
V. GASTO FEDERALIZADO**V.2. RAMO GENERAL 33. FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)****V.2.1. Marco de Referencia***Antecedentes*

Bajo la consideración de que la descentralización es un proceso que debe ser gradual, en 1983 el Ejecutivo Federal emitió el decreto con las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud, sujeto a los lineamientos del Ejecutivo Federal, a las normas que la Secretaría de Programación y Presupuesto definiera en materia de Desarrollo Regional y a los Acuerdos de Coordinación suscritos de conformidad con los Convenios Únicos de Desarrollo celebrados con las entidades federativas.

En el Decreto se definen criterios para establecer la estructura funcional de las unidades administrativas siguientes:

- Las unidades centrales ejercerían facultades normativas y de control.
- La unidad de coordinación regional ejercería facultades de enlace y apoyo a la operación regional y a las estrategias de descentralización.
- Los servicios coordinados de salud en los estados ejercerían facultades de carácter operativo.

En 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto del Ejecutivo Federal mediante el cual se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud en los estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria, denominado "IMSS-COPLAMAR", proporcionaba el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En las consideraciones de este Decreto, el desarrollo del proceso de descentralización pudo conformarse en dos etapas: La primera como una coordinación programática que permitiera el acercamiento progresivo de las instituciones de salud en los estados, para relacionar los sistemas operativos, evitar duplicidades y asegurar su complementariedad; y la segunda, mediante la integración orgánica, bajo la fusión de los servicios de la Secretaría de Salud, los programas IMSS-COPLAMAR y los servicios prestados por las propias entidades federativas, vínculo que conformaría los Servicios Estatales de Salud a cargo de los gobiernos locales.

En el periodo de 1984 a 1987 fueron 14 los estados que firmaron los acuerdos de coordinación para la integración orgánica.

En enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo del Ejecutivo Federal a través del cual se constituye el Consejo Nacional de Salud, como la instancia permanente entre la Federación, los estados y el Distrito Federal para la planeación,

programación y evaluación de los Servicios de Salud en todo el país. Entre sus principales atribuciones está la consolidación del proceso de descentralización a los estados de los servicios de salud para la población abierta.

No fue sino hasta el 20 de agosto de 1996 cuando se establecieron los lineamientos generales para la descentralización, con el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, suscrito por el Ejecutivo Federal, los Gobernadores de todos los estados del país y los secretarios de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

El objetivo esencial del acuerdo fue 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 federativas, los cuales se formalizaron entre 1996 y 1997.

En dichos acuerdos se encuentran las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la organización y descentralización de los servicios de salud en el estado, y para la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros que permitieran a los gobiernos estatales contar con autonomía en el ejercicio de las facultades otorgadas en la Ley General de Salud.

Al llevarse a cabo la descentralización, se instrumentó un nuevo proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación, con el propósito de que las entidades federativas contaran con una mayor flexibilidad de operación. Este proceso tiene como origen los diagnósticos anuales de salud, que posibilitan el establecimiento de prioridades en el ámbito estatal y federal. Asimismo, se determinó un nuevo mecanismo de evaluación de los servicios estatales de salud. En tal sentido, el Consejo Nacional de Salud identificó los principales indicadores de resultados, para evaluar el efecto que las acciones de salud en el ámbito estatal tienen en el bienestar de la población.

Así, se seleccionaron indicadores con el objeto de contar con una visión integral, tanto de los principales problemas, como de los más significativos avances regionales que posibilitan la readecuación de las prioridades nacionales y estatales, con lo que la Federación asume un papel rector y normativo de asesoría y evaluación.

En razón de lo anterior, para 1997 se concentraron los recursos presupuestarios correspondientes a las transferencias establecidas en los acuerdos, en el ramo 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación, bajo un solo programa denominado "Descentralización de los Servicios de Salud".

Por lo tanto, el Ejecutivo Federal promovió el 11 de noviembre de 1997 la iniciativa que reforma diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y adiciona un capítulo V denominado "De los Fondos de Aportaciones Federales", con el propósito de dar permanencia a los recursos que la Federación aportaría para el mejor desarrollo de las actividades descentralizadas a las entidades federativas.

En la iniciativa se pretendía la creación de tres fondos de aportaciones, uno de los cuales soportaría las transferencias de los recursos correspondientes a los Servicios de Salud; fue

así como estas transferencias quedaron normadas en la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), y sus montos asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

El 29 de diciembre de 1997 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se adiciona y reforma la Ley de Coordinación Fiscal con vigencia a partir del 1 de enero de 1998, y se crearon, entre otros, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuyo sustento está en el artículo 4 Constitucional, que prevé que la Ley establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, así como en las estrategias y líneas de acción que tuvieron el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, donde se planteó la necesidad de descentralizar responsabilidades y recursos para acercar los servicios básicos a la población.

Debido a lo anterior, el Gobierno Federal, a partir del ejercicio fiscal de 1998, empezó a realizar cambios esenciales en materia de coordinación fiscal, y creó un nuevo esquema de transferencias para canalizar recursos a las entidades federativas y municipios, adicional a los ya existentes.

Objetivo, Destino e Importancia Estratégica del Fondo

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud tiene como principal objetivo disminuir las diferencias que existen en los servicios de salud que se prestan a la población abierta, es decir, aquella que no se encuentra incorporada en ningún régimen de seguridad social en el país, mediante la implementación de mecanismos que apoyen las actividades de protección contra riesgos sanitarios; la promoción de la salud y prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportunos y adecuados del medicamento.

Así, con el FASSA se atiende a las personas que no tienen un empleo formal con acceso a seguridad social, para lo cual el Estado estructuró desde 1943 un sistema de salud para la denominada población abierta, donde el usuario paga el servicio y medicamentos por medio de una cuota de recuperación.

El fondo busca preservar la capacidad operativa de las entidades federativas y una mayor equidad del gasto público al distribuir los recursos remanentes mediante una fórmula de asignación, la cual busca otorgar más recursos a aquellas entidades con mayores necesidades y rezagos.

El artículo 29 de la LCF prevé que los recursos económicos de este fondo deben destinarse a los estados y el Distrito Federal para el ejercicio de las atribuciones que les corresponden conforme a lo establecido en los artículos 3, 13 y 18 de la Ley General de Salud (LGS), donde destacan las siguientes:

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII Bis y XXX del artículo 3º de la Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables.

- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero.
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.
- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan.
- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.

Además, de acuerdo con la última reforma de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009, también corresponde a las entidades federativas y a la Federación la prevención del consumo de narcóticos, la atención a las adicciones y la persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de la LGS.

Criterios de Asignación y Fórmula para su Distribución

El monto de los recursos que integran este fondo se determina anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a partir de los elementos siguientes establecidos en el artículo 30 de la LCF:

- Inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social.
- Recursos presupuestarios con cargo a las Previsiones para Servicios Personales transferidos durante el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones autorizadas por incrementos salariales, prestaciones y medidas económicas.
- Recursos presupuestarios transferidos por la Federación durante el ejercicio fiscal inmediato anterior para cubrir gastos de operación e inversión.
- Otros recursos que en el Presupuesto de Egresos de la Federación se destinen para promover la equidad en los servicios de salud.

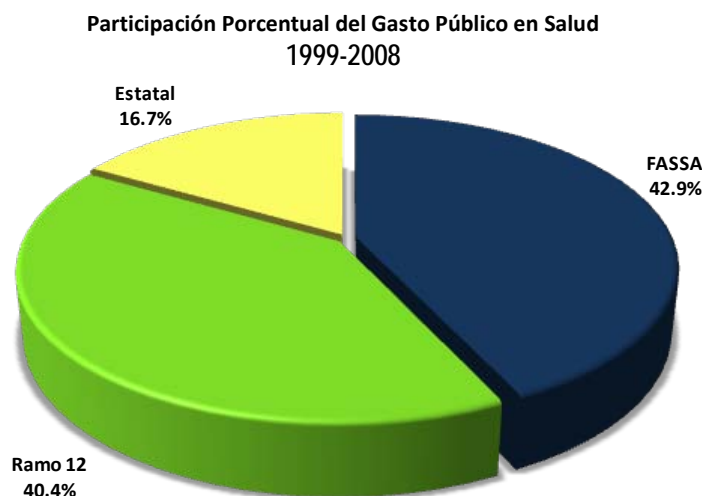
Respecto de los recursos adicionales mencionados en el último punto, su distribución se realiza atendiendo al principio de equidad en los servicios de salud, mediante una fórmula per cápita integrada por variables, como mortalidad, marginación y gasto en salud, para otorgar más recursos a las entidades federativas que muestran un mayor rezago.

La Secretaría de Salud dará a conocer anualmente, en el Consejo Nacional de Salud, las cifras que corresponden a las variables integrantes de la fórmula para la distribución de los recursos adicionales del fondo.

Del total de los recursos del FASSA asignados en 2009, el 53.0% se distribuyó entre las entidades federativas de México, Veracruz, Jalisco, Distrito Federal, Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Michoacán y Guanajuato; y el 47.0% restante, entre 22 estados. Además, en todas las entidades se presentó un incremento entre lo aprobado y lo ejercido, excepto en el caso del Distrito Federal.

