

Auditoría del Padrón de Afiliados del
Sistema de Protección Social en Salud

Dra. Laura Flamand y Dra. Landy Sánchez

Coordinadoras generales

Distrito Federal, México a 30 de diciembre de 2013

En la investigación y en la preparación de este reporte colaboraron:

Mtra. Blanca Elena del Pozo

Investigador Rubén Urbina Pastor

Investigador Rafael Arriaga Carrasco

Lic. Horacio Chavira Cruz

Mtro. Jorge González Gutiérrez

Mtra. Rosalba Jasso Vargas

C. P. Adolfo Lugo Espejel

Lic. Sergio López Manjarrez

Lic. Cristina Pérez Romero

Resumen ejecutivo

El Sistema de Protección Social en Salud se propone proveer de protección financiera en salud a la población sin seguridad social (aproximadamente 52 millones de personas o 46% de la población total del país).¹ Esta política ha reformado profundamente el financiamiento público de los servicios de salud de las personas sin seguridad social, pues, ahora, los recursos destinados a atender a esta población se asignan a los gobiernos estatales de acuerdo al número de personas afiliadas en su territorio (y, por tanto, abandona las asignaciones inerciales que lo caracterizaban). En consecuencia, la construcción, la validación y la actualización de padrón de beneficiarios del SPSS son de crucial importancia, pues a partir del padrón se establecen los montos de las transferencias que corresponden a cada una de las entidades federativas y que, por tanto, están disponibles para ofrecer protección social a la población en sus territorios.

La revisión de evaluaciones, informes de resultados, trabajos de investigación y estudios muestra que el padrón y los sistemas de información de la CNPSS no han sido objeto de atención suficiente. Si bien existen referencias y recomendaciones aisladas, no hay un seguimiento constante a los sistemas, pese a que son los instrumentos que determinan el financiamiento del Seguro Popular a las entidades federativas, principalmente el Sistema de Administración del Padrón (SAP).

Dado que el padrón de afiliados al Seguro Popular se construye de manera descentralizada a partir de los padrones estatales, que las entidades tienen incentivos para afiliar al mayor número de personas (porque reciben recursos financieros de cada una) y que la certeza de que los afiliados no pertenezcan a otro esquema de seguridad social se basa en la buena voluntad de los mismos, es probable que el padrón registre como afiliadas a personas con seguridad social.² Por lo anterior, la presente auditoría evalúa la consistencia, la confiabilidad y la precisión del padrón de afiliados al

¹ Los datos oficiales de cobertura del Seguro Popular no suelen coincidir con los datos publicados por otras fuentes. En 2010, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud reportaba 43.5 millones de afiliados, mientras el Censo Nacional de Población registró 26.2 millones de personas que declararon estar afiliados al Seguro Popular. También, los cálculos de Coneval, a partir de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, revelaron que 35.8 millones de personas reportaron no tener derecho o adscripción a recibir servicios médicos de institución alguna, incluyendo el Seguro Popular. En 2012 las diferencias persistían, la Comisión Nacional reportó 52.7 millones de afiliados, mientras que, a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se calcula que 44.3 millones de personas se encuentran adscritas al Seguro Popular (Macías, 2013)

² En 2010, la Auditoría Superior de la Federación determinó un porcentaje de duplicidad de 14.2%, pues 4.4 millones de beneficiarios del Seguro Popular se encontraban registrados en los padrones de las instituciones de seguridad social. (Funsalud, 2013, p. e20). También, en el primer semestre de 2013, un análisis a partir del *Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales* (Secretaría de la Función Pública) reveló 6.1 millones de traslapes de personas que aparecían tanto en el padrón de Seguro Popular como en el del IMSS (SIIPP-G, 2013).

SPSS durante el ejercicio 2012 y hasta junio de 2013 con el propósito último de fortalecer su integración y de optimizar las transferencias de recursos federales para la atención de los afiliados.

