

Índice

DESARROLLO SOCIAL

Hacienda y Crédito Público		
Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento a Inversiones Físicas		
19	Construcción de la Carretera Barranca Larga-Ventanilla, en el Estado de Oaxaca	7
Sociedad Hipotecaria Federal, S.N.C.		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
379	Cartera de Crédito	10
Fondo de Operación y Financiamiento Bancario a la Vivienda		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
110	Cartera Vigente y Recuperación de Créditos	13
Defensa Nacional		
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento a Inversiones Físicas		
147	Construcción de la UHN Isla Mujeres III, en el Estado de Quintana Roo	16
Agricultura y Desarrollo Rural		
Colegio de Postgraduados		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
55	Gestión Financiera	18
Universidad Autónoma Chapingo		
Informes de las Auditorías de Desempeño		
385	Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria - Educación Media Superior	22
386	Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria - Educación Superior	25
387	Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria - Posgrado	29
Educación Pública		
Secretaría de Educación Pública		
Informes de las Auditorías de Desempeño		
274	Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Educación: Atención de Planteles Federales de Educación Media Superior con Estudiantes con Discapacidad	33
275	Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Educación: Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial	36
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
280	La Escuela es Nuestra	39
Colegio de Bachilleres		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
54	Gestión Financiera	41

Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
56	Gestión Financiera	43
Consejo Nacional de Fomento Educativo		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
92	Erogaciones por Gastos de Operación	45
Instituto Politécnico Nacional		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
203	Servicios Personales	47
Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
384	Gestión Financiera	50
Universidad Nacional Autónoma de México		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
390	Servicios Personales	53
Salud		
Secretaría de Salud		
Informe de la Auditoría de Desempeño		
357	Atención a la Salud Mental	57
Informe de la Auditoría Combinada de Cumplimiento y Desempeño		
354	Control Interno y Gobernanza del Sistema de Institutos Nacionales de Salud	62
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
355	Erogaciones por Bienes y Servicios	68
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva		
Informe de la Auditoría de Desempeño		
35	Prevención y Control del Cáncer de la Mujer	71
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea		
Informe de la Auditoría de Desempeño		
37	Donación y Transfusión de Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales	79
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
59	Gestión Financiera	85
Hospital Juárez de México		
Informe de la Auditoría de Cumplimiento		
122	Gestión Financiera	88
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca		
Informes de las Auditorías de Desempeño		
126	Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	91
127	Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	93
128	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	95

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**Informes de las Auditorías de Desempeño**

129	Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	97
130	Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	99
131	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	101

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**Informes de las Auditorías de Desempeño**

132	Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	103
133	Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	105
134	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	107

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío**Informes de las Auditorías de Desempeño**

135	Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	110
136	Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	112
137	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	114

Instituto Nacional de Medicina Genómica**Informe de la Auditoría de Cumplimiento a Inversiones Físicas**

192	Creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica 2005-2022, en la Ciudad de México	116
-----	--	-----

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**Informe de la Auditoría de Desempeño**

194	Atención a la Salud Mental en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	118
-----	---	-----

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra**Informe de la Auditoría de Cumplimiento**

195	Gestión Financiera	125
-----	--------------------	-----

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**Informes de las Auditorías de Desempeño**

376	Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Salud y Asistencia Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad	128
377	Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Salud y Asistencia Social: Servicios de Asistencia Social Integral	131

Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano**Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano****Informes de las Auditorías de Cumplimiento a Inversiones Físicas**

262	Obras de Infraestructura del Programa de Mejoramiento Urbano en Diversos Municipios del Estado de Sonora	134
264	Programa de Mejoramiento Urbano en Tuxtla Gutiérrez, en el Estado de Chiapas	136

Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares

Informe de la Auditoría de Cumplimiento

103	Extinción del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares	139
-----	--	-----

Medio Ambiente y Recursos Naturales

Comisión Nacional del Agua

Informe de la Auditoría de Cumplimiento a Tecnologías de Información y Comunicaciones

