

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Seguro Popular

Auditoría de Desempeño: 14-0-12U00-07-0180

DS-049

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 2014, considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF 2011-2017.

Objetivo

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

Alcance

La auditoría incluye la evaluación del cumplimiento de objetivos y metas, en materia de afiliación al Seguro Popular, en términos de la cobertura de la población sin seguridad social; el acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que recibe la población afiliada, y la contribución del Seguro Popular en la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, que comprende la reducción del gasto de bolsillo y del gasto catastrófico; la eficiencia en la operación del programa en la integración, validación y cotejo del padrón de beneficiarios; la atención a las recomendaciones de la evaluación financiera, gerencial y de impacto del Sistema de Protección Social en Salud; el financiamiento del Seguro Popular, mediante el esquema tripartita, y los recursos ejercidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Fondo de Previsión Presupuestal; la satisfacción de los beneficiarios; el avance hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño; el sistema de control interno, y la rendición de cuentas, a cargo de la Secretaría de Salud (SS) y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

La auditoría se realizó de conformidad con el Marco Rector para la Fiscalización de la Cuenta Pública; con el Macroproceso para la Revisión de la Cuenta Pública, Proceso Planeación; con los Criterios Generales para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública, y con los Lineamientos Técnicos que formula la Auditoría Especial de Desempeño, que son complementarios a las disposiciones establecidas en los documentos anteriores, y congruentes con los Principios Fundamentales de la Auditoría de Desempeño de las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores.

Para el desarrollo de la auditoría, se utilizó la metodología establecida en los Lineamientos Técnicos de la Auditoría Especial de Desempeño, con la cual se aseguró el rigor metodológico y se estructuró de manera ordenada el proyecto de investigación para llevar a cabo la revisión, a fin de cumplir con los objetivos de las auditorías de desempeño: valorar la eficacia, eficiencia y economía con que actuaron los responsables de la operación de la política pública auditada, así como la percepción del ciudadano-usuario.

Durante el desarrollo de la auditoría se identificó que la CNPSS no dispuso de indicadores, metas, ni de información para evaluar los servicios de salud que reciben los beneficiarios del Seguro Popular, en términos del 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.

Antecedentes

Desde su origen en 1943, el sistema mexicano de salud dividió a los miembros del sector formal de la economía que contaban con acceso a la seguridad social formal, incluyendo el acceso a un seguro de salud, y el resto de la población, que carecía de acceso a un seguro público de salud.^{1/}

En 1996, se instrumentó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) con el objetivo de incrementar la cobertura de los servicios de salud del primer nivel de atención, a fin de mejorar las condiciones de salud en la población sin acceso a los servicios de salud y con los mayores índices de marginación.^{2/} En 2001, el PAC fue sustituido por el programa “Salud Para Todos”, con el propósito de ofrecer un paquete de servicios de salud a las familias sin seguridad social.

En 2002, el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Unión una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud (LGS),^{3/} en la que señaló que el 50.0% de las erogaciones en salud en México correspondía al gasto de bolsillo,^{4/} siendo esa la forma más ineficiente de financiar la atención de la salud, ya que rompe con la solidaridad financiera de las personas enfermas y de escasos ingresos, y con un principio de justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir atención en función de sus necesidades de salud. Además, el Ejecutivo Federal manifestó que el gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en los fenómenos de enfermedad y calculó que anualmente de dos a tres millones de familias mexicanas incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud.^{5/}

El 15 de mayo de 2003 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas y adiciones a la LGS que, entre otras, incluyeron el Título Tercero Bis: “De la Protección Social en Salud”. Con esta reforma se instrumentó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con el objetivo de garantizar 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 de las familias que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún mecanismo de previsión social en salud.

^{1/} Secretaría de Salud, **Financiamiento justo y protección social universal: La reforma estructural del sistema de salud en México**, México, 2004, p. 17.

^{2/} **Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas del Programa de Ampliación de Cobertura**, Diario Oficial, 14 de marzo de 2000.

^{3/} Exposición de Motivos de la Reforma a la Ley General de Salud, enviada al Congreso de la Unión por el Poder Ejecutivo Federal el 12 de noviembre de 2002.

^{4/} El gasto de bolsillo es el pago directo que realizan las personas al recibir la atención médica, pagar por un servicio o adquirir un bien para la salud, y el pago de primas de seguros médicos privados, que pone en riesgo el patrimonio familiar.

^{5/} Los gastos catastróficos por motivos de salud se definen como aquellos gastos en salud superiores al 30.0% de la capacidad de pago de una familia, que a su vez se definen como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación.

El 1 de enero de 2004 entró en vigor el esquema de seguridad universal denominado SPSS (comúnmente identificado como Seguro Popular) para ofrecer acceso a un aseguramiento médico público a la población sin empleo formal, en condición de autoempleo o desempleada.^{§/}

El 30 de diciembre de 2009, se publicó el Decreto por el que se reformaron los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la LGS, en el cual se estableció que la asignación de recursos para la provisión de servicios médicos se realizaría por persona afiliada, y no por familia como se venía haciendo desde que inició su operación.