Con este propósito, el estudio utiliza las siguientes herramientas: revisión de la normatividad y de la literatura sobre sistemas de información en salud, entrevistas con funcionarios federales y estatales del SPSS, análisis del padrón, encuesta nacional para revisar expedientes y visitar hogares y revisión de la relación entre el número de afiliados validados y las transferencias financieras a las entidades. Los resultados del estudio se presentan organizados de acuerdo a los ocho objetivos específicos que se resumen a continuación.

Objetivo específico 1

Crear una metodología de muestreo documentada para el proceso de elección y verificación de los expedientes, que sea pertinente para el análisis del padrón.

De acuerdo con las cifras del gobierno mexicano, al cierre del 30 de junio de 2013, el padrón del Seguro Popular contaba con 53'287,070 afiliados (21'354,845 núcleos familiares) distribuidos en las 32 entidades federativas. La evaluación de la consistencia y la confiabilidad de la información registrada en el Padrón de Beneficiarios del SPSS con base en los criterios normativos de afiliación y en la acreditación de los afiliados, se dividió en dos partes. Por un lado, una muestra de los expedientes de los núcleos familiares afiliados que examina la integración de los expedientes de afiliación; esta muestra es estadísticamente representativa a nivel nacional, y con corte urbano y rural. Por otro, una encuesta a hogares aplicada a una submuestra de los expedientes revisados y que arroja resultados para los mismos dominios estadísticos. La visita al núcleo familiar se propone verificar la existencia de los afiliados, la elegibilidad al Seguro Popular y el conocimiento que los afiliados tienen de sus derechos.

Cada entidad federativa se encarga de prestar los servicios de salud, de ahí que, la forma en que se organiza y opera el Seguro Popular difiera entre los estados. En consecuencia, y dada la importancia de disponer de una muestra nacional confiable y con precisión suficiente, se consideró indispensable que cada entidad se concibiese en sí misma como un estrato. Es decir, se realizó una selección independiente de expedientes dentro de cada estado para su revisión, así como de viviendas para su verificación. Después, el siguiente criterio de estratificación refiere a si

los expedientes se resguardan de manera centralizada o no, mientras el siguiente consideró el número de municipios de cada entidad.

Con el fin de captar de manera adecuada la variabilidad de situaciones organizacionales que existen, otro elemento a considerar en el diseño fue el interés en diferenciar los resultados según el tipo de ámbito que circunscribe las viviendas de los afiliados: rural o urbano. Esto ratificó la consideración de seleccionar por etapas para cumplir con los requerimientos de información: en la primera se seleccionaron unidades primarias de muestreo (upm) ordenadas de acuerdo al rezago social a nivel de municipio, bajo el principio de probabilidad de selección proporcional al tamaño (PPT), donde la medida de tamaño fue el número de afiliados al programa; en la segunda, se eligieron localidades también con el principio PPT con la misma medida de tamaño (el número de afiliados del programa en la localidad); y, en la tercera, se eligieron expedientes por localidad con el principio aleatorio simple.

El tamaño de muestra de expediente es suficiente para estimar proporciones de 0.13 y superiores con 95 por ciento de confianza y un error muestral relativo de +/- 10%. También se consideró un efecto de diseño hipotético de 1.7 y una tasa de no respuesta de 10 por ciento. El efecto de diseño es la forma de compensar muestralmente la correlación intraclase propia de los diseños muestrales basadas en conglomerados y no en unidades simples. Con todas estas consideraciones, el tamaño de muestra resultante fue de 4,856 expedientes a revisar.