Presupuesto del Fondo

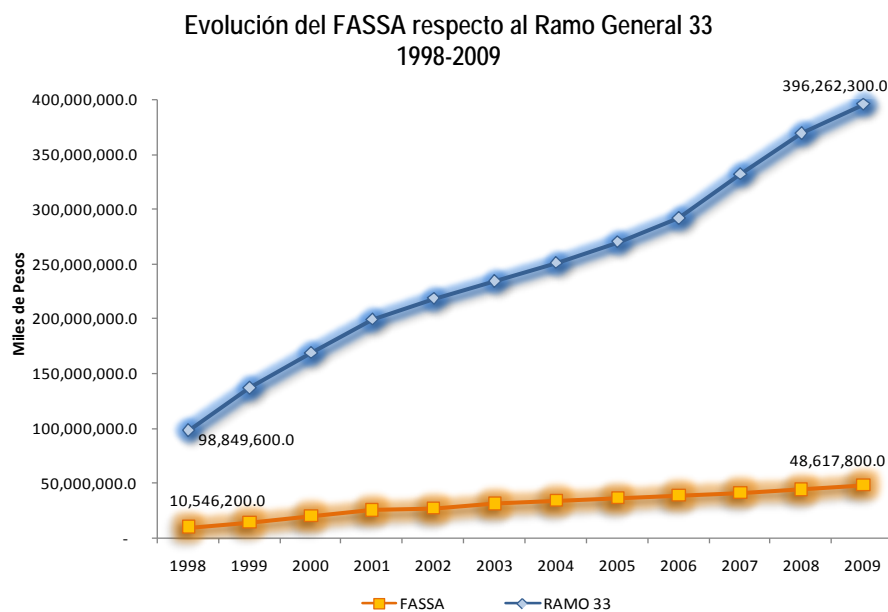
El gasto público en salud para población no derechohabiente de Seguridad Social, en el periodo 1999-2008, ascendió a 773,819,790.2 miles de pesos, cifra integrada por 644,766,781.8 miles de pesos de recursos del ramo 12 –recursos que integran el Seguro Popular, a partir de 2002– y del ramo 33 “FASSA”; así como 129,053,008.4 miles de pesos, de recursos estatales. La participación porcentual de cada uno de estos conceptos se presenta a continuación:



FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010, y Cuentas de la Hacienda Pública Federal, 1999-2008.

NOTA: La información correspondiente a 2009, no ha sido publicada por Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal.

Desde la creación del ramo 33 (1998), el FASSA ha representado, en promedio, el 12.5% de las aportaciones federales, y es uno de los fondos que reciben mayor cantidad de recursos. En el periodo de 1998 a 2009 el presupuesto de FASSA presentó una tasa real de crecimiento anual del 12.3%, como se aprecia en la gráfica siguiente:



Los recursos del FASSA se determinan anualmente en la Cámara de Diputados y el monto final acordado se publica en el Presupuesto de Egresos de la Federación como lo establece la fracción IV del artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal, con objeto de fijar el monto de recursos que busquen promover la equidad en los servicios de salud. Sobre el particular, se identificó que únicamente en el PEF de 1998, en su artículo 19, se prevé una cantidad expresa para promover la equidad de los servicios entre las entidades federativas, sin que esta especificación se haya realizado en los subsiguientes.

Estos recursos son solicitados por la Secretaría de Salud a la Tesorería de la Federación en la primera y tercera semana de cada mes, para enviarla a una cuenta bancaria específica establecida por la Secretaría de Finanzas o su equivalente de cada entidad federativa. Estas instituciones deberán hacer lo mismo con las dependencias y organismos responsables del servicio de salud en las entidades federativas, adicionando la parte que les corresponde.

En el periodo 1998-2009, los recursos a las 32 entidades federativas del FASSA ascendieron a 395,874,195.5 miles de pesos, de los cuales el 60.2% del total de los recursos se distribuyeron entre 12 entidades que han sido beneficiadas con el mayor porcentaje de recursos del FASSA; en el caso contrario, se encuentran Querétaro, Morelos, Quintana Roo, Zacatecas, Campeche, Aguascalientes, Nayarit, Tlaxcala, Colima y Baja California Sur, con una asignación menor al 2.0%, como se muestra en el cuadro siguiente:

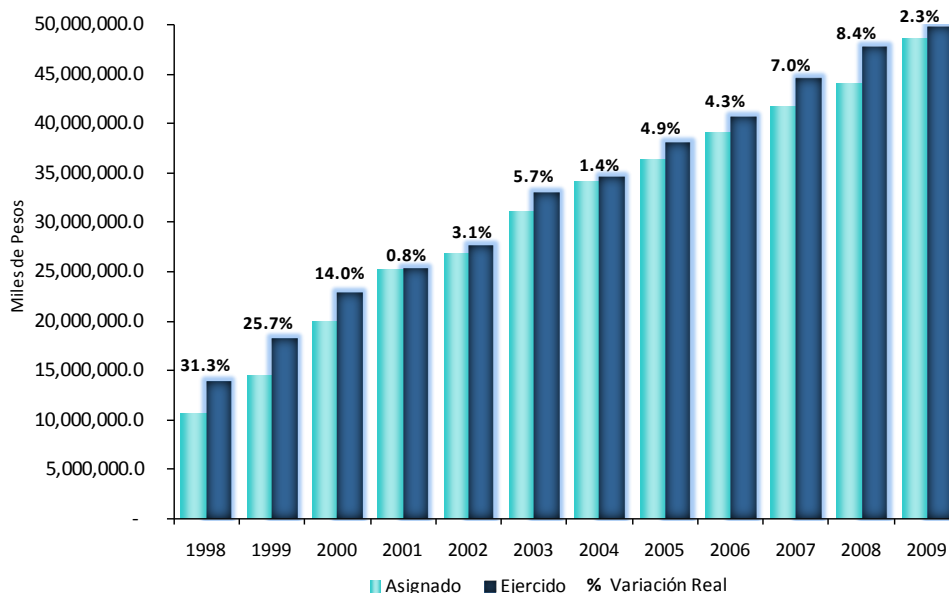
Distribución del Presupuesto del FASSA 1998-2009
Miles de Pesos

Entidades Federativas	Presupuesto Acumulado	%
Nacional	371,589,410.3	100.0
México	42,957,594.7	11.6
Jalisco	23,008,940.5	6.2
Distrito Federal	21,214,033.1	5.7
Veracruz	20,763,167.7	5.5
Guerrero	19,238,716.9	5.2
Chiapas	17,904,261.9	4.8
Oaxaca	15,002,050.8	4.0
Puebla	14,071,101.3	3.8
Guanajuato	13,650,197.0	3.7
Michoacán	13,436,901.2	3.6
Tamaulipas	13,289,642.3	3.6
Hidalgo	11,468,153.9	3.1
Nuevo León	11,063,117.3	3.0
Sonora	10,720,871.1	2.9
Chihuahua	10,301,536.2	2.8
Tabasco	9,364,540.2	2.5
Sinaloa	8,881,849.5	2.4
Durango	8,159,691.6	2.2
Yucatán	8,080,205.9	2.2
San Luis Potosí	7,968,766.2	2.1
Baja California	7,839,000.4	2.1
Coahuila	7,342,267.9	2.0
Querétaro	7,253,033.9	1.9
Morelos	6,726,055.4	1.8
Quintana Roo	5,946,488.2	1.6
Campeche	5,754,888.5	1.5
Zacatecas	5,650,811.6	1.5
Aguascalientes	5,551,508.0	1.5
Nayarit	5,448,299.5	1.5
Tlaxcala	5,088,474.7	1.4
Colima	4,460,697.4	1.2
Baja California Sur	3,982,545.7	1.1

FUENTE: Cuentas de la Hacienda Pública Federal 1998-2009.

Al comparar el presupuesto original aprobado y el reportado en las Cuentas Públicas Federal para el fondo en este período, no se observan variaciones negativas; sin embargo, en todos estos años el monto del segundo ha sido superior al primero; en términos reales la mayor variación se presentó en 1998 con el 31.3% del presupuesto original; en tanto que 2001, 2004 y 2009 presentaron mínimos incrementos al situarse en menos del 2.5%, como se muestra en la gráfica siguiente:

**Recursos Originalmente Aprobados respecto a los reportados en las Cuentas Públicas
1998-2009**



FUENTE: Acuerdos por los que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración durante el Ejercicio Fiscal, de los recursos correspondientes a los ramos generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios, y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, y Cuentas de la Hacienda Pública Federal; 1998-2009.

Los incrementos de los recursos originalmente aprobados para el fondo son el resultado de las negociaciones de la Secretaría de Salud (SSA) con el Sindicato Nacional de Trabajadores de esta Secretaría para el pago de servicios personales, que corresponden a la transferencia de plazas a las entidades federativas. Este rubro de gasto ha representado en promedio el 85.0% del total de las transferencias a las entidades en la última década, en tanto que el 14.5% se determinó para otros gastos corrientes –materiales, suministros, servicios generales, entre otros–, y únicamente el 0.5%, para gastos de capital (inversión física y financiera).

Para 2009, el incremento de los recursos originalmente aprobados del FASSA fue del 2.3%, en términos reales, como resultado de los recursos reasignados provenientes del ramo 25 para el pago de servicios personales. Las entidades federativas que presentaron incrementos superiores a 50,000.0 miles de pesos fueron: Sinaloa, Zacatecas, Colima, Aguascalientes, Quintana Roo, México, Veracruz, Tabasco y Nayarit; en el caso contrario, cinco estados no registraron incrementos, y el Distrito Federal reportó una reducción respecto a su presupuesto aprobado.

Del total de los recursos del fondo ejercidos al 31 de diciembre de 2009 por 47,888,705.2 miles de pesos, únicamente se invirtieron en medicamentos e insumos médicos 1,497,076.8 miles de pesos, que representan poco más del 3.0% del total ejercido. Los estados de Colima, Tlaxcala, Chihuahua, Coahuila y San Luis Potosí ejercieron del 5.0% al 7.4% del total

de sus recursos en insumos médicos y medicamentos; caso contrario a Quintana Roo, Tabasco, Baja California y Tamaulipas que destinaron menos del 1.0% del total de estos recursos.