En el marco normativo que regula el SPSS se identificaron las principales características del Seguro Popular, como se muestra a continuación:

^{§/} Instituto Nacional de Salud Pública, **Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa 2012**, México, 2013, p. 15.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA SEGURO POPULAR, 2014

I. Atributos generales de la prestación de los servicios de salud			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es de cobertura nacional. 2. Los servicios se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización. 3. Las acciones pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica. 4. Los servicios deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita. 			
II. Requisitos para la afiliación			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de incorporación. 2. Ser residentes en el territorio nacional. 3. No ser derechohabientes de la seguridad social. 4. Contar con Clave Única de Registro de Población. 5. De ser el caso, cubrir la cuotas correspondiente. 6. Cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley General de Salud. 			
III. Derechos de los beneficiarios			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir servicios integrales de salud. 2. Tener acceso igualitario a la atención. 3. Recibir trato digno, respetuoso y atención de calidad. 4. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud. 5. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud. 6. Contar con su expediente clínico. 7. Decidir libremente sobre su atención. 8. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos. 9. Ser tratado con confidencialidad. 10. Contar con una segunda opinión. 11. Recibir atención médica en urgencias. 12. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica. 13. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban. 14. Presentar quejas por la falta o inadecuada prestación de servicios. 15. Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida. 			
IV. Obligaciones de los beneficiarios			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar cuotas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios. 3. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica. 4. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud. 5. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general. 6. Informarse acerca de los riesgos de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. 7. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen. 8. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud. 9. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento. 10. Hacer uso responsable de los servicios de salud. 11. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar. 			
V. Cuotas familiares anuales por decil de ingreso (pesos)			
Decil I	} Régimen no contributivo	Decil V	2,074.9
Decil II		Decil VI	2,833.6
Decil III		Decil VII	3,647.9
Decil IV		Decil VIII	5,650.4
		Decil IX	7,519.0
		Decil X	11,378.7

FUENTE: **Ley General de Salud**, publicada en el Diario Oficial el 7 de febrero de 1984; última reforma del Título Tercero Bis publicada en el Diario Oficial el 4 de junio de 2014. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud**, publicado en el Diario Oficial el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el Diario Oficial del 17 de diciembre de 2014. **Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS**, publicado en el Diario Oficial el 15 de abril de 2005; última reforma publicada en el Diario Oficial el 19 de diciembre de 2011. **Acuerdo por el que se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al SPSS bajo el Régimen no contributivo**, publicado en el Diario Oficial del 29 de febrero de 2008; **Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del SPSS para 2014**, publicado en el Diario Oficial el 28 de febrero de 2014.

El 4 de junio de 2014 se reformó el Título Tercero Bis de la LGS,^{7/} con el propósito de consolidar a la SS como instancia rectora y articuladora del SPSS; hacer efectivos los beneficios que otorga la ley a los afiliados al SPSS, y mejorar la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos ejercidos por las entidades federativas. Entre los cambios realizados al Título Tercero Bis “De la Protección Social en Salud” de la LGS se encuentran los siguientes:

1. La transferencia de los recursos federales podrá hacerse en numerario o en especie, a fin de garantizar que la población cuente con los medicamentos y demás insumos para su atención. Tratándose de los recursos en numerario, éstos serán administrados por las autoridades locales, mediante cuentas bancarias y depósitos en la Tesorería de la Federación (TESOFE). La TESOFE podrá realizar los pagos a los proveedores de los bienes y servicios mediante instrucción de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.^{8/}
2. Desaparece la figura del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, a fin de no duplicar instancias de coordinación con los servicios estatales de salud, ya que existe el Consejo Nacional de Salud, como el mecanismo de coordinación de acciones con las entidades federativas en materia de salud que sesiona con regularidad en el año, siendo el foro en el que se tratan los asuntos vinculados con el SPSS.^{9/}
3. Se fortalece la portabilidad de los beneficios que otorga la afiliación al SPSS, ya que se da mayor certeza, respecto del pago por la prestación de servicios de salud que se brinde entre entidades federativas y los que se otorguen por las instituciones federales.^{10/}
4. En caso de que alguna entidad federativa no compruebe que los recursos en numerario o en especie de carácter federal se destinaron a los fines específicos para los que le fueron transferidos o entregados, las autoridades que tengan conocimiento de dicha situación tendrán la obligación de informarlo a las autoridades competentes para que procedan a su investigación y sanción.^{11/}
5. Se establece un delito específico en materia de desvío del objeto para el cual fueron transferidos o entregados los recursos en numerario o en especie, a que se refiere el Título Tercero Bis o para la prestación de servicios en materia de salubridad general.^{12/}

El modelo financiero del Seguro Popular se sustenta en un esquema tripartita con aportaciones por persona afiliada del Gobierno Federal y de las entidades federativas, así como por contribuciones de los afiliados que se determinan de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

Los recursos aportados para la operación del SPSS son ejercidos en la prestación del paquete de servicios de salud cubierto, integrado por las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y,

^{7/} **Diario Oficial de la Federación**, 7 de febrero de 1984, Título Tercero Bis adicionado el 15 de mayo de 2003 y reformado el 4 de junio de 2014.

^{8/} Artículo 77 bis 15 de la Ley General de Salud.

^{9/} Artículos 77 bis 33 y 77 bis 34 de la Ley General de Salud.

^{10/} Artículo 77 bis 30 de la Ley General de Salud.

^{11/} Artículo 77 bis 16 de la Ley General de Salud.

^{12/} Artículo 469 bis de la Ley General de Salud.

mediante el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), en infraestructura y equipamiento para la atención primaria y especialidades básicas, preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, y para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios y la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios.

