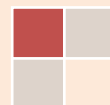


**Comentarios al Informe del
Resultado de la Auditoría
practicada por la ASF al FASSA,
en el marco del Decreto de
Presupuesto de Egresos de la
Federación 2012**



Contenido

Presentación	5
1. Antecedentes	7
2. Importancia de los Recursos del FASSA	11
3. Alcance y Proceso de la Fiscalización	14
4. Resultados de la Fiscalización al FASSA	14
4.1 Entidades Federativas.....	14
4.2 Secretaría de Salud.....	16
4.3 Resultados de las pruebas realizadas por la ASF sobre la información obtenida	18
4.3.1 Homologación y congruencia de la información contenida en las nóminas proporcionadas por las entidades federativas a la Secretaría de Salud	18
4.3.2 Información del personal comisionado en el ejercicio fiscal 2011.....	18
4.3.3 Analizar y verificar que todo el personal comisionado contó con RFC	19
4.3.4 Pagos a personal financiado con recursos del FASSA por concepto de retroactivos en el Ejercicio Fiscal 2011	19
4.3.5 Personal cubierto con recursos del FASSA de las ramas médicos, paramédicos y afines, identificando el de origen federal y estatal	19
4.3.6 Pagos al personal financiado con recursos del FASSA que cuenta con RFC y Homoclave en el Ejercicio Fiscal 2011	20
4.3.7 Nóminas del personal financiado con recursos del FASSA remitidas a la SSA	20
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	21

Presentación

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), es el segundo concepto más importante, en términos de monto, por el que las entidades federativas reciben recursos del Ramo General 33, Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, sólo detrás del Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FASSA).

Desde su creación, este Fondo ha buscado disminuir las diferencias de los servicios de salud brindados a la población sin seguridad social y preservar tanto la capacidad operativa de las entidades federativas, así como la equidad del gasto público, al distribuir los recursos remanentes mediante una fórmula de asignación.

El pasado mes de agosto de 2012, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) envió a la H. Cámara de Diputados, por conducto de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación, el Informe del Resultado de la Auditoría sobre el Cumplimiento del Mandato del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) para el Ejercicio Fiscal 2012, en materia del FASSA.

Dicho ejercicio se orientó a verificar el cumplimiento de las obligaciones correspondientes a 2011, establecidas en el artículo 9, fracción IV, Apartado B, incisos a) y b) del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para ese ejercicio, sobre la transparencia de los pagos de servicios personales.

En ese sentido, la Unidad de Evaluación y Control (UEC) de la CVASF preparó el presente documento, en el que se expone el análisis del Informe turnado por la ASF, el cual –por su naturaleza- es el primero que se entrega a la Cámara de Diputados en materia de evaluación del gasto derivado de una disposición del PEF.

Para facilitar la revisión del documento, éste se dividió en cinco secciones, en las que se presentan algunos antecedentes, los alcances de la revisión, la importancia presupuestaria del FASSA, los resultados relevantes de la revisión practicada por la ASF, así como algunas conclusiones y recomendaciones de carácter general.

1. Antecedentes

En 1841 se creó el Consejo Superior de Salubridad, como el primer organismo rector de salud en México, su labor era vigilar el ejercicio de la medicina y la venta de los medicamentos, realizar acciones sanitarias en bien de la población y realizar estudios de diversas epidemias y estadísticas de mortalidad. Para 1872, este Consejo se transformó con el objetivo de implementar una serie de políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país y con ello centralizar las funciones en materia de salud.

En 1917, el otorgamiento de los servicios de salud sufrió cambios significativos con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), al fundarse el Departamento de Salubridad Pública¹ y el Consejo de Salubridad General, este último tenía facultades para ejercer acciones normativas y ejecutivas en el campo de la Salubridad Pública Nacional, en estrecha colaboración con todas las instituciones encargadas de promover y mantener la salud de la población mexicana.

Para 1926, en las entidades federativas instalan las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal; seis años después, con objeto de fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno se creó la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad. Sin embargo, no es sino hasta 1934 cuando se establecen las bases institucionales del actual sistema de salud con la regionalización de los servicios de salud mediante el decreto de la Ley de Coordinación de Servicios de Salubridad, en la cual se autoriza la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública, los estados y los ayuntamientos, para coordinar y lograr la unificación técnica de los servicios.

El concepto de beneficencia que hasta entonces imperaba, se transforma en “asistencia pública”, con la instauración en 1937 de la Secretaría de la Asistencia Pública, cuya finalidad fue prestar asistencia social y servicios de salud a la población considerada débil socialmente. En los años siguientes, se elaboraron los primeros proyectos para la Ley de Seguridad Social, se crearon los servicios médicos rurales cooperativos y se aprobó un presupuesto mayor para proyectos de salubridad pública.

En estos años, la disminución de gastos administrativos de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública era imperante, así como el incremento de los beneficios sociales a la población. En 1943, esta situación llevó al Gobierno Federal a fusionar estas instituciones en una nueva Secretaría denominada “de Salubridad y Asistencia”. Al mismo tiempo, con objeto de sustentar la demanda de seguridad social a la población con una relación laboral formal, surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)².

