CNPSS; sin embargo, algunos no se llevan a cabo, como es el caso del procedimiento para la transferencia de recursos del FPGC, los cuales son: la entrega a la CNPSS de informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales sobre la atención brindada a los pacientes, así como de la aplicación de los recursos transferidos utilizando el formato de comprobación del gasto y el cumplimiento del calendario de transferencias establecido por la CNPSS; al respecto, se identificó que estas obligaciones si bien se encuentran establecidas en los convenios y no se realizan, éstas no son aplicables para la operación del FPGC, ya que la CNPSS únicamente transfiere los recursos del FPGC a los prestadores de servicios por el pago de casos médicos atendidos una vez que son comprobados, mismos que son registrados en el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos donde se puede consultar el reporte de la atención brindada a cada uno de los pacientes, por lo que en todo momento se conoce la aplicación y destino de los recursos.
- En la cláusula primera de los convenios de colaboración se hace referencia a dar cumplimiento a los “Lineamientos Operativos para la Administración y Transferencia de los Recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos”, ordenamientos que durante 2012 y desde la fecha de la formalización de los convenios (2008-2011) no fueron emitidos por la CNPSS para la aplicación; los cuales a la fecha del cierre de la auditoría (agosto de 2013) se encuentran en proceso de revisión por las direcciones de la CNPSS, a fin de contar con la versión definitiva que deba ser publicada en el DOF.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-003 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud implemente los mecanismos de control y acciones necesarias que garanticen que las obligaciones a cargo de los prestadores de servicios establecidas en los convenios de colaboración para el financiamiento con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y sus anexos, sean acordes a los procedimientos realizados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para la administración y operación de los recursos del fondo.

#### **10.** *Verificaciones Físicas para comprobar el ejercicio de los recursos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones de los prestadores de servicios*

Para comprobar que los recursos autorizados y pagados por la CNPSS con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por 590,480.1 miles de pesos, a los Institutos Nacionales de Cancerología y de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Hospital Juárez de México y FUCAM A.C., correspondan a los servicios médicos prestados en 2012 para la atención médica de 8,695 casos de cáncer de mama, se llevaron a cabo verificaciones físicas en junio de 2013 a estos prestadores de servicios, en las que se obtuvieron los resultados siguientes:

- Se contó con los dictámenes de acreditación en capacidad, calidad y seguridad para la atención médica, al servicio de alta especialidad de cáncer de mama del FPGC, expedidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.
- Los casos médicos atendidos por cáncer de mama en 2012 fueron capturados por los prestadores de servicios en el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos, mediante el registro en la pantalla “declaratoria de caso”, la cual contiene los datos de identificación del paciente, nombre y cédula profesional del médico tratante, el detalle del tratamiento médico que se otorga y el costo del mismo.
- Se atendieron por parte de los cinco prestadores de servicios 4,492 casos de cáncer de mama (nuevos), 3,164 casos de seguimiento y 1,039 casos con tratamiento trastuzumab, los cuales se pagaron de conformidad con el tabulador de intervenciones que cubre el FPGC autorizado y vigente para 2012, y corresponden a recursos autorizados y asignados para este padecimiento por el Comité Técnico del Fideicomiso en los ejercicios 2011 y 2012, como se muestra a continuación:

RECURSOS OTORGADOS DURANTE EL EJERCICIO DE 2012 PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER  
DE MAMA  
(Miles de pesos)

Prestador de Servicios	C.I.	Facturas	Monto	Año del Caso 2011	Año del Caso 2012	Total de casos nuevos, seguimiento y trastuzumab
INCAN	13	21	277,180.2	3,750	923	4,673
INCMNSZ	4	8	7,806.6	30	50	80
HGM	10	19	81,438.8	581	282	863
HJM	8	15	29,903.3	441	68	509
FUCAM A.C.	13	30	194,151.2	1,556	1,014	2,570
Totales			590,480.1	6,358	2,337	8,695

FUENTE: Cartas de instrucción, estados de cuenta y facturas correspondientes a los prestadores de servicios.

- Se verificó que antes del pago, la Subdirección del Sistema de Atención al Asegurado dependiente de la DGGSS llevó a cabo la validación médica de los casos atendidos; además, se comprobó que esta subdirección realiza cortes mensuales, de acuerdo con un calendario establecido por la DGGSS y contempla el tipo de intervención, con cada uno de los prestadores de servicios, así como conciliaciones al año en las que se levanta una minuta en la cual se señala el número de casos revisados, soportados con los listados nominales y validados para el pago. Cabe mencionar, que estas actividades no se encuentran formalmente establecidas; aun cuando estas permiten comprobar que los pagos realizados con cargo al fondo correspondan a casos efectivamente devengados.
- Se identificó en los estados de cuenta de los prestadores de servicios los depósitos realizados por el fiduciario BANOBRAS, S.C.N., correspondientes a los pagos por los casos atendidos en 2012 por cáncer de mama; asimismo, contaron con copia de las facturas entregadas a la CNPSS por los montos pagados.

- Se comprobó que la CNPSS no ha realizado el pago por 1,189.0 miles de pesos al FUCAM A.C., que corresponde a seis casos con tratamiento trastuzumab, atendidos en 2012 y validados en febrero de 2013; así como de 11,768.2 miles de pesos, correspondientes a 64 casos de cáncer de mama y 130 casos de seguimiento, atendidos por el Hospital Juárez de México y validados por la CNPSS desde el 16 de mayo al 31 de julio de 2012.