El SPSS fue creado para administrar fondos públicos aportados por la Federación y las entidades federativas, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud, mediante un aseguramiento voluntario a la población sin un vínculo formal en el mercado laboral, y persigue tres objetivos específicos: a) mejorar las condiciones de salud de la población; b) proteger a las familias no aseguradas de sufrir gastos catastróficos y empobrecedores en salud, y c) responder a las expectativas de atención de la población.^{13/}

Resultados

1. Población objetivo del Seguro Popular

Para 2014, la CNPSS estimó que la población potencial del Seguro Popular fue de 66,294,528 personas sin seguridad social, lo que representó el 55.4% de la población total del país en ese año (119,713,203 personas); y la población objetivo del programa en ese año fue de 57,300,000 personas, lo que significó el 86.4% de la población potencial. Sin embargo, la CNPSS no contó con los criterios metodológicos actualizados para estimar la población potencial, objetivo y programada del Seguro Popular, tanto por grupo específico como por región del país, entidad federativa y municipio.

14-0-12U00-07-0180-07-001 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las cuales no dispuso de una metodología para cuantificar con precisión a la población potencial, objetivo y programada, tanto por grupo específico como por región del país, entidad federativa y municipio que serán incorporadas al Seguro Popular y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de focalizar las acciones del programa, en los términos del artículo 75, fracción I, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

2. Afiliación al Seguro Popular

A 2014 la población en México era de 119,713,203 personas, de las cuales el 44.6% (53,418,675 personas) tenía acceso a la seguridad social y el 47.9% (57,300,000 personas) estaba inscrito en el SPSS, por lo que se estima que el 7.5% (8,994,528 personas) aún no tenía acceso a los servicios de salud.

En 2014, la CNPSS afilió al Seguro Popular a 1,662,001 personas, lo que significó un avance del 95.7% (1,736,297 personas) de la meta prevista en la Matriz de Indicadores para Resultados 2014 del programa presupuestario U005 "Seguro Popular".

De 2004 a 2014 la afiliación al SPSS registró un incremento del 26.9% en promedio anual, al pasar de 5,300,000 personas en 2004 a 57,300,000 personas en 2014.

^{13/} Secretaría de Salud, **Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos**, México, 2006, pp. 36 y 37.

3. Acceso a los servicios médicos-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios

Para 2014, la CNPSS y los REPSS carecieron de indicadores, metas e información para evaluar el cumplimiento del mandato del SPSS, relativo a garantizar 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.

14-0-12U00-07-0180-07-002 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, investigue las causas por las que se careció de indicadores, metas e información para evaluar el cumplimiento del mandato del Sistema de Protección Social en Salud, de garantizar 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 y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de disponer de indicadores de desempeño con sus correspondientes metas anuales que permitan contar con parámetros de medición de los resultados del programa, en los términos de los artículos 27 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

4. Servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios cubiertos por el Seguro Popular

En 2014, el Seguro Popular cubrió 344 intervenciones de salud, de las cuales 285 intervenciones (82.8%) fueron servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, y 59 intervenciones (17.2%) correspondieron a padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento. Asimismo, se determinó que el CAUSES incluyó la cobertura de 634 medicamentos y otros insumos para la salud asociados a las intervenciones.

Las 344 intervenciones cubiertas por el programa representaron el 2.4% de los 14,418 padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.

5. Contribución del programa en la disminución del gasto de bolsillo en salud

En 2014, la proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares, respecto del gasto total en salud,^{14/} fue del 44.0%, igual que la meta programada para ese año. De 2004 a 2014, el gasto de bolsillo en salud se redujo en 1.6% en promedio anual, al pasar de 51.9% en 2004 a 44.0% en 2014.

6. Proporción del gasto catastrófico en salud

La CNPSS definió al gasto catastrófico como las erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30.0% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud; el ingreso disponible es aquel con que se cuenta una vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos. No obstante, la CNPSS no dispuso de indicadores, ni de información para precisar en qué medida las acciones realizadas por el

^{14/} El gasto de bolsillo se define como el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios de salud en el momento de demandar o hacer uso de éstos.

programa contribuyeron a evitar el gasto catastrófico por motivos de salud entre los beneficiarios del Seguro Popular.

14-0-12U00-07-0180-07-003 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las que no dispuso de indicadores ni de información para medir la contribución del programa en la disminución del gasto catastrófico por motivos de salud entre los beneficiarios del Seguro Popular y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de disponer de indicadores de desempeño y metas anuales para contar con un parámetro de medición de la contribución del programa para evitar gastos por motivos de salud, en los términos de los artículos 77 bis 29 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

7. Integración del padrón de beneficiarios

En 2014, la CNPSS integró el padrón de beneficiarios del SPSS de forma nominal con 57,300,000 registros de personas e incluyó todos los elementos requeridos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y unidad médica de adscripción.

8. Validación y cotejo del padrón de beneficiarios

La CNPSS acreditó que los 32 RE PSS remitieron la base de datos que contiene el padrón de beneficiarios del SPSS correspondiente a cada entidad federativa, las cuales fueron validadas de manera continua en 2014; asimismo, la CNPSS realizó una segunda validación de la base de datos remitida por los regímenes y, en caso de haber detectado inconsistencias, las remitió para su corrección a los regímenes estatales para que llevaran a cabo las adecuaciones pertinentes a los registros.

Con base en el cotejo de padrones de beneficiarios realizado por el Consejo de Salubridad General en 2014, la CNPSS determinó que 6,905,069 personas de los 57,300,000 beneficiarios del SPSS se encontraban registradas en los padrones del IMSS, del ISSSTE, del ISSFAM, y de otras instituciones públicas y sociales de atención médica, lo que representó un índice de colisión del 12.1%, cifra inferior en 51.0% a la reportada en 2013, de 24.7%. Del total de registros duplicados, el índice de colisión en el IMSS fue del 9.8%; del 1.1%, en el ISSSTE; del 0.2%, en el ISSFAM y del 1.0%, en otras instituciones públicas y sociales de atención médica, sin que se procediera a la cancelación de los beneficios del sistema de las familias o algunos de sus integrantes.

