

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Seguro Popular

Auditoría de Desempeño: 2017-5-12U00-07-0236-2018

236-DS

Criterios de Selección

- Fortalecer los mecanismos de operación.
- Impulsar la utilización de sistemas de medición del desempeño.
- Fomentar la calidad de los bienes y la prestación de los servicios.
- Fortalecer los mecanismos de control.

Objetivo

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

Consideraciones para el seguimiento

Los resultados, observaciones y acciones contenidos en el presente informe individual de auditoría se comunicarán a la entidad fiscalizada, en términos de los artículos 79 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 39 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación, para que en un plazo de 30 días hábiles presente la información y realice las consideraciones que estime pertinentes.

En tal virtud, las recomendaciones y acciones que se presentan en este informe individual de auditoría se encuentran sujetas al proceso de seguimiento, por lo que en razón de la información y consideraciones que en su caso proporcione la entidad fiscalizada, podrán confirmarse, solventarse, aclararse o modificarse.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión de la rectoría del Sistema Nacional de Protección Social en Salud; la integración, validación y cotejo del padrón de beneficiarios; la cartera de servicios de salud; el financiamiento; la cobertura de la población sin seguridad social; la contribución del Seguro Popular en el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, y en la disminución del empobrecimiento por motivos de salud, que comprende la reducción del gasto catastrófico; el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario U005 "Seguro Popular"; el sistema de control interno, y la rendición de

cuentas. La revisión correspondió al ejercicio 2017, y tuvo como referente los resultados del periodo 2013-2016.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de esta auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del Seguro Popular.

Antecedentes

A principios del siglo XX, en la mayoría de los países, el acceso a los servicios de salud fue condicionado por una relación laboral, en el marco de una política de seguridad social estatal.^{1/} En México, esto se inscribió por primera vez en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, como una prestación social, derivada de la relación entre trabajadores y patrones del sector privado.^{2/} No obstante, debido a que la clase obrera del sector industrial era minoría, en comparación con los once millones de campesinos que reivindicaban una reforma agraria, los derechos laborales no fueron prioridad para los gobiernos en turno.^{3/}

En 1943, con la promulgación de la Ley del Seguro Social, se concretó el aprovisionamiento de los servicios de salud, con alcance nacional, para todos los trabajadores con una relación de dependencia, ya fuera por contrato, agremiación o aprendizaje; para tal finalidad, esta ley ordenó la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), órgano descentralizado de la administración pública que, en un inicio, los amparó por riesgos de trabajo, enfermedad y maternidad; invalidez, vejez y muerte; así como por cesantía en edad avanzada.^{4/}

En 1959, se agregó el apartado "B" al artículo 123 de la CPEUM, el cual extendió la seguridad social a los trabajadores del sector público, e indicó la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), órgano descentralizado de la administración pública, para ofrecerles aseguramiento médico y servicios de integración

^{1/} Miguel Ángel González Block y John Scott, "Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas" en **Los grandes problemas de México. Vol. V. La desigualdad social**, Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira (coord.) COLMEX, México, 2010, p. 212.

^{2/} Diario Oficial de la Federación, **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, México, 5 de febrero de 1917. Edición original. Disponible en < http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb 1917.pdf >

^{3/} Viviane Brachet-Márquez, "Seguridad social y desigualdad, 1910-2010", en **Los grandes problemas de México. Vol. V. La desigualdad social**, Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira (coord.) COLMEX, México, 2010, p. 182.

^{4/} Diario Oficial de la Federación, **Ley del Seguro Social**, México, 19 de enero de 1943, artículos 1 a 3.

social, como préstamos inmobiliarios, pensiones por invalidez, fallecimiento y vejez, entre otros.^{5/}

Esta situación generó que el acceso a los servicios de salud fuera exclusivo de los empleados en la economía formal, ya que se basó en la situación ocupacional y capacidad de pago, y no en las necesidades. Como resultado, el Gobierno Federal destinaba la mayor parte de los recursos asignados a la prestación social a los trabajadores organizados de las zonas urbanas, dejando sin cobertura y dependiendo de los servicios presentados por la Secretaría de Salud (SS) a aquéllos que no se encontraban en el régimen salarial, institución con pocos recursos y a merced de los cambios de la política gubernamental.^{6/}

En 1973, el Gobierno Federal promovió una nueva ley en seguridad social, basada en el principio de solidaridad social y en el esquema de aseguramiento voluntario.^{7/} Esto impulsó que, al año siguiente, se instituyera el Programa de Solidaridad Social, con el cual el IMSS atendió a la población no asegurada, especialmente de zonas rurales. En 1979, éste fue sustituido por el Programa IMSS-COPLAMAR, cuyo objetivo fue prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales. Para 1981, el programa atendía a más de 10 millones de personas en 3,205 unidades médicas y 60 hospitales rurales.^{8/}

La extensión de los servicios de salud a zonas con niveles altos de pobreza y marginación, y la consecuente evaluación sobre su acceso efectivo y calidad, así como el cambio de paradigma en la materia, condujo a que en 1983 se adicionara un cuarto párrafo al artículo 4° de la CPEUM, donde se reconoció el derecho de toda persona a la protección de la salud, afirmándose como un derecho social; asimismo, se estableció el carácter concurrente entre la Federación y los estados para garantizar el ejercicio efectivo de este derecho.^{9/}

^{5/} El financiamiento de esta institución, al igual que el IMSS, emanaría de tres fuentes: el Gobierno Federal, que contribuiría con una cuota social; las aportaciones de las dependencias y entidades públicas en calidad de patrones, y las cuotas con cargo a los trabajadores. Alejandro Carrillo Castro, “El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado”, en **Revista de Administración Pública**, núms. 69-70, enero-junio de 1987, p. 171. Diario Oficial de la Federación, **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, México, 30 de diciembre de 1959.

^{6/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **op. cit.**, p. 23.

^{7/} Diario Oficial de la Federación, **Ley del Seguro Social**, México, 12 de marzo de 1973, artículos 12, 13 y 16.

^{8/} Instituto Mexicano del Seguro Social, **Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013-2014**, México, 2013, p. 174.

^{9/} Diario Oficial de la Federación, **Decreto por el que se adiciona un párrafo último el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, México, 3 de febrero de 1983, artículo único.

En 1984, como consecuencia de la reforma constitucional, se aprobó la Ley General de Salud (LGS),^{10/} la cual sentó las bases para la descentralización de las competencias de los gobiernos federal y estatal en materia sanitaria, con la finalidad de construir el Sistema Nacional de Salud (SNS);^{11/} en la primera etapa de operación del SNS se daba atención a 9.0 millones de personas.^{12/}

A mediados de 1990, en la segunda etapa de operación, se transfirió a las entidades federativas la prestación directa y la administración de los servicios de salud, y la Secretaría de Salud asumió el papel de ente regulador. Entre 1997 y 2001, el Programa IMSS-SOLIDARIDAD se integró al Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), principal estrategia gubernamental en materia social para el combate a la pobreza. En 2002, este programa cambió a IMSS-OPORTUNIDADES, con el que se benefició a 10.6 millones de personas.^{13/}

Aun con ello, a inicios del 2000, dicho programa sólo atendió a una cuarta parte de la población no derechohabiente, principalmente por la falta de continuidad y los vaivenes presupuestarios a los que estaba sujeto. Ante esta situación, el Gobierno Federal implementó el “Programa de Salud para Todos”, posteriormente nombrado “Seguro Popular de Salud”, para ofrecer aseguramiento en la materia a la población que, por su condición laboral y socioeconómica, no estaba afiliada a las instituciones de seguridad social.^{14/}

Entre 2002 y 2003, el Seguro Popular inició como una prueba piloto en los estados de Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, la cual contaba con una cartera de beneficios integrada por 78 intervenciones médicas definidas en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME); a la que podían agregarse otras intervenciones en algunas entidades federativas, según sus perfiles epidemiológicos específicos,^{15/} las cuales eran ofrecidas por los

^{10/} En esta ley se reconoció que la salud no es sólo un valor biológico, sino que es un bien social y cultural que el Estado, en conjunción con la sociedad y cada individuo, debe proteger, acrecentar y restaurar. “Exposición de motivos de la Ley General de Salud. Diciembre de 1983”, en **Revista de Administración Pública**, núms. 69-70, enero-junio de 1987, pp. 265-268.