¹ Órgano de acción directa del Ejecutivo, con facultades para hacer obligatorias las medidas sanitarias en todo el país.

² El Instituto Mexicano del Seguro Social nace con una composición tripartita, integrado de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, los patrones y del Gobierno Federal.

En 1947, la Ley de Secretarías y Departamentos otorgó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) las facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia social y la beneficencia pública. Años más tarde, se le encomienda la orientación de los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias, derivados del establecimiento de la Comisión Nacional de Hospitales. Por otro lado, las entidades federativas establecieron jurisdicciones sanitarias como organismos dependientes de los Distritos Sanitarios; sin embargo, en 1959 estos últimos desaparecen, y en su lugar, las jurisdicciones quedaron bajo la responsabilidad de los servicios coordinados de salud pública en los estados.

A principios de los años 60, el Gobierno Federal otorgó mayor cobertura a la población, específicamente a la clase trabajadora del sector gubernamental, al transformar la Dirección de Pensiones Civiles³ en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Es importante destacar que el IMSS y el ISSSTE ofrecen servicios de salud y seguridad social a grupos distintos de la población, el IMSS asiste principalmente a los trabajadores de la iniciativa privada, empresas y compañías de capital privado, y el ISSSTE, a los empleados del gobierno.

A mediados de los años 70, se establece el Sector Salud como un agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la operación de la SSA, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actuaban en el campo de la salud. Asimismo, para 1976 se publica en el Diario Oficial de la Federación el primer Cuadro Básico de Medicamentos del sector público, que años más tarde se puso en práctica.

De 1981 a 1988, el Gobierno Federal, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud para los mexicanos, creó la Coordinación de los Servicios de Salud dependiente directa de la Presidencia de la República; además, reformó el Código Sanitario y otros instrumentos jurídicos-administrativos con el propósito de que las entidades federativas asumieran la operación de los servicios de salud de la población sin seguridad social, de acuerdo con las necesidades reales y potenciales en la materia y con ello revertir el proceso centralizador en materia sanitaria.

Como resultado de lo anterior, en 1983 el Ejecutivo Federal adicionó, en el artículo 4º de la CPEUM, la garantía social del derecho a la protección de la salud y, un año más tarde, se aprobó la Ley General de Salud (LGS), ordenamiento que contenía los fundamentos del Sistema Nacional de Salud y definía las bases y modalidades de acceso a los servicios, así como los lineamientos de acción para los programas de salud.

³ En 1925, se expidió la Ley de Pensiones Civiles, con objeto de que los trabajadores al servicio del Estado comenzaran a recibir servicios y prestaciones del Gobierno Federal relativos a la protección de la salud, préstamos y pensiones.

En ese mismo año, se expide el decreto por el que se descentralizan a las entidades federativas los servicios que prestaba la SSA y los que proporcionaba el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) a cargo del IMSS. En tanto, la SSA cambió su denominación a Secretaría de Salud, debido a la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Para consolidar el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, entre 1995 y 1997 se conformó el Consejo Nacional de Salud; asimismo, se establecieron los lineamientos generales para la descentralización, mediante el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, el cual tenía como objetivo establecer las bases para la celebración de Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud entre el Ejecutivo Federal y cada una de las 32 entidades, con la finalidad de transferir atribuciones de programación, recursos humanos, materiales y financieros para que los gobiernos estatales contaran con autonomía en el ejercicio de las facultades que les otorgaba la LGS; estos acuerdos concluyeron su formalización en 1997.

A finales de ese año, con el propósito de dar permanencia a los recursos que la Federación aportaría a las entidades federativas para el desarrollo de las actividades descentralizadas, se reformó la Ley de Coordinación Fiscal, y se agregó el capítulo V “De los Fondos de Aportaciones Federales”, vigente a partir del 1 de enero de 1998, con lo cual se creó, entre otros fondos, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), orientado a disminuir las diferencias de los servicios de salud brindados a la población sin seguridad social y preservar tanto la capacidad operativa de las entidades federativas, así como la equidad del gasto público, al distribuir los recursos remanentes mediante una fórmula de asignación.

Con el FASSA, se formó un nuevo esquema de salud en México que considera, además de las contribuciones a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), los recursos aportados por el Gobierno Federal por medio de diversos rubros presupuestarios, así como lo financiado por los gobiernos estatales mediante la aplicación de sus recursos propios.

Sin embargo, casi la mitad de la población carecía de servicios de salud, situación que propicio que en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) y en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006, se estableciera garantizar el acceso a los servicios integrales con calidad y trato digno a toda la población; asegurar la protección económica de las familias mexicanas, y crear un fondo nacional de salud pública para separar el financiamiento de la prestación de servicios.