14-0-12U00-07-0180-07-004 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas de la colisión reportada por el Consejo de Salubridad General y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento para realizar la depuración del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular, a fin de integrar correctamente el padrón de beneficiarios y evitar la duplicidad de los servicios, en los términos del numeral 18, del Capítulo VII, de los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

9. Evaluación Integral del Sistema de Protección Social en Salud

La CNPSS acreditó la atención de las recomendaciones formuladas por el Instituto Nacional de Salud Pública a los componentes financiero y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias del SPSS con motivo de la evaluación efectuada en 2012. No obstante, en 2014 no realizó la evaluación integral de los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias del SPSS, a fin de valorar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del SPSS.

14-0-12U00-07-0180-07-005 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las que no realizó la evaluación integral del Sistema de Protección Social en Salud en 2014 y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema de Protección Social en Salud, en los términos de los artículos 72 y 75, fracciones I, II y III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

10. Esquema tripartita de financiamiento del Seguro Popular

En 2014, el Seguro Popular operó mediante un esquema de aportación tripartita. El monto por persona afiliada fue de 2,843.4 pesos, conforme a la distribución siguiente: el Gobierno Federal, con una cuota social anual de 947.8 pesos y una aportación solidaria de 1,421.7 pesos; las entidades federativas, con una aportación solidaria de 473.9 pesos, y los beneficiarios, con cuotas que oscilaron entre 2,075.0 pesos y 11,378.9 pesos, de acuerdo con su capacidad de pago. En ese año, la CNPSS registró un monto de 88,793,075.9 miles de pesos para la operación del programa, de los cuales el Gobierno Federal aportó 58,524,843.7 miles de pesos (65.9%), los gobiernos estatales aportaron 30,238,201.9 miles de pesos (34.1%) y por concepto de cuotas familiares se captaron 30,030.3 miles de pesos.

En 2014, el 99.7% (57,144,482 personas) de la población afiliada al SPSS se encontró en el régimen no contributivo y el 0.3% (155,518 personas) en el régimen contributivo. Asimismo, se identificó que 16 entidades federativas (50.0%) no acreditaron la captación por concepto de cuotas familiares en 2014, a pesar de que 12,193 personas se ubicaron en el régimen contributivo en ese año, lo que representó el 7.8% del total de personas ubicadas en el régimen contributivo.

14-0-12U00-07-0180-07-006 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las que no dispuso de los registros de las aportaciones de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, por concepto de cuotas familiares y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de que el Sistema de Protección Social en Salud sea financiado de manera solidaria por los beneficiarios, en los términos del artículo 77 bis 11 de la Ley General de Salud.

11. Transferencia de recursos financieros a las entidades federativas para la instrumentación de los REPSS

En 2014, la CNPSS ejerció un monto de 66,522,603.8 miles de pesos para financiar el Seguro Popular, de los cuales el 81.1% (53,957,475.1 miles de pesos) fue por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, cifras que corresponden con lo reportado en la Cuenta Pública de ese año.

12. Aplicación de cuotas familiares

La CNPSS no dispuso de los Informes del Ejercicio de la Cuota Familiar correspondientes al ejercicio fiscal 2014 de 18 REPSS, para constatar que las cuotas familiares se recibieron, administraron y destinaron específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud. De acuerdo con los informes del ejercicio de la cuota familiar de 14 REPSS, de los 33,458.1 miles de pesos ejercidos por concepto de cuotas familiares, el 44.4% (14,842.0 miles de pesos) correspondió a la compra de medicamentos y productos farmacéuticos y el 55.6% (18,616.1 miles de pesos) para la adquisición de otros insumos médicos.

14-0-12U00-07-0180-07-007 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, investigue las causas por las cuales no contó con la totalidad de los Informes del Ejercicio de la Cuota Familiar y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de verificar que las cuotas familiares se reciban, administren y apliquen conforme a las disposiciones aplicables y se destinen al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el sistema, en los términos de los artículos 77 bis 22 y 77 bis 24, de la Ley General de Salud.

13. Canalización de recursos financieros a los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal

En 2014, la CNPSS canalizó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos el 8.0% (11,440,979.6 miles de pesos) de los recursos por concepto de cuota social y aportación solidaria y el 3.0% (4,558,139.5 miles de pesos) al Fondo de Previsión Presupuestal.

14. Aplicación de los recursos financieros del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

En 2014, la CNPSS financió 91,241 casos de beneficiarios del SPSS que sufrieron enfermedades que provocaron gastos catastróficos mediante el FPGC, por un monto de 3,663,340.0 miles de pesos, lo que representó el 89.7% de los casos validados en ese año (101,669 casos).

15. Aplicación de los recursos financieros del Fondo de Previsión Presupuestal

En 2014, se destinaron 4,558,139.5 miles de pesos al Fondo de Previsión Presupuestal, de los cuales el 75.3% (3,433,990.4 miles de pesos) fue para cubrir las necesidades de infraestructura de atención primaria y de especialidades básicas en localidades de alta y muy alta marginación social de 13 entidades federativas, y el 24.7% (1,124,149.1 miles de pesos) no se utilizó, por lo fue canalizado al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de conformidad con la normativa.