La situación anterior origina que los prestadores de servicios absorban los costos de los tratamientos otorgados a los beneficiarios del SPSS y se vean limitados para proporcionar la atención médica a otros pacientes. Al respecto, la CNPSS no evidenció las razones que justifiquen la falta de pago de los casos antes citados, ya que el FPGC cuenta con recursos autorizados y asignados para el pago de estas intervenciones.

Cabe hacer mención que las Reglas de Operación y los Convenios que celebra la entidad fiscalizada con los prestadores de servicios no establecen plazos para que la DGF realice las gestiones ante el fiduciario para su pago, una vez que los casos son validados por la DGGSS.

Con motivo de la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, la CNPSS presentó la documentación que comprueba que con fechas 13 y 23 de agosto y 11 de septiembre de 2013, la CNPSS realizó la transferencia bancaria de 8,633.0 miles de pesos y 1,189.0 miles de pesos al Hospital Juárez de México y al FUCAM A.C., respectivamente. Cabe hacer mención que por los restantes 3,135.2 miles de pesos que corresponden a 18 casos de cáncer de mama atendidos por el Hospital Juárez de México en 2012, continúan pendientes de pago en 2013.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-004 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realice las acciones necesarias con el fin de incluir en los manuales, reglas de operación, lineamientos y/o políticas, los mecanismos de control que realiza la Subdirección del Sistema de Atención al Asegurado dependiente de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud para llevar a cabo la validación médica de los casos atendidos que permiten que los pagos realizados con cargo al fondo correspondan a casos efectivamente devengados.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-005 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realice las acciones necesarias y fortalezca los mecanismos de control, para que en las Reglas de Operación del Contrato Fideicomiso: Sistema de Protección Social en Salud establezcan los plazos para gestionar los pagos correspondientes a los casos médicos validados a los prestadores de servicios, con la finalidad de evitar que éstos absorban temporalmente los costos de los tratamientos otorgados a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

**12-0-12U00-02-0288-01-006 Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realice las acciones necesarias a fin de gestionar el pago por 3,135.2 miles de pesos al Hospital Juárez de México por los 18 casos atendidos por el padecimiento de cáncer de mama en el ejercicio de 2012.

**11. Reintegros**

En 2012, se reintegraron 1,585.3 miles de pesos a la subcuenta del FPGC, por 20 casos pagados indebidamente al FUCAM A.C., al respecto, la CNPSS proporcionó evidencia de la devolución anexando la ficha de depósito con la cantidad correspondiente más los intereses generados a la fecha de la devolución, de conformidad con el numeral 8 de las Reglas de Operación del Contrato del Fideicomiso: Sistema de Protección Social en Salud autorizadas el 5 de octubre de 2010 vigentes a noviembre de 2012.

**12. Revisión de los Expedientes Clínicos de los beneficiarios del FPGC**

En las verificaciones físicas de los cinco prestadores de servicios, se revisaron 265 expedientes clínicos correspondientes a casos nuevos, de seguimiento y de aplicación de trastuzumab, como se detalla a continuación:

## EXPEDIENTES CLÍNICOS REVISADOS

Prestadores de Servicios	Revisión de Expedientes Clínicos	Expedientes con Observación
Instituto Nacional de Cancerología	110	0
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	24	7
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	61	22
Hospital Juárez de México	30	10
FUCAM A.C.	40	28
<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>67</b>

FUENTE: Expedientes clínicos proporcionados por los prestadores de servicios.

Los expedientes clínicos contienen la documentación justificativa y comprobatoria de la atención médica proporcionada a los beneficiarios del SPSS, y cumplen con los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico", con excepción de 67 expedientes, donde la "carta de consentimiento" del paciente no se encuentra requisitada, ya que carece de fecha de elaboración, nombre y firma del paciente, del médico tratante y testigos.

Al respecto, de la reunión de presentación de resultados y observaciones preliminares y finales, la CNPSS remitió a los prestadores de servicios verificados los oficios números CNPSS/DGGSS/750/2013 y CNPSS/DGGSS/775/2013 de fechas 19 y 24 de septiembre de 2013, respectivamente, mediante los cuales, el Director General de Gestión de Servicios de Salud les solicita que tomen las medidas suficientes y necesarias para que los expedientes clínicos de los beneficiarios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos sean integrados de conformidad con lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-

2012, "Del Expediente Clínico", publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012. Así mismo, que se realice una minuciosa revisión de los expedientes integrados, a fin de subsanar y corregir las omisiones detectadas y les requiere que hagan de su conocimiento las medidas adoptadas con el propósito de atender los puntos anteriormente indicados.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-007 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instrumente los mecanismos de control y supervisión con el fin de garantizar que los prestadores de servicios requirieran los formatos y documentos que integran el expediente clínico de los pacientes atendidos con los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.