75	Auditoría de TIC	143
----	------------------	-----

Informe de la Auditoría de Cumplimiento

82	Seguros Patrimoniales	145
----	-----------------------	-----

Informes de las Auditorías de Cumplimiento a Inversiones Físicas

72	Acueducto Yaqui, en el Estado de Sonora	147
----	---	-----

76	Construcción del Acueducto Concordia, en el Estado de Sinaloa	149
----	---	-----

77	Construcción del Acueducto El Cuchillo II, en el Estado de Nuevo León	151
----	---	-----

81	Rehabilitación y Modernización del Abastecimiento a Calakmul, en el Estado de Campeche	153
----	--	-----

Procuraduría Federal de Protección al Ambiente

Informe de la Auditoría de Cumplimiento

239	Gestión Financiera	156
-----	--------------------	-----

Aportaciones a Seguridad Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Informe de la Auditoría de Desempeño

152	Prevención y Control del Cáncer de la Mujer en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	159
-----	--	-----

Informes de las Auditorías de Cumplimiento

150	Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio	165
-----	---	-----

153	Servicios Personales	167
-----	----------------------	-----

Informe de la Auditoría de Cumplimiento a Inversiones Físicas

149	Construcción de la Clínica de Medicina Familiar con Especialidades en Pachuca, en el Estado de Hidalgo	170
-----	--	-----

Instituto Mexicano del Seguro Social

Informe de la Auditoría de Desempeño

168	Prevención y Control del Cáncer de la Mujer en el Instituto Mexicano del Seguro Social	173
-----	--	-----

Informe de la Auditoría de Cumplimiento a Inversiones Físicas

165	Construcción del HGZ de 170 Camas en el Municipio de Pachuca, en el Estado de Hidalgo	185
-----	---	-----

Bienestar

Secretaría de Bienestar

Informe de la Auditoría de Desempeño

249	Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Desarrollo Social	188
-----	--	-----

Informes de las Auditorías de Cumplimiento

252	Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras	190
-----	--	-----

253	Programa de Microcréditos para el Bienestar	192
-----	---	-----

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad

Informe de la Auditoría de Desempeño

94	Diseño de la Política de Inclusión de las Personas con Discapacidad	194
----	---	-----

Cultura		
Instituto Mexicano de Cinematografía		
Informe de la Auditoría de Desempeño		
159	Servicios Cinematográficos	200
Instituto Nacional de Antropología e Historia		
Informes de las Auditorías de Desempeño		
175	Investigación Científica, Arqueológica y Antropológica	202
176	Servicios de Educación Superior y Posgrado	205
Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura		
Informe de la Auditoría de Desempeño		
178	Servicios Educativos Culturales y Artísticos	208

Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.

Construcción de la Carretera Barranca Larga-Ventanilla, en el Estado de Oaxaca

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-2-06G1C-22-0019-2023

Modalidad: Presencial

19

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se programaron, presupuestaron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,790,210.9
Muestra Auditada	1,790,210.9
Representatividad de la Muestra	100.0%

De los tres contratos de obra y dos de servicios pagados para la ejecución de las obras y servicios por un total de 1,790,210.9 miles de pesos ejercidos en el año 2022 por el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C. (BANOBRAS), en el proyecto de la Construcción de la Carretera Barranca Larga-Ventanilla, en el estado de Oaxaca, se revisó el 100.0% del monto erogado en 2022, como se detalla en la siguiente tabla.

**CONTRATOS E IMPORTES REVISADOS
(Miles de pesos y porcentajes)**

Número de contrato	Importes ejercidos y revisados	Alcance de la revisión (%)
BNO-GO-01-2020-LP-OB	798,401.7	100.0
BNO-GO-02-2020-LP-OB	676,073.9	100.0
BNO-GO-01-2021-LP-OB	217,017.6	100.0
BNO-GOT-01-2018-LP-CA	51,366.5	100.0
BNO-GO-02-2018-LP-GP	47,351.2	100.0
Total	1,790,210.9	100.0

FUENTE: Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C., Dirección de Operación Técnica y Seguimiento, Gerencia de Obras, tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos revisados, proporcionados por la entidad fiscalizada.