Durante este periodo, se conformó una política integral de salud, mediante un programa piloto denominado Seguro Popular, el cual tenía como objetivo principal prestar servicios médicos a las familias de los primeros seis deciles⁴ de ingreso que no fueran

⁴ Un decil se refiere a la clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso.

derechohabientes de la seguridad social. El programa comenzó su operación de manera gradual en cinco estados -Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco- y fue financiado bajo un esquema bipartita -aportaciones de la Secretaría de Salud y las familias afiliadas.

La segunda etapa del Seguro Popular se realizó en 2002, con la incorporación de los estados de Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas.

En enero de 2004, entró en vigor la reforma a la LGS, que incorporó la adición del Título Tercero Bis, con lo que se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya finalidad es extender la cobertura en salud y la protección financiera a la población.

En los meses siguientes, 29 estados firmaron los Acuerdos de Coordinación con el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud para incorporarse al SPSS; asimismo, se crearon la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, con la finalidad de regular al nuevo sistema.

Las entidades federativas⁵ restantes se incorporaron al SPSS en 2005 y se reestructuró el financiamiento del sistema, bajo un esquema tripartito integrado por recursos que la Federación transfería a las entidades federativas mediante la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, las entidades federativas con una Aportación Solidaria Estatal y los beneficiarios por medio de Cuotas Familiares. Con el fin de avanzar a un aseguramiento universal, a finales de 2006, el SPSS establece el Seguro para una Nueva Generación, que tiene como objetivos principales la reducción de la carga de enfermedades y discapacidades en los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida y mejorar la salud de las familias de menos ingresos.

Sin embargo, la prestación de los servicios aún no llegaba a toda la población, situación por la cual el Gobierno Federal, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, definió como principales líneas de acción, brindar servicios de salud a la población que carezca de seguridad social, mejorar las condiciones de salud, abatir los rezagos de la atención, reducir las desigualdades de servicios en las comunidades marginadas y vulnerables, realizar acciones de prevención oportuna y adecuada, pero sobre todo lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud eficientes y de alta calidad.

En 2010, se reformó la LGS y se modificó el esquema de financiamiento del Seguro Popular, por lo que la afiliación al Sistema es por persona y no por familia, a fin de adherir a un mayor número de personas y alcanzar la cobertura universal.

⁵ Las entidades de Chihuahua, Distrito Federal y Durango se incorporan al SPSS.

2. Importancia de los Recursos del FASSA

En los últimos 11 años, el gasto público en salud en México ha representado cerca del 3.0% del Producto Interno Bruto (PIB), pues se han destinado más de 2.9 billones de pesos a las distintas instituciones que prestan estos servicios a la población.

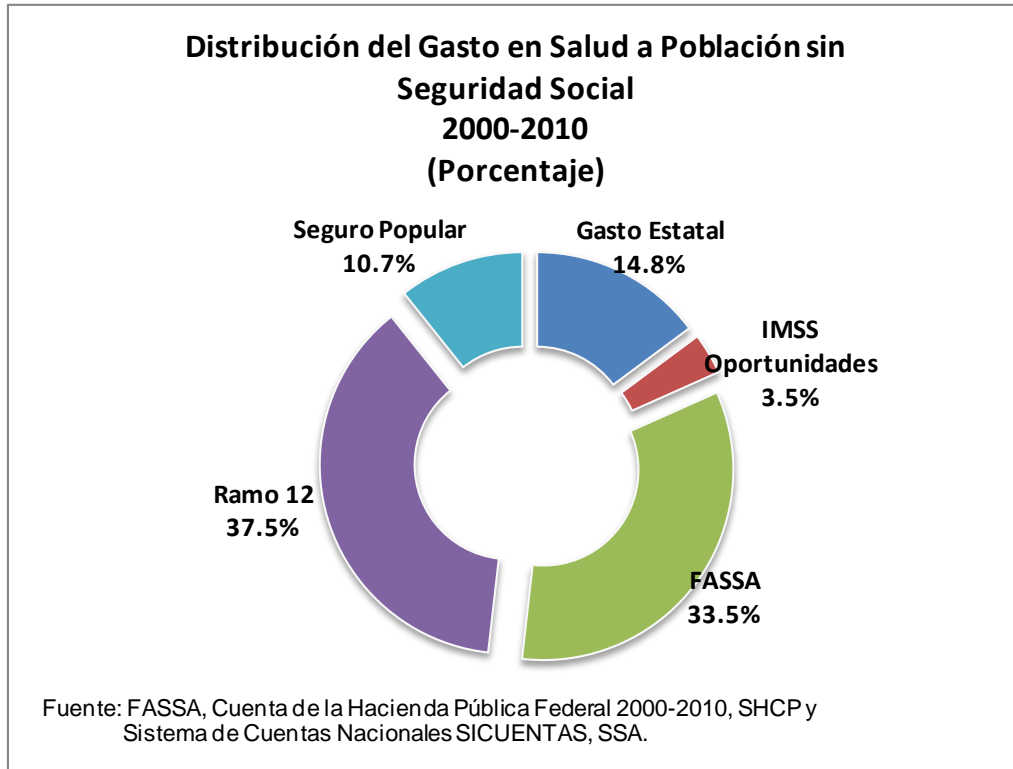
De 2000 a 2010, el gasto destinado a la prestación de servicios de salud registró un incremento promedio real del 5.9% a precios de 2010, gasto integrado por las aportaciones para la población con seguridad social y sin ella. La primera representa la mayor asignación del sector salud, al integrarse por 1.3 billones de pesos del IMSS, 259 mil 596.7 millones de pesos del ISSSTE, y 85 mil 597.3 millones de pesos de los servicios médicos de PEMEX. Dichos recursos concentran el 57.6% del gasto público total en salud; en tanto que 1.2 billones de pesos se invirtieron para atender a la población sin seguridad social, mediante el Ramo 12, recursos que integran el Seguro Popular a partir de 2004, lo aportado por las entidades federativas, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades, como se muestra a continuación:

Integración del Gasto Público en Salud de México 2000-2010								
Millones de Pesos								
Años	Gasto Público	IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS Oportunidades	Gasto Estatal	Ramo 12	FASSA
2000	142,155.40	79,096.10	12,553.00	4,397.70		7,014.80	16,261.40	22,832.40
2001	154,760.30	84,282.20	14,353.60	5,167.50		7,506.80	18,113.50	25,336.70
2002	169,362.20	91,020.10	15,101.50	5,671.70		9,853.50	20,127.30	27,588.10
2003	194,257.10	104,558.00	17,863.10	6,731.20		10,234.80	21,933.60	32,936.30
2004	234,004.00	129,643.60	18,939.80	6,990.80	4,926.00	12,343.00	26,628.60	34,532.10
2005	250,189.20	122,331.80	21,230.80	7,714.30	5,088.00	15,068.00	40,713.60	38,042.60
2006	276,860.70	128,716.20	22,948.00	8,321.80	5,716.20	16,875.30	53,608.80	40,674.30
2007	316,027.30	135,349.60	29,912.80	9,133.80	5,790.10	19,334.70	72,042.70	44,463.50
2008	357,408.90	141,810.80	32,005.30	10,291.50	6,370.70	24,715.10	94,525.60	47,689.90
2009	398,683.60	155,180.60	35,177.70	10,550.80	7,624.50	27,988.80	112,419.40	49,741.80
2010	442,000.70	173,928.60	39,511.10	10,626.00	7,971.70	33,711.30	123,155.20	53,096.80
Total	2,935,709.4	1,345,917.6	259,596.7	85,597.1	43,487.2	184,646.1	599,529.7	416,934.5

Fuente: FASSA, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2010, SHCP y Sistema de Cuentas Nacionales SICUENTAS, SSA.

De 2000 a 2010 los recursos destinados a la población que carece de seguridad social provinieron de los sistemas estatales de salud, por medio de las transferencias federales del FASSA. Dichos recursos ascendieron a más de 416 mil millones de pesos, es decir, 33.5% del total de financiamiento a esta población; a partir del Seguro Popular⁶ las asignaciones del ramo 12, que incrementaron su aportación, a más de 599 mil millones de pesos, representaran la mayor aportación con el 48.2%; en tanto, el gasto de entidades federativas apenas alcanzó el 14.8%, y el IMSS-Oportunidades sólo significó el 3.5%, como se muestra a continuación:

⁶ Estos recursos integran la Aportación Solidaria Federal transferida y la Cuota Social.

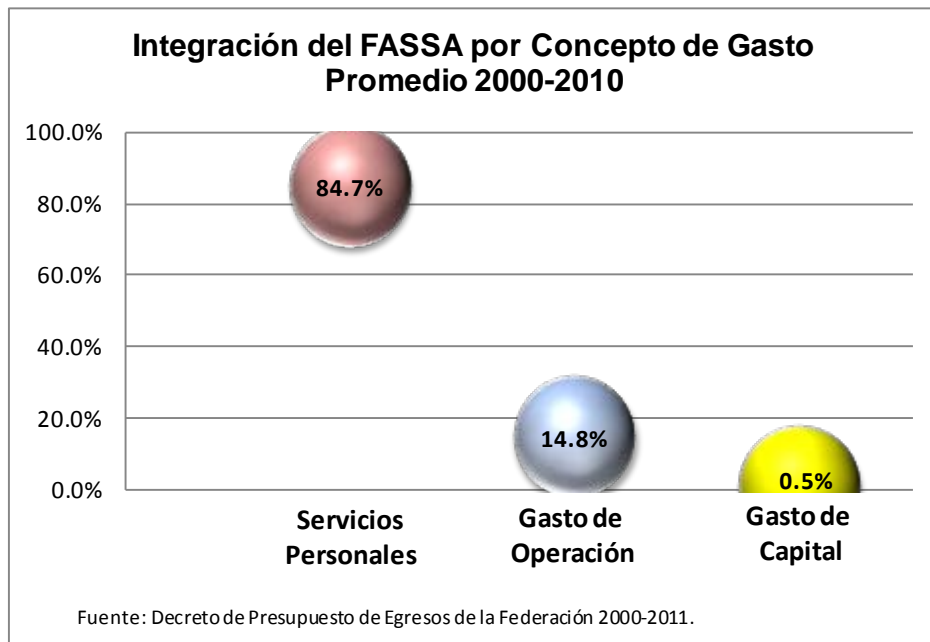


Con la creación del Seguro Popular se inicia el concepto de cobertura universal de salud en México, mediante un aseguramiento público y voluntario a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral sus necesidades de salud; este esquema cambió la posición de la población abierta y llevó al Gobierno Federal a redistribuir los recursos del sector.