#### **13.** *Satisfacción de los pacientes en la atención médica otorgada por los prestadores de servicios con recursos del FPGC*

En las visitas realizadas a los cinco prestadores de servicios médicos, se aplicaron 127 cuestionarios de satisfacción a los pacientes que son beneficiarios de los recursos del FPGC, como sigue:

#### CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES BENEFICIARIOS DE LOS RECURSOS DEL FPGC

Prestadores de servicios médicos	Cuestionarios aplicados
Instituto Nacional de Cancerología	28
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	27
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	20
Hospital Juárez de México	21
FUCAM A.C.	31
<b>Total</b>	<b>127</b>

FUENTE: Cuestionarios aplicados a los pacientes beneficiarios de los recursos del FPGC

Las preguntas aplicadas a los beneficiarios del FPGC fueron las siguientes:

CUESTIONARIOS APLICADOS A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA

(Porcentajes)

Preguntas	Respuestas				
	Excelentes	Buenos	Regulares	Malos	No Contestaron
¿Cómo califica los servicios de atención médica?	71	21	4	0	4
¿Cómo califica las instalaciones del hospital?	60	33	4	0	3
¿Los médicos le proporcionan una explicación detallada de su padecimiento?	Detalladamente me explicaron	Parcialmente me explicaron	No me explicaron		No Contestaron
	73	21	2		4
¿Los médicos son amables y eficientes?	Si	Regular	No		No Contestaron
	92	6	0		2
¿Los médicos responden de forma clara a las preguntas que les realiza?	90	6	0		4
¿Las enfermeras son amables y eficientes?	82	16	2		
¿Las enfermeras responden de forma clara a las preguntas que realiza?	81	15	0		5
¿Cuál es el tiempo de espera para recibir la atención médica?	De 15 a 30 min.	De 31 a 60 min.	Más de 1 hora	Más de 2 horas	No Contestaron
	18	18	25	35	4
¿Cómo califica el equipamiento del hospital?	Excelente	Bueno	Regular	Malo	No Contestaron
	62	35	2	0	1
¿Ha pagado por la atención recibida en el hospital?	Si	No			No Contestaron
24	70				6
¿Ha pagado al hospital por los medicamentos suministrados?	13	84			3
¿El hospital le ha suspendido su tratamiento por falta de medicamento, cuantas veces se ha presentado dicha situación?	7	85			8
¿Ha comprado medicamentos por su cuenta?	28	62			10
¿Ha recibido un trato digno y responsable por parte de los médicos, enfermeras y personal administrativo del hospital?	95	0			5
¿Por cada consulta y atención médica que recibe, el médico que lo atiende le da por escrito las instrucciones y le da las indicaciones claras sobre el uso de los medicamentos?	93	3			4
¿Le han proporcionado la información suficiente y de manera comprensible y oportuna a usted como paciente, así como a su familiar sobre las intervenciones a que se ha sometido?	94	4			2
¿Le dieron a conocer sus derechos por estar afiliado al seguro popular?	83	13			4

FUENTE: Cuestionarios aplicados a pacientes con tratamiento de cáncer de mama.

---

Del análisis de las repuestas de los 127 pacientes encuestados (126 mujeres y 1 hombre) que reciben tratamiento de cáncer de mama, financiado con recursos del FPGC, destacan las consideraciones siguientes:

- El 21 por ciento de los pacientes considera que los médicos les explicaron parcialmente su padecimiento.
- Entre el 6 y 16 por ciento consideran regular el servicio de los médicos y de enfermería; así como la explicación de las preguntas que los pacientes realizan.
- El 35 por ciento de los pacientes señalaron que deben esperar más de dos horas para recibir la atención médica.
- El 24 por ciento indicó que han tenido que pagar por la atención recibida en el hospital.
- El 13 por ciento de los pacientes han tenido que pagar al hospital por los medicamentos suministrados.
- El 28 por ciento señaló que han comprado los medicamentos por su cuenta.
- El 13 por ciento informó que no le dieron a conocer sus derechos por estar afiliado al Seguro Popular.

Por otro lado, el 95 por ciento de los pacientes encuestados afiliados al Seguro Popular, se encuentran satisfechos con el servicio que reciben de los cinco prestadores de servicios (sujetos); si bien la CNPSS realiza un estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud y da seguimiento a las quejas y/o a la satisfacción por la prestación de los servicios médicos; sin embargo, se deben reforzar, en coordinación con los prestadores de servicios, las acciones y mecanismos que subsanen las deficiencias en los servicios otorgados a los pacientes beneficiados con el FPGC, como son:

- Mayor difusión de los derechos que tiene el beneficiario por estar afiliado al Seguro Popular.
- Supervisiones para comprobar que los prestadores de servicios cumplan con la obligación de otorgar a los afiliados del Seguro Popular los medicamentos relacionados con los padecimientos que ocasionan gastos catastróficos, los cuales se encuentran establecidos en el Protocolo Técnico emitido por el Consejo de Salubridad General, el cual identifica los tratamientos y medicamentos asociados con Gastos Catastróficos.
- Solicitar a los prestadores de servicios que realicen acciones de mejora para reducir los tiempos de espera para la atención médica a los afiliados del Seguro Popular.

Como resultado de la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, la CNPSS remitió el oficio CNPSS/DGGSS/751/2013 de fecha 19 de septiembre de 2013 mediante el cual el Director General de Gestión de Servicios de Salud solicitó a los prestadores de servicios verificados en el desarrollo de esta auditoría reforzar los mecanismos para garantizar de manera integral la prestación de servicios llevando a cabo las acciones observadas.

**12-0-12U00-02-0288-01-008 Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud establezca los mecanismos de control y acciones necesarias en coordinación con los prestadores de servicios que garanticen una mayor difusión de los derechos que tiene el beneficiario por estar afiliado al Seguro Popular; además, que realice supervisiones para comprobar que los prestadores de servicios otorgan de forma gratuita a los beneficiarios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos los medicamentos establecidos en el Protocolo Técnico emitido por el Consejo de Salubridad General, el cual identifica los tratamientos y medicamentos asociados con Gastos Catastróficos.