16. Índice de satisfacción de los afiliados al Seguro Popular

En 2014, la CNPSS, por conducto del Instituto Nacional de Salud Pública, realizó el Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS para evaluar la percepción de los beneficiarios, respecto de los servicios de salud que recibieron en ese año. Para medir la percepción de los beneficiarios, se diseñó el índice de satisfacción que sintetiza la información obtenida de las encuestas realizadas y se identificó que 14 entidades federativas (43.8%) obtuvieron un índice de satisfacción con un rango de -0.035 puntos y -0.854 puntos, menor que el promedio nacional de 0.001 puntos.

La CNPSS, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias, para implementar las actividades de seguimiento en el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, a fin de mejorar la calidad de la atención en cada una de las entidades federativas para incrementar la satisfacción de los beneficiarios respecto de los servicios que reciben.

17. Oportunidad en la atención médica

Los resultados del Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS realizado en 2014 mostraron que el tiempo promedio de espera de los beneficiarios del Seguro Popular para recibir atención médica fue de 86.4 minutos, superior en 56.4 minutos al estándar recomendado por la Secretaría de Salud de 30 minutos.

14-0-12U00-07-0180-07-008 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las cuales los usuarios del Sistema de Protección Social en Salud registraron un tiempo promedio de espera para recibir atención médica superior al estándar de 30 minutos y, con base en ello, implemente acciones, a fin de reducir el tiempo promedio de espera de los usuarios del sistema, en los términos de lo señalado en los Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud.

18. Calidad de los servicios otorgados a los afiliados del Seguro Popular

Los resultados del Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS mostraron que, en 2014, el 60.7% de los afiliados al Seguro Popular reportó no haber recibido información sobre sus derechos y obligaciones por parte de los REPSS, y que del 39.3% que sí recibió información, el 59.5% no la consideró útil para conocer sus derechos y obligaciones.

En ese año, el 89.8% de los afiliados consideraron que la calidad de los servicios que recibieron fueron buenos o muy buenos; el 9.0% reportó que la calidad fue regular, y el 1.2% respondió que el servicio fue malo o muy malo. Sin embargo, se identificó que la pregunta incluida en el “Cuestionario de Estudio sobre Satisfacción de Afiliados al SPSS 2014” resulta insuficiente para valorar el grado de satisfacción de los beneficiarios, respecto de la oportunidad, el proceso y los resultados de la atención de los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que reciben mediante el programa.

14-0-12U00-07-0180-07-009 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, investigue las causas por las cuales no se divulgaron los derechos y obligaciones a la totalidad de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de

contar con mecanismos de difusión que permitan a los usuarios conocer sus derechos y obligaciones, en los términos de los artículos 54 y 57 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y de los Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud.

14-0-12U00-07-0180-07-010 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las cuales el Cuestionario de Estudio sobre Satisfacción de Afiliados al SPSS no incluye reactivos suficientes para valorar la satisfacción de los beneficiarios, respecto de la oportunidad, el proceso y los resultados de la atención de los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que reciben mediante el programa y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de evaluar la aplicación efectiva de los derechos, en los términos de los artículos 54 y 57 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y de los Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud.

19. Percepción del cobro por los servicios recibidos

De acuerdo con los resultados del Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS realizado en 2014, el 95.8% de los afiliados al SPSS señaló que no había realizado ningún pago por la atención recibida en 2014, y el 4.1% de los afiliados reportó haber pagado por el servicio recibido.

14-0-12U00-07-0180-07-011 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, investigue las causas por las cuales los beneficiarios reportaron cobros por la atención recibida y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, en los términos del artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

20. Satisfacción por el abasto de medicamentos

De acuerdo con los resultados del Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS realizado en 2014, el promedio de satisfacción por el surtimiento de medicamentos a los afiliados al SPSS en el ámbito nacional en 2014 fue de 79.3%, inferior en 15.7 puntos porcentuales al estándar de la Secretaría de Salud del 95.0%. En 2014, el 87.5% de las entidades federativas registró un porcentaje de satisfacción por el surtimiento de medicamentos inferior al estándar recomendado.

Se identificó que el 24.2% de los afiliados al SPSS se consideró insatisfecho o muy insatisfecho, respecto del surtimiento de medicamentos en los últimos tres meses; el 57.9% de los afiliados estuvo satisfecho o muy satisfecho, y el 17.9% no se consideró ni satisfecho ni insatisfecho.

14-0-12U00-07-0180-07-012 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, investigue las causas por las cuales registró un porcentaje de satisfacción por el surtimiento de medicamentos inferior al estándar recomendado por la Secretaría de Salud del 95.0% y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de

calidad, sin desembolso al momento de utilización a los farmacéuticos, en los términos del artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

21. Suficiencia de los indicadores de la MIR 2014 del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”

La lógica vertical de la MIR 2014 del programa presupuestario U005 “Seguro Popular” no permite verificar la relación causa-efecto que existe entre los distintos niveles de la matriz. Asimismo, se determinó que cinco de los siete indicadores presentaron inconsistencias en su construcción: el indicador de componente “Acceso a beneficios del SPSS” no es adecuado para medir el acceso efectivo y con calidad a los beneficios del sistema, ya que sólo cuantifica el número de consultas otorgadas entre el total de personas afiliadas, y los indicadores de actividad: “Transferencia de recursos a las entidades federativas”, “Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular”, “Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos” y “Revisar la información enviada por las entidades federativas para la acreditación de la aportación solidaria estatal”, presentaron deficiencias en el método de cálculo y la frecuencia de medición.