^{11/} Guillermo Soberón Acevedo, “El Sistema Nacional de Salud”, en **Revista de Administración Pública**, núms. 69-70, enero-junio de 1987, pp. 17-25.

^{12/} Instituto Mexicano del Seguro Social, **op.cit.**, p. 174.

^{13/} Instituto Mexicano del Seguro Social, **op.cit.**, p. 175.

^{14/} Diario Oficial de la Federación, **Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)**, México, 4 de julio de 2003.

^{15/} Secretaría de Salud, **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**, México, 2005 (primera edición), p. 26.

Servicios Estatales de Salud (SESA), mediante una red médica conformada por un hospital y centros de salud.^{16/}

En 2003, se reformó la LGS, con el propósito de garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los servicios de salud a la población abierta, bajo los principios de universalidad y gratuidad, sin importar su condición social; para ello, se instrumentó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y se establecieron las reglas generales para su financiamiento y prestación de servicios, incluyendo los fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y a la Comunidad (FASSA-C). Asimismo, se creó un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), para financiar intervenciones asociadas a padecimientos que impliquen un alto costo, en virtud de su grado de complejidad, especialidad o frecuencia con la que ocurren.^{17/}

Para conducir la rectoría de esta subsistencia de salud, se creó el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) que, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), inició labores en 2004. Al cierre del primer año de implementación del SPSS, se afiliaron 1,563.5 miles de familias, con una cartera de 91 intervenciones definidas en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).^{18/}

En 2006, el CASES fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), con el objetivo de integrar, en la protección, la promoción de la salud y la prevención de riesgos, como parte de la promoción del autocuidado de la salud.^{19/}

En 2009, se reformó la LGS, con lo que se modificó la unidad de afiliación del SPSS, pasando de la familia a la persona y, por consecuencia, la cuota aportada por el Gobierno Federal. Con ello, en 2010, el avance en la afiliación se triplicó (313.9%), en relación con el ejercicio anterior. De 2010 a 2012, la población afiliada al Seguro Popular pasó de 30.5 a 47.8 millones de personas.^{20/}

^{16/} Los Servicios Estatales de Salud (SESA) eran financiados principalmente por el Gobierno Federal y aportaciones progresivas de las familias beneficiadas, según su nivel de ingreso.

^{17/} Diario Oficial de la Federación, **Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud**, México, 15 de mayo de 2003.

^{18/} Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Indicadores de Resultados. Resultado del Segundo Semestre Año Fiscal 2004**, México, 2005, pp. 33 y 46.

^{19/} Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010**, México, 2010, p. 13.

^{20/} Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Diagnóstico de programas nuevos**, México, 2015.

Al cierre de 2015, el SPSS tenía afiliadas a poco más de 57 millones de personas.^{21/} En conjunto, también aumentaron las intervenciones señaladas en el CAUSES; para 2016, se consideraron 287 intervenciones médicas.

En el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, se indicó que la OCDE comparó un indicador de cobertura pública de servicios, versus el gasto de bolsillo, e identificó que México se ubicó entre los países que proporcionan la mayor cobertura, pero el gasto de bolsillo fue más del doble.^{22/} Al respecto, y en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en este documento se establecieron los objetivos de “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”, “Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud”, y “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”.

Aun con los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal, en 2016, se registraron diferencias en el acceso a los servicios de salud; el número de consultas externas de especialistas fue de 219 por cada 1,000 afiliados al Seguro Popular, comparado con 338 y 620 por cada 1,000 afiliados en el IMSS y en el ISSSTE, respectivamente. Además, el gasto de bolsillo siguió representando el 45.0% del gasto en salud y el 4.0% del gasto de los hogares, ambas cifras de las más altas de la OCDE (19.0%).^{23/}

En 2017, la población objetivo del Seguro Popular fue de 67,545,615 personas, de las cuales se afilió al programa al 79.2% (53,505,187 personas).

Resultados

1. Rectoría del Sistema Nacional de Protección Social en Salud

Se analizaron los procedimientos de que dispuso la CNPSS para realizar la planeación, regulación, coordinación, supervisión y evaluación del SPSS.

En cuanto a la planeación estratégica del SPSS, del análisis comparativo de los objetivos y estrategias establecidos en el PND 2013-2018, el PROSESA 2013-2018 y el Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud (PAESPSS) 2013-2018, en materia de protección social en salud, se verificó que las prioridades de los instrumentos normativos de mediano plazo fueron congruentes entre sí y con la problemática que les dio origen.

Los acuerdos de coordinación suscritos por la SS, la CNPSS y las 32 entidades federativas fueron el instrumento de regulación del SPSS por medio del cual se definieron las

^{21/} Al mes de junio de 2015, 19 millones de personas afiliadas se situaron en zonas rurales, lo que equivale al 33.2% del total de afiliados, En las zonas urbanas, se contabilizaron 38.3 millones de afiliados, equivalentes al 66.8% del total de afiliados.

^{22/} Secretaría de Salud, **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**, México 2013, pp. 31, 38 y 51.

^{23/} OCDE, **Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016**, París, 2016, pp. 20 a 23.

competencias de la Federación y de los gobiernos de las entidades federativas, para garantizar a la población abierta el derecho de acceso a los servicios de salud. Dichos acuerdos incluyeron los elementos siguientes: las modalidades orgánicas y funcionales de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; los conceptos de gasto; el destino de los recursos; los indicadores de seguimiento a la operación y la evaluación integral del Sistema, y el perfil que los titulares de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deben cubrir, conforme al contenido mínimo establecido en la LGS.

Sobre la supervisión y el seguimiento, la CNPSS contó con el Plan Estratégico de Supervisión (PES) 2017 para realizar la supervisión de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, el cual tiene como objetivo detectar áreas de oportunidad que fortalezcan el SPSS. Como resultado de la aplicación del plan anual de supervisión, la CNPSS generó los informes de resultados de supervisión a cada entidad federativa. Los aspectos revisados en las visitas de supervisión fueron: la prevención y promoción de la salud, el abasto de medicamentos, la calidad en la atención otorgada a los beneficiarios del sistema y la integración de expedientes de afiliación. En cuanto al seguimiento, se elaboraron las cédulas de cierre, documento donde se indican las observaciones solventadas, las no solventadas y sus motivos, así como las nuevas recomendaciones establecidas como resultado de la visita de supervisión a cada entidad federativa.