**12-0-12U00-02-0288-01-009 Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realice las acciones necesarias con objeto de que los prestadores de servicios que atienden las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos implementen las acciones de mejora que les permitan reducir los tiempos de espera para la atención médica a los afiliados del Seguro Popular.

**14. Supervisiones realizadas por la CNPSS a los prestadores de servicios del FPGC**

La CNPSS para comprobar que los prestadores de servicios otorgan a los beneficiarios del FPGC el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolso a los servicios de salud, realizó en 2012, a través de la DGGSS, visitas a las instalaciones de los prestadores de servicios en cinco entidades federativas (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco y Querétaro) donde se supervisaron expedientes de pacientes con cáncer de mama, dichas supervisiones las realizó conforme a lo establecido en el “Plan estratégico de Supervisión del Sistema de Protección Social en Salud en las Entidades Federativas y del componente de Salud del Programa Oportunidades para 2012”, de las cuales se obtuvieron los resultados correspondientes al FPGC siguientes:

- La atención otorgada por parte de los prestadores del FPGC fue de manera oportuna.
- Los diagnósticos y tratamientos registrados por los prestadores de servicios del FPGC corresponden a los casos reportados en el SIGGC.

De igual forma, se realizó el estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud en 2012, el cual comprende las 32 entidades federativas y evalúa la percepción de los beneficiarios respecto al proceso de inscripción al sistema, la atención y desempeño del médico, así como, de los servicios que recibió; en general este estudio señala que el promedio nacional de satisfacción de los usuarios es de 97 por ciento.

Cabe mencionar que si bien en las supervisiones realizadas en 2012 por la CNPSS no se determinaron recomendaciones para los prestadores de servicios relacionados con el FPGC; se identificó que en los “Lineamientos Generales de Visitas del Plan Estratégico de Supervisión del Sistema de Protección Social en Salud en las Entidades Federativas y del Componente de Salud del Programa Oportunidades para el 2012” que forman parte del Macroproceso de Gestión de Servicios de Salud, en el numeral 30 se establece el plazo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de los resultados o en el plazo establecido en el

"Informe de Resultados de la Supervisión", para la atención de las recomendaciones que resultan de la supervisión, con la finalidad de garantizar que los prestadores de servicios implementen de forma oportuna las acciones correctivas o de mejora.

**15.** *Comportamiento del cáncer de mama y la contribución de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en la atención.*

El FUCAM A.C. realizó un estudio del comportamiento del cáncer de mama en el país, en el cual determinó que la incidencia del cáncer de mama es de 27.2 por cada 100,000 habitantes y la mortalidad de 10.1 por cada 100,000 habitantes, es decir, que la mortalidad es de más de la tercera parte de los casos.

En los países desarrollados la mediana de edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama es de 63 años y sólo el 25.0% de los casos son menores de 50 años, en México la mediana de edad es de 51 años y el 45.5% son menores de 40 años. La situación antes descrita hace necesario que el inicio del tamizaje para detectar la presencia del cáncer de mama sea a partir de los 40 años, en virtud de que la sensibilidad de la mastografía en mujeres jóvenes es menor.

Asimismo, realizó un estudio comparando los resultados de la implementación de un programa de pesquisa<sup>2</sup> versus casos ya diagnosticados, en 2,060 personas, en que se identificó lo siguiente:

## COMPORTAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA POR PROGRAMA PESQUISA Y CASOS YA DIAGNOSTICADOS

Etapa clínica	Tarifas (quimioterapias) Pesos	Programa Pesquisa <sup>3</sup> casos 537	Casos diagnosticados 1523	Descripción
0	16,749.0	22.6%	3.0%	No invasora con células anormales en el revestimiento del conducto de la mama. El tumor es pequeño y no se detecta fácilmente con la exploración de la mama.
I	161,736.0	34.0%	10.5%	El tumor mide 2 cm o menos, y no se diseminó fuera de la mama.
II a	161,736.0	24.1%	21.4%	No se encuentra un tumor en la mama, pero se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos axilares (ganglios linfáticos debajo del brazo), el tumor mide 2 cm o menos.
II b	225,064.0	11.0%	18.7%	El tumor mide más de 2 cm pero no más de 5 cm y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras.
III a	225,064.0	3.7%	14.0%	Tumor en la mama > de 5 cm. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares
III b	225,064.0	2.1%	17.1%	No se encuentra un tumor en la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares
III c	225,064.0	0.2%	3.3%	Puede no haber signos de cáncer en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño y puede existir diseminación hasta la pared del pecho o a la piel de la mama.
IV	241,923.0	0.9%	6.0%	En el estadio IV, el cáncer se diseminó hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

FUENTE: Estudio realizado por el Instituto de Enfermedades FUCAM, febrero de 2013 y reporte de definición o características por etapa clínica del FPGC proporcionado por la CNPSS.

Como se observa en el cuadro anterior, las diferencias son muy significativas ya que en las mastografías de pesquisa el 80.7% de los casos diagnosticados se encontraron en etapas tempranas (0, I y IIa), tratando a estas pacientes con cirugías conservadoras de las mamas, asimismo reciben en menor proporción las quimioterapias y radioterapias, por consiguiente, la calidad y condiciones de vida son mucho mejores y la sobrevivida es mayor debido a que se pueden considerar periodos libres de enfermedad, que los casos donde la mastografía es diagnosticada en etapas avanzadas (IIb a la IV) por presentar signos o síntomas (nódulo palpable, secreción por el pezón, alteraciones en la piel, etc.).