Ahora, los recursos del FASSA apoyan los servicios que brinda el Seguro Popular, mediante la aportación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P), integrado por el número de personas beneficiarias en la entidad federativa, las necesidades de salud de la población, así como por el esfuerzo y desempeño estatal; este fondo constituye la principal proporción para la alineación de la Aportación Solidaria Federal, ya que con el aumento de la población afiliada, se incrementa la proporción del FASSA-P destinada al Seguro Popular.

Sin embargo, la Ley de Coordinación Fiscal en sus artículos 29, 30 y 31 no contempla los criterios de asignación de los recursos del FASSA-P al Seguro Popular, no así la Ley General de Salud que establece que a partir del ejercicio fiscal en que se celebre el Acuerdo de Coordinación correspondiente, para la entidad federativa suscriptora, el monto total de recursos aprobados del FASSA será utilizado para financiar los recursos que el Gobierno Federal debe destinar al Seguro Popular, sin afectar la continuidad de la atención de las familias no aseguradas.

A pesar de lo anterior, el Gobierno Federal continúa transfiriendo estos recursos mediante el FASSA cuyo destino principal, desde hace 11 años, ha sido el pago de servicios personales con el 84.7%, y en una escasa proporción se asignan recursos para gastos de operación –materiales, suministros, servicios generales– y de capital –inversión física y financiera–, como se muestra a continuación:



En 2011, se destinaron al FASSA más de 59,000.0 millones de pesos, y los estados de México, Veracruz, Jalisco, Distrito Federal, Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Puebla concentraron más del 45.0% del total de los recursos destinados para la atención de la población que no cuenta con servicios de salud; en tanto, Nayarit, Tlaxcala, Colima y Baja California Sur obtuvieron participaciones menores del 6.0%.

3. Alcance y Proceso de la Fiscalización

Para cumplir con el mandato establecido en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012, la Auditoría Superior de la Federación fiscalizó a la Secretaría de Salud, con objeto de verificar que cumplió con el decreto de ejercicio fiscal 2011.

Se verificó que en 2011 la Secretaría de Salud y las entidades federativas cumplieran con la transparencia de los pagos de servicios personales, para lo cual la Auditoría Superior aplicó las técnicas y procedimientos, comprobó las acciones realizadas por las instancias responsables de su cumplimiento, y examinó y comparó la información y documentación proporcionada por dichas instancias para evaluar su oportunidad en la entrega, confiabilidad y congruencia.

4. Resultados de la Fiscalización al FASSA

4.1 Entidades Federativas.

— *Cumplimiento de las obligaciones establecidas en el DPEF 2011 sobre la entrega trimestral de diversa información a la Secretaría de Salud (SSA)*

La ASF solicitó a los gobiernos estatales la evidencia de la entrega de la información referida en el DPEF 2011, obteniendo los resultados que se muestran en la tabla de la página siguiente.

Como se observa en dicha tabla, de las 32 Entidades Federativas, 17 remitieron información para atender los tres conceptos solicitados (Aguascalientes, Colima, Coahuila, Distrito Federal, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán); 8 sólo enviaron información de dos conceptos (Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Durango, Guanajuato, México, Puebla y Querétaro); 6 cumplieron únicamente con uno de los requerimientos solicitados (Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, Tamaulipas y Zacatecas), y Baja California informó que no se dio ninguno de los tres conceptos solicitados en su estado.

Respecto a la obligación establecida en el DPEF 2011, en cuanto a que las entidades federativas debieron entregar a la SSA de manera trimestral diversa información sobre personal comisionado, pagos retroactivos y pagos realizados diferentes al costo asociado a la plaza, ninguna de las 32 entidades federativas entregó evidencia documental con la que se compruebe esta acción como se evidencia en la misma tabla de la página siguiente.