En cuanto a la evaluación del SPSS, la CNPSS realizó el seguimiento a los indicadores de gestión del Anexo VII de los acuerdos de coordinación suscritos con las entidades federativas; sin embargo, no realizó una evaluación integral, debido a que en dicho anexo no se indican los términos que estableció la CNPSS, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas, para realizar una evaluación integral del sistema. Con los indicadores “porcentaje de reportes sobre la ministración de recursos”, “contratación de gestores del seguro popular”, “aplicación de la consulta segura” y “operación de buzones de atención” no fue posible medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se alcanzarán los objetivos y metas definidos en los documentos programáticos aplicables al SPSS, y cuyos resultados permitan adecuar las estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el sistema, así como contribuir con información a la transparencia y la rendición de cuentas.

2017-5-12U00-07-0236-07-001 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud establezca los términos de referencia para la evaluación integral del SPSS, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas para realizar la evaluación integral, a fin de disponer de información que permita adecuar las estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el sistema, en términos de los artículos 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, y 75, fracción IV, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

2. *Padrón de beneficiarios*

Con el objetivo de permitir a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) agilizar el proceso de integración de las bases de datos del padrón de beneficiarios del Seguro Popular, en 2017, de acuerdo con el “Sistema de Integración de Base de Datos” (SIBD), el cual forma parte del Sistema de Administración del Padrón (SAP), que tiene como objetivo permitir a los REPSS agilizar el proceso de integración de las bases de datos del padrón de beneficiarios del SPSS, la CNPSS integró el padrón de beneficiarios del Seguro Popular de forma nominal con 53,505,187 registros de personas. Dicho padrón comprendió 24 campos, 9 más de los elementos requeridos en la normativa vigente: 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 asignada por la comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción, entre los que se incorporaron campos para identificar con mayor precisión el domicilio de los afiliados.

Asimismo, la CNPSS, acreditó que, en 2017, utilizó el SIBD, con el propósito de verificar las vigencias de las pólizas familiares y la congruencia de los datos de los beneficiarios, a fin de integrar un padrón de registros únicos, correctos y susceptibles de la gestión de transferencia de recursos.

En 2017, la CNPSS realizó el proceso de validación del padrón remitido por los 32 REPSS, para lo cual dio a conocer el “Oficio calendario”, en el que se notificó a los REPSS los plazos para los envíos de la base de datos de los padrones estatales para su validación durante el ejercicio fiscal 2017; los REPSS, por medio del SIBD, remitieron mensualmente a la CNPSS las bases de datos del padrón estatal correspondiente y recibieron el “Acuse de Envío de Base de Datos Estatal”; la CNPSS validó los registros estatales cada mes y, por correo electrónico institucional, envió a los REPSS los archivos electrónicos “Correctas” e “Incorrectas”, con los registros que no tuvieron problemas con las vigencias de las pólizas familiares, así como con la congruencia de los datos de los beneficiarios y los que presentaron inconsistencias, y la comisión notificó a los REPSS el envío de los archivos de los “Cierres Oficiales”, con los registros validados y susceptibles de la gestión de transferencia de recursos.

Para garantizar la confiabilidad del padrón de beneficiarios del SPSS, la CNPSS solicitó al Consejo de Salubridad General realizar el cotejo,^{24/} el cual consiste en la confrontación entre los registros de personas afiliadas al SPSS y los de otros esquemas públicos de atención médica, como el IMSS y el ISSSTE. Al respecto, la CNPSS informó que aún no cuenta con la respuesta de la solicitud al Consejo de Salubridad General, por lo que se carece de los elementos para proporcionar el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud confrontado con la información que debe entregar dicho órgano para el ejercicio fiscal 2017, y acreditó que, mediante oficio dirigido al Secretario del Consejo de

^{24/} El artículo 9, fracción XX, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, establece que corresponde al consejo realizar el cotejo el 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.

Salubridad General, realizó el seguimiento mensual de la solicitud realizada ante dicha entidad, con el propósito de obtener los resultados del cotejo actualizados; sin embargo, no hay disposición jurídica ni acuerdo que establezca el plazo para la entrega de los resultados del cotejo para el ejercicio fiscal correspondiente, por lo que la comisión no cuenta con la facultad para exigir su entrega en una fecha definida, lo que dificulta la integración de un padrón de registros únicos, correctos y susceptibles de la gestión de transferencia de recursos, sujeta a la proyección de cobertura.

Asimismo, se identificó que el cotejo del padrón de beneficiarios del Seguro Popular contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica carece de criterios definidos en un documento normativo para realizarlo.

En el periodo 2012-2016, el número de registros que fueron identificados como duplicados en el cotejo del padrón de beneficiarios del Seguro Popular disminuyó en 74.7%, al pasar de 5,612,255 a 1,418,765; lo cual tuvo como consecuencia que en el último año se alcanzó un índice de colisión del 2.6%. Al respecto, la ASF verificó que esta disminución fue resultado de que el Consejo de Salubridad General implementó un nuevo criterio para considerar como duplicidad aquellos registros que fueran reportados por 13 meses continuos.^{25/}

Al respecto, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, la CNPSS sostuvo una reunión de trabajo con el Secretario del Consejo de Salubridad General, así como con el director técnico de dicha institución; mediante minuta, se acordó someter a consideración del Pleno del Consejo Nacional de Salubridad que presente como punto de acuerdo el plazo en el que se realizará el cotejo de padrones, y que la comisión solicitará al consejo los criterios para realizar esta confronta; sin embargo, no presentó un programa de trabajo que especifique las actividades, fechas y responsables, para que se definan, en un documento normativo, los plazos y criterios para realizar el cotejo del padrón del Sistema de Protección Social en Salud contra los registros de afiliación de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica, por lo que se mantienen las observaciones correspondientes.

2017-5-12U00-07-0236-07-002 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con la Secretaría de Salud, defina, en un documento normativo, un plazo para que el Consejo de Salubridad General entregue el resultado del cotejo del padrón del Sistema de Protección Social en Salud contra los registros de afiliación de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica, a fin de disponer con oportunidad de un padrón de registros únicos, correctos y susceptibles de la gestión de transferencia de recursos, en términos de los

^{25/} En el cotejo de padrones, correspondiente al ejercicio fiscal 2016, se aplicó como nuevo criterio para considerar como duplicidad aquellos registros que fueran reportados por 13 meses continuos (al menos diciembre de 2015 a diciembre de 2016) tanto para Seguro Popular como por IMSS, ISSSTE, PEMEX o ISFAM.

artículos 52 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y 4, fracción VIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

2017-5-12U00-07-0236-07-003 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con la Secretaría de Salud, defina, en un documento normativo, los criterios para realizar el cotejo del padrón de beneficiarios del Seguro Popular contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica, a fin de disponer de un padrón de registros únicos, correctos y susceptibles de la gestión de transferencia de recursos, en términos de los artículos 52, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y 4, fracción VIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

3. *Cartera de servicios de salud del Seguro Popular*

En 2017, el Seguro Popular cubrió 348 enfermedades para brindar el acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social, de las cuales 287 (82.5%) se incluyeron en el CAUSES, y 61 (17.5%), en el FPGC, consideradas de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

De acuerdo con la CNPSS, los 287 servicios de salud incluidos en el CAUSES se corresponden con las principales intervenciones, las cuales se presentan en seis grupos: salud pública; consulta de medicina general, familiar y de especialidad; odontología; urgencias; hospitalización, y de cirugía general. Se observó que se incluyen los servicios mínimos considerados en el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, correspondientes a consulta externa en el primer nivel de atención, consulta externa y hospitalización para las especialidades en el segundo nivel de atención. Asimismo, se incluyen acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación señaladas en el artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. De acuerdo con el número de enfermedades que se atienden, destaca el de las intervenciones de consulta de medicina general, familiar y de especialidad, con el 38.3% de los 287 servicios de salud.