Aunado a lo anterior, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, mediante la Dirección de Cáncer en la Mujer, tiene la facultad de dirigir las actividades para la prestación de servicios de calidad de prevención y control de cáncer de mama, informó que del año 2008 a 2012 la tasa de mortalidad por cáncer de mama a nivel nacional se ha

<sup>3</sup> Pesquisa: Información o indagación que se hace de algo para averiguar la realidad de ello o sus circunstancias.

incrementado; así como, las defunciones de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, hasta en un 288.0 por ciento, como se muestra a continuación:

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA  
CIFRAS A NIVEL NACIONAL

Año	Numerador	Población	Tasa *
2008	4,802	29,717,676	16.2
2009	4,893	30,441,134	16.1
2010	5,034	31,149,902	16.2
2011	5,206	31,844,846	16.4
2012	5,732	32,529,830	17.6

FUENTE: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Información preliminar 2012.

\*Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más.

Nota: El numerador es el total de defunciones registradas en mujeres de 25 años y más por cáncer de mama (Clave CIE C50) en el año referido, sobre el número de mujeres de 25 años y más en el año acorde a la estimación de CONAPO.

DEFUNCIONES DE CÁNCER DE MAMA POR SITIO DE OCURRENCIA

Año	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Otra Unidad Pública	Privada	Vía Pública	Hogar	Otro lugar	Se Ignora	Total General
2008	314	34	979	203	19	15	4	102	277	8	2,618	137	92	4,802
2009	352	202	853	190	28	17	27	115	209	11	2,605	139	145	4,893
2010	409	52	941	212	26	14	5	101	274	9	2,765	130	96	5,034
2011	424	61	990	236	23	17	8	113	263	6	2,784	156	125	5,206
2012	526	41	1,161	252	32	16	15	103	324	15	3,083	179	5	5,752

FUENTE: Defunciones por cáncer de mama, datos proporcionados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Información preliminar 2012.

DEFUNCIONES DE CÁNCER DE MAMA POR INSTITUCIÓN DE AFILIACIÓN

Año	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Seguro Popular	Total
2008	2,248	481	51	31	10	451	3,272
2009	2,293	498	60	24	10	575	3,460
2010	2,300	511	60	22	6	786	3,685
2011	2,355	560	57	27	20	981	4,000
2012	2,531	587	84	35	18	1,299	4,554

FUENTE: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Información preliminar 2012.

Lo anterior se confirma en los tratamientos de los pacientes de cáncer de mama, cubiertos con los recursos del FPGC en el ejercicio 2012, ya que el 78.1 por ciento se ejerció para el diagnóstico y la terapéutica (radioterapia, quimioterapia y quirúrgico) en las diferentes etapas clínicas que presenta cada paciente, y el 21.9 por ciento restante se destinó para el seguimiento de aquellos pacientes que concluyeron el tratamiento; así como para la aplicación de un medicamento especial denominado trastuzumab que inhibe la proliferación de células cancerosas que es suministrado a ciertos pacientes que lo requieren de acuerdo con su estado clínico, como se muestra a continuación:

CASOS PAGADOS POR CÁNCER DE MAMA, SEGUIMIENTOS Y TRASTUZUMAB 2012  
(Miles de Pesos)

Etapa	Monto	Porcentaje por Monto %	Porcentaje total por Monto %	Casos (Pacientes)	Porcentaje por pacientes %
Etapa 0	1,906.6	0.3%		77	0.9%
<b>Subtotal</b>	<b>1,906.6</b>	<b>0.3%</b>		<b>77</b>	<b>0.9%</b>
Etapa I, IIA	85,749.8	14.5%		1,200	13.8%
Etapa IIB, IIIA, IIIB y IIIC	261,996.8	44.4%		2,138	24.6%
Etapa IV	70,778.0	12.0%		658	7.6%
<b>Subtotal</b>	<b>418,524.6</b>	<b>70.9%</b>		<b>3,996</b>	<b>46.0%</b>
Recurrencia	40,592.8	6.9%		419	4.8%
<b>Subtotal</b>	<b>40,592.8</b>	<b>6.9%</b>	<b>78.1%</b>	<b>419</b>	<b>4.8%</b>
Seguimientos	25,369.4	4.3%		3,164	36.4%
Trastuzumab	104,086.8	17.6%		1,039	11.9%
<b>Subtotal</b>	<b>129,456.2</b>	<b>21.9%</b>	<b>21.9%</b>	<b>4,203</b>	<b>48.3%</b>
<b>Total</b>	<b>590,480.1</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>8,695</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: Cartas de Instrucción del FPGC cáncer de mama 2012

Asimismo, se constató que el 70.9 por ciento de los recursos del FPGC se destinaron para el diagnóstico y la terapéutica del cáncer de mama de 3,996 pacientes por un importe de 418,524.6 miles de pesos en las etapas clínicas I, IIA, IIB, IIIA, IIIB y IIIC, mientras que 0.3% por ciento para atención de 77 pacientes en la etapa clínica 0, por un importe de 1,906.6 miles de pesos.

De lo anterior, se concluye que el costo de los tratamientos para cáncer de mama es mucho mayor cuando la enfermedad está en etapas más avanzadas y la calidad de vida es mucho menor, situación que pone de manifiesto la necesidad de implementar acciones para la prevención, detección temprana y oportuna, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia, a través de estrategias de extensión de la cobertura, en coordinación con los sectores público, social y privado, que permitan afrontar este padecimiento con mayor eficacia a un menor costo, a fin de disminuir la mortalidad por cáncer de mama y coadyuvar a elevar la calidad de vida, con el fin de que el Gobierno Federal pueda continuar con la atención de las necesidades por cubrir por este padecimiento, en cumplimiento de lo que señalan los cinco Objetivos Específicos del Programa de Acción Específico 2007-2012, cáncer de mama.

