

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Seguro Popular

Auditoría de Desempeño: 11-0-12U00-07-0426

DS-055

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

Objetivo

Fiscalizar los servicios de salud a la población abierta para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría al Seguro Popular, a cargo de la Secretaría de Salud (SS) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), comprendió la evaluación de la eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; la eficiencia en la administración del padrón nacional de beneficiarios y en la evaluación integral de los servicios; la economía en la aplicación de los recursos asignados; la calidad de los servicios otorgados mediante el seguro popular; la percepción de los beneficiarios; el avance hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), y la rendición de cuentas.

Antecedentes

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

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

En 2001, la SS elaboró un análisis de la población y del sistema de salud, derivado del mismo en noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Unión una iniciativa de reforma y adiciones de la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003,^{1/} en las que se adicionó el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, que dio lugar a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), del cual forma parte el Seguro Popular. Estas disposiciones entraron en vigor al inicio de 2004.

En el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 (PEDSPSS 2007-2012),^{2/} se señala que, hasta hace pocos años, uno de cada dos mexicanos carecía de atención a sus necesidades de salud. Esta situación generaba que el gasto de las personas para consultas, tratamientos y hospitalización, denominado gasto de bolsillo,^{3/} alcanzara, en 2002, el 52.0% del total del gasto nacional en esa materia,^{4/} porcentaje superior al promedio observado en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), de 19.0%. Asimismo, se indica que entre dos y tres millones de familias incurrieron en gastos catastróficos^{5/} que ponían en riesgo su patrimonio, comprometiendo con ello las posibilidades de desarrollo de cada uno de sus miembros y el acceso a mejores condiciones de vida.

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

El marco legal-normativo regulador del Seguro Popular en 2011 se presenta en el cuadro siguiente:

1/ Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003.

2/ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, 2007-2012**, México, 2008.

3/ El gasto de bolsillo en salud comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de éstos.

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

5/ Se entiende por gasto catastrófico a 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 aquél con el que se cuenta una vez descontados los recursos asociados con el gasto en alimentos y vivienda.

MARCO LEGAL – NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR, 2011

<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917</p>
<p>Artículo 4, párrafo tercero. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.</p>
<p>Ley General de Salud (LGS), publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984</p>
<p>Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.</p> <p>Artículo 77 bis 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.</p> <p>La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.</p> <p>Artículo 77 bis 3. Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud.</p> <p>Artículo 77 bis 5. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:</p> <p>A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; II. Proveer servicios de salud de alta especialidad mediante los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto; III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud; X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración; XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica; XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento. <p>B) Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Proveer los servicios de salud, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad; II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad; III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias; IV. Programar los recursos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud; V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional; VIII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos. <p>Artículo 77 bis 36. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos.</p>

MARCO LEGAL – NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR, 2011

Ley General de Salud (LGS), publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004
<p>Artículo 4. El Sistema cubrirá los servicios de salud a la comunidad; así como las acciones en materia de protección social en salud que se realizan mediante la prestación de servicios de salud a la persona.</p> <p>Artículo 12. La prestación de los servicios de salud a la comunidad será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud.</p> <p>Artículo 49. El Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión.</p> <p>Artículo 75. El modelo de evaluación propio del Sistema contará con tres componentes: Financiero, Gerencial y de Impacto.</p> <p>Artículo 80. Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas.</p> <p>Artículo 95. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema.</p> <p>Artículo 107. La previsión presupuestal anual es un fondo con límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento para la atención de las necesidades de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social.</p>

FUENTE: Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada en el DOF el 7 de junio de 2012. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el DOF el 8 de junio de 2011.

En materia de Protección Social en Salud, ^{6/} en el Reglamento de la Ley General de Salud se describen las características del Seguro Popular que se detallan a continuación:

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO POPULAR, 2011

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

^{6/} Diario Oficial de la Federación del 5 de abril de 1984.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO POPULAR, 2011

Cuotas familiares anuales por decil de ingreso (pesos):					
Decil I	} Régimen no contributivo	Decil V	2,074.97	Decil IX	7,518.97
Decil II		Decil VI	2,833.56	Decil X	11,378.86
Decil III		Decil VII	3,647.93		
Decil IV		Decil VIII	5,650.38		
Vigencia de los derechos:					
El inicio de vigencia de derechos del seguro para los beneficiarios comenzará el mismo día de su incorporación, considerando doce meses calendario de vigencia. Al término de la vigencia de la afiliación, la familia tendrá sesenta días naturales para renovar su incorporación al seguro. En caso contrario, la suspensión temporal que sobrevenga terminará en el momento en que se regularice la situación de pago por parte de la familia afiliada.					
Responsables de la prestación de los servicios de salud:					
Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa mediante los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta mediante los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.					

continúa...