Asimismo, al analizar la evolución de las intervenciones del CAUSES y los medicamentos asociados en el periodo 2013-2017, se verificó que las enfermedades se incrementaron en 0.2% anual, al pasar de 285 a 287, y el número de los medicamentos asociados a las intervenciones del CAUSES aumentaron en 2.0% en promedio anual, al pasar de 609 a 660 en ese periodo.

En 2016, se adicionaron dos intervenciones “Estabilización en Urgencias” y “Manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico”; y en 2017, el número de enfermedades

cubiertas fue igual al de 2016 al mantener dentro de este catálogo 287 enfermedades. La CNPSS careció de parámetros para evaluar “el incremento progresivo” de las enfermedades cubiertas por el CAUSES.

En el caso de los medicamentos, de 2016 a 2017 se incorporaron 13 nuevos, con lo que se cubrió el 100.0% de la “escalera analgésica”^{26/} de la Organización Mundial de la Salud.^{27/}

En cuanto a las enfermedades consideradas de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento cubiertas por el Seguro Popular, en 2017, el FPGC cubrió 61 intervenciones, las cuales se clasificaron en nueve grupos, en donde el de mayor importancia por el número de enfermedades que cubre correspondió al cáncer en menores de 18 años con el 36.1%, el cual agrupa a 22 enfermedades; el 29.5% (18 enfermedades), a malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas; el 13.1% (8 enfermedades), a cáncer en mayores de 18 años; el 8.2% (5 enfermedades), a paciente pediátrico y adulto; el 4.9% (3 enfermedades), a cuidados intensivos neonatales; el 4.9% (3 enfermedades), a tratamiento de VIH/SIDA, infarto agudo al miocardio y hepatitis crónica tipo C, y el 3.3% (2 enfermedades), a enfermedades metabólicas.

Al analizar la evolución de las intervenciones del FPGC en el periodo 2013-2017, se identificó que el número de enfermedades de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que cubrió el programa se incrementó en 0.8% en promedio anual, al pasar de 59 enfermedades en 2013 a 61 en 2017. En 2015, se incluyó la intervención médica “Síndrome de Turner” y para 2016 el “Tumor Maligno de Ovario-Epitelial”. De 2016 a 2017, se mantuvo sin cambios el número de enfermedades cubiertas. La CNPSS careció de parámetros para evaluar el incremento progresivo de las enfermedades cubiertas por el FPGC, debido a que el criterio utilizado para evaluar dicho incremento dependía de la disponibilidad de recursos del fondo.

En 2017, las 348 intervenciones cubiertas por el Seguro Popular representaron el 2.4% de las 14,444 enfermedades establecidas en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, emitida por el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE).

Para la incorporación de nuevos padecimientos al FPGC es necesario que el Consejo de Salubridad General los defina como una enfermedad que ocasiona gastos catastróficos y que, posteriormente, la CNPSS proponga su inclusión ante el Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS, el cual evalúa la prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera del padecimiento.

^{26/} De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son tres escalones: el primero incluye no opioides; en segundo, opioides débiles más no opioides, y el tercero, opioides potentes clásicos más no opioides. Consultado en <https://www.dolor.com/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms.html>, el 2 de mayo de 2018.

^{27/} Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Informe de Resultados del SPSS 2017**.

El listado de enfermedades se presenta como catálogo de intervenciones cubiertas por el FPGC y de cada una de ellas se señalan sus efectos derivados, las intervenciones que serán cubiertas, así como los medicamentos y materiales asociados con dichas intervenciones.

Con el análisis de las principales causas de mortalidad en México, se verificó que el SPSS tenía incluidas, en alguna de las carteras de servicios de salud, las 13 enfermedades causantes del 79.8% de los decesos ocurridos en el país, con lo que se cumple el criterio de estar vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país.

2017-5-12U00-07-0236-07-004 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud defina parámetros que permitan evaluar el incremento progresivo de las enfermedades cubiertas por el CAUSES y el FPGC, a fin 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, en términos de los artículos 77 bis 1 de la Ley General de Salud, y 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

4. Cobertura de la población sin seguridad social

La CNPSS reportó en la Cuenta Pública, y acreditó, que, en 2017, había 53,505,187 personas incorporadas al Seguro Popular, lo que representó el 99.1% de la meta de incorporar a 54,000,000.

En 2017, la población potencial del Seguro Popular (67,545,615 personas sin seguridad social)^{28/} correspondió al 54.7% del total de la población nacional (123,518,272 personas); la objetivo (53,505,187 personas) representó el 79.2% de la potencial, y la población afiliada (53,505,187 personas) correspondió al 100.0% de la objetivo. Al comparar la población potencial y la afiliada en 2017, se precisó que, en ese año, el 20.8% de la población sin seguridad social (14,040,428 personas) no contó con el apoyo de los servicios del Seguro Popular.

En ese año, seis entidades federativas (Baja California, Durango, Morelos, Nayarit, Quintana Roo y Tlaxcala) no lograron la meta del porcentaje de incorporación de personas al Seguro Popular.

^{28/} Para determinar la población potencial y objetivo del Seguro Popular de 2017, la CNPSS dispuso de la "Metodología para la estimación de la población con derechohabencia a los servicios de salud 2010-2018", elaborada por la Secretaría de Salud y actualizada en noviembre de 2015, mediante la cual se estimó la distribución de la población por condición de derechohabencia.

De 2013 a 2017, la cobertura de la población potencial se redujo en 6.2 puntos porcentuales, al pasar de 85.4% (55,637,999 personas afiliadas de las 65,144,159 susceptibles de ingresar) a 79.2% (53,505,187 personas afiliadas de las 67,545,615 posibles). En 2017, hubo 14,040,428 personas que no contaron con acceso a la seguridad social.

Asimismo, en el mismo periodo, se observó una reducción de 4.2%, en promedio anual, en el número de personas afiliadas al programa anualmente, al pasar de 4,195,143 en 2013 a 3,533,547 en 2017.

Al respecto, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, la CNPSS acreditó que, a fin de promover la afiliación al SPSS:

- El 8 de mayo de 2018, se publicó en el DOF la modificación a los “Lineamientos para la Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud”, para incluir el procedimiento de renovación de vigencia de derechos, mediante el cual aquellas personas con pólizas de afiliación vencidas que aún no se encuentren incorporadas a alguna institución de seguridad social permanecerán como beneficiarios del SPSS; además, se adicionó la obligación de los REPSS de elaborar un programa anual de actividades de promoción y difusión del SPSS, así como los materiales que se emplearán para dicho fin.
- Asimismo, la CNPSS acreditó que, en mayo de 2018, elaboró y difundió a los REPSS los “Criterios Generales para la Programación y Ejercicio de los Recursos del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”, que tienen como propósito regular la difusión y promoción de la afiliación al programa en las entidades federativas.
- En el marco de la Estrategia Nacional de Inclusión, la CNPSS suscribió, en junio de 2018, el Convenio de Colaboración con la Secretaría de Desarrollo Social con el propósito de afiliar al SPSS a los beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social. Además, realizó convenios de colaboración con asociaciones integradas por miembros que no disponen de algún esquema de seguridad social, como la Asociación Nacional de Actores, y el Consejo Mundial de Boxeo A.C.