La visita a hogares se lleva a cabo con una submuestra de la primera. El diseño muestral para esta fase consideró un mínimo de 1,214 hogares urbanos y una cantidad similar de hogares rurales, si la propia estructura de afiliados lo permitía. Es decir, se esperó en promedio que uno de cada dos expedientes revisados fuese verificado en los domicilios correspondientes. Con ello, para cada ámbito, sería posible estimar proporciones de 0.2 o superiores, con una confianza de 95%, un error absoluto de estimación de +/- tres puntos porcentuales. Se asumió un efecto de diseño de 1.6, un poco menor a lo que puede suceder en lugares concentrados por la diversidad obligada y una tasa de no respuesta de 10%. Para minimizar el potencial riesgo de sesgo asociado a privilegiar la revisión de las viviendas más próximas, el criterio de selección se basa en la terminación del número del expediente. Es decir, si el número del expediente termina en impar, el domicilio es sujeto a visita, condicionada a la existencia del expediente.

Objetivo específico 2

Verificar la existencia de los expedientes familiares que sustentan la afiliación al Sistema.

Un primer paso, consistió en analizar la consistencia de la base de datos del Padrón a partir de la existencia de datos faltantes y de la plausibilidad de la información que arrojan las 59 variables que contiene esta base.³ Se encuentra que los datos faltantes en algunas variables del padrón (estatus de la vivienda, material de la vivienda, ubicación del MAO) no tienen un patrón aleatorio, sino que se asocian con el momento de inscripción y reafiliación al programa, así como con la organización de la afiliación. Sin embargo, ninguna de las tres variables analizadas tiene porcentajes preocupantes de niveles faltantes, todas se encuentran por debajo de 4%. Otras variables (i.e. tipo de familia y pertenece al programa 70 y más) presentan mayores inconsistencias, sin embargo, es altamente probable que su alta tasa de valores perdidos se deba a un problema de codificación de la variable que puede ser fácilmente salvable.

Con base a los criterios del estudio, también se revisó la consistencia de la información que arrojan las variables. Aunque en el estudio se examina un conjunto amplio de variables, aquí mencionamos dos de particular importancia para el estudio. El análisis de la información de los domicilios señala que, a nivel nacional, 28.52% de los casos no tienen la información completa de calle, número y colonia. De estos, 98% de los casos se deben a la falta de número exterior, lo cual puede no ser una inconsistencia porque el amezamiento y la numeración de viviendas no están completos en el país.

Por otro lado, sólo es posible aproximar el número de reafiliaciones y el momento en que debería ocurrir la reafiliación, dado que la información existente en la base de datos no permite calcularlos con precisión. Esta aproximación muestra que si bien la gran mayoría de los casos corresponden claramente a la normatividad (nuevos ingresos o renovaciones coincidentes con periodos trianuales), en 1.6% de los casos, el año de inscripción es posterior a la fecha de reafiliación. En otros casos, las diferencias entre ambas fechas (inscripción y reafiliación) no ocurren en los periodos trianuales, lo cual puede explicarse por las estrategias de reafiliación de las entidades o por las decisiones de los beneficiarios. Estos casos representan 14.01% del total de expedientes.

³ Esta base resulta de los procedimientos de validación de la CNPSS y es la base que se reporta a la Dirección General de Financiamiento, es decir, a partir de ella se establecen las transferencias correspondientes. De esta manera, la base a la que tuvo acceso el Colmex contiene sólo un número restringido de variables, en tanto que algunos indicadores que se recaban en el sistema de información del programa no son necesarios para el cierre financiero.

Por otro lado, el análisis de la información recabada mediante la muestra de expedientes arroja que 10% de los expedientes no son localizables. La proporción de expedientes no encontrados fue mayor para núcleos familiares residentes en las áreas urbanas (11.5%) que en las rurales (7.1%).

La experiencia en el levantamiento y en las entrevistas realizadas en los REPSS apuntan a que esto puede explicarse, por lo menos de manera parcial, por las condiciones de organización de los archivos y eventos extraordinarios (inundaciones, inseguridad, acciones legales, etc.). Sin embargo, la proporción no encontrada es considerable y, en consecuencia, sugerimos que la CNPSS desarrolle mecanismos alternativos de supervisión para garantizar que todas las entidades federativas sean capaces de presentar los expedientes en tiempo y forma para su revisión.