Con motivo de la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, la CNPSS informó que con base en los "Criterios para la Programación y Presupuestación del 20 por ciento del anexo IV para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades", las entidades federativas destinan al menos el 20

por ciento de los recursos financieros transferidos mediante el Acuerdo de Coordinación para ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, entre las que destacan la detección con exploración clínica en mujeres de 25 a 39 años y detección con mastografía bianual en mujeres de 40 a 49 años, así como la programación de estrategias, líneas de acción y acción específica que consisten en: desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama por medio de talleres de capacitación, establecer un modelo de detección dirigido a las mujeres de mayor riesgo por medio de mastografías en mujeres de 50–69 años de edad; utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama con calidad y oportunidad con atención de excelencia mediante la certificación del personal y acreditación de unidades clínicas que incluye toma de biopsias; procesamientos y seguimientos de pacientes. Dichas acciones programadas son validadas por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y la CNPSS, y formalizadas entre el Estado y la SPPS, en el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en el Estado (AFASPE); sin embargo la CNPSS debe fortalecer las acciones orientadas a la detección y atención del padecimiento en etapas tempranas del cáncer de mama.

#### 12-0-12100-02-0288-01-001 **Recomendación**

Para que la Secretaría de Salud en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y sus órganos desconcentrados facultados, implemente las acciones que fortalezcan las medidas de prevención entre la población sobre el diagnóstico oportuno del cáncer de mama; así como los mecanismos de seguimiento que permitan evaluar que los recursos destinados a estas medidas contribuyen a mejorar la calidad de vida y a disminuir la mortalidad por este padecimiento.

#### **16.** *Duración del seguimiento a los tratamientos completos por cáncer de mama.*

El Consejo de Salubridad General, a través del Protocolo Técnico para la atención del cáncer de mama, estableció que el FPGC cubriera como límite 5 años de seguimiento a los pacientes con tratamientos completos por cáncer de mama, por lo que para el ejercicio 2013 varios pacientes estarán en ese supuesto; sin embargo, con la actualización en 2011 de dicho protocolo se consideró que después del quinto año de seguimiento a este padecimiento se realizará una revisión anual de manera indefinida.

Al respecto, la CNPSS informó que desconoce el número de pacientes que cumplirán 5 años de seguimiento, sin embargo, solicitará oficialmente a las unidades médicas que conforman la red de prestadores de servicios para el FPGC el listado de los pacientes que se encuentran en estas condiciones para que realice las acciones correspondientes. Asimismo, aclaró que a estos pacientes no se les da de baja del Sistema de Protección Social en Salud, por lo que continúan con los derechos como afiliados y por ello tienen acceso a las intervenciones correspondientes al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que comprenden acciones preventivas encaminadas a detectar actividad tumoral. No obstante lo anterior, se debe establecer documental y oficialmente que el seguimiento a los pacientes con tratamiento concluido de cáncer de mama después de haber cumplido el 5° año, seguirá siendo financiado por este fondo o se remitirá a una unidad médica de segundo nivel para las consultas de vigilancia.

Con motivo de la reunión de resultados y observaciones preliminares, la CNPSS, a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, informó que realizará el ejercicio actuarial correspondiente para definir lo conducente al seguimiento de casos, para lo cual deberá considerar el número de pacientes que cumplieron el 5° año de seguimiento y un análisis de mortalidad, morbilidad, incidencia, prevalencia y sobrevida (mediciones estadísticas respecto a la enfermedad).

#### 12-0-12U00-02-0288-01-010 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud implemente los mecanismos de control que le permitan determinar el número de pacientes con tratamiento concluido que cumplirán cinco años de seguimiento financiado con el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos; así como realizar las acciones para definir si el seguimiento a los pacientes con tratamiento concluido de cáncer de mama después de haber cumplido el 5° año, seguirá siendo financiado por este fondo.

#### 17. *Indicadores de Cumplimiento de Metas y Objetivos*

La CNPSS contó en el ejercicio 2012 con siete indicadores para el FPGC, con la finalidad de medir el cumplimiento de los objetivos y metas, como se muestra a continuación:

INDICADORES DEL FPGC, 2012

Objetivo	Indicador	Alcanzado 2011	2012	
			Programado Anual	Alcanzado 2012
Firmar convenios con al menos 20 prestadores de servicios privados o sociales para que den servicios al FPGC	Convenios firmados	36 convenios	20	19
Aplicar una encuesta nacional cada año para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del SPSS	Encuesta Nacional de Satisfacción de los usuarios del SPSS	1 encuesta	1	1
Realizar anualmente los estudios actuariales del SPSS y el FPGC	Estudios actuariales del SPSS y el FPGC	2 estudios	2	2
A partir de la recepción del expediente completo de la solicitud de pago de los casos cubiertos por el FPGC, realizar el reembolso en un plazo no mayor a 30 días	Reembolso del pago de casos del FPGC	6 días hábiles	4	4
Asegurar una oferta de unidades hospitalarias para la atención de las intervenciones del FPGC	Número de prestadores de servicios acreditados para la atención de intervenciones del FPGC	286	286	330
Satisfacción de los afiliados con el desempeño del médico durante la consulta	Porcentaje de afiliados que se manifiestan satisfechos con el desempeño del médico durante la consulta	96.7%	96.0%	97.2%
Satisfacción de los afiliados con el desempeño del personal de enfermería	Porcentaje de afiliados que se manifiestan satisfechos con la atención del personal de enfermería	92.1%	92.0%	92.9%