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO POPULAR, 2011

...continuación

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 rechazar tratamientos o procedimientos. 9. Ser tratado con confidencialidad. 10. Contar con una segunda opinión. 11. Recibir atención médica en urgencias. 12. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban.
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. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud. 4. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general. 5. Cubrir oportunamente las cuotas que, en su caso, se le fijen. 6. Hacer uso responsable de los servicios de salud. 7. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

FUENTE: Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada en el DOF el 7 de junio de 2012. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el DOF el 8 de junio de 2011; Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para 2011, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de febrero de 2011.

Resultados

1. *Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares*

De acuerdo con las estimaciones de la Auditoría Superior de la Federación, en 2011, la proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares del Seguro Popular fue de 46.5%, inferior en 5.4 puntos porcentuales al porcentaje registrado en 2004, año en el que se inició la operación del seguro en las 32 entidades federativas del país. De seguir la tendencia observada en el periodo 2004-2010, en 2012 esta proporción podría ubicarse en 45.7%, inferior en 1.7 puntos porcentuales a la meta establecida en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, de disminuir a 44.0% el porcentaje de hogares con gasto de bolsillo en salud.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-001

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

De acuerdo con las estimaciones de la Auditoría Superior de la Federación, en 2011, el porcentaje de hogares que tuvieron gastos catastróficos se ubicó en 2.1%, resultado que significó un avance de 0.3 puntos porcentuales en la meta establecida para 2012, en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, de reducir la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud, de 2.7% en 2006 a 2.4% en 2012.

3. *Personas incorporadas al Seguro Popular a 2011*

A 2011, se afiliaron al Seguro Popular 51,823,314 personas, cifra similar a la meta comprometida en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS de ese año, de afiliar a 51,747,079 personas. Al cierre de ese año, 8,152,244 personas permanecían sin acceso a los servicios de salud.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-002

4. *Cumplimiento del objetivo de garantizar los servicios de salud a los afiliados al Seguro Popular*

Para 2011, la CNPSS careció de indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del SPSS, 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.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-003

11-0-12U00-07-0426-07-004

11-0-12U00-07-0426-07-005

5. *Personas incorporadas al Seguro Popular por régimen contributivo*

De las 51,823,314 personas afiliadas al Seguro Popular a 2011, el 99.4% (51,513,252 personas) no fue sujeto de pago de cuotas de recuperación, y el 0.6% (310,062 personas) pagó una cuota acorde con sus ingresos mensuales.

6. *Integración del padrón de beneficiarios del Seguro Popular*

En 2011, la CNPSS integró el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular de forma nominal, con 51,823,314 personas, y con los datos requeridos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, posición en el hogar, clave única de identificación por familia, nivel de cuota familiar, y unidad médica de adscripción.

7. *Validación del padrón de beneficiarios*

En 2011, la CNPSS validó la base de datos remitida por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, y cuando detectó inconsistencias las remitió para su corrección a los regímenes, a fin de que éstos realizaran las adecuaciones pertinentes a los registros.

8. *Evaluación del padrón de beneficiarios*

En 2011, la CNPSS no evaluó los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a fin de establecer acciones para mejorar la integración, protección y calidad de la información.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-006

9. *Cotejo del padrón de beneficiarios del SPSS*

En marzo de 2012, el Consejo de Salubridad General (CSG) proporcionó a la CNPSS el primer informe denominado "Confronta de Seguro Popular con instituciones de salud, 2011", para darle a conocer el índice de colisión del seguro con otras instituciones de seguridad social en 2011 y, con base en éste, realizar la cancelación de los beneficios del Seguro Popular a los afiliados que se encuentren registrados en alguno de los padrones de instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica. Los padrones de seguridad social con vigencia al 31 de diciembre de 2011 que fueron revisados corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), y a Petróleos Mexicanos (PEMEX); sin embargo, el CSG no incluyó en la confronta a los padrones de esquemas públicos y sociales de atención médica.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-007