El proyecto de la carretera Barranca Larga-Ventanilla, en el estado de Oaxaca, contó con suficiencia presupuestal para el ejercicio fiscal 2022, de conformidad con los acuerdos CT/3^a /11-NOVIEMBRE-2016/VII y CT/5^a EXT/26-JUNIO-2017/II del 11 de noviembre de 2016 y 26 de junio de 2017 adoptados por el Comité Técnico del Fideicomiso Fondo Nacional de Infraestructura (FONADIN), que en su tercera sesión de 2016 y en la quinta sesión extraordinaria de 2017, autorizó recursos al BANOBRAS para construir, operar, conservar y mantener la Autopista Oaxaca-Puerto Escondido, tramo Barranca Larga-Ventanilla, hasta por 3,500,000.0 miles de pesos, más 560,000.0 miles de pesos del IVA, monto que incluye el ejercido en el año 2022 de 1,790,210.9 miles de pesos.

Resultados

Se observaron los siguientes pagos en exceso:

De 16,454.8 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-01-2020-LP-OB, en el concepto número 5, y los conceptos fuera de catálogo original números 015PUEX, 028PUEX y 029PUEX, referentes a la excavación de cortes, cualquiera que sea su clasificación, cuando el material se desperdicie y en el concepto número 11, "Abatimiento del talud...(incluye acarreos a bancos de desperdicio...)”, debido a que no acreditó el acarreo de material a las distancias consideradas en los precios unitarios; de 2,147.0 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-01-2020-LP-OB en el concepto no previsto en el catálogo original núm. PU-077 "Construcción de caminos de acceso..." con un precio unitario de 2,147,003.38 de pesos, cuya unidad de medida es "Lote", sin precisar en la integración del precio unitario, los costos, cantidades y rendimientos de los insumos o materiales, maquinaria, equipo, mano de obra y otros que intervienen en dicho concepto, así como, en su caso, los básicos correspondientes, la documentación de soporte y los apoyos necesarios para su autorización; de 1,433.7 miles de pesos, en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-01-2020-LP-OB, en el concepto 34 "Base hidráulica con material de banco...", y con base en las pruebas de calidad se constató que se utilizó material producto de corte; y de 19,597.3 miles de pesos, en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-02-2020-LP-OB en los conceptos núms. 10 "Construcción de terraplenes para subrasante, con material de banco, compactada al 95%..." y 12 "Construcción de terraplenes para subrasante, con material de banco, compactada al 100%...", ya que se pagó material de banco; sin embargo, con las pruebas de laboratorio del material, integradas en las estimaciones, se constató que se utilizó material producto de corte.

Recuperaciones Operadas, Cargas Financieras y Montos por Aclarar

Se determinó un monto por 61,147,891.41 pesos, en el transcurso de la revisión se recuperaron recursos por 21,515,095.50 pesos, con motivo de la intervención de la ASF; 4,125,283.64 pesos se generaron por cargas financieras; 39,632,795.91 pesos están pendientes de aclaración.

Resumen de Resultados y Acciones

Se determinaron 13 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y 8 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 4 restantes generaron:

4 Pliegos de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C., y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto Construcción de la Carretera Barranca Larga-Ventanilla, en el estado de Oaxaca, a fin de comprobar que las inversiones físicas se programaron, presupuestaron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables y específicamente, respecto del universo revisado que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C., cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los pagos en exceso siguientes:

- De 16,454.8 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-01-2020-LP-OB, en el concepto número 5, y los conceptos fuera de catálogo original números 015PUEX, 028PUEX y 029PUEX, referentes a la excavación de cortes, cualquiera que sea su clasificación, cuando el material se desperdicie y en el concepto número 11, "Abatimiento del talud...(incluye acarreos a bancos de desperdicio...)”, debido a que no acreditó el acarreo de material a las distancias consideradas en los precios unitarios.
- De 2,147.0 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-01-2020-LP-OB en el concepto no previsto en el catálogo original núm. PU-077 "Construcción de caminos de acceso..." con un precio unitario de 2,147,003.38 de pesos, cuya unidad de medida es "Lote", sin precisar en la integración del precio unitario, los costos, cantidades y rendimientos de los insumos o materiales, maquinaria, equipo, mano de obra y otros que intervienen en dicho concepto, así como, en su caso, los básicos correspondientes, la documentación de soporte y los apoyos necesarios para su autorización.
- De 1,433.7 miles de pesos, en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-01-2020-LP-OB, en el concepto 34 "Base hidráulica con material de banco...", y con base en las pruebas de calidad se constató que se utilizó material producto de corte.