El FASSA tuvo un cambio importante, a partir de la puesta en marcha del seguro popular, al distribuirse en dos fondos: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C); sin embargo, los criterios de asignación de los recursos al FASSA-C y FASSA-P incluyen variables que la Ley de Coordinación Fiscal (artículos 29, 30 y 31) no consideraba. Actualmente, en el Reglamento de la Ley General de Salud se establecen los procedimientos para calcular los dos fondos del gasto de salud.

Criterios de Selección

Las auditorías se seleccionaron con base en los criterios generales y particulares establecidos en la Normativa Institucional de la Auditoría Superior de la Federación para la planeación específica utilizada en la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización de la Cuenta Pública 2009, considerando la importancia, pertinencia y factibilidad de su realización.

Asimismo, se atendió la representatividad, trascendencia estratégica y cobertura en el ejercicio y aplicación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud; adicionalmente, en el caso de los estados de Guerrero, Querétaro y Yucatán, para atender las solicitudes formuladas por la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación, derivadas de puntos de acuerdo del Pleno de la Cámara de Diputados o de la propia Comisión.

Objetivo de las Auditorías

Fiscalizar la gestión financiera de los recursos públicos federales transferidos a las entidades federativas a través del fondo, de conformidad con lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal y demás disposiciones jurídicas aplicables, así como el cumplimiento de metas y objetivos.

Alcance de la Fiscalización

Los recursos asignados (Universo Seleccionado) del FASSA a las 32 entidades federativas auditadas directamente por la ASF ascendieron a 49,774,815.9 miles de pesos, y la muestra revisada fue por 38,927,523.9 miles de pesos que representa el 78.2%. (Cuadro 1)

Entidades Federativas Revisadas

Para el análisis integral del fondo se realizaron auditorías en las 32 entidades federativas.

Marco Jurídico de la Operación del Fondo

La administración, ejercicio y aplicación de las aportaciones federales que se transfieren a las entidades federativas a través del FASSA, se deberá realizar de conformidad con las disposiciones jurídicas que las sustentan, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Reglamentos de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.
- Acuerdos de Descentralización Federación – Entidades Federativas.
- Ley de Coordinación Fiscal. Adiciones y Reformas.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales 2009 y 2010.
- Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud 2006-2009.
- Catálogo Sectorial de Puestos de la Rama Médica, Paramédica y Afín.
- Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad.
- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.
- ACUERDO por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo.
- Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.
- Notas Técnicas para la Aplicación de los Indicadores de Resultado 2001.
- ACUERDO por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración durante el Ejercicio Fiscal 2009, de los recursos correspondientes a los ramos generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios, y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.

-
- Oficio número 307-A-2035 del 23 de noviembre de 2009, emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que contiene los Lineamientos Específicos para el Otorgamiento de la Medida de Fin de Año del ejercicio fiscal 2009.
 - Código Fiscal de la Federación.
 - Ley del Impuesto Sobre la Renta.
 - Ley de Salud Estatal o equivalente.
 - Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado o su equivalente.
 - Manual Único de Contabilidad Estatal o equivalente.
 - Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público o equivalente.
 - Manual de Organización de la Secretaría de Salud Estatal o equivalente.
 - Otras disposiciones locales de carácter general o específico.

Procedimientos de Auditoría Aplicados

A continuación se presentan los principales procedimientos de auditoría aplicados en la fiscalización de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, mediante los cuales se obtuvo la evidencia suficiente, competente, relevante y pertinente acerca del objeto revisado, con base en la cual se determinaron los resultados y el dictamen correspondientes.

Control Interno

- Verificar la existencia de controles internos suficientes para prevenir y minimizar el impacto de los riesgos que pueden afectar la eficacia y eficiencia de las operaciones, la obtención de información confiable y oportuna, el cumplimiento de la normativa y la consecución de los objetivos del fondo.

Transferencia de Recursos

- Constatar que la entidad federativa recibió los recursos del fondo de conformidad con el calendario de fechas de pago 2009.
- Comprobar que la entidad federativa, a través de la Secretaría de Finanzas o su equivalente, instrumentó las medidas necesarias para agilizar la entrega de los recursos del fondo a sus instancias ejecutoras.
- Verificar que no se transfirieron recursos entre los fondos, ni hacia cuentas bancarias en las que la entidad federativa manejó otro tipo de recursos.

Registro e Información Financiera

- Verificar que los recursos del fondo y sus rendimientos financieros se manejaron exclusivamente en una cuenta bancaria específica, donde no se incorporaron remanentes de otros ejercicios ni aportaciones realizadas, en su caso, por beneficiarios de las obras y acciones.
- Comprobar la existencia de registros específicos del fondo, debidamente actualizados, identificados y controlados, así como la documentación original que justifique y compruebe el gasto, la cual debe contener los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables.
- Constatar que la documentación comprobatoria del gasto, esté cancelada con la leyenda "Operado", o como se establezca en las disposiciones locales, y se identifique con el nombre del fondo.
- Verificar que el registro contable, presupuestario y patrimonial de las operaciones realizadas con los recursos del fondo, se realizó conforme a la normativa aplicable.
- Verificar que los recursos del fondo recibidos por la entidad federativa se ejercieron de conformidad con los calendarios previstos y las disposiciones jurídicas aplicables.

Destino de los Recursos

- Verificar que los recursos económicos recibidos por el estado y sus accesorios, se destinaron para cubrir los propósitos específicos del fondo, a fin de apoyar el ejercicio de las atribuciones que en materia de salud tiene este orden de gobierno.

Servicios Personales

- Verificar que los expedientes de personal cuentan con la documentación que acredite el perfil que corresponde a la plaza asignada.
- Constatar que las licencias con goce de sueldo por comisión sindical del personal del organismo estatal de salud, se otorgaron de conformidad con las disposiciones jurídicas.
- Comprobar que no se otorgaron licencias con goce de sueldo a personal de organismo estatal de salud, por comisiones a otras entidades o instituciones cuyas funciones son diferentes de los objetivos del fondo.
- Verificar que no se realizaron pagos a personal que causó baja temporal o definitiva, o que cuenta con permiso o licencia sin goce de sueldo
- Comprobar que los pagos del personal por concepto de compensaciones, bonos, estímulos económicos, extraordinarios y vales, entre otros, se efectuaron de conformidad con las disposiciones jurídicas.

-
- Verificar que el personal contratado con cargo en la partida de honorarios estuvo adscrito al organismo estatal de salud, existe evidencia de que desarrollo funciones y actividades vinculadas con los objetivos del fondo y no se le otorgaron pagos por conceptos o montos no convenidos en el contrato respectivo.
 - Comprobar que no se realizaron pagos indebidos, en exceso u omisiones en las aportaciones y obligaciones fiscales (ISR, ISSSTE, FOVISSSTE, SAR, entre otros) con cargo en los recursos del fondo.

Transparencia del Ejercicio, Destino y Resultados del Fondo

- Verificar que se informó a los órganos de control y fiscalización locales y federales, así como a la SHCP conforme a las disposiciones aplicables, sobre la cuenta bancaria específica en la que se recibieron y administraron los recursos del fondo, es decir, respecto de la cuenta única en la que se manejaron estos recursos.
- Constatar que el estado reportó trimestralmente a la SHCP el ejercicio, destino y resultados de los recursos del fondo, y de manera pormenorizada, el avance físico de las obras y acciones y la diferencia entre el monto de los recursos transferidos y los erogados, así como, en los plazos y términos establecidos en las disposiciones jurídicas, los resultados de las evaluaciones.
- Verificar el cumplimiento en la entrega de la información, su calidad y congruencia con la aplicación y los resultados obtenidos con los recursos federales transferidos por medio del fondo.
- Verificar que la información reportada sobre el fondo corresponde con el ejercicio de los recursos entregados y con lo presentado en Cuenta Pública al cuarto trimestre de 2009.
- Comprobar que el estado publicó los informes sobre el ejercicio y destino del fondo en su órgano local oficial de difusión y los puso a disposición del público en general en su página de Internet o en otro medio local de difusión, a más tardar a los 5 días hábiles posteriores a la fecha en que la SHCP, debió entregar los informes al Congreso de la Unión.

Adquisiciones, Control y Entrega de Medicamentos

- Comprobar que los medicamentos se adquirieron de conformidad con los procedimientos de contratación y los montos máximos y mínimos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables, y que, en aquellos casos en los que no se sujetaron al procedimiento de licitación pública, se acreditan de manera suficiente los criterios en los que se sustenta la excepción.
- Verificar que las adquisiciones realizadas están sustentadas en un contrato o pedido debidamente formalizado, que cumple con los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables, es congruente con lo estipulado en las bases de la

licitación y que las operaciones se efectuaron conforme a los términos y condiciones pactadas en el mismo.

- Comprobar que, en caso de incumplimiento de los plazos de entrega de los bienes o servicios contratados, se aplicaron las penas convencionales correspondientes.
- Comprobar la existencia de mecanismos de control que aseguren un manejo adecuado y transparente de los medicamentos e insumos médicos adquiridos con el fondo y faciliten su identificación y fiscalización.
- Verificar mediante la práctica de inventarios físicos la existencia de medicamentos e insumos médicos adquiridos con el fondo y determinar aquellos de lento o nulo movimiento de los que se haya propiciado su caducidad.
- Verificar la existencia de insumos médicos y medicamentos suficientes en las unidades y centros de salud que los requirieron, la oportunidad en su abasto de acuerdo con las fechas establecidas y su correspondencia con los solicitados, para atender la demanda de la población objetivo del fondo.
- Comprobar que los medicamentos ordenados por el médico en la receta corresponden con los que contiene el Cuadro Básico de Medicamentos, se entregaron en su totalidad al paciente y no se destinaron a otros programas.