5. *Acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud*

En 2017, la CNPSS operó el Sistema Unificado de Gestión (SUG) en todo el país, el cual es un modelo de atención y orientación a los usuarios del Seguro Popular, para evaluar el funcionamiento del SPSS y que tiene como objetivo principal incrementar, con transparencia, la capacidad resolutoria de los establecimientos de atención médica a los usuarios, para fortalecer la tutela de derechos y mejorar la calidad de la atención; sin embargo, no contó con indicadores ni metas para evaluar el cumplimiento del mandato del Sistema de Protección Social en Salud, 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.^{29/}

2017-5-12U00-07-0236-07-005 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud disponga de indicadores, metas e información, a fin de evaluar el cumplimiento del mandato 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, en términos de los artículos 77 bis 1, de la Ley General de Salud, y 27 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

6. Reducción del gasto catastrófico por motivos de salud

En 2017, mediante el FPGC, se validó el pago de 108,602 intervenciones, por un monto de 4,222,480.0 miles de pesos, y al cierre de ese año se pagaron 106,925, por 4,080,800.0 miles de pesos. En ese año, el costo promedio por intervención pagada fue de 38.2 miles de pesos.

De los 4,080,800.0 miles de pesos pagados en 2017, dos intervenciones alcanzaron el 81.3% del presupuesto: la atención médica de VIH/SIDA, con un monto de 2,661,870.0 miles de pesos, el 65.2% del total pagado en ese año para atender 96,000 casos, lo que representó un costo promedio de 27.7 miles de pesos, y el cáncer de mama, con un monto de 658,180.0 miles de pesos, el 16.1% del total pagado, con 2,590 casos, con un costo promedio del tratamiento de 254.1 miles de pesos. Destaca el caso de las enfermedades lisosomales,^{30/} las cuales fueron el padecimiento que registró el costo promedio más alto, con 19,338.3 miles de pesos, ya que se presentaron 6 casos por un monto de 116,030.0 miles de pesos.

Para 2017, no se registró ningún caso de Hepatitis crónica tipo C; sin embargo, se pagó un monto de 210.0 miles de pesos, sin que la CNPSS acreditara disponer de las explicaciones correspondientes.

De 2013 a 2017, se pagaron 521,398 casos, por un monto de 19,309,300.0 miles de pesos y un costo promedio de 33.4 miles de pesos. De los 521,398 casos pagados en el periodo, el 74.4% (387,718 casos) correspondió a la atención médica de casos de VIH/SIDA, por un monto

^{29/} Este hallazgo coincide con la observación señalada en la "Ficha de Monitoreo 2016-2017" realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, que sugiere "revisar los mecanismos que permitan asegurar el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud de la población asegurada".

^{30/} Trastornos hereditarios que se producen por la incapacidad de degradar las macromoléculas por un defecto funcional específico, lo que provoca la acumulación de diferentes sustancias no metabolizadas en el lisosoma con alteración de la función y muerte celular.

de 8,477,250.0 miles de pesos, lo que representó el 43.9% del total pagado (19,309,300.0 miles de pesos) y un costo promedio de 21.9 miles de pesos.

La CNPSS informó que para determinar cómo contribuyó a disminuir el gasto catastrófico por motivos de salud entre los beneficiarios del Seguro Popular en 2017, cuenta con el indicador “Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud”, incluido en el PROSESA 2013-2018 y en la MIR del programa, donde se definió una periodicidad bianual, por lo que no se contó con la meta programada ni los resultados para 2017; sin embargo, la CNPSS careció de información para determinar en qué medida los resultados de este indicador son imputables al programa Seguro Popular.

A fin de evaluar el comportamiento del indicador establecido en el PROSESA 2013-2018, del porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud del primer quintil de ingreso, así como una proyección estadística, se analizaron los datos del periodo 2006 a 2016, proporcionados por la CNPSS, y se verificó que, en ese periodo, el porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico por motivos de salud disminuyó en 4.4% anualmente. Ceteris paribus, en 2018 se alcanzaría un porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud del primer quintil de ingreso de 3.9%, arriba en 0.4 puntos porcentuales de la meta establecida en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, de 3.5%.

2017-5-12U00-07-0236-07-006 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instrumente mecanismos para cerciorarse de que los pagos que realice para cubrir el costo de la atención médica de los beneficiarios del programa estén debidamente sustentados con la documentación soporte correspondiente, a fin de asegurar el uso eficiente de los recursos, en términos del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

2017-5-12U00-07-0236-07-007 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instrumente mecanismos para disponer de información clara, confiable, oportuna y suficiente, a fin de evaluar en qué medida los resultados del indicador “Porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud del primer quintil de ingreso”, establecido en el Programa Sectorial del Salud 2013-2018, son imputables al programa Seguro Popular, en términos del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

7. *Avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*

La CNPSS indicó que, para contribuir al cumplimiento de la meta 3.8. de los ODS, se creó el Sistema de Protección Social en Salud como mecanismo de protección financiera por el cual el Estado garantiza 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. Asimismo, en cumplimiento de la planeación nacional y sectorial de mediano plazo, se planteó asegurar el acceso a los servicios de salud, a fin de fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la conforman, teniendo como objetivos: asegurar el acceso a los servicios de salud, con las estrategias de “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”, y “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”, por lo que se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.

Respecto de la alineación de la política de mediano y corto plazo con los ODS y sus metas, se verificó que esta alineación es congruente, ya que los objetivos establecidos en el PROSESA 2013-2018 y el PAESPSS 2013-2018 de “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” y de “Garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los beneficiarios del SPSS”, se orientaron a asegurar la cobertura sanitaria universal, lo que se vincula con la meta 3.8 de los ODS.

En 2017, la CNPSS no fue contactada por el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asimismo, informó que no dispuso de información para conocer los mecanismos de liderazgo establecidos, a fin de discutir y tratar los temas relacionados con la Agenda 2030; no contó con documentación que permitiera definir su postura, respecto de las principales dificultades que el Gobierno Federal deberá enfrentar para la implementación de dicha agenda y de los ODS, y careció de información de los requisitos necesarios para la implementación adecuada y oportuna de los objetivos en México.

En cuanto a los indicadores establecidos para evaluar el avance respecto de los ODS, la CNPSS dispuso del indicador “Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular”, el cual en 2017 registró a 53,505.2 miles de personas afiliadas al Seguro Popular, lo que representó el 79.2% de las 67,545,615 personas sin seguridad social, y el 43.3% del total de la población nacional (123,518,272 personas). Sin embargo, la población afiliada al Seguro Popular se redujo en el 1.0% en promedio anual, al pasar de 55,638.0 miles de personas en 2013 a 53,505.2 miles en 2017.