- De 19,597.3 miles de pesos, en el contrato de obra pública núm. BNO-GO-02-2020-LP-OB en los conceptos núms. 10 "Construcción de terraplenes para subrasante, con material de banco, compactada al 95%..." y 12 "Construcción de terraplenes para subrasante, con material de banco, compactada al 100%...", ya que se pagó material de banco; sin embargo, con las pruebas de laboratorio del material, integradas en las estimaciones, se constató que se utilizó material producto de corte.

Sociedad Hipotecaria Federal, S.N.C.

Cartera de Crédito

Auditoría De Cumplimiento: 2022-2-06HKI-19-0379-2023

Modalidad: Presencial

379

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los créditos comerciales otorgados por la SHF, para verificar que los saldos representaron derechos reales de cobro, y que los procesos de evaluación, autorización, otorgamiento, formalización, comprobación, seguimiento, recuperación y registro contable, se efectuaron conforme a las disposiciones normativas.

Alcance

CUENTAS DE BALANCE

Miles de Pesos

Universo Seleccionado	32,911,722.5
Muestra Auditada	11,503,863.3
Representatividad de la Muestra	35.0%

El universo por 32,911,722.5 miles de pesos corresponde a los créditos comerciales no bancarios clasificados como “Otros” por Sociedad Hipotecaria Federal (SHF), que se otorgaron a 87 entidades financieras y formalizaron mediante 162 contratos, con los que se realizaron 7,318 disposiciones de efectivo.

La muestra seleccionada correspondió a nueve Entidades Financieras (EF) en etapa 1 (cartera vigente) y etapa 3 (cartera vencida) por 11,503,863.3 miles de pesos, que representan el 35.0% del universo, otorgados mediante 31 contratos de los que en ocho se realizaron 120 disposiciones en 2022, por 932,523.4 miles de pesos. La integración por entidad financiera se muestra a continuación:

ENTIDADES FINANCIERAS SELECCIONADAS PARA REVISIÓN
(Miles de pesos)

Entidad Financiera	Saldo en balance al 31 de diciembre de 2022	Etapa	Contratos	Disposiciones en 2022	Importe disposiciones 2022
1	3,842,745.7	1	1	0	0.0
2	3,015,350.8	1	4	37	277,051.2
3	2,129,377.8	1	9	72	485,898.2
4	204,873.7	1	6	0	0.0
5	620,460.8	1	1	11	169,574.0
6	540,184.8	1	1	0	0.0
Subtotal etapa 1	10,352,993.6		22	120	932,523.4
7	899,332.9	3	6	0	0.0
8	241,418.7	3	1	0	0.0
9	10,118.1	3	2	0	0.0
Subtotal etapa 3	1,150,869.7		9	0	0.0
Total	11,503,863.3		31	120	932,523.4

FUENTE: Los contratos e integraciones de disposición de recursos al 31 de diciembre de 2022.

En la Cuenta Pública 2022, la entidad fiscalizada reportó sus cifras en el Tomo VII Sector Paraestatal apartado Información Contable, en el “Balance General al 31 de diciembre de 2022 y 2021”, Entidades Paraestatales Empresariales Financieras Monetarias con Participación Estatal Mayoritaria, Sociedad Hipotecaria Federal, S.N.C.,

correspondiente al ramo 6 Hacienda y Crédito Público. En los últimos cinco años la Auditoría Superior de la Federación ha realizado dos auditorías de cumplimiento para la revisión de la “Gestión Financiera” de SHF.

Al respecto, se comprobó la autorización y originación de créditos otorgados en 2022, el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los contratos de crédito de la muestra, el otorgamiento de garantías y la integración de los expedientes; se constataron las actividades de supervisión y monitoreo a las entidades financieras con las que operaron créditos, las gestiones de recuperación administrativa extrajudicial y judicial de la cartera, y se verificó el registro contable de las operaciones revisadas.

