

TIPO DE REVISIÓN: DESEMPEÑO

Sistema de Protección Social en Salud

Ente fiscalizado

SS, CNPSS e IMSS

¿Qué se auditó?

El diseño del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); la integración del padrón de beneficiarios del sistema; el financiamiento para la prestación de servicios de salud del sistema; la cobertura en la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para la atención de los beneficiarios del SPSS; la supervisión y evaluación del SPSS, y el cumplimiento del objetivo del sistema de otorgar acceso efectivo, oportuno y de calidad, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para la atención de las personas sin seguridad social.

Número de auditoría:

182-DS

¿Por qué se practicó esta auditoría?

CRITERIOS DE SELECCIÓN

En los diagnósticos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y del Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud 2013-2018, el Gobierno Federal reconoció la falta de acceso a los servicios de salud de la población sin seguridad social, ya que, en 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso a ningún esquema de salud. El problema era ocasionado principalmente por la fragmentación del Sistema Nacional de Salud que dividió a la población entre aquellos que tenían seguridad social y los que eran sujetos de la asistencia del Estado, lo que favoreció la creación de barreras de acceso, financiamiento y calidad de los servicios de salud.

UNIVERSO SELECCIONADO

N/A

MUESTRA AUDITADA

N/A



Principales resultados de la auditoría

Respecto del diseño del SPSS, a 2018, la Secretaría de Salud (SS) no determinó criterios ni normas para coordinar la participación de los sectores público, social y privado para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, por lo que se mantuvo la fragmentación del Sistema Nacional de Salud, en detrimento de las personas sin acceso a algún esquema de salud. Asimismo, en los documentos de la planeación nacional del periodo 2013-2018 no se definieron estrategias ni líneas de acción para incrementar la calidad de los servicios otorgados en el SPSS, ni para mejorar el nivel de salud de la población atendida.

El padrón de beneficiarios del SPSS, al cierre de 2018, se integró con 53,530,359 personas afiliadas, el 78.6% de las 68,112,161 personas sin seguridad social, y el 54.6% de los 124,737,791 habitantes del país, lo que significó que, a ese año, 14,581,802 personas no tuvieron acceso a servicios de salud pública, cifra que no es del todo confiable, ya que, de acuerdo con los datos del último cotejo del padrón de beneficiarios del sistema, realizado por el Consejo de Salubridad General al cierre del primer semestre de 2019, existieron 4.7 millones de registros duplicados con los padrones de las instituciones de seguridad social y los esquemas públicos y sociales de atención médica.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud del SPSS, sustentado en un esquema tripartita conformado por las aportaciones de la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios, en 2018, la Federación ejerció, por medio del Fideicomiso del SPSS, 152,496,052.4 miles de pesos. Los recursos financieros del fideicomiso no se transfirieron por parte de la CNPSS en los porcentajes normados en la Ley General de Salud, lo que repercutió en que los recursos trasladados a las entidades federativas, el 78.5% del total, fuera inferior en 10.5 puntos porcentuales al 89.0% definido en la LGS.

En lo concerniente a la cobertura de los servicios otorgados, las 359 intervenciones cubiertas por el SPSS representaron el 2.8% de las 12,638 contenidas en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, que sí cubrieron, en su totalidad, las instituciones de seguridad social, por lo que el SPSS no logró satisfacer de manera integral las necesidades de salud de sus beneficiarios.

Si bien de 2005, cuando inició operación el sistema, a 2018, el número de afiliados al SPSS aumentó 12.6%, al pasar de 11,404,861 a 53,530,359 personas, el número de unidades médicas lo hizo tan sólo en 2.2%, de 12,563 a 16,594; el de camas censables, en 1.2%, de 33,388 a 38,801; el de médicos, en 4.4%, de 65,550 a 114,510, y el de enfermeras, en 5.4%, de 83,097 a 165,510.

La SS y la CNPSS, a 15 años de implementarse el SPSS, no sustentaron que la población afiliada al sistema tuvo acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, ni evaluaron en qué medida el SPSS incidió en las tasas de morbilidad y mortalidad por las enfermedades transmisibles y no transmisibles en la población beneficiaria.

Con la publicación de DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicado en el Diario Oficial del 29 de noviembre de 2019, el SPSS se sustituyó por la "prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social", y la CNPSS, por el Instituto de Salud para el Bienestar "organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud".

Principales acciones emitidas

Las recomendaciones derivadas de la auditoría están orientadas, principalmente, a que, en las disposiciones reglamentarias que el Ejecutivo Federal deberá emitir, de conformidad con lo establecido en el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicado en el Diario Oficial del 29 de noviembre de 2019, se establezcan las estrategias que garanticen que toda la población sin seguridad social reciba de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud y los medicamentos asociados; que este nuevo enfoque sea sustentable financieramente; se ajuste la metodología para el financiamiento de los servicios de salud a la población sin seguridad social en las entidades federativas, considerando su situación epidemiológica y demográfica; se implementen los mecanismos para verificar que la prestación de los servicios de salud se realice en los establecimientos acreditados por su capacidad, seguridad y calidad, y se garantice que las personas sin seguridad social tengan acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, así como la accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados.

Escanea el código y descarga el informe de auditoría completo.