10. Índice de colisión del Seguro Popular en 2011, respecto de otros esquemas de seguridad social

Con base en la “Confronta de Seguro Popular con las instituciones de salud 2011”, el porcentaje de colisión fue de 12.4% ya que 5,839,570 personas de 47,142,280 beneficiarios del Seguro Popular se encontraban registrados en los padrones de instituciones de seguridad social: el porcentaje de colisión con el padrón del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue de 11.2%, al encontrarse 5,295,030 personas registradas en el padrón del Seguro Popular; con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de 1.0%, con 482,515 casos duplicados; con el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), de 0.1%, con 37,645 beneficiarios, y con Petróleos Mexicanos (PEMEX), de 0.1%, con 24,380 personas.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-008

11. Evaluación de los componentes financiero, gerencial y de impacto

A 2011, la Secretaría de Salud no realizó la evaluación de los componentes financiero, gerencial y de impacto de las condiciones de salud y seguridad financiera del SPSS.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0426-07-001
11-0-12100-07-0426-07-002
11-0-12100-07-0426-07-003

12. Financiamiento del Seguro Popular

En 2011, se aplicó un esquema de aportación tripartita para financiar la operación del Seguro Popular, en el que el Gobierno Federal participó con una cuota social por persona afiliada de 847.8 pesos, y con una aportación solidaria federal anual por persona de 1,271.7 pesos, que representó 1.5 veces el monto de la cuota social; las entidades federativas, con una aportación solidaria por persona de 423.9 pesos, que representó 0.5 veces la cuota social, y las personas beneficiarias, con cuotas que oscilaron entre 2,074.97 pesos y 11,378.86 pesos, de acuerdo con su capacidad de pago. De los 65,815.1 millones de pesos que se aportaron al Seguro Popular en 2011, el Gobierno Federal aportó 45,165.8 millones de pesos (68.7%); los gobiernos estatales, 20,464.8 millones de pesos (31.1%), y por concepto de cuotas familiares, 184.5 millones de pesos (0.2%).

13. Presupuesto ejercido en el Seguro Popular

De acuerdo con el Estado del Ejercicio del Presupuesto Autorizado de la CNPSS de 2011, el presupuesto ejercido en el Seguro Popular fue de 56,217,751.6 miles de pesos, monto igual al modificado e inferior en 1.3% al original.

14. Transferencia de recursos provenientes de las aportaciones del Gobierno Federal a las entidades federativas

En 2011, la CNPSS transfirió 45,165.8 millones de pesos a las entidades federativas, que correspondieron a la totalidad de los recursos provenientes de las aportaciones del Gobierno Federal, en un lapso de cuatro días hábiles posteriores a que las entidades

acreditaran la Aportación Solidaria Estatal, y después de validar el padrón de beneficiarios, esto es, seis días hábiles antes que la meta establecida en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.

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

En 2011, 26 entidades federativas captaron y administraron 184,570.6 miles de pesos por concepto de cuotas familiares para el abastecimiento de medicamentos, equipo y otros insumos. De ese monto, 17 entidades federativas no aplicaron los recursos, 6 lo aplicaron parcialmente y 3 aplicaron la totalidad de los recursos.

16. *Aplicación de recursos financieros a los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal*

La CNPSS canalizó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos el 8.0% (9,823,951.6 miles de pesos) de los recursos por concepto de cuota social y aportación solidaria, y al Fondo de Previsión Presupuestal el 3.0% (1,227,994.0 miles de pesos) de dichas cuotas.

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

En 2011, con 11,603.7 millones de pesos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se apoyó el financiamiento de la atención de 68,506 beneficiarios del Seguro Popular que sufrieron enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos. De 2004-2011 la Tasa Media de Crecimiento Anual nacional del número de casos pagados mediante el fondo fue de 50.9%.