Solicitud de Información de la ASF a las Entidades Federativas					
ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN EL DPEF 2011			EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA ENTREGA TRIMESTRAL DE LA INFORMACIÓN A LA SSA	TOTAL
	PERSONAL COMISIONADO	PAGOS RETROACTIVOS	PAGOS REALIZADOS DIFERENTES AL COSTO ASOCIADO A LA PLAZA		
Aguascalientes	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Baja California	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Baja California Sur	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Campeche	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Chiapas	SÍ	NO	NO	NO	1
Chihuahua	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Coahuila	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Colima	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Distrito Federal	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Durango	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Guanajuato	NO	SÍ	SÍ	NO	2
Guerrero	SÍ	NO	NO	NO	1
Hidalgo	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Jalisco	NO	SÍ	NO	NO	1
México	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Michoacán	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Morelos	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Nayarit	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Nuevo León	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Oaxaca	NO	SÍ	NO	NO	1
Puebla	SÍ	SÍ	NO	NO	1
Querétaro	SÍ	SÍ	NO	NO	2
Quintana Roo	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
San Luis Potosí	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Sinaloa	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Sonora	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Tabasco	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Tamaulipas	NO	SÍ	NO	NO	1
Tlaxcala	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Veracruz	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Yucatán	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3
Zacatecas	NO	SÍ	NO	NO	1
Total	25	27	17	32	74

FUENTE: Información remitida por las entidades federativas a la ASF.

- *Reportar en los informes trimestrales a la Cámara de Diputados información diversa proporcionada por las entidades federativas*

Con el análisis de la documentación proporcionada por la Secretaría de Salud, se constató que la información enviada por las entidades federativas correspondió a las nóminas quincenales que de manera periódica le envían los organismos públicos descentralizados de los estados, por lo que no se recibió en tiempo y forma y, por consecuencia, no se reportó a la Cámara de Diputados en los Informes Trimestrales.

Al respecto, la Secretaría de Salud manifestó que el 21 de septiembre y 16 de diciembre de 2011, mediante los oficios núms. GAAOCSP/001555 y GAAOCSP/001959 emitidos por la Dirección General Adjunta de Administración, Operación y Control de Servicios Personales perteneciente a la Dirección General de Recursos Humanos, de la Subsecretaría de Administración y Finanzas solicitó a los directores administrativos o equivalentes de los organismos públicos descentralizados en las entidades federativas, información para cumplir el decreto, con lo que se confirma el incumplimiento en tiempo de lo establecido en DPEF 2011.

Asimismo, manifestó que mediante oficios DGPOP/01/003910, DGPOP/01/004485 y DGPOP/01/000529, de fecha 19 de septiembre, 31 de octubre de 2011 y 8 de febrero de 2012, respectivamente, entregó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la información de los cuatro trimestres de 2011, para enviarla a la Cámara de Diputados, sin embargo, una vez que fue analizada esta, se determinó que no tiene relación con la información a la que se refiere este apartado.

4.2 Secretaría de Salud

- *Analizar la información proporcionada por las entidades federativas y comunicar los casos con diferencias, para que se subsanen en los tiempos establecidos*

La Secretaría de Salud no recibió en tiempo y forma la información establecida en el artículo 9, fracción IV, apartado B, inciso a), del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011, por lo que no la analizó y, por consecuencia, no comunicó a las entidades federativas las diferencias para que, en su caso, las subsanaran antes de terminar el primer mes del trimestre consecutivo al reportado.

- *Conciliar con las entidades federativas las plazas de las ramas médica, paramédica y afín, e identificar las de origen federal y estatal*

La Secretaría de Salud no proporcionó evidencia de que concilió con las entidades federativas sobre el número y tipo de plazas de las ramas médica, paramédica y afín, por centro de trabajo, por lo que fue imposible identificar cuáles eran de origen federal y cuáles de origen estatal.

Sobre el particular, la Secretaría de Salud manifestó que no realizó la conciliación, en virtud de que carece de una base de datos para realizarla.

- *Coordinarse con las entidades federativas para que los pagos de nómina se realicen solamente al personal que cuente con Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave y Clave Única de Registro de Población, y se reintegren los pagos no cubiertos en el plazo establecido*

La Secretaría de Salud no presentó información que acredite el cumplimiento del DPEF 2011, respecto a la coordinación que debió establecer con las entidades federativas para que la nómina se pagara únicamente a personal que contara con RFC con Homoclave y CURP.

La Dependencia manifestó que las nóminas que las entidades federativas envían quincenalmente incluyen el CURP y RFC. Asimismo, informó que con las nóminas de 2011 se realizó un primer análisis, y se comprobó que todos los trabajadores contaban con información en los campos mencionados; sin embargo, no entregó evidencia de dicho análisis.

- *Enviar a la Cámara de Diputados la información de los casos donde la asignación salarial no sea compatible geográfica o temporalmente y reportar la corrección de las irregularidades Detectadas*

La Secretaría de Salud no presentó información donde se acredite que cumplió con el listado de nombres, plazas y de entidades federativas, donde se identificara que la asignación salarial no fue compatible geográfica o temporalmente; por tal motivo, en el tercer trimestre del año no se reportó la corrección de las irregularidades, por lo que dicha información no fue enviada a la Cámara de Diputados durante el primer semestre del año.

Al respecto, la Secretaría de Salud menciona que encontró que de los 5,611 casos reportados por las entidades federativas, únicamente 10 debían corregirse, lo cual se reportará a la H. Cámara de Diputados, una vez que se concluyan los ajustes

necesarios, sin embargo, no mostró evidencia de los análisis y acciones realizados sobre estos aspectos.