Asimismo, se realizaron pruebas globales para la comprobación del importe por 53,709,006.3 miles de pesos, que integra la cartera comercial con lo reportado en los Estados Financieros Dictaminados de SHF, así como las pruebas específicas en cuanto a la disposición de recursos y pagos de los contratos de crédito seleccionados en la muestra y a los prestadores de servicios externos.

Con el análisis de la documentación efectuado mediante procedimientos de auditoría, así como de la aplicación del cuestionario de control interno, se verificaron los mecanismos de control implementados, con el fin de evaluar si son suficientes para el cumplimiento de los objetivos del rubro sujeto de revisión y determinar el alcance, la naturaleza y muestra de la auditoría. Los resultados obtenidos se describen en el presente informe.

Resultados

- Hubo inconsistencias en la presentación de las garantías por parte de las EF en 22 contratos, de los cuales, 1 contrato corresponde a garantías líquidas y 21 a fideicomiso.
- En los expedientes de crédito de 30 contratos correspondientes a 8 entidades financieras, se identificó documentación faltante o incompleta.
- Respecto de la supervisión y monitoreo realizados, se conocieron observaciones pendientes de años anteriores, dado que no se cuenta con normativa en la que se establecieran los plazos de atención para su seguimiento.
- No se remitió el expediente de crédito de una EF a recuperación judicial dentro del plazo establecido en su normativa.
- En 10 contratos de crédito, no se evidenció la totalidad de la información y documentación establecida contractualmente como obligaciones a cargo de las EF.
- Se realizaron sesiones del Comité de Auditoría en fechas distintas de las aprobadas en el calendario y no se evidenció que el Presidente del órgano colegiado haya autorizado el cambio.
- La SHF carece del registro de su estructura actualizada ante la Secretaría de la Función Pública; asimismo cuenta con nueve direcciones adjuntas que deben ser eliminadas conforme a las medidas emitidas en materia de austeridad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 13 resultados, de los cuales, en 5 no se detectaron irregularidades y los 8 restantes generaron: 8 Recomendaciones y 4 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 11 de octubre de 2023, fecha de conclusión de la auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar los créditos comerciales otorgados por SHF, para verificar que los saldos representaron derechos reales de cobro, y que los procesos de evaluación, autorización, otorgamiento, formalización, comprobación, seguimiento, recuperación y registro contable, se efectuaron conforme a las disposiciones normativas y, específicamente, respecto de la muestra revisada, que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Sociedad Hipotecaria Federal S.N.C., cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Hubo inconsistencias en la presentación de las garantías por parte de las EF en 22 contratos, de los cuales, 1 contrato corresponde a garantías líquidas y 21 a fideicomiso.

- En los expedientes de crédito de 30 contratos correspondientes a 8 entidades financieras, se identificó documentación faltante o incompleta.
- Respecto de la supervisión y monitoreo realizados, se conocieron observaciones pendientes de años anteriores, dado que no se cuenta con normativa en la que se establecieran los plazos de atención para su seguimiento.
- No se remitió el expediente de crédito de una EF a recuperación judicial dentro del plazo establecido en su normativa.
- En 10 contratos de crédito, no se evidenció la totalidad de la información y documentación establecida contractualmente como obligaciones a cargo de las EF.

Fondo de Operación y Financiamiento Bancario a la Vivienda**Cartera Vigente y Recuperación de Créditos**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-3-06HCG-19-0110-2023

Modalidad: Presencial

110

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la administración y operación de la cartera de crédito del FOVI, para verificar que los saldos representaron derechos reales de cobro, y que los procesos de autorización, otorgamiento, formalización, comprobación, seguimiento, recuperación y registro contable se efectuaron conforme a las disposiciones normativas.