2017-5-12U00-07-0236-07-008 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con la Secretaría de Salud, establezca mecanismos de coordinación y comunicación con el Consejo Nacional de

la Agenda 2030, a fin de diseñar e implementar medidas específicas que contribuyan al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 y la meta 3.8, en términos de los artículos primero y segundo, del Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

8. *Financiamiento del Seguro Popular*

Con la revisión de los registros presupuestales de la CNPSS, las Cuentas por Liquidar Certificadas, las modificaciones presupuestales y el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos reportado en la Cuenta Pública 2017, se constató que la CNPSS ejerció 78,501,728.8 miles de pesos en el programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, monto superior en 14.3% (9,799,234.0 miles de pesos) al presupuesto original de 68,702,494.8 miles de pesos, e igual al presupuesto modificado. El incremento en el ejercicio de los recursos respecto del original, se explica porque, en 2017, se autorizaron adecuaciones al programa presupuestario U005 “Seguro Popular” por 9,799,234.0 miles de pesos: una ampliación líquida para fortalecer al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS) por 13,629,000.0 miles de pesos, menos traspasos que la CNPSS realizó al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CNSIA), al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) por 2,824,436.0 miles de pesos para la compra de vacunas y reactivos, y 1,005,330.0 miles de pesos por concepto de reducciones por determinación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de economías de las entidades federativas.

En el periodo 2013-2017, el presupuesto ejercido en el Seguro Popular aumentó en 4.1% en promedio anual, al pasar de 66,726,251.0 miles de pesos en 2013 a 78,501,728.8 miles de pesos en 2017.

Asimismo, en el mismo periodo, con cargo al programa U005 “Seguro Popular” se ejercieron 78,507,488.6 miles de pesos que no fueron transferidos a las entidades federativas, de los cuales el 91.2% corresponde a otros de gasto corriente, que incluye los recursos que la CNPSS transfiere a otras entidades (CENSIA, CNEGSR, CENAPRECE) para la adquisición de vacunas, anticonceptivos, fármacos contra la tuberculosis de primera línea, y tiras reactivas para la determinación de hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos, glucosa capilar y microalbúmina, incluidas en el CAUSES; así como los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y del Fondo de Previsión Presupuestal.

9. *Sistema de Evaluación del Desempeño*

En la MIR 2017 del programa presupuestario U005 “Seguro Popular” se estableció la alineación del programa con el objetivo del PND 2013-2018 de “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud”, y con el objetivo del PROSESA 2013-2013 de “avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”; sin embargo, ante la falta de una definición explícita de la Secretaría de Salud sobre

los objetivos y los alcances de este sistema, no fue posible evaluar la alineación del Seguro Popular a este objetivo sectorial.^{31/}

En el árbol del problema de la MIR del programa presupuestario U005 “Seguro Popular” únicamente se incluyó lo relacionado con el financiamiento para la generación de recursos, pero no lo correspondiente a la rectoría del SPSS, lo cual se considera necesario, ya que, aun cuando no es el único programa que integra dicho sistema, recibe el 91.7% de los recursos que se autorizan a éste. Tampoco se incorporaron los problemas relacionados con la calidad, eficiencia y oportunidad del servicio que proporciona el Seguro Popular.

La lógica vertical de la MIR del programa presentó deficiencias, ya que no se identifica con precisión la relación causa-efecto que existe entre todos los niveles de objetivos de la matriz, ni se incluyeron objetivos para evaluar la eficacia y oportunidad con que debe otorgarse el servicio de atención médica; además, los objetivos del nivel de actividad son insuficientes para comprender todas las acciones que debe realizar el programa para atender el problema para el que fue creado.

En cuanto a la lógica horizontal, para el nivel de fin, el indicador propuesto no permite medir el objetivo de “Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social”, ya que se calcula el porcentaje de hogares con un gasto catastrófico en salud, que es uno de los propósitos del acceso con calidad a los servicios de salud de la población sin seguridad social, pero no el fin último de la política pública.

El indicador de propósito mide el grado de cumplimiento del objetivo “La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad”; éste calcula el porcentaje de avance de incorporación de personas al Seguro Popular que podrán acceder a esos servicios. No obstante, se considera conveniente incluir un indicador que mida el total de personas incorporadas en el año, respecto de las que no tienen seguridad social en el año, lo que permitiría evaluar la cobertura de los servicios que se proporcionan a la población potencial.

En el nivel de componente hacen falta indicadores para medir la calidad de los beneficios del sistema, así como la eficacia y oportunidad con que debe otorgarse el servicio de atención médica. En el nivel de actividad, los indicadores miden el cumplimiento de los objetivos, excepto por el indicador “Porcentaje de cumplimiento de la reafiliación en el periodo anual”,

^{31/} Este hallazgo coincide con la observación señalada en la “Evaluación de Diseño Seguro Popular 2016” realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, que “identifica como área de oportunidad la alineación y uniformidad en la presentación de la información de fin, propósito, componentes, actividades y sus indicadores en los documentos normativos vigentes”.

debido a que calcula el porcentaje de la reafiliación de personas que ya contaban con el Seguro Popular, no a las que se incorporan en el año, como menciona el objetivo.

En términos generales, los 7 objetivos y los 8 indicadores del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, contenidos en la MIR 2017, son insuficientes para realizar una valoración completa del desempeño del programa en 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 la población sin seguridad social.

Asimismo, la elaboración de los indicadores presentó deficiencias, respecto de los criterios establecidos en la “Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos”, emitida por la SHCP: Claridad, Relevancia, Economía, Monitoreable, Adecuado y Aporte marginal (CREMAA).

2017-5-12U00-07-0236-07-009 Recomendación

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud asegure la correcta alineación de la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, con los objetivos sectoriales, a fin de evaluar la contribución del programa en el logro de los objetivos de mediano plazo, en términos 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¿, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

2017-5-12U00-07-0236-07-010 Recomendación

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud incluya en el diseño del árbol del problema del programa presupuestario U005 “Seguro Popular” los problemas relacionados con la calidad, eficiencia y oportunidad del servicio que proporciona el programa, así como lo correspondiente a la rectoría del Sistema de Protección Social en Salud, a fin de disponer de información precisa para medir el desempeño del programa, en términos del Paso 1, Identificación del Problema, Capítulo 3, de la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, y del numeral IV.2.2 de la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

2017-5-12U00-07-0236-07-011 Recomendación

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud incluya, en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, objetivos e indicadores suficientes, a fin de evaluar la atención del problema público, relativo a que la población sin seguridad social no cuenta con acceso a los servicios de salud, en términos del numeral IV.2.2 de la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

2017-5-12U00-07-0236-07-012 Recomendación

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud incluya, en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, objetivos e indicadores suficientes para evaluar la calidad, eficacia y oportunidad con que se otorga el servicio de atención médica, a fin de disponer de parámetros para medir el desempeño del programa, en términos del artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

10. Sistema de Control Interno

En 2017, el diseño del Sistema de Control Interno de la CNPSS, en términos generales, contó con los mecanismos necesarios para garantizar el cumplimiento de cuatro de las cinco normas generales de control interno, relativas al ambiente de control; administración de riesgos; actividades de control, y supervisión y mejora continua; sin embargo, en el componente de información y comunicación no dispuso de información e indicadores para medir 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, ni de documentación para sustentar adecuadamente los pagos que realizó para cubrir el costo de atención médica de los beneficiarios del programa.