- *Examinar las remuneraciones cubiertas con cargo al fondo, con base en la información de los gobiernos locales y comunicar a la Cámara de Diputados los casos que superen los ingresos promedio de cada categoría, conforme al tabulador salarial autorizado*

La Secretaría de Salud no presentó evidencia de que examinó el monto de las remuneraciones cubiertas con cargo en el fondo, con base en la información proporcionada por las entidades federativas y, consecuentemente, no comunicó a la Cámara de Diputados los casos en los que se superaron los ingresos promedio de las diferentes categorías, conforme al tabulador salarial autorizado.

Al respecto, manifestó que las entidades federativas envían quincenalmente a la Dirección General de Recursos Humanos las nóminas del personal de FASSA, y que en ellas se incluye tanto los costos asociados con la plaza como a la persona; asimismo, informó que mediante el oficio número DGPOP-01/04485 del 31 de octubre de 2011, envió a la SHCP la información referente a las correcciones realizadas por las entidades federativas para entregarla a la Cámara de Diputados, sin embargo, la documentación soporte del citado oficio entregado a la ASF, no contiene toda la información manifestada.

4.3 Resultados de las pruebas realizadas por la ASF sobre la información obtenida

4.3.1 Homologación y congruencia de la información contenida en las nóminas proporcionadas por las entidades federativas a la Secretaría de Salud

Se determinó que la información quincenal entregada a la Secretaría de Salud no es homogénea, ya que se carece de una estructura definida para reportarla; asimismo, se observó que los estados de Guerrero y Morelos no reportaron las quincenas 13 a 23; Sinaloa y Nayarit, las quincenas 19 a 23, y el Distrito Federal, de la quincena 16 a 18.

4.3.2 Información del personal comisionado en el ejercicio fiscal 2011

Se determinó que en las nóminas existen un total de 156 mil 399 trabajadores en el país, de los cuales 2 mil 667 trabajadores están comisionados al sindicato con goce de sueldo, lo que representó el 1.7% del total del personal; sin embargo, no se proporcionaron todos los oficios de comisión para validar dichos registros.

4.3.3 Analizar y verificar que todo el personal comisionado contó con RFC

De los 2 mil 667 trabajadores comisionados con goce de sueldo, en 338 el Registro Federal de Contribuyentes fue incorrecto y 6 no contaron con él. La Secretaría de Salud no presentó evidencia documental donde se constaten las acciones realizadas durante el ejercicio 2011 para la detección de este tipo de casos.

4.3.4 Pagos a personal financiado con recursos del FASSA por concepto de retroactivos en el Ejercicio Fiscal 2011

Se realizaron 155 mil 667 pagos a 105 mil 514 trabajadores por diferentes conceptos (bajas, renunciaciones, entre otros) y se observó que a 5 mil 457 trabajadores de 20 estados, se les realizaron 5 mil 804 pagos sin contar con el concepto del pago, por lo que se determina que la Secretaría de Salud carece de un criterio para identificar los conceptos de los pagos retroactivos.

Además, la Secretaría de Salud no presentó evidencia documental donde se constaten las acciones realizadas durante el ejercicio 2011 para la detección de este tipo de casos.

4.3.5 Personal cubierto con recursos del FASSA de las ramas médicos, paramédicos y afines, identificando el de origen federal y estatal

Se constató que Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas y Yucatán no reportaron la información respecto del número y tipo de plazas de las ramas médica, paramédica y afín por centro de trabajo, ni identificaron cuáles eran de origen federal y cuáles estatal.

La Secretaría de Salud manifiesta que carece de la información para determinar el origen de las plazas, por lo que sólo verifica el número y tipo de plazas por centro de trabajo.

Por otra parte, la ASF reporta que la clave del centro de trabajo que utilizan los estados no es homogénea, por lo cual la Secretaría de Salud está analizando la factibilidad de solicitarles e incluir en el reporte quincenal la Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES); además, reitera que no se tiene el registro de las modificaciones autorizadas por las entidades federativas del país a las plantillas originalmente transferidas por la Federación.

4.3.6 Pagos al personal financiado con recursos del FASSA que cuenta con RFC y Homoclave en el Ejercicio Fiscal 2011

Se determinó que los 156 mil 399 trabajadores a nivel nacional contaron con el Registro Federal de Contribuyentes; sin embargo, se detectaron 3 mil 495 casos de trabajadores de 24 estados con homoclave incorrecta, ya que los 3 dígitos fueron registrados con ceros.

La SSA no presentó evidencia documental a fin de comprobar las acciones realizadas durante el ejercicio 2011 para la detección y atención de este tipo de casos.

4.3.7 Nóminas del personal financiado con recursos del FASSA remitidas a la SSA

Se constató que no se tienen resúmenes contables por entidad para su validación, tampoco el número de pagos realizados, el importe total pagado por concepto de percepciones, deducciones, ni el importe neto; asimismo, se carece de la información correspondiente a otras nóminas pagadas con recursos del fondo, por ejemplo: trabajadores regularizados, eventuales, honorarios y homologados, entre otras, por lo que la Secretaría de Salud no examinó el monto total de las remuneraciones cubiertas con cargo en el fondo de las entidades federativas.