Alcance**CUENTAS DE BALANCE**

Miles de Pesos

Universo Seleccionado	5,885,446.5
Muestra Auditada	2,014,133.0
Representatividad de la Muestra	34.2%

El universo por 5,885,446.5 miles de pesos correspondió a la cartera de crédito, se integró por 1,513,443.0 miles de pesos de cartera de crédito vigente, y 4,372,003.5 miles de pesos de cartera de crédito vencida, la que se distribuyó en cartera dacionada, administrada y delegada; la muestra revisada, por 2,014,133.0 miles de pesos, se integró por 45,349.5 miles de pesos de cartera vigente, y de 1,968,783.5 miles de pesos de cartera vencida, como se expone a continuación:

UNIVERSO Y MUESTRA

(Miles de pesos)

Cartera	IF ¹	Universo			Muestra auditada			
		Saldo al 31/12/2022			Saldo al 31/12/2022			
		Contratos / créditos	Vigente	Vencida	Vigente	Vencida	Total	
Administrada	20	15,331	311,545.3	2,282,650.1	2,594,195.4	2	660	2,451
Dacionada	6	9,748	939,358.0	1,972,242.6	2,911,600.6	1	35	-
Delegada	2	135	262,539.7	117,110.8	379,650.5	-	-	-
	28	25,214	1,513,443.0	4,372,003.5	5,885,446.5	3	660	2,486
							45,349.5	1,968,783.5
								2,014,133.0

FUENTE: El Estado de Situación Financiera de 2022.

1/ IF: Intermediarios Financieros

Con el análisis de la documentación y de la aplicación de los procedimientos de auditoría, se verificaron las actividades de monitoreo, las gestiones de recuperación administrativa, extrajudicial y judicial de la cartera vencida, las garantías otorgadas, el cumplimiento de entregables, la integración de los expedientes y el registro contable de las operaciones de crédito con el fin de evaluar si son suficientes para el cumplimiento de los objetivos del rubro sujeto de revisión y determinar el alcance, la naturaleza y muestra de la auditoría. Los resultados obtenidos se describen en el presente informe.

Adicionalmente, se revisaron 26,596.0 miles de pesos de bienes adjudicados, 261.1 miles de pesos de ingresos por cobranza y recuperación y 45,742.9 miles de pesos de gastos de administración de la cartera de crédito.

Además, se realizaron pruebas globales a las integraciones de la cartera de crédito total y los ingresos para corroborar que coincidió con lo reportado en los estados financieros dictaminados del Fondo de Operación y Financiamiento Bancario a la Vivienda (FOVI).

Resultados

- En 2022, el FOVI no cumplió con su objetivo de otorgar apoyos financieros con cargo a su patrimonio.
- El índice de morosidad representó el 74.3% del total de la cartera de crédito por 5,885,446.5 miles de pesos.
- En relación con 660 créditos por 45,349.5 miles de pesos, se evidenciaron los expedientes de 306 créditos, en los que se identificó documentación faltante como: identificaciones, comprobantes de domicilio, solicitud de crédito y contratos; en cuanto a los 354 créditos restantes, no se evidenció el expediente de crédito.
- Se identificó que las comisiones, los gastos de administración y promoción, y otros egresos de la administración de la cartera dacionada, por 188,893.4 miles de pesos, representaron el 49.8% de la recuperación total de cartera del ejercicio 2022 por 378,853.4 miles de pesos.
- Se observó que el administrador de la cartera dacionada realizó 37 castigos por 194,537.0 miles de pesos, sin tener la aprobación de SHF.
- Se identificaron pagos improcedentes por 1,417.9 miles de pesos al administrador maestro de la cartera dacionada, por concepto de elaboración de los estados financieros, a pesar de estar considerados en el pago de las comisiones.
- Se observó que no se traspasaron los expedientes de 277 créditos vencidos de la cartera administrada a la Dirección de Relaciones Institucionales para su recuperación, no obstante, de tener hasta 6 años y 2 meses de antigüedad en la cartera vencida.
- Respecto de 1,913 bienes, con antigüedad de adjudicación de 6 a 22 años, se identificó que 697 se reportaron invadidos y 19 vandalizados, y no se acreditaron las gestiones necesarias para su desincorporación.