14-0-12U00-07-0180-07-013 Recomendación al Desempeño

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las cuales los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados 2014 del programa presupuestario U005 "Seguro Popular" presentaron deficiencias en su diseño y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de elaborar la matriz de indicadores del programa presupuestario U005 "Seguro Popular", con base en la metodología de marco lógico, los lineamientos específicos emitidos en el marco del proceso presupuestario, el programa de mejoramiento de la gestión y el Sistema de Evaluación del Desempeño, a fin de evaluar el desempeño del programa, en los términos del numeral noveno de los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.

22. Evaluación del control interno institucional

En relación con el ambiente de control, la CNPSS contó con el Manual de Organización, de un catálogo de puestos institucional y de un Código de Ética institucional; en la administración de riesgos, la CNPSS identificó nueve factores de riesgo y determinó el grado de impacto y la probabilidad de ocurrencia, a fin de establecer las acciones de control; en cuanto a las actividades de control interno, la CNPSS contó con el Programa de Trabajo de Control Interno en el que se establecieron los elementos de control, la descripción, el porcentaje de cumplimiento, la autoevaluación realizada por la institución con base en la evidencia documental, las acciones de mejora a realizar, la unidad responsable de su implementación, el responsable de su implementación y los medios de verificación.

Por lo que se refiere a la información y comunicación, la CNPSS no acreditó la existencia de un sistema de información diseñado e instrumentado bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como de mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo los objetivos y metas del Seguro Popular, y en materia de supervisión y mejora continua, la CNPSS realizó la evaluación de control interno a los procesos sustantivos.

14-0-12U00-07-0180-07-014 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud investigue las causas por las cuales no contó con un sistema de información diseñado e instrumentado bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo los objetivos y metas del Seguro Popular con el uso eficiente de los recursos y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de contar con mecanismos adecuados para el registro y generación de información que permita la adecuada toma de decisiones, transparencia y rendición de cuentas de la gestión pública, en los términos del artículo tercero, numeral 14, del 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.

23. Suficiencia de la información reportada en la Cuenta Pública

La información reportada en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2014 fue insuficiente para identificar el problema público que se pretende atender con los recursos asignados, ya que no cuantificó a la población del país que carece de seguridad social, ni incluyó indicadores ni metas para evaluar el objetivo del programa.

Asimismo, se determinó que la información reportada por la CNPSS en la Cuenta Pública 2014 es insuficiente para evaluar el cumplimiento del objetivo establecido en la MIR 2014 del programa presupuestario U005 “Seguro Popular” de “Contribuir a asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos de salud mediante el aseguramiento financiero de la población que carece de seguridad social con el fin de evitar gastos por motivos de salud”. Asimismo, se careció de información para evaluar el avance de las acciones relacionadas con las estrategias de avanzar en el acceso efectivo a los servicios de salud de la población independientemente de su condición social. Tampoco se identificaron las acciones realizadas por la CNPSS para ampliar la gama de servicios que proporciona, y tener una mayor coordinación con las instituciones del sector, a fin de lograr una mejor integración, abatir duplicidades y reducir la saturación de los servicios y evitar una atención fragmentada.

Además, se identificaron deficiencias en los mecanismos de control para generar la información para la rendición de cuentas, ya que la CNPSS no acreditó la existencia de un sistema de información diseñado e instrumentado bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como de mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento y que permitan determinar si se están cumpliendo los objetivos y metas del Seguro Popular.

14-0-12100-07-0180-07-001 **Recomendación al Desempeño**

Para que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, investigue las causas por las cuales no incluyó en la Cuenta Pública de 2014 información suficiente para verificar el cumplimiento del mandato del Seguro Popular, de garantizar 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 de las familias que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún mecanismo de previsión social en salud y, con base en ello, implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de contar con mecanismos adecuados para el registro y

generación de información clara, confiable, oportuna y suficiente, con acceso ágil y sencillo, que permita la adecuada toma de decisiones, transparencia y rendición de cuentas de la gestión pública, en los términos de los artículos 54 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y 111, párrafo tercero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Consecuencias Sociales

En 2014, la población en México era de 119,713,203 personas, de las cuales el 44.6% (53,418,675 personas) contaba con acceso a servicios de salud mediante esquemas de seguridad social; el 47.9% (57,300,000 personas), estaba inscrito en el SPSS, y se estima que el 7.5% (8,994,528 personas), aún no tenía acceso a los servicios de salud.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinó(aron) 15 observación(es), de la(s) cual(es) 1 fue(ron) solventada(s) por la entidad fiscalizada antes de la integración de este informe. La(s) 14 restante(s) generó(aron): 15 Recomendación(es) al Desempeño.

Dictamen

El presente se emite el 5 de octubre de 2015, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría. 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.

En el Programa Sectorial de Salud 2001-2006 se reconoció que, en el año 2000, aproximadamente uno de cada dos mexicanos no contaba con acceso a algún esquema de salud, lo que ocasionaba que el gasto de las personas para consultas, tratamientos y hospitalización, denominado gasto de bolsillo, alcanzara en 2002 el 52.0% del total del gasto nacional en esa materia.

Para resolver el problema antes consignado, el 15 de mayo de 2003 se publicaron las reformas y adiciones a la Ley General de Salud que incluyeron el Título Tercero Bis: de la Protección Social en Salud. Con esta reforma se instrumentó el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), con el objetivo de garantizar 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 de las familias que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún mecanismo de previsión social en salud.