FUENTE: Tablero de Control de Indicadores del Programa de Acción Específico para el ejercicio 2012-

La CNPSS, en términos generales, cumplió las metas establecidas, ya que celebró convenios con 19 prestadores de servicios realizó una encuesta nacional para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del SPSS; así como dos estudios actuariales del SPSS y el FPGC que se tenían previstos; el número de días hábiles para realizar el reembolso a los prestadores de servicios por el pago de casos del FPGC se redujo a cuatro días; el número de prestadores de servicios acreditados fue superior a lo programado; en cuanto a la satisfacción de los afiliados con el desempeño del médico y del personal de enfermería fue del 97.2% y 92.9%, respectivamente, con lo que se superó la meta programada.

Sin embargo, la CNPSS no demostró que cuenta con indicadores que le permitan medir el impacto en la mejora de la salud de las personas beneficiarias y el impacto en el acceso económico a la salud de los beneficiarios del SPSS, así como los correspondientes a medir el cumplimiento de la Meta 4.2 “Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud”, establecida en el Objetivo 4 “Evitar el Empobrecimiento de la población por motivos de Salud” y determinados en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

#### 12-0-12U00-02-0288-01-011 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud implemente los indicadores que le permitan medir el impacto en la mejora de la salud de las personas beneficiarias y el impacto en el acceso económico a la salud de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, así como, los correspondientes a medir el cumplimiento de la reducción en los hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud.

#### ***Consecuencias Sociales***

El cáncer de mama es considerado la primera causa de mortalidad de las mujeres mexicanas, así como una enfermedad catastrófica y de alto costo, por lo que a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se da atención a dicho padecimiento a la población que se encuentra afiliada al SPSS. Al respecto se identificó que la atención médica a los beneficiarios incide en etapas avanzadas en las cuales los pacientes tienen una menor calidad de vida y probabilidad de supervivencia, aunado a que el costo de la atención es más elevado en comparación con los tratamientos diagnosticados en etapas tempranas. Por lo anterior es necesario reforzar las medidas de prevención y detección oportuna de este padecimiento.

#### ***Resumen de Observaciones y Acciones***

Se determinó(arón) 8 observación(es) la(s) cual(es) generó(arón): 12 Recomendación(es).

#### ***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 y las pruebas selectivas, que se estimaron necesarios. En consecuencia, existe una base razonable para sustentar el presente dictamen, que se refiere sólo a las operaciones revisadas.

La Auditoría Superior de la Federación considera que, en términos generales y respecto de la muestra auditada, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cumplió con las

disposiciones normativas aplicables al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para la atención médica al cáncer de mama durante el ejercicio 2012, excepto por los resultados con observación que se precisan en el apartado correspondiente de este informe, los cuales se refieren principalmente a que no emitió los Lineamientos Operativos para la Administración y Operación de los Recursos del FPGC, sólo presentó un proyecto de los mismos sin incluir las actividades referentes a la validación y conciliación de los casos médicos atendidos por los prestadores de los servicios, lo que es primordial para definir la procedencia médica y realizar los pagos correspondientes; asimismo, los convenios de que celebró con los prestadores de servicios no se encuentran actualizados conforme a la operación del fondo; la CNPSS no realizó los pagos por 12,957.2 miles de pesos a dos prestadores de servicios por casos atendidos en el ejercicio 2012, como resultado de la auditoría pagó 9,822.0 miles de pesos, y quedó pendiente un importe de 3,315.2 miles de pesos. En los servicios otorgados por los prestadores de servicios se identificó la falta de difusión de los derechos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cobro de medicamentos relacionados con los padecimientos y prolongados tiempos de espera para la atención a los pacientes. Los formatos que integran los expedientes clínicos no se encuentran requisitados conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del "Expediente Clínico". Se identificó que la atención médica a los beneficiarios incide en etapas avanzadas del cáncer de mama, en las cuales los pacientes tienen una menor calidad de vida y probabilidad de supervivencia, por lo que el costo de la atención es más elevado en comparación con los tratamientos diagnosticados en etapas tempranas. La CNPSS no contó con indicadores que permitan medir el impacto de los recursos destinados a través del FPGC para la atención médica de enfermedades catastróficas en la mejora de la salud de las personas beneficiarias, así como el acceso económico a la salud de los beneficiarios del SPSS.

## **Apéndices**

### *Procedimientos de Auditoría Aplicados*

1. Verificar que los manuales de organización y de procedimientos, vigentes para el ejercicio 2012, definen las funciones y responsabilidades de las áreas encargadas de la presupuestación, planeación, programación, administración y ejercicio de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
2. Comprobar que el presupuesto original, modificado, ejercido y economías para la operación del fideicomiso que se reportó en la Cuenta Pública 2012, se corresponde con las cifras registradas en el Estado del Ejercicio del Presupuesto (EEP) de la CNPSS.
3. Verificar que las modificaciones efectuadas al presupuesto original del programa presupuestario U005 "Seguro Popular", partida 46101 "Aportaciones a Fideicomisos Públicos" para el FPGC, se sustentaron con los oficios de adecuaciones presupuestarias y la autorización de las instancias correspondientes.
4. Comprobar que los recursos autorizados para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se ministraron a la cuenta bancaria del fondo a favor del FSPSS mediante las cuentas por liquidar certificadas correspondientes, que éstos se ejercieron conforme a los objetivos de dicho fondo.