Cumplimiento de Metas y Objetivos

- Constatar el cumplimiento de las metas del fondo establecidas en el Programa Operativo Anual (POA) de 2009 del organismo de salud estatal.
- Comprobar la aplicación de los recursos del fondo en inversiones y acciones programadas en el ejercicio 2009.
- Comprobar el cumplimiento del Sistema Integral de Calidad mediante los indicadores de resultados (INDICA) y la figura del aval ciudadano, así como la acreditación de las instituciones de salud.
- Verificar, en los términos de las disposiciones aplicables, que los indicadores para los resultados del fondo se mantuvieron actualizados y evaluaron sus resultados a 2009.
- Verificar, con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, que la SHCP y la dependencia coordinadora del fondo acordaron, con la entidad federativa, medidas de mejora para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinan los recursos.

Principales Observaciones

La ASF considero en su Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009, la revisión del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en las

32 entidades federativas. Entre las observaciones más significativas determinadas como resultado de su intervención están las siguientes (Cuadro 3):

- Entrega de recursos o de rendimientos financieros de forma extemporánea o incompleta por parte de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de los estados al organismo de salud estatal por 374,303.1 miles de pesos, que representan el 22.2% de las recuperaciones totales del fondo, y se observó en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas.
- Faltante de documentación justificativa y comprobatoria del gasto por 39,260.3 miles de pesos, que significan el 2.3% de las recuperaciones determinadas, y se observó en Baja California, Campeche, Chiapas, Colima, Guerrero, México, Morelos, Nayarit, Sonora, Tamaulipas y Tlaxcala.
- Recursos aplicados en acciones que no se vinculan con los objetivos del fondo por 813,017.9 miles de pesos, es decir, el 48.3% de las recuperaciones determinadas, lo que se presentó en las 32 entidades federativas auditadas y que corresponden principalmente a: subsidios a organismos descentralizados o desconcentrados de los Servicios de Salud Estatales, asociaciones civiles y secciones sindicales; pagos de gastos de operación, nómina, impuestos, medida de fin de año y compra de medicamentos de otros programas, como son seguro popular, oportunidades y pago de laudos, entre otros.
- Compensaciones y bonos a mandos medios y superiores de los organismos de salud estatal mayores que los autorizados o sin sustento normativo por 198,321.6 miles de pesos (11.8% del total de las recuperaciones determinadas), en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas.
- Pago de 163 médicos especialistas que no acreditaron el perfil del puesto por 39,229.5 miles de pesos, que representan el 2.3% de las recuperaciones determinadas, lo que se presentó en Aguascalientes, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.
- Comisiones sindicales sin autorización, u otorgadas por personas que carecen de facultades para ello, y comisiones de personal a otras dependencias, por 48,315.2 miles de pesos, que representan el 2.9% de las recuperaciones determinadas, y se identificaron en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Veracruz.
- Subsidio del Impuesto Sobre la Renta cubierto con recursos del fondo por el pago en efectivo de la medida de fin de año a los trabajadores por 33,497.9 miles de pesos, que

representan el 2.0% de las recuperaciones determinadas, las cuales se registraron en Guerrero, Morelos, Quintana Roo, Tamaulipas y Tlaxcala.

- Otorgamiento de la “medida de fin de año” a trabajadores que no tienen derecho por 16,275.8 miles de pesos, monto que significó el 1.0% de las recuperaciones determinadas, lo que se presentó en Baja California, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guerrero, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí y Yucatán.
- Pagos posteriores a la fecha de baja, pago de más respecto a lo estipulado en los contratos de personal eventual o falta de contratos, entre otros, por 31,609.5 miles de pesos, que significan el 1.9% de las recuperaciones determinadas. Esta situación fue observada en Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Sinaloa, Tamaulipas y Tlaxcala.
- Pago de actualizaciones, recargos y multas por 24,776.4 miles de pesos, que significan el 1.5% de las recuperaciones determinadas, y se observó en Aguascalientes, Coahuila, Colima, Durango, Guerrero, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.
- Anticipos por la compra de medicamentos sin existir contrato, ni proceso de adjudicación por 32,283.1 miles de pesos, que representan el 1.9% de las recuperaciones determinadas, y se presentó en Chiapas, Durango y Nuevo León.
- Irregularidades en el control y abasto de medicamentos por faltante en sus existencias, donaciones, entre otros, por 13,390.4 miles de pesos, que representan el 0.8% del total de las recuperaciones determinadas, y se observaron en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa y Yucatán.
- Penas convencionales no aplicadas por incumplimiento en los plazos de entrega de los bienes adquiridos, anticipos no amortizados o pagos en exceso, por 17,614.1 miles de pesos, lo que equivale al 1.0% de las recuperaciones determinadas, las cuales se identificaron en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.
- En el rubro de otras irregularidades se determinaron recuperaciones por 2,616.5 miles de pesos, que representa el 0.2% de las recuperaciones determinadas, y se observaron en los estados de Baja California, Baja California Sur, Guanajuato y Guerrero.

Otras Observaciones Determinadas

- Transferencia de recursos hacia otras cuentas bancarias en las que se manejan recursos que corresponden a otros programas de salud, como Caravanas de la Salud, Oportunidades, entre otros, situación que se identificó en Chiapas, Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, México, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán.

-
- En las 32 entidades federativas no se manejaron exclusivamente los recursos del fondo y sus rendimientos financieros en una cuenta bancaria específica.
 - Errores en el registro contable y presupuestario, diferencias en la información financiera y falta de registro patrimonial de los bienes adquiridos, en Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guerrero, Morelos, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Oaxaca, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
 - Documentación comprobatoria del gasto que carece de requisitos fiscales, en Baja California, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa y Tlaxcala. Se quita la cantidad.
 - En las 32 entidades federativas se reportó un ejercicio promedio al 31 de diciembre de 2009, del 95.9%. En los estados de Hidalgo, Michoacán y Puebla el ejercicio reportado es menor al 86.0%.
 - Sobre ejercicio presupuestal de los recursos del fondo correspondientes a 2009 por 96,775.5 miles de pesos, no identificado, en Colima, Durango y Nuevo León.
 - La documentación comprobatoria del gasto no se canceló con la leyenda “operado”, ni se identificó con el nombre del fondo en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.
 - Se autorizó a 805 servidores públicos de los organismos de salud estatales, comisiones sindicales de forma extemporánea.
 - 19 entidades federativas no publicaron en su órgano local oficial de difusión, o pusieron a disposición del público en general en su página de Internet o en otro medio local de difusión, los informes sobre el ejercicio y destino del fondo, o lo hicieron sólo parcialmente o de manera extemporánea.
 - Los informes trimestrales elaborados por la entidad federativa sobre el ejercicio, destino y resultados del fondo no contienen de manera pormenorizada el avance de las acciones en Baja California, Baja California Sur, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz.
 - El estado de México no informó a los órganos de control y fiscalización locales y federales, ni a la SHCP, sobre la cuenta bancaria específica en la que se recibieron y administraron los recursos del fondo, y 27 entidades lo hicieron sólo a algunas de estas instancias de fiscalización, a la SHCP, o lo hicieron de manera extemporánea.
 - En materia de adquisición de bienes, se determinaron irregularidades como las siguientes: no se elaboró el Programa Anual de Adquisiciones de Bienes y Servicios o no cumple con los requisitos de la normativa aplicable; no se entregaron a los participantes

de concursos la garantía de seriedad de sus propuestas técnica y económica; las bases de licitación pública no presentan todos los requisitos que exige la normatividad en la materia; para las licitaciones públicas, no se solicitaron las copias de los Registros Sanitarios de cada uno de los medicamentos y material de curación en concurso; no se formuló el dictamen económico correspondiente; no se publicaron las bases de licitación, ni realizaron evaluaciones ni análisis comparativos de las proposiciones admitidas; no se proporcionó el Registro del Padrón del Proveedores; no se elaboró la solicitud de cotizaciones a los proveedores de sus propuestas económicas; el Comité de Adquisiciones no emitió el análisis, opinión, ni dictamen de las adquisiciones, arrendamientos y contratación de servicios; no se acreditó de manera suficiente la causa o criterio en la que se sustenta la excepción a la licitación pública, y no se especificó la partida presupuestal disponible para realizar la adquisición.

- No se cuenta con mecanismos que fortalezcan la transparencia, el manejo y control del medicamento, como: la práctica de inventarios rotativos; la existencia de máximos y mínimos por clave de medicamento; identificación del fondo o programa en las recetas expedidas por el médico; información sobre el medicamento proporcionado al paciente y de los formatos de recetas entregados al médico; información y estrategias para determinar oportunamente el medicamento de lento o nulo movimiento, y lineamientos para su control y manejo. Algunas de estas irregularidades se observaron en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Distrito Federal, México, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- En algunos almacenes y farmacias de los establecimientos de salud, los insumos médicos y medicamentos adquiridos con el fondo no se identifican de acuerdo con su fuente de financiamiento, no se encuentran adecuadamente ordenados ni almacenados, y las condiciones para su guarda y custodia no son apropiadas ni suficientes. Las entidades observadas fueron Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- La distribución del medicamento a los establecimientos de salud se realiza de manera incompleta y con desfase de acuerdo con las fechas establecidas para su entrega, asimismo, existen casos en donde no se cuenta con un calendario de entrega. Esta irregularidad se presentó en Baja California, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guerrero, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- De 17,117 medicamentos prescritos por los médicos en 4,458 recetas, sólo 11,509, que representan el 67.2% del total, fueron surtidos; esta situación se presentó en 27 entidades federativas. Por otra parte de los medicamentos prescritos en las 4,458 recetas expedidas por los médicos, sólo 2,518 se surtieron en su totalidad y en 1,940 casos no fueron surtidos o se entregaron parcialmente. Esto se observó en 28 estados.