Montos por Aclarar

Se determinaron 1,417,882.59 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 10 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y los 7 restantes generaron:

7 Recomendaciones, 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 1 Pliego de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 11 de octubre de 2023, fecha de conclusión de la auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la administración y operación de la cartera de crédito del FOVI, para verificar que los saldos representaron derechos reales de cobro, y que los procesos de autorización, otorgamiento, formalización, comprobación, seguimiento, recuperación y registro contable se efectuaron conforme a las disposiciones normativas y específicamente respecto de la muestra revisada, que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Fondo de Operación y Financiamiento Bancario a la Vivienda cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- En 2022, el FOVI no cumplió con su objetivo de otorgar apoyos financieros con cargo a su patrimonio.
- El índice de morosidad representó el 74.3% del total de la cartera de crédito por 5,885,446.5 miles de pesos.
- En relación con 660 créditos por 45,349.5 miles de pesos, se evidenciaron los expedientes de 306 créditos, en los que se identificó documentación faltante como: identificaciones, comprobantes de domicilio, solicitud de crédito y contratos; en cuanto a los 354 créditos restantes, no se evidenció el expediente de crédito.

- Se identificó que las comisiones, los gastos de administración y promoción, y otros egresos de la administración de la cartera dacionada, por 188,893.4 miles de pesos, representaron el 49.8% de la recuperación total de cartera del ejercicio 2022 por 378,853.4 miles de pesos.
- Se observó que el administrador de la cartera dacionada realizó 37 castigos por 194,537.0 miles de pesos, sin tener la aprobación de SHF.
- Se identificaron pagos improcedentes por 1,417.9 miles de pesos al administrador maestro de la cartera dacionada, por concepto de elaboración de los estados financieros, a pesar de estar considerados en el pago de las comisiones.
- Se observó que no se traspasaron los expedientes de 277 créditos vencidos de la cartera administrada a la Dirección de Relaciones Institucionales para su recuperación, no obstante, de tener hasta 6 años y 2 meses de antigüedad en la cartera vencida.
- Respecto de 1,913 bienes, con antigüedad de adjudicación de 6 a 22 años, se identificó que 697 se reportaron invadidos y 19 vandalizados, y no se acreditaron las gestiones necesarias para su desincorporación.

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Construcción de la UHN Isla Mujeres III, en el Estado de Quintana Roo

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-1-07HXA-22-0147-2023

Modalidad: Presencial

147

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	90,569.5
Muestra Auditada	73,361.7
Representatividad de la Muestra	81.0%

Se revisó una muestra de 73,361.7 miles de pesos que representó el 81.0% del monto erogado en el 2022 en el proyecto "Construcción de la UHN Isla Mujeres III, Q.R." en la Cuenta Pública 2022 por 90,569.5 miles de pesos, como se detalla en la tabla siguiente:

Número de contrato/ pagos de servicios	CONTRATOS REVISADOS (Miles de pesos y porcentajes)		
	Ejercido	Importe	Alcance de la revisión (%)
SEMAR/2022-02	87,597.3	70,389.5	80.4
AO/2022-06	450.0	450.0	100.0
AO/2022-08*	140.9	140.0	100.0
AO/2022-19	556.8	556.8	100.0
AO/2022-41*	40.0	40.0	100.0
Comisión Federal de Electricidad	250.8	250.8	100.0
Comisión de Agua Potable y Alcantarillado del Estado de Quinta Roo y Desarrollos Hidráulicos de Cancún	1,533.7	1,533.7	100.0
Total	90,569.5	73,361.7	81.0

FUENTE: Dirección de Obras del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos y pagos de servicios revisados proporcionados por la entidad fiscalizada.

*El monto de los contratos núms. AO/2022-08 y AO/2022-41 se encuentran reportados en la Cuenta Pública 2022 como ejercidos; sin embargo, la entidad fiscalizada no acreditó con la documentación de soporte la ejecución ni el pago de los mismos.

El proyecto "Construcción de la UHN Isla Mujeres III, Q.R." contó con suficiencia presupuestal por un monto de 90,569.5 miles de pesos de recursos federales y fueron reportados en la Cuenta Pública 2022, en el Tomo VII, Sector Paraestatal, Ramo 07, Entidades Paraestatales y Fideicomisos no Empresariales y no Financieros, Apartado de Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, K-012 Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social, con clave de cartera núm. 2107HXA0020, y claves presupuestarias núms. 07-HXA-2-6-09-008-K012-62101-3-1-23-2107HXA0020, 07-HXA-2-6-09-008-K012-62903-3-1-23-2107HXA0020 y 07-HXA-2-6-09-008-K012-62905-3-1-23-2107HXA0020.