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

En 2011, con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal, se autorizaron 385 proyectos de inversión para el fortalecimiento de la infraestructura física y el equipamiento de las unidades de salud con mayor marginación social del país, por un monto de 2,585.2 millones de pesos; y 1,031.6 millones de pesos fueron transferidos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

19. *Enfermedades cubiertas por el Seguro Popular*

En 2011, el Seguro Popular cubrió 324 enfermedades, de las cuales 275 intervenciones estaban contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y eran considerados como esenciales, y 49 padecimientos fueron clasificados como de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, por lo que se encontraban incluidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Las 324 enfermedades cubiertas representaron el 2.3% de los 14,176 padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud. En ese año, el Seguro Popular cubrió los principales padecimientos diagnósticos y terapéuticos reportados como egresos hospitalarios y el 100.0% de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica; asimismo, incluyó los cinco padecimientos considerados por la SS como los de mayor causa de muerte en México: la

diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cérvico uterino, el cáncer de mama y los padecimientos del hígado.

20. Percepción de los beneficiarios del Seguro Popular

En 2011, la CNPSS cumplió la meta de aplicar una encuesta nacional anual para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, cuyos resultados muestran que el 97.0% de los usuarios está satisfecho con el seguro, el 99.0% piensa reafiliarse, y el promedio nacional de tiempo de espera para recibir atención médica fue de 119 minutos, superior en 89 minutos al estándar establecido por la SS de 30 minutos. La comisión no acreditó que, con la información derivada de la encuesta de percepción a los afiliados al SPSS, se instrumentaron acciones para la adecuada toma de decisiones, y no estableció metas sobre el nivel de satisfacción que debían presentar los afiliados encuestados.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-009
11-0-12U00-07-0426-07-010

21. Suficiencia de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del programa presupuestario U005 "Seguro Popular"

En la Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del programa presupuestario U005 Seguro Popular, de la CNPSS, no se consideró a nivel de fin la calidad de los servicios otorgados mediante el seguro, y no se formularon indicadores que permitan medir el impacto en las condiciones de salud de las personas afiliadas; a nivel de propósito, no existe vinculación entre el objetivo y lo que mide el indicador; en el de componente, no se describen los productos y servicios que entrega el Seguro Popular para el logro de su propósito y, en el de actividad, no se consideró la calidad de los servicios otorgados.

Véase acción(es): 11-0-12U00-07-0426-07-011
11-0-12U00-07-0426-07-012
11-0-12U00-07-0426-07-013
11-0-12U00-07-0426-07-014

22. Suficiencia de la información reportada en los documentos de rendición de cuentas

La información reportada por la CNPSS en la Cuenta Pública 2011 no permite evaluar el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular establecidos en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012, de mejorar la salud de la población; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y lograr que la población afiliada tenga acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0426-07-004

Acciones

Recomendaciones al Desempeño

11-0-12U00-07-0426-07-001.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las acciones necesarias, a fin de asegurar el cumplimiento de la meta de disminuir el gasto de bolsillo a 44.0% del gasto total en salud. [Resultado 1]

11-0-12U00-07-0426-07-002.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las acciones requeridas, a efecto de alcanzar la cobertura universal en salud. [Resultado 3]

11-0-12U00-07-0426-07-003.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de establecer indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del Sistema de Protección Social en Salud, de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos. [Resultado 4]

11-0-12U00-07-0426-07-004.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de establecer indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del Sistema de Protección Social en Salud, de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios farmacéuticos. [Resultado 4]

11-0-12U00-07-0426-07-005.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de establecer indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del Sistema de Protección Social en Salud, de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios hospitalarios. [Resultado 4]

11-0-12U00-07-0426-07-006.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realice las gestiones pertinentes para evaluar los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a fin de mejorar la integración, protección y calidad de la información que contienen. [Resultado 8]

11-0-12U00-07-0426-07-007.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realice las gestiones pertinentes, a fin de que el cotejo del padrón del Seguro Popular que realice el Consejo de Salubridad General incluya a la totalidad de los padrones de seguridad social, así como a los esquemas de públicos y sociales de atención médica. [Resultado 9]

11-0-12U00-07-0426-07-008.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de que se cancelen los beneficios del Seguro Popular a los afiliados que se encuentren registrados en alguno de los padrones de instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica. [Resultado 10]