5. Verificar que las Reglas de Operación del Contrato Fideicomiso: Sistema de Protección Social en Salud, vigentes para el ejercicio 2012, contaron con la autorización del Comité Técnico del Fideicomiso, y que éstas establecen los mecanismos de control, supervisión y seguimiento que garantizan la aplicación eficiente y eficaz de los recursos del FPGC.
6. Comprobar que se celebraron las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité Técnico, para la autorización de los recursos del FPGC para la atención de las intervenciones de cáncer de mama para el ejercicio 2012.
7. Verificar que la CNPSS celebró con los Prestadores de Servicios (Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Hospital Juárez de México y FUCAM A.C.), los convenios de colaboración para formalizar el otorgamiento de los recursos del FPGC para la atención médica de las intervenciones por cáncer de mama.
8. Verificar que la CNPSS emitió las cartas de instrucción para solicitar al fiduciario BANOBRAS, S.N.C., la transferencia de los recursos autorizados por el Comité Técnico a los prestadores de servicios (Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Hospital Juárez de México y FUCAM A.C.), para el pago de la atención médica de las intervenciones de cáncer de mama, así como que se encuentren soportadas con la documentación justificativa y comprobatoria.
9. Comprobar que los procedimientos de solicitud, formalización, determinación, transferencia y aplicación de los recursos otorgados por el FPGC a los prestadores de servicios de salud se realizó conforme a lo establecido en las reglas de operación para el otorgamiento de los recursos.
10. Comprobar que el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos instrumentado por la CNPSS, aseguró el control confiable, eficaz y eficiente para el registro, validación, seguimiento y pago de las intervenciones realizadas por los prestadores de servicios para la atención médica del cáncer de mama.
11. Verificar que los pagos por las intervenciones realizadas por los prestadores de servicios para la atención médica del cáncer de mama se realizaron de acuerdo con las tarifas aprobadas por el titular de la CNPSS.
12. Realizar verificaciones físicas a los prestadores de servicios para comprobar la recepción de los recursos del FPGC por las intervenciones de cáncer de mama atendidas en el ejercicio 2012 y que los expedientes clínicos se encuentran integrados conforme a la normativa aplicable, así como identificar el grado de satisfacción de los pacientes en la prestación del servicio.
13. Verificar que la devolución de los recursos por parte de los prestadores de servicios, se reintegraron a las cuentas bancarias del FPGC.
14. Comprobar que la CNPSS contó con mecanismos de supervisión y seguimiento para evaluar que los prestadores de servicios otorgaron el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolso a los servicios de salud a los beneficiarios del FPGC.
15. Comprobar que la atención médica de cáncer de mama se está cubriendo de forma integral con los recursos del FPGC.

16. Verificar que la CNPSS contó con indicadores del FPGC que le permitan medir el impacto en la mejora de la salud de las personas beneficiadas y el acceso a la atención integral de las enfermedades que se consideran gastos catastróficos.

#### *Áreas Revisadas*

Las direcciones generales de Financiamiento y de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

#### *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. Presupuesto de Egresos de la Federación: Art. 44 Frac. IX Inc. a, b y c.
2. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: Art. 1 Par. 2.
3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Art. 101 Par. 2 y Art. 105.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Art. 10 Frac. I, II y XII, Art. 16 Frac. I BIS 1 y 1 BIS 2, Art. 38 Frac. I BIS 1 y Art. 40 Frac. I.

Manual de Organización Específico de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección de Administración y Aplicación de Fondos, Apartado Funciones, Par. 8, 9, 10 y 11, Dirección General de Financiamiento, Apartado Funciones, Par. 5 y 15, Departamento de Apoyo a la celebración de Acuerdos, Convenios, Actas y Seguimiento de Acuerdos, Apartado Funciones, Par. 1 y Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, Apartado Funciones Par. 4 y 13.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Art. 9 Frac. IX y Art. 10 Frac. I, II, V, XI y XI BIS.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numerales 6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad, 10 Otros documentos, 10.1 Cartas de consentimiento informado.

Reglas de Operación del Contrato Fideicomiso: Sistema de Protección Social en Salud, regla 3 Frac. I Inc. a.

Convenio de colaboración para el financiamiento con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que celebran la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Hospital General de México, Cláusulas Cuarta Frac. VII y Quinta.

Convenio de colaboración para el financiamiento con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que celebran la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Hospital Juárez de México, Cláusulas Cuarta Frac. VII, X, XI y XII y Quinta.

Convenio de concertación de acciones que celebran la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el FUCAM A.C., Cláusulas Cuarta Frac. II y III y Quinta.

Convenio de colaboración para el financiamiento con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que celebran la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Cláusulas Cuarta Frac. III y Quinta.

Convenio de colaboración para el financiamiento con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que celebran la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Instituto Nacional de Cancerología, Cláusulas Cuarta Frac. VII y Quinta.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012 Objetivo 4 "Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud", Meta 4.2 "Reducir el 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud".

"Mecanismo Presupuestario y Base para los registros contables, para la Aplicación de Recursos en Fideicomisos no considerados Entidad Paraestatal, cuyo propósito financiero se limita a la Administración y Pago", numeral 8.

Manual de Procedimientos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Procedimiento 37, Apartado 3.0 Políticas de Operación Normas y Lineamientos, numeral 3.6 y 3.7.

#### *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.