Objetivo específico 3

Verificar que los integrantes del núcleo familiar cumplan con los requisitos documentales de incorporación al Sistema en los términos de la normatividad aplicable.

Después de haber investigado la existencia de los expedientes, se analizó la documentación que se incluye en los expedientes. En general, se encontró que, a nivel nacional, 80.3% de los afiliados cuentan con una póliza vigente. La proporción de afiliados sin ella es relativamente preocupante porque, de acuerdo a la normatividad, todo afiliado de Seguro Popular debe tener una vigente, pues, incluso cuando los afiliados no entregan la documentación completa, se expide una póliza con vigencia de 90 días.

Si se examina la diferencia entre la fecha de inscripción y la del inicio de cobertura de la última póliza emitida, se puede obtener un aproximado de la duración de la vigencia de los núcleos afiliados al Seguro Popular. Los periodos de vigencia más comunes son, en orden de importancia: los núcleos familiares de nuevo ingreso, los que cumplieron tres y seis años de vigencia (y que renovaron la póliza). Estas tres categorías suman 77.7 % de los expedientes. No obstante, también hay una proporción donde la diferencia es negativa (5%), es decir, donde la fecha de última solicitud es anterior a la fecha de inscripción y también se localizaron 17% de casos fuera de los periodos de vigencia que establece la normatividad.

Aun cuando de acuerdo a la normatividad del Seguro Popular la cobertura comienza el mismo día de la afiliación o reafiliación del núcleo familiar, los datos recabados revelan que esto sólo se cumple en 72.68% de los expedientes. En contraste, en el resto, hay una diferencia entre la fecha

de afiliación/reafilación y el inicio de cobertura de entre tres meses y hasta más de un año. También, según la normatividad, el inicio de la cobertura de la póliza debe coincidir con la fecha de expedición de ésta. Sin embargo, sólo 8.34% de los expedientes coinciden en ambas fechas y, por el contrario, en alrededor de 90.5% de los expedientes hay un periodo de separación de entre seis meses y más de un año.

En cuanto a los documentos que deben incluir los expedientes, la revisión de la información permite concluir que 99.4% incluyen la CECASOEH, mientras que 81.5 % de estos la tienen vigente. Además se encontró que 97.10% de los expedientes incluyen una identificación válida del titular, mientras que 13% de los núcleos familiares no entregaron un comprobante de domicilio aceptado en la normatividad. Del total de beneficiarios, 86.4% cuentan con CURP en el expediente del núcleo familiar, pero si se añaden aquellos que entregar una documentación sustituta, esta proporción alcanza 93.3%. En la revisión se encontró que 18.5% de las pólizas señalan a los integrantes como beneficiarios de Oportunidades, de estos, 91.5% entregó algún documento probatorio, aunque sólo en 80.3% se puede considerar como un documento válido. Finalmente, se encontró que en 76.5% de los casos el expediente contiene copia de la Carta de Derechos y Obligaciones, aunque una pequeña fracción de las copias no están firmadas (3.4%).

Objetivo específico 4

Revisar que la información del padrón estatal de beneficiarios, corresponda con la información contenida en los expedientes de los afiliados.

Otro componente importante de la evaluación es la observación *in situ* sobre los procedimientos y las reglas de afiliación implementados para las diversas modalidades del SPSS y en distintas entidades. Mediante visitas a las oficinas de la dirección de afiliación y operación del REPSS en 12 entidades federativas, se corroboró que los procedimientos para la integración de los padrones estatales del SPSS se apegan a la normatividad establecida.

En general, los pasos a seguir para conformar las bases de datos estatales que después integran el padrón federal se encuentran estandarizados en los 12 REPSS visitados. Hay tareas comunes y frecuentes entre las entidades estudiadas como, por ejemplo, las estrategias de afiliación y reafiliación (regionalización, visitas a hogares, entre otras).