2017-5-12U00-07-0236-07-013 Recomendación

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en el componente de información y comunicación, disponga de información e indicadores para medir 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 de documentación para sustentar adecuadamente los pagos que realizó para cubrir el costo de atención médica de los beneficiarios del programa, a fin de contar con un sistema de control interno que proporcione una seguridad razonable para el logro de sus objetivos y metas, en términos de los artículos 77 bis 1 de la Ley General de Salud, y segundo, numerales 8 y 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir las deficiencias detectadas.

11. Rendición de cuentas

En la Cuenta Pública 2017, se reportó que los recursos ejercidos por la CNPSS, para el programa presupuestario U005 “Seguro Popular”, ascendieron a 78,501,728.8 miles de pesos, monto superior en 14.3% (9,799,234.0 miles de pesos) a los 68,702,494.8 miles de pesos aprobados; asimismo, se indicó que se benefició aproximadamente a 54 millones de personas afiliadas en las 32 entidades federativas, a quienes mediante un esquema de aseguramiento se les brindó acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades, atención médica,

quirúrgica y de alta especialidad, principalmente en enfermedades de alto costo para las familias.

La información reportada en la Cuenta Pública 2017 fue insuficiente para evaluar el cumplimiento del objetivo del programa presupuestario U005 "Seguro Popular", relativo a "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud". Asimismo, se careció de información para evaluar cómo se garantizó el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los beneficiarios del Seguro Popular.

2017-5-12U00-07-0236-07-014 **Recomendación**

Para que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud implemente mecanismos para que la información que se incluya en la Cuenta Pública sea suficiente para evaluar el cumplimiento de los objetivos del programa presupuestario U005 "Seguro Popular", relativos a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, y 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, a fin de contar con información para la toma de decisiones, y se cumpla con los criterios de transparencia y rendición de cuentas de la gestión pública, en términos de los artículos 54 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental; 77 bis 1 de la Ley General de Salud, y 1, párrafos segundo y tercero; 24, fracción I; 107, fracción I, y 111, párrafos primero y tercero, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas emprendidas para corregir la deficiencia detectada.

Consecuencias Sociales

La población sin seguridad social afiliada al SPSS, en 2017, fue de 53,505,187 personas; sin embargo, de 2013 a 2017, la cobertura de la población potencial se redujo en 6.2 puntos porcentuales, al pasar del 85.4% (55,637,999 personas afiliadas de las 65,144,159 de la población potencial) al 79.2% (53,505,187 personas afiliadas de las 67,545,615 de la población potencial). En 2017, no contaron con acceso a la seguridad social 14,040,428 personas.

La CNPSS no dispuso de información ni contó con indicadores, ni metas, 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, durante 2017.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 10 observaciones, de la cual fue 1 solventada por la entidad fiscalizada antes de la integración de este informe. Las 9 restantes generaron: 14 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

El presente se emite el 13 de junio de 2018, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría. Ésta se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada con el fin de fiscalizar el programa Seguro Popular para verificar el cumplimiento de los objetivos y metas. Se aplicaron los procedimientos y las pruebas que se estimaron necesarios; en consecuencia, existe una base razonable para sustentar este dictamen.

El PND 2013-2018 precisa que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos. Asimismo, en el documento se menciona que, en 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso a algún esquema de salud, y que, aunque se había creado el Seguro Popular para atender a la población sin seguridad social, el paquete de servicios que proporcionaba era limitado, en comparación con el que ofrecían el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado a sus derechohabientes.^{32/} En el PROSESA 2013-2018, se indicó que, aun cuando la cobertura de aseguramiento público había aumentado con los años, el gasto de bolsillo^{33/} no había disminuido a los niveles esperados, manteniéndose cerca del 50.0%.^{34/}

Para atender este problema, el artículo 4º constitucional establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. La Ley General de Salud indica que 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.^{35/} En congruencia con el PND 2013-2018, en el PROSESA 2013-2018, se establecieron los objetivos de “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”, “Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud”, y “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”, y en 2017 la CNPSS operó el programa presupuestario “Seguro Popular”, con el objetivo de “garantizar el

^{32/} Poder Ejecutivo Federal, **Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018**, México, 2013, p. 47.

^{33/} Gasto de bolsillo: es el pago directo que realizan las personas para consultas, tratamientos y hospitalización, que pone en riesgo el patrimonio familiar, de conformidad con lo establecido por la Secretaría de Salud.

^{34/} Secretaría de Salud, **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**, México 2013, pp. 31, 38 y 51.

^{35/} **Diario Oficial de la Federación**, 15 de mayo de 2003.

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”, a la población sin seguridad social.

Los resultados de la fiscalización mostraron que la CNPSS no estableció los términos de referencia, ni realizó la evaluación integral del Sistema de Protección Social en Salud, a fin de verificar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidos en la operación del sistema, y cuyos resultados permitan adecuar las estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el sistema.

Asimismo, la CNPSS dispuso del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, el cual, si bien fue validado, no fue confrontado con los registros de afiliación de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica para el ejercicio fiscal 2017, debido a que no hay disposición jurídica ni acuerdo que establezca el plazo para que el Consejo de Salubridad General entregue los resultados del cotejo para el ejercicio fiscal correspondiente. Asimismo, se identificó que el cotejo del padrón de beneficiarios del Seguro Popular contra los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica carece de criterios definidos en un documento normativo para realizarlo y para determinar las acciones en caso de identificar duplicidades.

En cuanto a la cartera de servicios que ofrece el Seguro Popular, en 2017 cubrió 348 intervenciones para brindar el acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social, de las cuales 287 (82.5%) se incluyeron en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y 61 (17.5%) en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), las cuales son consideradas de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

Las 348 enfermedades cubiertas por el Seguro Popular representaron el 2.4% de las 14,444 enfermedades establecidas en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, emitida por el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE).

En el periodo 2013-2017, las enfermedades incluidas en el CAUSES se incrementaron en 0.2% anual, al pasar de 285 a 287, y los medicamentos asociados a estas intervenciones aumentaron en 2.0% en promedio anual, al pasar de 609 a 660 en ese periodo. En 2016, se adicionaron al CAUSES dos intervenciones “Estabilización en Urgencias” y “Manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico”; y de 2016 a 2017 el número de enfermedades cubiertas por el catálogo se mantuvo en 287 enfermedades.

En el caso de los medicamentos, de 2016 a 2017 se incluyeron 13, con lo que cubrió el 100.0% de la “escalera analgésica”^{36/} de la Organización Mundial de la Salud.

Se verificó que en el periodo 2013-2017, el número de enfermedades de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que cubrió el programa se incrementó en 0.8% en promedio anual, al pasar de 59 enfermedades en 2013 a 61 en 2017. En 2015, se incluyó la intervención médica “Síndrome de Turner” y para 2016 el “Tumor Maligno de Ovario-Epitelial”. De 2016 a 2017, se mantuvo sin cambios el número de enfermedades cubiertas.

Asimismo, se verificó que el SPSS tenía incluidas, en alguna de las carteras de servicios de salud, las 13 enfermedades causantes del 79.8% de los decesos ocurridos en el país, con lo que se cumple el criterio de estar vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país.