Al respecto, la Secretaría de Salud entregó evidencia de que hasta el 4 de mayo de 2012, mediante el oficio núm. DGRH/000512, solicitó a las entidades federativas enviar los resúmenes contables para validar las nóminas, el número de pagos realizados, así como el importe total pagado por concepto de percepciones, deducciones e importe neto, con lo que se demuestra que incumplió con las obligaciones que le imponía el DPEF 2011.

5. Conclusiones y Recomendaciones

- A partir del análisis al Informe turnado por la Auditoría Superior de la Federación a la Cámara de Diputados se desprenden diversas reflexiones, acerca de las irregularidades detectadas en la aplicación de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, tanto en las dependencias federales, como en las entidades federativas.
- La falta de claridad u omisión de mecanismos de coordinación entre las entidades federativas y la Secretaría de Salud para la entrega de información del personal comisionado, el pago de retroactivos y los pagos realizados, diferentes al costo asociado con la plaza, fue un factor determinante para que la dependencia federal no solicitara a los gobiernos estatales hasta septiembre de 2011 dicha información, situación por la cual no se remitieron los informes trimestrales a la Cámara de Diputados, ni se analizaron en los plazos que establece el DPEF para el Ejercicio Fiscal 2011.
- La falta de conciliaciones, y que no se examinara en tiempo y forma el monto de las remuneraciones cubiertas con recursos del FASSA para comunicar a la Cámara de Diputados los casos que superaron los ingresos promedio de cada una de las categorías, conforme al tabulador salarial autorizado, impidió que los legisladores contaran con información respecto del número y tipo de plazas de las ramas médica, paramédica y afín por centro de trabajo, en la cual se identificara cuáles son de origen federal y cuáles de origen estatal.
- La Secretaría de Salud no estableció de manera oportuna los mecanismos de coordinación para contar con la información de las entidades federativas y cumplir con el artículo 9, fracción IV, apartado B, del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.
- La información proporcionada por la Secretaría de Salud incumplió las características y periodicidad establecidas en el DPEF 2011, ya que corresponde a la que de manera quincenal y desde ejercicios anteriores envían los Organismos Públicos Descentralizados de las entidades federativas a la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría.
- De conformidad con los “Acuerdos de Coordinación para la descentralización integral de los servicios de Salud” firmados en 1999 y lo informado por la SHCP mediante el oficio número 801.10370 de fecha 3 de mayo de 1999, las entidades federativas son responsables de la plantilla de personal de acuerdo con sus necesidades, por lo que la Secretaría de Salud no dispone de información actualizada para realizar las conciliaciones establecidas en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.

- La información que remiten las entidades federativas a la Secretaría de Salud con una periodicidad quincenal, relativa a las nóminas cubiertas con recursos del FASSA, no es confiable ni homogénea, ya que cada estado utiliza diferentes formatos y estructura, lo que dificulta su análisis.
- La información y comentarios manifestados por la Secretaría de Salud para sustentar las observaciones determinadas en la revisión del ejercicio fiscal 2011, corresponden a periodos y acciones encaminadas a la atención de las obligaciones que establece el artículo 10, fracción IV, base B, incisos a) y b), del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012.
- Del análisis de los apartados específicos del presente informe, se desprende la existencia de importantes áreas de oportunidad de mejora, respecto a la transparencia en materia de ejecución del gasto destinado al pago del personal que atiende a los beneficiarios de este esquema de atención a la salud, y que representa el rubro que recibe una mayor asignación de recursos del fondo.
- Es fundamental destacar la necesidad de que la dependencia del Gobierno Federal responsable del ramo y las correspondientes de las entidades federativas establezcan mecanismos eficaces de coordinación a efecto de que la información proporcionada a la Auditoría Superior de la Federación cumpla con los requisitos y la calidad necesaria que establece el mandato de la Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- La transparencia de las erogaciones en materia de servicios personales es fundamental para el desarrollo de estrategias y de toma de decisiones sobre la gestión de los recursos del fondo; sin embargo, los resultados de la auditoría arrojaron insuficiencias y falta de oportunidad en la entrega de información; falta de conciliación y diferencias en los datos y cifras reportados, deficiente coordinación entre los dos órdenes de gobierno; estatal y federal, e incumplimiento en la entrega de la información requerida por la H. Cámara de Diputados. Estos aspectos, además de que incumplen el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011, debilitan la transparencia y la confiabilidad de las fuentes de información y bases de datos en las cuales se soportan los cálculos del personal, elemento esencial en la atención de la salud de la población del país.
- Será preciso, en ese sentido, dar seguimiento a las acciones que promueva la Auditoría Superior de la Federación para abatir la recurrencia de este tipo de irregularidades y para promover las acciones preventivas y/o correctivas, como el fincamiento de responsabilidades administrativas sancionatorias que, en su caso, correspondan.