Sin embargo, hay ocasiones, cuando la falta de detalle o de claridad en la normatividad dificulta

que las entidades las sigan con apego y, por tanto, hay relativa heterogeneidad en la implementación. Estas variaciones suelen responder a las características o a las necesidades específicas de la entidad; en otras, surgen de lagunas en la normatividad que pueden dificultar el proceso de integración del padrón y que, sin duda, tienen impacto sobre su veracidad, confiabilidad y calidad. Con frecuencia, para cubrir estas áreas, las entidades han realizado amplios esfuerzos, en algunos casos, muy exitosos y eficientes, pero poco conocidos y dispersos en todo el país. Estos esfuerzos refieren a temas como la captura de información, el trabajo en línea o fuera de línea de los módulos y brigadas, complementar el SAP con otras herramientas informáticas, capacidades del personal operativo, entre otros.

Objetivo específico 5

Verificar mediante visita de campo domiciliaria la existencia de los beneficiarios registrados en el padrón y que conozcan de su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, así como el cumplimiento con los criterios de elegibilidad para su afiliación al Sistema.

De los expedientes revisados se seleccionó una submuestra para que, a través de una visita en domicilio, se verificará la existencia de los afiliados, la elegibilidad al Seguro Popular y el conocimiento que los afiliados tienen de sus derechos.

Los resultados de la encuesta muestran que 64.4% de los núcleos familiares se localizaron en el domicilio, el porcentaje es un poco mayor en el ámbito rural que en el urbano (67.6 y 62.8, respectivamente). En 10.13% de los casos se encontró el domicilio pero la familia ya no residía ahí. Además, en 3.28 % de los casos se encontró el domicilio y al núcleo familiar que se buscaba, pero los integrantes declararon no estar afiliados al programa. También, se definieron como inconsistencia los casos donde se encontró el domicilio, pero los vecinos y el residente actual declararon que ahí no vive (ni había vivido) el núcleo familiar que se buscaba (4.5% de los casos).

También hubo 6.01% de casos que no logramos clasificar como inconsistencias con claridad pues, el núcleo familiar no se localizó en el domicilio, y los residentes actuales o vecinos no estaban seguros si vivían ahí con anterioridad. Estos casos fueron más frecuentes en el ámbito urbano que en el rural (6.5 versus 4.8%). Finalmente, la inconsistencia en cuanto a la localización de los afiliados de mayor importancia se refiere a los casos donde no fue posible ubicar el domicilio

(8%). Estos casos se presentaron más frecuentemente en las zonas rurales (12.3%) que en urbanas (6.9%).

Sobre el auto reconocimiento de los entrevistados como afiliados de Seguro Popular, el estudio encontró que, de los hogares que efectivamente entrevistados, 92.15% de los núcleos familiares se reconocen como afiliados. En contrapartida, 3.16% reconocieron haber sido afiliados en el pasado, pero no en el año 2013 y 4.69% dijeron nunca haber sido afiliados.

Para indagar sobre la elegibilidad, se preguntó si se contaba con otro servicio médico público. Se encontró que 13.8% de los núcleos familiares cuentan con otro servicio, esta proporción es más alta en áreas urbanas (15.9%) que en rurales (9.6%). Además, se encontró que 90.57% de los núcleos familiares cuentan con una copia de su póliza de afiliación y 75.58% con su carta de derechos y obligaciones como afiliados al Seguro Popular.

En cuanto al conocimiento de sus derechos como beneficiarios, el estudio muestra claras diferencias por tipo de servicio. El derecho que más se conoce es la atención médica gratuita (97.3%). Después, en orden descendiente, el derecho a atención de urgencias (90.2%), el derecho a la hospitalización (86.0%), el derecho a afiliarse a los menores de 5 años al Seguro Médico Siglo XXI (56.2%) y la protección contra gastos catastróficos (26.9%).

Objetivo específico 6

Verificar los procedimientos de integración y de validación de los registros del Padrón de Beneficiarios del Sistema para efectos de la gestión de transferencia de recursos a las entidades federativas.