11-0-12U00-07-0426-07-009.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas que se requieran, a fin de que, con base en los resultados de la

percepción de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, se establezcan metas sobre el nivel de satisfacción que deben presentar los afiliados encuestados. [Resultado 20]

11-0-12U00-07-0426-07-010.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas que se requieran, a fin de que se cumpla con el estándar establecido por la Secretaría de Salud, de 30 minutos de tiempo de espera para recibir atención médica. [Resultado 20]

11-0-12U00-07-0426-07-011.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a efecto de que en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 "Seguro Popular" se considere a nivel de fin la calidad de los servicios otorgados mediante el seguro, y se formulen indicadores que permitan medir su impacto, en las condiciones de salud de las personas afiliadas. [Resultado 21]

11-0-12U00-07-0426-07-012.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de que en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 "Seguro Popular" exista vinculación entre el objetivo del nivel de propósito y lo que mide el indicador. [Resultado 21]

11-0-12U00-07-0426-07-013.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de que en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 "Seguro Popular" se describan los productos y servicios que entrega el Seguro Popular para el logro de su objetivo a nivel de componente. [Resultado 21]

11-0-12U00-07-0426-07-014.- Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adopte las medidas requeridas, a fin de que en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 "Seguro Popular" se considere la calidad de los servicios otorgados en el nivel de actividad. [Resultado 21]

11-0-12100-07-0426-07-001.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas necesarias, a fin de evaluar el componente financiero del Sistema de Protección Social en Salud, que incluya el monitoreo de las aportaciones procedentes tanto del Gobierno Federal como de las entidades federativas y de las personas, así como el seguimiento de la administración del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y del Fondo de Previsión Presupuestal. [Resultado 11]

11-0-12100-07-0426-07-002.- Para que la Secretaría de Salud adopte las acciones necesarias, a fin de evaluar el componente gerencial del Sistema de Protección Social en Salud, que incluya la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población objetivo; la definición y el manejo de los recursos; los procesos de credencialización; la eliminación de barreras financieras y organizacionales para el acceso a los servicios; el abasto y acceso a los medicamentos, y el trato que reciben los beneficiarios en los establecimientos para atención médica. [Resultado 11]

11-0-12100-07-0426-07-003.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas necesarias, a fin de evaluar el componente de impacto del Sistema de Protección Social en Salud, que incluya la medición de los cambios en las condiciones de salud y seguridad

financiera de las personas beneficiarias, así como los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud. [Resultado 11]

11-0-12100-07-0426-07-004.- Para que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, adopte las medidas necesarias, a fin de que incluya en la Cuenta Pública información suficiente para verificar el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular, de mejorar la salud de la población; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y lograr que la población afiliada tenga acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. [Resultado 22]

Consecuencias Sociales

Los resultados del Seguro Popular evidenciaron que, al cierre de 2011, se afiliaron al Seguro Popular 51,823,314 personas, cifra similar a la meta comprometida, de afiliar a 51,747,079 personas; sin embargo, 8,152,244 personas permanecían sin acceso a los servicios de salud; el cotejo del padrón de beneficiarios del seguro se realizó parcialmente, ya que no incluyó a los esquemas públicos y sociales de atención médica; se registró un índice de colisión de 12.4%, ya que 5,839,570 beneficiarios de la protección social en salud se encontraban registrados también en los padrones de instituciones de seguridad social; la SS no realizó la evaluación de los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud de la población afiliada, y no se establecieron indicadores ni metas para verificar el cumplimiento del objetivo de garantizar el acceso efectivo, de calidad y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de la población sin seguridad social.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinó(aron) 10 observación(es) la(s) cual(es) generó(aron): 18 Recomendación(es) al Desempeño.

Dictamen: con salvedad

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

La Auditoría Superior de la Federación considera que, en términos generales, el desempeño de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cumplieron con las disposiciones normativas aplicables, respecto de las operaciones examinadas del ejercicio 2011, relacionadas con el Seguro Popular, excepto por los resultados que se precisan en el apartado correspondiente de este informe y que se refieren principalmente a que de seguir la tendencia observada en el periodo 2004-2010, en 2012, el porcentaje de gasto de bolsillo en salud descendería a 45.7%, por lo que no se lograría alcanzar la meta establecida en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en