Asimismo, en los estados de Puebla, Zacatecas y Querétaro de un total de 359 recetas, no se detalla la cantidad de medicamentos prescritos y surtidos.

- Se prescribieron medicamentos que corresponden a claves no incluidas en el Cuadro Básico de Medicamentos; esta situación se encontró en Aguascalientes, Baja California, Campeche, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz, Yucatán.
- En los estados de Baja California, Colima, Durango, México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, se determinó la existencia de medicamento de lento o nulo movimiento, sin comunicarse a otros establecimientos de salud para su aprovechamiento; igualmente, existe medicamento próximo a caducar de acuerdo con las fechas de su vencimiento en Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Colima, México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Ninguna entidad federativa dio cumplimiento a todas las metas establecidas en sus programas anuales de trabajo (PAT) correspondientes al ejercicio fiscal 2009, y en los estados de Guanajuato y Quintana Roo, su PAT no muestra información específica sobre el fondo, lo que repercute directamente en la calidad de los servicios prestados a la población objetivo.
- Respecto a los indicadores reportados a la SHCP, éstos han sido poco claros en su medición, lo cual impide tener una interpretación objetiva de las cifras existentes.

Para 2009 se analizaron algunos de los indicadores para resultados del FASSA definidos por la Secretaría de Salud, los cuales evidencian la insuficiente calidad y oportunidad de los servicios de salud a la población abierta; los resultados son los siguientes:

- Aguascalientes, Campeche, Sinaloa y Yucatán, alcanzaron el porcentaje de usuarios satisfechos con la cantidad de medicamentos entregados, establecido por la Secretaría de Salud en el indicador “Satisfacción por el Surtimiento de Medicamentos”, del índice “Trato Digno en Primer Nivel” que es mayor o igual que el 95.0%, el caso más crítico fue Michoacán, con un valor de 80.0%. El promedio nacional registro niveles preventivos con el 90.2% en la entrega de medicamentos prescritos por el médico en centros de salud. La disponibilidad de medicamentos constituye un aspecto fundamental para la atención de la salud de la población abierta.
- El indicador “Satisfacción por la Oportunidad en la Atención” del índice “Trato Digno en Segundo Nivel Urgencias” reportó en el ámbito nacional estándares superiores al 87.6% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en el servicio de urgencias de las entidades federativas; sin embargo, los estados de Baja California, Colima, Guerrero, México, Michoacán, Oaxaca, Querétaro y Quintana Roo no alcanzaron el porcentaje determinado por la Secretaría de Salud, que es mayor o igual que el 85.0%.

- El parámetro satisfactorio establecido por la Secretaría de Salud respecto del indicador “Surtimiento Completo de Medicamentos” de los índices “Organización de Servicios en Primer Nivel Urbano” y “Organización de Servicios en Primer Nivel Rural”, que corresponden al porcentaje de medicamentos surtido de manera completa a la primera vez, es mayor o igual del 95.0%; el promedio nacional registró niveles preventivos en las zonas urbanas con el 90.1% y el 88.2% en las rurales, debido al surtimiento incompleto en medicamentos prescritos a los usuarios. Los estados que superaron el parámetro fueron Campeche y Tamaulipas en nivel urbano y en el área rural Nuevo León y Tamaulipas, en tanto que tres estados se encontraron en niveles críticos en las zonas urbanas y cuatro en las rurales.
- En el indicador “Tiempo de Espera en Urgencias” del índice “Organización en Servicios de Urgencias”, únicamente 6 entidades federativas, de las 32 revisadas, consiguieron el parámetro satisfactorio establecido por la Secretaría de Salud, que es menor o igual de 15 minutos. Los estados fueron Distrito Federal, Guerrero, Morelos, Nayarit, Sonora y Veracruz. El promedio nacional fue de 21.32 minutos.
- En relación con el indicador “Diferimiento Quirúrgico en Cirugía General”, correspondiente al índice “Atención Médica Efectiva Segundo Nivel”, en 2009, el promedio nacional del porcentaje de pacientes de Cirugía General que se operan después de 7 días de solicitada la cirugía electiva fue de 23 días; Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas son las entidades que se ubican en el parámetro satisfactorio establecido por la Secretaría de Salud, que es menor de 15 días.
- En relación con la “Acreditación y Garantía de Calidad” de los establecimientos públicos de atención a la salud, 11 estados se localizaron por debajo del promedio nacional de 69.1%. En 2009, Aguascalientes, Campeche y Coahuila contaban con el 100.0% de sus establecimientos de salud acreditados. Para 2012, el total de los establecimientos de salud de las entidades federativas deberán estar acreditados al 100.0%.
- De las 32 entidades federativas revisadas, 14 no consiguieron el promedio nacional del 79.6% de instalación de un “Aval Ciudadano” por centro de salud y hospital; sólo Aguascalientes, Coahuila, Yucatán y Zacatecas alcanzaron el 100.0% de integración de esta figura social. Este indicador mide el número de establecimientos de salud que cuentan con personas de la sociedad civil que funcionan como enlace entre las instituciones de salud y los usuarios de los servicios de salud, ejerciendo la mediación mediante encuestas sobre la calidad percibida de la atención y el cuidado de salud que reciben.
- Respecto de los porcentajes de cesáreas, el parámetro satisfactorio determinado por la Secretaría de Salud es del 25.0%; sin embargo, el promedio nacional alcanzado en 2009 fue del 34.6%, y la única entidad federativa que presentó un porcentaje inferior a lo establecido fue el Distrito Federal; cabe señalar que el parámetro recomendado por la Organización Mundial de la Salud es del 15.0%.

- 31 entidades federativas reportaron niveles inferiores de referencias respecto a sus contrarreferencias, en tanto que el estado de Veracruz presentó un mayor número de contrarreferencias respecto a las referencias, debido a un mal registro en su base de datos. Lo anterior denotó que la red estatal de salud mediante el escalonamiento por niveles de atención médica no se encuentra consolidada.
- De las 32 entidades federativas auditadas, sólo en 12 se alcanzó el parámetro satisfactorio establecido por la Secretaría de Salud respecto de las consultas por médico general y familiar en contacto con el paciente, que fue de 12 a 24 consultas diarias por médico. El promedio nacional logrado fue de 9.6 consultas en 2009. En 17 entidades no se cumplió con el parámetro de eficiencia y los casos más críticos fueron Baja California Sur, Colima, Michoacán, Morelos, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Tamaulipas, con promedios de dos a seis consultas, respectivamente.

Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones

Las facultades de la Auditoría Superior de la Federación para promover las acciones que derivaron de las auditorías practicadas encuentran su sustento jurídico en las disposiciones siguientes:

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

Artículos 6, 12, fracción IV; 13, fracciones I y II; 15, fracciones XIV, XV y XVI; 32, 39, 49, fracciones I, II, III y IV; 55, 56 y 88, fracciones VIII y XII de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

Observaciones y Acciones

En las revisiones practicadas directamente por la ASF se determinaron 1,290 resultados preliminares con observaciones, que corresponden a los entregados a las entidades fiscalizadas una vez concluidos los trabajos de auditoría; aquí se refleja en gran medida el alcance real de las actividades realizadas y de los procedimientos de auditoría aplicados en la fiscalización del fondo.

En cumplimiento al artículo 30 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación (LFRCF), la ASF determinó en las auditorías practicadas al fondo 1,290 observaciones, de las cuales 902 fueron solventadas por las entidades fiscalizadas antes de la integración de los informes correspondientes, lo que representa el 69.9% del total. Las 388 restantes, que significan un promedio de 12.1 por auditoría, dieron lugar a la emisión de 395 acciones, las cuales son: 199 Recomendaciones, 1 Solicitud de Aclaración, 3 Promociones del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal, 110 Pliegos de Observaciones y 82 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria. (Cuadro 2)

Recuperaciones

Las recuperaciones logradas en el transcurso de las revisiones y hasta antes de la elaboración de la versión final del informe de auditoría, con motivo de la intervención de la ASF en la fiscalización superior de la Cuenta Pública 2009 fueron por 564,359.3 miles de pesos, y se determinaron recuperaciones sujetas a su atención por las entidades fiscalizadas en los plazos establecidos para tal fin o, en su caso, a la recuperación de los montos por 1,120,152.0 miles de pesos, lo que da un total de 1,684,511.3 miles de pesos, que representan el 3.4% del monto asignado (universo seleccionado) a las entidades auditadas, el 4.3% de la muestra auditada. (Cuadro 1)

Dictámenes

La opinión contenida en los dictámenes emitidos por la ASF respecto a los resultados y observaciones determinadas en las 32 auditorías practicadas correspondientes a la Cuenta Pública 2009; 5 de ellas tuvieron una opinión negativa y 27 con salvedad. (Cuadro 1)

Conclusiones y Recomendaciones

Como se puede observar, no se alcanzó una operación eficiente, oportuna, sencilla y transparente del fondo en la mayoría de los estados, y su desempeño no fue del todo satisfactorio en vías de mejorar la calidad de la gestión y sus resultados, como lo manifiestan algunos elementos que se señalan a continuación; sin embargo, con el fin de apoyar el logro de resultados cada vez más satisfactorios, se presentan también algunas recomendaciones:

- Se considera que existen imprecisiones en el capítulo V de la LCF, que permite la discrecionalidad en el cálculo de los montos correspondientes a cada estado, ya que éstos se otorgan en razón del monto que inicialmente se pactó en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud (ACDIS), por lo que la distribución realizada en aquel momento es la que se ha mantenido desde entonces, siendo ésta la base para el cálculo de la distribución en los ejercicios fiscales subsecuentes.