Un componente principal de la auditoría es el análisis documental de la normatividad aplicable. El análisis que se realizó de la normatividad enfatiza la relación, y algunos desencuentros, entre la normatividad y la implementación.

El proceso de integración del padrón se podría resumir de la siguiente forma: primero, los módulos de afiliación y orientación se encargan de crear un expediente por cada familia afiliada. Segundo, los regímenes estatales se ocupan de resguardar los expedientes y de validar los padrones estatales. Tercero, la Comisión debe integrar los 32 padrones de las entidades en un padrón nacional y validar la información. Después, la Comisión realiza el cierre definitivo mensual y con el padrón nacional resultante determina a cuáles beneficiarios se les otorgará subsidio.

Para cumplir estos objetivos, es necesario considerar dos tareas esenciales que intervienen en el proceso de integración del padrón: el diseño del proceso y su evaluación (que recae en la Comisión), y la implementación del mismo (donde intervienen la Comisión, los REPSS, los módulos de afiliación y orientación, entre otros). En otras palabras, la Comisión se encarga de establecer los lineamientos para la integración y la administración del padrón de afiliados, así como de validar que se integre de manera correcta (a partir de la información de los padrones de cada uno de los regímenes estatales, que ya se han validados e integrado en cada entidad de acuerdo con los lineamientos que emite la Comisión).

Entonces, la Comisión se encarga de diseñar el proceso y los mecanismos mediante los cuales se integrará el padrón nacional de beneficiarios. De acuerdo con su *Manual de Organización*, a la Comisión le corresponde definir las normas y los lineamientos para establecer y operar el padrón de afiliados en los órdenes federal y estatal, e instrumentar los mecanismos para asegurar su actualización permanente y su buen funcionamiento. Asimismo, la CNPSS deberá autorizar y establecer los controles, los criterios y los procedimientos para revisar las bases de datos estatales.

Sin embargo, a pesar de que la Comisión ejerce su función de diseñar el proceso de integración del padrón, no cuenta con los mecanismos suficientes para evaluar la implementación adecuada de este proceso. Con las entrevistas se conoció: primero, que la Subdirección de Administración del Padrón evalúa, con base en la necesidad, el proceso de construcción y envío de los padrones estatales a la Comisión y, segundo, que la Subdirección de Enlace Institucional se encarga de realizar el macroproceso de evaluación de afiliación y operación (integración de expedientes, gasto operativo y SINOS). Se considera necesario, por tanto, establecer un proceso de evaluación del Sistema de Administración del Padrón, con procedimientos específicos y detallados, que, además, se incluya en la normatividad del SPSS.

El proceso de integración, entonces, inicia con su diseño, la elaboración de los lineamientos de integración y de los procedimientos asociados (lineamientos de afiliación, plataforma informática del SAP, software de procesamiento y envío de información, herramientas de validación y códigos fuente). La integración termina con la preparación de reportes con el número definitivo de afiliados, que, al final, se traducen en transferencias financieras de la CNPSS a las entidades. Todo el proceso, de inicio a fin, se conoce como Sistema de Administración del Padrón.

Otro de los componentes de la auditoría fue el análisis de la literatura existente sobre los sistemas de información para políticas sanitarias, de la que se extrajeron cinco dimensiones que debería cubrir todo sistema de información para ser eficaz. De acuerdo con éstas, por un lado, las principales fortalezas del SAP son el entramado legal que lo sustenta y especifica las responsabilidades de los diversos actores involucrados, la CECASOEH como instrumento estandarizado para recolectar información y alimentar el SAP y, el modelo de gestión mixto: centralizado-descentralizado. Por otro, las áreas de oportunidad que se identificaron son incrementar la validez de los datos contenidos en las bases de datos estatales y en la nacional, y fortalecer una clave de identificación que garantice la existencia de los afiliados y evite el crecimiento artificial del padrón.