Los resultados de la fiscalización muestran que en 2014 la CNPSS estimó que la población potencial del Seguro Popular fue de 66,294,528 personas sin seguridad social, lo que representó el 55.4% de la población total del país, y la población objetivo del programa en ese año fue de 57,300,000 personas, lo que significó el 86.4% de la población potencial. No obstante, la CNPSS no contó con criterios metodológicos actualizados para estimar a la población potencial, objetivo y programada del Seguro Popular.

A 2014 la población en México era de 119,713,203 personas, de las cuales el 44.6% (53,418,675 personas) tenía acceso a la seguridad social y el 47.9% (57,300,000 personas)

estaba inscrito en el SPSS, por lo que se estima que el 7.5% (8,994,528 personas) aún no tenía acceso a los servicios de salud.

En 2014, la CNPSS afilió al Seguro Popular a 1,662,001 personas, lo que significó 4.3% menos que la meta prevista de 1,736,297 personas. De 2004 a 2014 la afiliación al SPSS registró un incremento del 26.9% en promedio anual, al pasar de 5,300,000 personas en 2004 a 57,300,000 personas en 2014.

En 2014, el Seguro Popular cubrió 344 intervenciones de salud, de las cuales 285 intervenciones (82.8%) fueron servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, y 59 intervenciones (17.2%) correspondieron a padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, y el programa incluyó 634 medicamentos y otros insumos para la salud asociados a las intervenciones. Las 344 intervenciones cubiertas por el programa representaron el 2.4% de los 14,418 padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.

En ese año, la CNPSS y los REPSS no contaron con indicadores, metas, ni con información para evaluar el cumplimiento del mandato de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

Respecto del gasto por motivos de salud, en 2014 la proporción del gasto de bolsillo en salud fue del 44.0%, igual que la meta programada. De 2004 a 2014, el gasto de bolsillo en salud se redujo en 1.6% en promedio anual, al pasar de 51.9% en 2004 a 44.0% en 2014. Por lo que se refiere al gasto catastrófico por motivos de salud, la CNPSS no dispuso de indicadores ni de información para medir la contribución del programa a disminuir el gasto de catastrófico entre los beneficiarios del Seguro Popular.

Con base en el cotejo de padrones de beneficiarios realizado por el Consejo de Salubridad General en 2014, se determinó el índice de colisión del Seguro Popular y con otras instituciones de salud y otros esquemas de atención médica de 2014. Los resultados mostraron que 6,905,069 de 57,300,000 beneficiarios del Seguro Popular se encontraban registrados en los padrones de instituciones de seguridad social, lo que significó un índice de colisión del 12.1%, cifra inferior en 51.0% a la reportada en 2013 de 24.7%. Del total de registros duplicados, el índice de colisión fue del 9.8% en el IMSS; del 1.1%, en el ISSSTE; del 0.2%, en el ISSFAM, y del 1.0%, en otras instituciones públicas y sociales de atención médica.

La CNPSS acreditó la atención de las recomendaciones formuladas por el Instituto Nacional de Salud Pública a los componentes financiero y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias del SPSS con motivo de la evaluación efectuada en 2012. No obstante, en 2014 no realizó la evaluación integral de los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias del SPSS, a fin de valorar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema de Protección Social en Salud.

En ese año, el Seguro Popular operó mediante un esquema de aportación tripartita; el monto por persona afiliada fue de 2,843.4 pesos, conforme a la distribución siguiente: el Gobierno Federal, con una cuota social anual de 947.8 pesos y una aportación solidaria de 1,421.7 pesos; las entidades federativas, con una aportación solidaria de 473.9 pesos, y los

beneficiarios, con cuotas que oscilaron entre 2,075.0 pesos y 11,378.9 pesos, de acuerdo con su capacidad de pago.

La CNPSS erogó 88,793,075.9 miles de pesos para la operación del programa en 2014, de los cuales el Gobierno Federal aportó 58,524,843.7 miles de pesos (65.9%), los gobiernos estatales aportaron 30,238,201.9 miles de pesos (34.1%), y por concepto de cuotas familiares se captaron 30,030.3 miles de pesos. Se determinó que el 99.7% de la población afiliada a 2014 al SPSS se encontró en el régimen no contributivo y el 0.3%, en el régimen contributivo. Asimismo, se identificó que 16 entidades federativas (50.0%) no captaron cuotas familiares en 2014, a pesar de que 12,193 personas se ubicaron en el régimen contributivo en ese año, lo que representó el 7.8% del total de personas ubicadas en el régimen contributivo.

Los resultados del Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS realizado en 2014 mostraron que el tiempo promedio de espera de los beneficiarios del Seguro Popular para recibir atención médica fue de 86.4 minutos, superior en 56.4 minutos al estándar recomendado por la SS de 30 minutos y el promedio de satisfacción por el surtimiento de medicamentos fue de 79.3%, inferior en 15.7 puntos porcentuales al estándar de la SS del 95.0%.

Los mecanismos de control interno fueron insuficientes para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, y la información reportada por la CNPSS en la Cuenta Pública 2014 no permitió evaluar el cumplimiento del objetivo establecido en el mandato.