Lo anterior deriva del hecho de que no existe una fórmula integral en la LCF para distribuir los recursos del fondo entre los estados, y que aun cuando ésta se prevé en el artículo 31 del citado ordenamiento legal, sólo se utiliza para distribuir una parte mínima de los recursos del fondo.

- La cantidad de recursos que se distribuyen por medio de la fórmula a que se refiere el artículo 31 de la LCF en relación con la fracción IV del artículo 30 de la misma disposición es reducida, en comparación con el monto total del FASSA.
- Otro de los elementos utilizados para la distribución de los recursos que merece atención es la variable relacionada con la población abierta, en virtud de que se considera aquella que existía al momento de celebrar los ACDIS; sin embargo, ésta ha

sufrido variaciones en los últimos años, aspecto que no se ha considerado para la distribución del fondo.

- Los criterios de asignación del fondo responden principalmente al inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, registrados a nivel federal para cada uno de los estados, lo que puede generar incentivos que desvinculan a las asignaciones de la calidad en los servicios y equidad en la distribución.
- Revisar los elementos, la fórmula de distribución y montos de asignación de los recursos, de tal manera que se incentive la eficiencia y calidad de los servicios de salud; se garantice la transparencia en su asignación; se promueva la equidad en los servicios; además de considerar en su diseño algunos elementos, como podrían ser las condiciones socioeconómicas de las entidades federativas y los recursos que reciben éstas a través de otras fuentes de financiamiento.
- Por otra parte, al analizar la distribución estatal del fondo en relación con el número o porcentaje de personas sin acceso a los servicios de salud, es decir, aquella que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los preste, incluyendo al Seguro Popular, las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados, se observa que la correspondencia entre estos dos elementos es frágil, lo que refuerza el hecho de que el fondo no se distribuye de acuerdo con el componente de equidad en el acceso a los servicios de salud, sino en función de los requerimientos de mantenimiento de infraestructura en salud y plantilla del personal.
- Las entidades federativas para la prestación de los servicios de salud utilizan no sólo los recursos del FASSA, sino también recursos propios y de otras fuentes de financiamiento federal, como ramo 12 (Salud), los Programas Seguro Popular e IMSS-Oportunidades, entre otros, lo que en ocasiones dificulta la evaluación y monitoreo de su ejercicio, así como su análisis en el contexto estatal, por lo que es importante establecer mecanismos con objeto de diferenciar el origen y aplicación de estos recursos.
- La distribución de los recursos del fondo no se soporta en diagnósticos que identifiquen las carencias en materia de salud que presentan las entidades federativas, sólo se basa en información proporcionada por los organismos de salud estatales, relativos a la capacidad operativa, administrativa y de atención de las distintas unidades de salud, que en promedio no se han actualizado en los últimos cinco años.
- En las 32 entidades federativas se manifiestan debilidades de control en la gestión del fondo y la falta de mecanismos para prevenirlas y atenderlas, lo que obliga a fortalecer sus procesos operativos y administrativos.
- Registros contables y presupuestales incorrectos e insuficientes y diferencias en la información financiera, derivados de una falta de supervisión efectiva, de sistemas de control contable adecuados y de la carencia de una conciliación permanente de las cifras reportadas en los estados financieros del fondo.

- Promover que las estructuras del personal, del área médica y administrativa que integran los establecimientos de salud, sean acordes a las necesidades reales que demanda la población.
- Deficiente control administrativo y supervisión del personal del área de recursos humanos para determinar al personal médico al que se paga como especialista sin serlo, o que en su expediente respectivo no se archivó el documento que lo acredite como tal, y complacencia de los funcionarios responsables de su otorgamiento.
- La deficiente supervisión y los privilegios propiciaron el otorgamiento de bonos, compensaciones, estímulos económicos y el pago de conceptos extraordinarios de manera discrecional a servidores públicos de mandos medios y superiores, así como el pago de vales de despensa en exceso, en efectivo y el pago de honorarios a personal que no contaba con el contrato respectivo.
- En 20 entidades federativas se otorgaron licencias con goce de sueldo a personal de los organismos de salud estatal comisionado a dependencias ajenas a estos organismos, así como al sindicato, debido a la falta de supervisión, al desconocimiento de la normativa interna del personal responsable de su autorización y a la falta de formulación oportuna de las solicitudes y obtención de las autorizaciones correspondientes.
- La falta de coordinación entre las áreas involucradas en los trámites para el finiquito del personal que causa baja ocasiona que se realicen pagos posteriores a esa fecha.
- Es importante que una proporción mayor de médicos se ubique en las unidades de salud, hospitales, clínicas, etc., en actividades que los involucren directamente con la prestación de servicios de atención médica a la población objetivo del fondo, para lo que es necesario evitar que se ocupen plazas médicas en funciones administrativas.
- La elevada proporción del gasto destinado a los conceptos de servicios personales y gastos operativos fueron factores que afectaron la carencia de medicamentos en los centros de salud y en su compra, ya que a nivel nacional sólo se destinó poco más del 3.0% del gasto total; otro factor que agravó dicha situación fue la inadecuada planeación, adquisición manejo y control de las medicinas.
- Establecer políticas o procedimientos para verificar que antes de adquirir medicamentos, se determine su existencia en los almacenes, bodegas de concentración o farmacias, con el propósito de promover su movilización y uso inmediato, y así poder evitar su caducidad, aumentar su rotación y disminuir su lento o nulo movimiento.
- En la mayoría de los centros de salud no existe un adecuado control de los medicamentos que reciben y de los que entregan a los pacientes, además de que al no disponer de estudios que generen una relación de los medicamentos con mayor demanda, da lugar a la existencia de medicinas obsoletas o a problemas de escasez.
- El limitado cuadro básico de medicamentos con el que se brinda atención a la población abierta en los establecimientos de salud y el reducido abastecimiento de éstos, son

elementos que afectan la ya de por sí situación de pobreza en la que se encuentra la mayor parte de la población objetivo del FASSA, ya que en algunos casos los médicos únicamente entregan las recetas y los pacientes tienen que adquirir las medicinas con recursos propios. Por lo anterior, es conveniente que se analice la integración del Cuadro Básico de Medicamentos del FASSA, ya que en ocasiones las medicinas que se prescriben no están contempladas en éste, lo que hace necesario su ampliación para reconocer algunas afecciones que tengan prevalencia en las regiones y usuarios del fondo y con los requerimientos clínicos del paciente.

- Existe un trato diferencial muy marcado, en términos en la atención del paciente, en el abasto y entrega de medicamentos, entre los beneficiarios del Seguro Popular y los de la población abierta, con acentuadas limitaciones para los últimos. Lo anterior se observa, no obstante que el FASSA financia una parte de ese programa.
- En los establecimientos de salud se da preferencia a los beneficiarios del programa del Seguro Popular, lo que origina que la atención a la población abierta que se realiza a través del FASSA sea insuficiente en cuanto al tiempo y la calidad.
- Se consultaron en el portal de la SHCP los cuatro informes trimestrales de 2009, y se determinaron carencias o deficiencias importantes de información, ya que aunque se cuenta con un Formato Único para reportar los datos, éstos son heterogéneos para las diferentes entidades; en algunas se presenta el gasto totalmente desagregado y la información es confusa; en otras no se desglosa el gasto ni las acciones y se reportan de manera global, lo que dificulta la identificación de las operaciones y el objeto del gasto de los recursos.
- La información enviada mediante el Sistema de Formato Único (SFU) por las entidades federativas al Gobierno Federal por conducto de la SHCP sobre el ejercicio y destino de los recursos del fondo, no se presenta con la calidad y congruencia que se requiere, por lo cual sería conveniente normarla con mayor precisión, aumentar la capacitación a los servidores públicos responsables de su operación y establecer sanciones por su inobservancia.
- A partir de 2009, las entidades federativas deben reportar a la SHCP los indicadores que se elaboraron conjuntamente con la Secretaría de Salud mediante la Metodología de Marco Lógico; sin embargo, existen casos donde la tendencia del indicador no es suficientemente clara, como podría ser el relativo al número de egresos hospitalarios, el cual puede significar una mayor cobertura, pero también un mayor deterioro de la salud o un bajo nivel en el desempeño de la medicina preventiva.
- Generar información apropiada y consistente sobre la magnitud de la población abierta, así como su ubicación geográfica y socioeconómica, con objeto de apoyar la construcción de estrategias para mejorar la atención de estos grupos poblacionales.
- Asegurar el derecho constitucional de los mexicanos a la salud es una prioridad irrenunciable que requiere de acciones concretas orientadas a procurar el bienestar de la población y evitar carencias por motivos de salud, disminuyendo los desequilibrios en

este tema mediante intervenciones enfocadas a los grupos vulnerables que históricamente han sido excluidos de los servicios de salud.