Salud 2007-2012, de reducir este gasto a 44.0%; al cierre de 2011, 8,152,244 personas aún no tenían acceso a los servicios de salud; la CNPSS no contó con indicadores ni metas para medir el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios; la CNPSS no evaluó los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para mejorar la integración, protección y calidad de la información de los mismos; en 2011, 5,839,570 beneficiarios del Seguro Popular se encontraban registrados en padrones de instituciones de seguridad social; no se evaluaron los componentes financiero, gerencial y de impacto del Seguro Popular; la comisión no acreditó que, con la información derivada de la encuesta de percepción a los afiliados al SPSS, se instrumentaron acciones que permitan la adecuada toma de decisiones, y no se establecieron metas sobre el nivel de satisfacción que debían presentar los afiliados encuestados; en la Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del programa presupuestario U005 Seguro Popular no se consideró la calidad de los servicios otorgados y no se formularon indicadores que permitan medir el impacto del seguro en las condiciones de salud de los afiliados, y la información reportada por la CNPSS en la Cuenta Pública 2011 no permite evaluar el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular establecidos en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.

Apéndices

Procedimientos de Auditoría Aplicados

1. Comprobar el avance, a 2011, en el cumplimiento de la meta de disminuir a 44.0% la proporción del gasto de bolsillo en salud.
2. Verificar el avance, a 2011, en el cumplimiento de la meta de reducir la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud.
3. Constatar los avances, a 2011, en la cobertura universal en salud.
4. Verificar el cumplimiento del objetivo de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados al Seguro Popular.
5. Comprobar el número de personas afiliadas al Seguro Popular, a 2011, por régimen contributivo.
6. Constatar que en 2011 se integró el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular.
7. Verificar que en 2011 se validó el Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular.

8. Comprobar que en 2011 se ordenaron las evaluaciones que se consideraron pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).
9. Constatar que, en 2011, se solicitó al Consejo de Salubridad General el cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, respecto de los registros de afiliación de los institutos de seguridad social.
10. Verificar el índice de colisión del Seguro Popular en 2011, respecto de otros padrones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.
11. Verificar que, en 2011, se evaluaron los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las personas afiliadas al Seguro Popular.
12. Constatar que, en 2011, se aplicó un esquema tripartita para financiar la prestación de los servicios médicos que ofrece el Seguro Popular.
13. Verificar la aplicación del presupuesto asignado en 2011 al Seguro Popular.
14. Comprobar que, en 2011, se transfirió a las entidades federativas el 100.0% de los recursos financieros provenientes de las aportaciones que les corresponda para instrumentar los REPSS, 10 días después de que éstas acreditaron la Aportación Solidaria Estatal y contaron con la validación del padrón de beneficiarios.
15. Verificar que, en 2011, se captaron, administraron y aplicaron las cuotas familiares en el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Seguro Popular.
16. Comprobar que, en 2011, se canalizó el 8.0% de la cuota social y de las aportaciones solidarias al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), así como el 3.0% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal.
17. Constatar que, en 2011, los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se destinaron a financiar el costo de las enfermedades que provocan gastos catastróficos.
18. Verificar que, en 2011, los recursos aprobados para el Fondo de Previsión Presupuestal Anual se destinaron a financiar las necesidades de infraestructura.
19. Constatar las intervenciones cubiertas por el Seguro Popular, respecto del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) vigente en 2011.
20. Verificar que en 2011 se realizó la encuesta anual para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del Seguro Popular.

21. Verificar la suficiencia de los indicadores para contribuir al cumplimiento del objetivo del programa presupuestario U005 "Seguro Popular", así como la lógica vertical y horizontal.
22. Demostrar que la SS y la CNPSS incluyeron en los documentos de rendición de cuentas los resultados relacionados con 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, en 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, en la Secretaría de 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. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículo 27, fracción II
2. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículo 25, fracciones III y IV
3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud: artículo 77 bis 1.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud: artículos 52, 53, 73 y 75, fracción I, II y III.

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

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

Criterios para la elaboración y revisión de la Matriz de Indicadores para Resultados de programas presupuestarios incluidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2011: numerales 15 y 19.

Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud: artículo tercero transitorio.

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

Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones

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

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

Artículos 6, 12, fracción IV; 13, fracciones I y II; 15, fracciones XIV, XV y XVI; 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.