Según la normatividad, corresponde a la CNPSS planear y administrar el padrón de afiliados del SPSS con el objetivo de garantizar que su integración sea correcta para gestionar las transferencias de recursos federales a las entidades por persona afiliada. Es por ello que, finalmente, la auditoría investigó la relación entre el número de afiliados en el padrón nacional y el monto de recursos financieros que recibe cada una de las entidades en el marco del SPSS. El propósito es verificar que, en el período de estudio, el número de afiliados por entidad que la Dirección de Afiliación y Operación reporta como válidos coincida, en efecto con el número de asegurados.

Para ello se revisó la correcta determinación de las aportaciones por concepto de cuota social y aportación solidaria federal reportadas en el anexo III (de los convenios de coordinación entre el gobierno federal y cada uno de los estatales), siguiendo los lineamientos que establece la normatividad, asegurando la actualización correcta del SMGVDF, y confrontando con los datos del Presupuesto de Egresos de la Federación y con los diferentes oficios de las instituciones generadoras de esta información.

Se realizó un cálculo global anual partiendo del Informe del cierre trimestral validado por la Dirección General de Afiliación y Operación que contiene el movimiento trimestral de los afiliados al Seguro Popular día por día y por cada entidad, y multiplicamos el número de asegurados por el número de días que estuvo vigente en el mes. Este total de días lo multiplicamos por la cuota diaria de la CS y la ASF. Este resultado lo comparamos contra el reporte Estimaciones de recursos a ser transferidos a las Entidades Federativas por cada periodo. La conclusión de este trabajo fue satisfactorio de acuerdo a los resultados obtenidos.

Objetivo específico 7

Emitir con base en las evidencias, una opinión profesional sobre la integridad, validez y consistencia del Padrón de Beneficiarios del Sistema y realizar una comparación con los estados financieros emitidos para las entidades federativas del padrón de beneficiarios (Statement of Affiliation Registry según el contrato de préstamo).

El cuadro siguiente presenta un resumen de los hallazgos del estudio para indicadores claves respecto de la consistencia y confiabilidad del padrón. Cada indicador se categorizó según el grado de consistencia que arroja el análisis empírico. Los rangos para evaluar cada una de estas categorías se presentan en la parte inferior del cuadro. Los indicadores se seleccionaron en función de la normatividad del SPSS, de los procedimientos existentes en la CNPSS y en cada una de las entidades federativas y, desde luego, de los términos de referencia del estudio. De esta manera, las medidas presentadas refieren a la consistencia interna del padrón, a la calidad de la integración de los expedientes, así como a la existencia de los afiliados, su elegibilidad y el conocimiento de sus derechos.

Auditoría al Padrón de Afiliados del SPSS
El Colegio de México

Indicadores resumen del estudio	
Indicador	Consistencia
<i>Base de datos Padrón</i>	
Completez de la información	Alta
Consistencia de domicilios	Media
Consistencia de la fecha de afiliación	Media
<i>Revisión de expedientes</i>	
Expedientes no localizados	Media
Identificación de los integrantes del núcleo familiar	Alta
Vigencia de la póliza	Media
Identificación del titular	Muy Alta
Comprobante de domicilio	Media
Afiliados con CURP	Alta
CECASOEH vigente	Media
Comprobante de Oportunidades	Media
Carta de Derechos y Obligaciones	Baja
<i>Núcleos familiares</i>	
Localización de los núcleos familiares	Media
Identificación como afiliado	Alta
Elegibilidad. Acceso a otros servicios médicos	Media
<i>Conocimientos de sus derechos</i>	
Atención médica gratuita	Muy Alta
Atención de Urgencias	Alta
Hospitalización	Alta
Afiliación de menores de 5 años	Baja
Gastos catastróficos	Baja
Valoración general	Media-Alta
Categorías:	
Muy alta , inconsistencias en menos del 2% de los casos	
Alta , inconsistencias entre el 2 al 10% de los casos	
Media , inconsistencias en más de 10% y hasta 20% de los casos	
Baja , las inconsistencias alcanzan más del 20% de los casos	