La Auditoría Superior de la Federación concluye que la CNPSS otorgó financiamiento para que 57,300,000 personas sin seguridad social contaran con un esquema de aseguramiento en salud; sin embargo, no se dispuso de información para evaluar los servicios otorgados en términos del acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

La importancia del Seguro Popular se fundamenta en que el derecho a la protección de la salud es un derecho constitucional en México. Es el reconocimiento de que todo ser humano tiene la garantía de acceder a los servicios de salud en caso de enfermedad. Sin embargo, este derecho normativo frecuentemente no se realiza, debido a las condiciones desiguales de acceso. Por ello, las recomendaciones de la ASF están orientadas a que la CNPSS, con base en el análisis de la causa raíz, implemente acciones para disponer de una metodología para cuantificar a la población objetivo, a fin de focalizar las acciones del programa; diseñe indicadores y cuente con información confiable para medir el cumplimiento del mandato del Seguro Popular; realice la evaluación de los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias del SPSS, a fin de valorar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema de Protección Social en Salud; disponga de los registros de las aportaciones de los beneficiarios por concepto de cuotas familiares, así como los Informes del Ejercicio de la Cuota Familiar, a fin de que las cuotas familiares se reciban, administren y apliquen conforme a las disposiciones aplicables y se destinen al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el sistema; implemente las acciones de control y seguimiento, a fin de reducir el tiempo promedio de espera de los usuarios del sistema y mejorar la percepción por el abasto de medicamentos; cuente con información para identificar en qué medida sus acciones contribuyen a disminuir el gasto catastrófico por motivos de salud, y reporte en la Cuenta Pública los resultados del cumplimiento de sus objetivos y metas.

Apéndices

Procedimientos de Auditoría Aplicados

1. Verificar la identificación de la población objetivo del Seguro Popular de conformidad con la normativa aplicable.
2. Constatar el cumplimiento de la meta referente a la afiliación para 2014 y el avance en la incorporación de personas al Seguro Popular de 2004-2014.
3. Verificar en qué medida en 2014 se cumplió el mandato del Seguro Popular de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolso al momento de su utilización a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos, y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados.
4. Verificar la cobertura del CAUSES y del FPGC de los padecimientos médico-quirúrgicos, farmacéuticos, y hospitalarios cubiertos por el Seguro Popular en 2014.
5. Verificar en qué medida el Seguro Popular cumplió el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo por motivos de salud en 2014.
6. Verificar en qué medida el Seguro Popular contribuyó a evitar el gasto catastrófico por motivos de salud en 2014.
7. Verificar el cumplimiento de requisitos en la integración del padrón de beneficiarios del Seguro Popular en 2014.
8. Verificar que la CNPSS validó el padrón de beneficiarios del Seguro Popular en 2014, y solicitó su cotejo al Consejo General de Salud.
9. Verificar el avance en 2014 de la atención de las recomendaciones de la evaluación financiera, gerencial y de impacto del programa y, con base en ello, las acciones para mejorar la operación del programa.
10. Constatar que en 2014 se aplicó un esquema tripartita para financiar la prestación de los servicios médicos que ofrece el Seguro Popular.
11. Comprobar que en 2014 se transfirieron a las entidades federativas los recursos financieros provenientes de las aportaciones que les correspondía para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y que contaron con la validación del padrón de beneficiarios.
12. Verificar que se captaron, administraron y aplicaron las cuotas familiares de 2014 en el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Seguro Popular.
13. Comprobar que en 2014 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% de la cuota social y de las aportaciones solidarias para la constitución de una previsión presupuestal.
14. Constatar que en 2014 los recursos del FPGC se destinaron a financiar el costo de las enfermedades de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que provocan gastos catastróficos.

15. Verificar que los recursos aprobados para el Fondo de Previsión Presupuestal Anual para 2014 se destinaron a financiar las necesidades de infraestructura.
16. Verificar que en 2014 se realizó la encuesta anual para evaluar la satisfacción de los usuarios del Seguro Popular.
17. Verificar los resultados de la oportunidad de la atención médica en 2014 contenidas en el estudio de satisfacción del Sistema de Protección Social en Salud.
18. Verificar los resultados de la percepción de la calidad de la atención médica que recibieron los usuarios del Seguro Popular en las unidades de salud en 2014.
19. Verificar los resultados de la percepción de los usuarios del Seguro Popular en 2014 sobre el cobro por la atención médica, contenidos en el Estudio de Satisfacción del Sistema de Protección Social en Salud.
20. Verificar los resultados de la percepción de los usuarios del Seguro Popular en 2014, relativos al abasto de medicamentos, contenidos en el Estudio de Satisfacción del Sistema de Protección Social en Salud.
21. Verificar la suficiencia de los indicadores para evaluar el cumplimiento del objetivo del programa presupuestario U005 "Seguro Popular" en 2014, así como la lógica vertical y horizontal.
22. Verificar que la CNPSS contó con un sistema de control interno para proporcionar una seguridad razonable en el logro de los objetivos y metas del Seguro Popular en 2014.
23. Verificar que la SS y la CNPSS incluyeron en la Cuenta Pública de 2014 información suficiente sobre el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular.

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, de la 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, de la 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. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículos 27, 75, fracción I y 111, párrafo tercero.
2. Ley General de Contabilidad Gubernamental: artículo 54.
3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: artículos 77 bis 1, 77 bis 11, 77 bis 22, 77 bis 24, y 77 bis 29, de la Ley General de Salud; artículo 74 de la Ley General de Desarrollo Social; artículos 9, fracción V, 49, 51, 52, 54, 57, 72, 75, fracciones I, II, y III, y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; artículo 9, fracción IV, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; artículo tercero, numeral 14, del 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; numeral noveno de los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal; numeral 13 de los Criterios para la actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados y selección de indicadores para el Presupuesto de Egresos de la Federación; numerales 4 y 13 de los Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud, y numeral 18, capítulo VII, de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

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.