- El SICALIDAD tiene por objetivo central propiciar confianza por parte de los ciudadanos en las organizaciones de salud e impulsar la mejora de calidad de la atención, garantizando la seguridad de los pacientes; a través de herramientas que permitan registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de atención médica; sin embargo los indicadores del INDICAS han reportado niveles poco satisfactorios y críticos, principalmente en la atención al usuario, tiempo de espera y surtimiento completo de medicamentos dentro de los centros de salud y hospitales de las entidades federativas. Lo anterior incide en la satisfacción expresada por los usuarios al no recibir un buen trato o esperar tiempo prolongado para recibir consulta en la unidad médica; así como propicia un gasto de bolsillo en la población objetivo al no contar con la totalidad de los medicamentos prescritos por el médico.
- Consolidar los mecanismos institucionales de la acreditación y garantía de calidad, así como la figura del Aval Ciudadano, mediante estrategias que permitan evaluar el cumplimiento de sus principales acciones y las condiciones necesarias de capacidad, seguridad y calidad para sus beneficiarios.
- Establecer mayor control y seguimiento en los procedimientos administrativos de las referencias y contrarreferencias en las unidades médicas de las entidades federativas, con el fin de consolidar la red estatal de correspondencia y escalonamiento por niveles de atención médica.
- Los resultados de las auditorías inciden de manera importante en la calidad de la gestión de los recursos y en las condiciones de salud de la población objetivo del fondo, por lo que se requiere de acciones concretas para mejorar la aplicación del gasto, reforzar el andamiaje jurídico del fondo de acuerdo con la realidad actual, esencialmente respecto a los criterios de asignación y fórmula de su distribución, fortalecer los mecanismos para el control, abasto y surtimiento de medicamentos a los beneficiarios, y mejorar los resultados de los indicadores de gestión y estratégicos y la transparencia en el ejercicio de los recursos.
- En tal sentido, el federalismo debe fortalecer la capacidad institucional de las autoridades para que puedan administrar con calidad, eficiencia y honradez los recursos públicos, a fin de alcanzar los resultados que la sociedad espera. Por último, es de esperarse que las recomendaciones aquí planteadas contribuyan, entre otros aspectos, a brindar los servicios de salud a toda la población, fundamentalmente a la de menores recursos; propiciar mayor equidad en su distribución, y mejorar su aplicación en beneficio de la población objetivo del fondo.

FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)
 Universo, Muestra, Recuperaciones y Dictamen
 (Miles de pesos)

Cuadro 1

ENTIDAD FEDERATIVA	UNIVERSO	MUESTRA	RECUPERACIONES			DICTAMEN (OPINIÓN)
			TOTAL	OPERADAS	PROBABLES	
Aguascalientes	824,199.9	760,385.0	151,707.1	111.0	151,596.1	Negativo
Baja California	1,060,581.4	964,362.5	114,014.4	60,980.1	53,034.3	Con Salvedad
Baja California Sur	520,494.1	392,747.4	3,183.7	1,989.7	1,194.0	Con Salvedad
Campeche	849,039.3	720,326.7	13,190.2	0.0	13,190.2	Con Salvedad
Chiapas	2,341,941.9	1,703,500.3	35,757.5	35,757.5	0.0	Con Salvedad
Chihuahua	1,320,871.9	1,061,059.8	67,538.4	17,336.5	50,201.9	Con Salvedad
Coahuila	946,174.0	841,144.9	2,247.9	2,247.9	0.0	Con Salvedad
Colima	700,944.0	481,073.0	11,209.3	11,209.3	0.0	Con Salvedad
Distrito Federal	2,634,257.0	2,327,742.8	25,428.9	2,272.8	23,156.1	Con Salvedad
Durango	1,099,544.5	1,022,223.6	21,868.0	1,639.3	20,228.7	Con Salvedad
Guanajuato	1,750,306.6	1,246,638.5	20,620.6	6,235.9	14,384.7	Con Salvedad
Guerrero	2,543,714.8	1,986,939.5	79,700.3	79,700.3	0.0	Negativo
Hidalgo	1,646,928.3	1,466,572.6	60,735.5	38,188.2	22,547.3	Con Salvedad
Jalisco	2,860,676.8	1,708,169.8	18,738.8	0.0	18,738.8	Con Salvedad
México	5,555,357.6	4,236,885.3	351,947.6	11,857.9	340,089.7	Con Salvedad
Michoacán	1,766,544.6	1,198,425.7	81,232.9	40,200.5	41,032.4	Negativo
Morelos	854,894.3	734,544.3	11,546.7	0.0	11,546.7	Con Salvedad
Nayarit	771,525.7	563,097.8	24,327.7	24,327.7	0.0	Con Salvedad
Nuevo León	1,419,022.9	1,146,542.0	23,581.5	544.2	23,037.3	Con Salvedad
Oaxaca	2,059,716.3	1,633,310.1	8,635.0	8,635.0	0.0	Con Salvedad
Puebla	1,924,525.5	1,298,582.2	13,913.5	13,913.5	0.0	Con Salvedad
Querétaro	975,316.8	711,203.0	42,445.6	6,361.3	36,084.3	Con Salvedad
Quintana Roo	851,587.7	610,250.9	5,579.2	5,579.2	0.0	Con Salvedad
San Luis Potosí	1,090,185.5	873,230.3	184,775.7	8,636.0	176,139.7	Negativo
Sinaloa	1,404,371.8	1,295,714.1	90,981.4	90,937.2	44.2	Con Salvedad
Sonora	1,339,722.1	1,071,306.0	54,863.8	0.0	54,863.8	Con Salvedad
Tabasco	1,300,221.2	964,765.3	32,041.5	32,041.5	0.0	Con Salvedad
Tamaulipas	1,706,746.0	1,220,415.7	18,173.3	18,173.3	0.0	Con Salvedad
Tlaxcala	684,323.2	656,512.5	67,632.1	0.0	67,632.1	Negativo
Veracruz	2,946,476.9	2,447,434.2	14,248.1	14,248.1	0.0	Con Salvedad
Yucatán	1,047,718.3	945,306.0	30,920.6	30,920.6	0.0	Con Salvedad
Zacatecas	976,885.0	637,112.1	1,724.5	314.8	1,409.7	Con Salvedad
TOTAL	49,774,815.9	38,927,523.9	1,684,511.3	564,359.3	1,120,152.0	

FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)
Número de Observaciones y Acciones Promovidas

Cuadro 2

ENTIDAD FEDERATIVA	OBSERVACIONES	ACCIONES PROMOVIDAS						TOTAL
		R	SA	PEFCF	PO	PRAS	DH	
Aguascalientes	11	3	0	0	4	5	0	12
Baja California	44	20	0	0	13	11	0	44
Baja California Sur	30	18	0	0	5	9	0	32
Campeche	28	16	0	0	9	5	0	30
Chiapas	1	1	0	0	0	0	0	1
Chihuahua	12	2	0	1	2	7	0	12
Coahuila	2	2	0	0	0	0	0	2
Colima	8	8	0	0	0	0	0	8
Distrito Federal	7	3	0	0	3	3	0	9
Durango	10	1	0	0	8	1	0	10
Guanajuato	9	2	0	0	7	0	0	9
Guerrero	26	26	0	0	0	0	0	26
Hidalgo	4	0	0	0	3	1	0	4
Jalisco	25	20	0	0	5	0	0	25
México	7	1	0	0	3	3	0	7
Michoacán	25	10	0	0	10	5	0	25
Morelos	33	22	0	0	8	3	0	33
Nayarit	20	5	0	0	0	15	0	20
Nuevo León	9	3	0	0	3	3	0	9
Oaxaca	0	0	0	0	0	0	0	0
Puebla	1	1	0	0	0	0	0	1
Querétaro	7	4	1	1	0	1	0	7
Quintana Roo	1	1	0	0	0	0	0	1
San Luis Potosí	7	3	0	0	4	0	0	7
Sinaloa	15	9	0	0	1	5		15
Sonora	8	1	0	0	6	1	0	8
Tabasco	1	1	0	0	0	0	0	1
Tamaulipas	2	2	0	0	0	0	0	2
Tlaxcala	20	5	0	1	12	2	0	20
Veracruz	1	1	0	0	0	0	0	1
Yucatán	1	1	0	0	0	0	0	1
Zacatecas	13	7	0	0	4	2	0	13
TOTAL	388	199	1	3	110	82	0	395

FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)
Principales Observaciones
(Miles de Pesos)

Cuadro 3

CONCEPTOS	AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA	BAJA CALIFORNIA SUR	CAMPECHE	CHIAPAS	CHIHUAHUA	COAHUILA	COLIMA	DISTRITO FEDERAL
Entrega de recursos o de rendimientos financieros de forma extemporánea o incompleta por parte de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de los estados al organismo de salud estatal.	15.4	32.5	42.3	-	227.9	151.6	-	416.1	3,054.7
Faltante de documentación justificativa y comprobatoria del gasto.	-	158.9	-	7,153.5	281.9	-	-	238.7	-
Recursos aplicados en acciones que no se vinculan con los objetivos del fondo y que corresponden principalmente a: subsidios a organismos descentralizados o desconcentrados de los Servicios de Salud Estatales, asociaciones civiles y secciones sindicales; pagos de gastos de operación, nómina, impuestos, medidas de fin de año y compra de medicamentos de otros programas, como son seguro popular, oportunidades, etc.; pago de laudos; entre otros.	141,150.7	89,779.3	697.1	3,080.6	2,466.4	52,084.6	358.0	9,766.6	2,272.8
Compensaciones y bonos a mandos medios y superiores de los organismos de salud estatal mayores a los autorizados o sin sustento normativo.	-	20,874.0	-	-	1,198.7	3,329.0	-	-	-
Pago de médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto.	1,938.5	-	69.3	-	142.6	527.9	542.5	169.0	20,014.6
Comisiones sindicales sin autorización, u otorgadas por personas que carecen de facultades para ello y comisiones de personal a otras dependencias.	8,553.1	146.8	1,889.8	483.6	-	5,579.3	-	208.7	86.8
Subsidio del Impuesto Sobre la Renta cubierto con recursos del fondo por el pago en efectivo de la medida de fin de año a los trabajadores	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otorgamiento de la medida de fin de año a trabajadores que no tiene derecho.	-	477.9	-	1,888.7	-	5,827.2	337.6	-	-
Pagos posteriores a la fecha de baja; pago de más a lo estipulado en los contratos de personal eventual o falta de contratos, entre otros.	-	-	30.6	583.8	-	-	60.5	-	-
Pago de actualizaciones, recargos y multas.	1.7	-	-	-	-	-	125.2	256.9	-
Anticipos por la compra de medicamentos sin existir contrato, ni proceso de adjudicación.	-	-	-	-	31,440.0	-	-	-	-
Irregularidades en el control y abasto de medicamentos por faltante en sus existencias, donaciones, entre otros.	5.9	2,174.1	16.5	-	-	38.8	525.6	121.9	-
Penas convencionales no aplicadas por incumplimiento en los plazos de entrega de los bienes adquiridos; anticipos no amortizados y pagos en exceso.	41.8	35.5	104.6	-	-	-	298.5	31.4	-
Otras irregularidades.	-	335.4	333.5	-	-	-	-	-	-
TOTAL	151,707.1	114,014.4	3,183.7	13,190.2	35,757.5	67,538.4	2,247.9	11,209.3	25,428.9

FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)
Principales Observaciones
(Miles de Pesos)

Cuadro 3

CONCEPTOS	DURANGO	GUANAJUATO	GUERRERO	HIDALGO	JALISCO	MÉXICO	MICHOACÁN	MORELOS
Entrega de recursos o de rendimientos financieros de forma extemporánea o incompleta por parte de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de los estados al organismo de salud estatal.	141.1	-	-	475.0	-	295,562.1	39,004.0	2,370.7
Faltante de documentación justificativa y comprobatoria del gasto.	-	-	1,102.1	-	-	13,966.2	-	865.7
Recursos aplicados en acciones que no se vinculan con los objetivos del fondo y que corresponden principalmente a: subsidios a organismos descentralizados o desconcentrados de los Servicios de Salud Estatales, asociaciones civiles y secciones sindicales; pagos de gastos de operación, nómina, impuestos, medidas de fin de año y compra de medicamentos de otros programas, como son seguro popular, oportunidades, etc.; pago de laudos; entre otros.	567.3	13,872.9	13,403.3	54,592.1	18,037.5	41,842.8	4,999.3	209.7
Compensaciones y bonos a mandos medios y superiores de los organismos de salud estatal mayores a los autorizados o sin sustento normativo.	11,150.2	237.9	17,360.2	2,225.6	-	-	22,115.5	0.0
Pago de médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto.	2,215.4	2,835.2	2,853.6	931.0	-	471.2	0.0	381.2
Comisiones sindicales sin autorización, u otorgadas por personas que carecen de facultades para ello y comisiones de personal a otras dependencias.	-	-	576.3	2,439.0	701.3	-	11,173.3	1,638.9
Subsidio del Impuesto Sobre la Renta cubierto con recursos del fondo por el pago en efectivo de la medida de fin de año a los trabajadores.	-	-	18,135.6	-	-	-	-	6,058.0
Otorgamiento de la medida de fin de año a trabajadores que no tiene derecho.	689.0	-	198.1	-	-	-	-	-
Pagos posteriores a la fecha de baja; pago de más a lo estipulado en los contratos de personal eventual o falta de contratos, entre otros.	3,017.6	1,391.1	22,926.9	-	-	-	-	-
Pago de actualizaciones, recargos y multas.	3,815.1	-	1,186.6	-	-	-	-	-
Anticipos por la compra de medicamentos sin existir contrato, ni proceso de adjudicación.	0.8	-	0.0	-	-	-	-	-
Irregularidades en el control y abasto de medicamentos por faltante en sus existencias, donaciones, entre otros.	271.5	-	0.0	-	-	-	596.8	22.5
Penas convencionales no aplicadas por incumplimiento en los plazos de entrega de los bienes adquiridos; anticipos no amortizados y pagos en exceso.	-	2,244.5	49.0	72.8	0.0	105.3	3,344.0	-
Otras irregularidades.	-	39.0	1,908.6	-	-	-	-	-
TOTAL	21,868.0	20,620.6	79,700.3	60,735.5	18,738.8	351,947.6	81,232.9	11,546.7

FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)
Principales Observaciones
(Miles de Pesos)

Cuadro 3

CONCEPTOS	NAYARIT	NUEVO LEÓN	OAXACA	PUEBLA	QUERÉTARO	QUINTANA ROO	SAN LUIS POTOSÍ	SINALOA
Entrega de recursos o de rendimientos financieros de forma extemporánea o incompleta por parte de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de los estados al organismo de salud estatal.	0.0	403.7	-	-	-	-	0.7	1,763.8
Faltante de documentación justificativa y comprobatoria del gasto.	17.6	-	-	-	-	-	-	-
Recursos aplicados en acciones que no se vinculan con los objetivos del fondo y que corresponden principalmente a: subsidios a organismos descentralizados o desconcentrados de los Servicios de Salud Estatales, asociaciones civiles y secciones sindicales; pagos de gastos de operación, nómina, impuestos, medidas de fin de año y compra de medicamentos de otros programas, como son seguro popular, oportunidades, etc.; pago de laudos; entre otros.	12,702.6	106.9	8,158.3	6,513.5	40,323.3	2,744.3	142,646.9	57,766.2
Compensaciones y bonos a mandos medios y superiores de los organismos de salud estatal mayores a los autorizados o sin sustento normativo.	5,603.8	21,806.8	0.0	6,305.5	-	-	34,436.9	23,259.3
Pago de médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto.	397.6	414.2	169.0	58.6	774.9	206.5	64.8	191.5
Comisiones sindicales sin autorización, u otorgadas por personas que carecen de facultades para ello y comisiones de personal a otras dependencias.	2,179.1	-	148.7	0.0	354.9	-	103.0	3,097.2
Subsidio del Impuesto Sobre la Renta cubierto con recursos del fondo por el pago en efectivo de la medida de fin de año a los trabajadores	-	-	-	-	-	2,481.0	-	-
Otorgamiento de la medida de fin de año a trabajadores que no tiene derecho.	8.7	-	0.0	847.7	-	-	741.8	-
Pagos posteriores a la fecha de baja; pago de más a lo estipulado en los contratos de personal eventual o falta de contratos, entre otros.	3,173.5	-	-	-	-	0.0	-	360.0
Pago de actualizaciones, recargos y multas.	-	7.6	-	-	-	32.2	1.9	2,804.1
Anticipos por la compra de medicamentos sin existir contrato, ni proceso de adjudicación.	-	842.3	-	-	-	-	-	-
Irregularidades en el control y abasto de medicamentos por faltante en sus existencias, donaciones, entre otros.	-	-	0.0	188.2	992.5	-	6,681.9	1,739.3
Penas convencionales no aplicadas por incumplimiento en los plazos de entrega de los bienes adquiridos; anticipos no amortizados y pagos en exceso.	244.8	-	159.0	-	-	115.2	97.8	-
Otras irregularidades.	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	24,327.7	23,581.5	8,635.0	13,913.5	42,445.6	5,579.2	184,775.7	90,981.4

FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)
Principales Observaciones
(Miles de Pesos)

Cuadro 3

CONCEPTOS	SONORA	TABASCO	TAMAULIPAS	TLAXCALA	VERACRUZ	YUCATÁN	ZACATECAS	TOTAL
Entrega de recursos o de rendimientos financieros de forma extemporánea o incompleta por parte de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de los estados al organismo de salud estatal.	0.0	27,106.7	155.3	-	3,068.9	-	310.6	374,303.1
Faltante de documentación justificativa y comprobatoria del gasto.	9,313.6	-	5,713.6	448.5	-	-	-	39,260.3
Recursos aplicados en acciones que no se vinculan con los objetivos del fondo y que corresponden principalmente a: subsidios a organismos descentralizados o desconcentrados de los Servicios de Salud Estatales, asociaciones civiles y secciones sindicales; pagos de gastos de operación, nómina, impuestos, medidas de fin de año y compra de medicamentos de otros programas, como son seguro popular, oportunidades, etc.; pago de laudos; entre otros.	25,554.7	1,996.1	1,283.7	37,544.8	9,060.4	16,449.0	986.2	813,017.9
Compensaciones y bonos a mandos medios y superiores de los organismos de salud estatal mayores a los autorizados o sin sustento normativo.	7,951.5	-	-	20,399.9	-	-	66.8	198,321.6
Pago de médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto.	2,678.1	116.6	-	111.2	605.2	-	349.3	39,229.5
Comisiones sindicales sin autorización, u otorgadas por personas que carecen de facultades para ello y comisiones de personal a otras dependencias.	6,558.0	2,376.3	-	0.0	21.1	-	-	48,315.2
Subsidio del Impuesto Sobre la Renta cubierto con recursos del fondo por el pago en efectivo de la medida de fin de año a los trabajadores	-	-	3,418.9	3,404.4	-	-	-	33,497.9
Otorgamiento de la medida de fin de año a trabajadores que no tiene derecho.	-	-	-	-	-	5,259.1	-	16,275.8
Pagos posteriores a la fecha de baja; pago de más a lo estipulado en los contratos de personal eventual o falta de contratos, entre otros.	-	-	13.2	52.3	-	-	-	31,609.5
Pago de actualizaciones, recargos y multas.	-	-	7,588.6	5,523.6	1,492.5	1,940.4	-	24,776.4
Anticipos por la compra de medicamentos sin existir contrato, ni proceso de adjudicación.	-	-	-	-	-	-	-	32,283.1
Irregularidades en el control y abasto de medicamentos por faltante en sus existencias, donaciones, entre otros.	-	-	-	-	-	14.9	-	13,390.4
Penas convencionales no aplicadas por incumplimiento en los plazos de entrega de los bienes adquiridos; anticipos no amortizados y pagos en exceso.	2,807.9	445.8	-	147.4	-	7,257.2	11.6	17,614.1
Otras irregularidades	-	-	-	-	-	-	-	2,616.5
TOTAL	54,863.8	32,041.5	18,173.3	67,632.1	14,248.1	30,920.6	1,724.5	1,684,511.3