En 2017, la población potencial del Seguro Popular (67,545,615 personas sin seguridad social) correspondió al 54.7% del total de la población nacional (123,518,272 personas); la objetivo (53,505,187 personas) representó el 79.2% de la susceptible de ser incorporada, y la población afiliada (53,505,187 personas) correspondió al 100.0% del objetivo. En cuanto a la población afiliada, en 2017 ascendió a 53,505,187 personas, lo que representó el 99.1% de la meta de incorporar a 54,000,000.

De 2013 a 2017, la cobertura de la población potencial se redujo en 6.2 puntos porcentuales, al pasar del 85.4% (55,637,999 personas afiliadas de las 65,144,159 de la población potencial) al 79.2% (53,505,187 personas afiliadas de las 67,545,615 de la población potencial). En 2017, no contaron con acceso a la seguridad social 14,040,428 personas.

En cuanto al 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, la CNPSS no contó con indicadores, ni metas para evaluarlo.

Para analizar la contribución del Seguro Popular en la disminución del gasto catastrófico por motivos de salud en 2017, en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa la CNPSS incluyó el indicador “Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud”; sin embargo, lo definió de periodicidad bianual, por lo que no se cuenta con meta programada ni resultados para 2017.

En 2017, mediante el FPGC, se validó el pago de 108,602 intervenciones, por un monto de 4,222,480.0 miles de pesos, y al cierre de ese año se pagaron 106,925 casos, por 4,080,800.0

^{36/} De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son tres escalones, el primero incluye no opioides, en segundo, opioides débiles más no opioides y el tercero, opioides potentes clásicos más no opioides. Consultado en <https://www.dolor.com/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms.html>, el 2 de mayo de 2018.

miles de pesos, por lo que el costo promedio por intervención pagada fue de 38.2 miles pesos. De los 4,080,800.0 miles de pesos pagados en 2017, dos intervenciones concentraron el 81.3% del presupuesto: la atención médica de VIH/SIDA, con un monto de 2,661,870.0 miles de pesos, y el cáncer de mama, con 658,180.0 miles de pesos.

De 2013 a 2017, se pagaron 521,398 casos, por un monto de 19,309,300.0 miles de pesos y un costo promedio de 33.4 miles de pesos. De los 521,398 casos pagados en el periodo, el 74.4% (387,718 casos) correspondió a la atención médica de casos de VIH/SIDA, por un monto de 8,477,250.0 miles de pesos, lo que representó el 43.9% del total pagado en ese periodo (19,309,300.0 miles de pesos) y un costo promedio de 21.9 miles de pesos.

Del análisis de tendencia del comportamiento del indicador establecido en el PROSESA 2013-2018, se concluyó que, de 2006 a 2016, el porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico por motivos de salud disminuyó en 4.4% anualmente. Ceteris paribus, en 2018 se alcanzaría un porcentaje del 3.9%, arriba en 0.4 puntos porcentuales de la meta establecida en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, del 3.5%.

Por lo que se refiere a los avances en la atención de los objetivos y metas establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los cuales se orientan a asegurar la cobertura sanitaria universal, en 2017, la CNPSS no fue contactada por el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En opinión de la Auditoría Superior de la Federación, en 2017 la CNPSS operó el Seguro Popular, por medio del cual otorgó financiamiento para que 53,505,187 personas contaran con un esquema de aseguramiento en salud, que incluía acceso a 348 intervenciones de salud, de las cuales 287 (82.5%) se incorporaron en el CAUSES, y 61 (17.5%), en el FPGC; sin embargo, a 14 años de operación, sigue sin contar con información ni indicadores y metas, 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 y, con ello, valorar la atención del problema público. Asimismo, la población sin seguridad social afiliada al SPSS, en 2017, fue de 53,505,187 personas; no obstante, de 2013 a 2017, la cobertura de la población potencial se redujo en 6.2 puntos porcentuales, al pasar del 85.4% (55,637,999 personas afiliadas de las 65,144,159 de la población potencial) al 79.2% (53,505,187 personas afiliadas de las 67,545,615 de la población potencial). En 2017, 14,040,428 personas no contaron con acceso a la seguridad social.

La atención de las recomendaciones, por la CNPSS, le permitirá disponer de una evaluación integral del SPSS; definir los plazos para que el Consejo de Salubridad General entregue el resultado del cotejo del padrón del SPSS contra los registros de afiliación de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica, a fin de disponer con oportunidad de un padrón de registros únicos, correctos y susceptibles de la gestión de transferencia de recursos; incrementar la cobertura de la población atendida para que las personas sin seguridad social cuenten con algún mecanismo de previsión social en salud; y disponer de indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del mandato del SPSS.

Servidores públicos que intervinieron en la auditoría:

Director de Área

Director General

Lic. Gabriel Linares Trujillo

Lic. Marisela Márquez Uribe

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 determinados por la Auditoría Superior de la Federación y que se presentó a este órgano técnico de fiscalización para efectos de la elaboración definitiva del Informe General Ejecutivo del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública.

Apéndices

Procedimientos de Auditoría Aplicados

1. Verificar los procedimientos de que dispuso la CNPSS para realizar la planeación, regulación, coordinación, supervisión y evaluación del SPSS en 2017.
2. Verificar el cumplimiento de requisitos en la integración, validación y cotejo del padrón de beneficiarios del Seguro Popular en 2017.
3. Verificar la cobertura del Seguro Popular de los padecimientos médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
4. Evaluar la cobertura de atención de la población objetivo del Seguro Popular, en 2017, respecto de la población potencial, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
5. Verificar en qué medida se cumplió el mandato del Seguro Popular de garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados en 2017.
6. Evaluar la reducción del gasto catastrófico en las familias beneficiarias del Seguro Popular en 2017, tomando como referencia el periodo 2013-2016.
7. Verificar la contribución de los resultados del Seguro Popular en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2017.

8. Analizar el presupuesto aprobado, modificado y ejercido del programa presupuestario U005 ¿Seguro Popular¿ en 2017, y la distribución de los recursos a las entidades federativas.
9. Verificar el cumplimiento, en 2017, por la CNPSS, de las directrices generales para avanzar hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño.
10. Evaluar el Sistema de Control Interno utilizado por la CNPSS en 2017, para verificar que incluyó los mecanismos de control que aseguraran el cumplimiento de objetivos y metas.
11. Evaluar la información reportada en la Cuenta Pública 2017 sobre el cumplimiento de los objetivos y metas, así como del uso eficiente de los recursos del programa.

Áreas Revisadas

Las direcciones generales de Afiliación y Operación; de Financiamiento; de Administración y Finanzas; de Gestión de Servicios de Salud, y de Coordinación con Entidades Federativas, en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

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 1, párrafos segundo y tercero; 24, fracción I; 27; 75, fracciones I y IV; 107, fracción I, y 111, párrafos primero y tercero.
2. Ley General de Contabilidad Gubernamental: artículo 54.
3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Ley General de Salud, artículo 77 bis 1.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, artículos 9, 52 y 72.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, artículo 4, fracción VIII.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, artículo segundo, numerales 3, párrafo primero, 8 y 9, norma cuarta, párrafo tercero.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, artículos primero y segundo.

Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, Paso 1, Identificación del Problema, Capítulo 3.

Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, numeral IV.2.2.

Criterios para la actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados y selección de indicadores para el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones

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

Artículo 79, fracciones II, párrafo tercero, y IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 10, fracción I, 14, fracción III, 15, 17, fracción XV, 36, fracción V, 39, 40, de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.