Los resultados muestran que la consistencia y la validez del padrón tiende a concentrarse en niveles medios (9 de 20), definidos como aquellos donde las inconsistencias en los indicadores se presentan en entre 10 y 20% de los casos. Los niveles medios se presentan tanto en los indicadores que evalúan la consistencia interna del padrón, como en aquellos relacionados con la muestra de expedientes y con las visitas a los núcleos familiares. Destacan algunos indicadores donde el

padrón se desempeña particularmente bien: la documentación que identifica al titular, así como el conocimiento del derecho a atención médica gratuita (también tienen alto grado de consistencia otros seis de los veinte indicadores considerados, ver cuadro). En contraste, algunas de las medidas tienen un desempeño muy bajo: la carta de derechos y obligaciones en el expediente y el conocimiento de los afiliados sobre sus derechos (en específico, a afiliarse a menores de cinco años al SMSXXI y a la protección por gastos catastróficos en salud).

Por otro lado, los resultados de un modelo probabilístico⁴ de las coincidencias entre el padrón y la muestra de expedientes muestran que las inconsistencias más importantes obedecen a los expedientes no encontrados. También, las discrepancias en información sobre la membresía a Oportunidades y el número de beneficiarios inciden sobre la probabilidad de coincidencia en las dos fuentes de información, el padrón y los expedientes. Pese a ello, hay un grupo grande de observaciones que tienen una alta probabilidad de coincidir (53.8% de los casos). Finalmente, encontramos 34% de los expedientes con *exactamente* la misma información en ambas fuentes, es decir, que coinciden perfectamente. Si sumamos los casos de coincidencia alta y perfecta, tenemos 87.8% del total. Si consideramos el ámbito de residencia, encontramos niveles similares de consistencia en lo rural y lo urbano, aunque las coincidencias perfectas son más altas en los expedientes urbanos. Esta valoración de los datos nos permiten concluir que el Padrón de afiliados del SPSS es razonablemente confiable.

La CNPSS planea y administra el padrón de afiliados del SPSS con el objetivo de garantizar que la información registrada sea consistente y confiable para, entonces, gestionar las transferencias de recursos federales a las entidades por persona afiliada. Para concluir la revisión del proceso de integración del padrón del SPSS, estudiamos la relación entre el número de afiliados en el padrón y el monto de recursos financieros que recibe cada una de las entidades en el marco del Sistema. A final de cuentas, el propósito es verificar que, en el período de estudio, el número de afiliados por entidad que se reportan como válidos en el padrón coincida, en efecto, con el número de personas aseguradas.

⁴ Las variables consideradas fueron (1) Clave de entidad, (2) Clave de Municipio, (3) Fecha de inscripción al Seguro Popular, (4) Fecha de reafiliación, (5) Pertenencia al programa Oportunidades, (6) Número de beneficiarios del núcleo familiar y (7) la Clave de identificación del expediente.

El gobierno federal y el Banco Mundial firmaron un contrato de crédito para financiar hasta 70% de la cuota social del Seguro Popular. Para asegurarnos de la correcta utilización del crédito revisamos los oficios de transferencias de recursos por cuotas a las entidades donde se detallan la procedencia de los recursos utilizados y los comparamos con las estimaciones de recursos a ser transferidos a las entidades federativas, las cuales fueron validadas para los años 2012 y 2013. La conclusión de este trabajo fue satisfactorio de acuerdo a los resultados obtenidos.

Entonces, con base en el resultado satisfactorio del trabajo desarrollado descrito anteriormente, podemos concluir que las cuotas sociales y las aportaciones solidarias federales se calculan y transfieren en forma razonablemente correcta considerando que el padrón de donde surgen es preciso y relativamente confiable. En consecuencia, el crédito del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento se utilizó en forma razonablemente correcta, cumpliendo con las condiciones del contrato ya que nunca excedió 70% de la cuota social transferible a las entidades.