Resultados

Se determinaron las siguientes irregularidades: diferencia por 17,388.7 miles de pesos entre lo reportado como inversión pagada en el formato Detalle de Programas y Proyectos de Inversión de la Cuenta Pública 2022 del proyecto "Construcción de la UHN Isla Mujeres III, Q. R." por 90,569.5 miles de pesos y lo acreditado documentalmente por la entidad fiscalizada como ejercido por 73,180.8 miles de pesos; no se comprobó documentalmente el ejercicio de 40.0 miles de pesos reportados como erogados al cierre del año en la Cuenta Pública en el contrato de servicios núm. AO/2022-41; inadecuado manejo y control de la bitácora de obra convencional del contrato de servicios profesionales núm. AO/2022-08; pagos en exceso por 371.9 miles de pesos en el concepto núm. MEXC0101 «Relleno con concreto ciclópeo, consistiendo en una proporción de 60.0% de concreto hidráulico y 40.0% fragmento de roca caliza de 8"» del contrato de obra núm. SEMAR/2022-02; pagos en exceso por 333.7 miles de pesos, debido a que no se cumplió con lo propuesto en el rubro de seguridad e higiene de los costos indirectos del contrato de obra núm. SEMAR/2022-02; y pagos en exceso por 2,021.1 miles de pesos integrados de la siguiente manera: 1,937.6 miles de pesos por diferencias de volúmenes entre los estimados y pagados contra los realmente ejecutados en diversos conceptos de obra, más 83.5 miles de pesos por los intereses generados.

Montos por Aclarar

Se determinaron 2,726,680.41 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y los 6 restantes generaron:

3 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 3 Pliegos de Observaciones.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto "Construcción de la UHN Isla Mujeres III, Q. R.", a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables y, específicamente, respecto del universo revisado que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Diferencia por 17,388.7 miles de pesos entre lo reportado como inversión pagada en el formato Detalle de Programas y Proyectos de Inversión de la Cuenta Pública 2022 del proyecto "Construcción de la UHN Isla Mujeres III, Q. R." por 90,569.5 miles de pesos y lo acreditado documentalmente por la entidad fiscalizada como ejercido por 73,180.8 miles de pesos.
- No se comprobó documentalmente el ejercicio de 40.0 miles de pesos reportados como erogados al cierre del año en la Cuenta Pública en el contrato de servicios núm. AO/2022-41.
- Inadecuado manejo y control de la bitácora de obra convencional del contrato de servicios profesionales núm. AO/2022-08.
- Pagos en exceso por 371.9 miles de pesos en el concepto núm. MEXC0101 «Relleno con concreto ciclópeo, consistiendo en una proporción de 60.0% de concreto hidráulico y 40.0% fragmento de roca caliza de 8"» del contrato de obra núm. SEMAR/2022-02.
- Pagos en exceso por 333.7 miles de pesos, debido a que no se cumplió con lo propuesto en el rubro de seguridad e higiene de los costos indirectos del contrato de obra núm. SEMAR/2022-02.
- Pagos en exceso por 2,021.1 miles de pesos integrados de la siguiente manera: 1,937.6 miles de pesos por diferencias de volúmenes entre los estimados y pagados contra los realmente ejecutados en diversos conceptos de obra, más 83.5 miles de pesos por los intereses generados.

Colegio de Postgraduados

Gestión Financiera

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-08IZC-19-0055-2023

Modalidad: Presencial

55

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,479,156.9	1,436,981.0
Muestra Auditada	1,470,820.5	581,930.8
Representatividad de la Muestra	99.4%	40.5%

El universo de ingresos por 1,479,156.9 miles de pesos correspondió a los recursos reportados por el Colegio de Postgraduados (COLPOS) en el Estado Analítico de Ingresos de la Cuenta Pública 2022.

El universo de egresos por 1,436,981.0 miles de pesos correspondió a los gastos reportados por el COLPOS en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022.

Del total de ingresos y egresos, se revisaron 1,470,820.5 y 581,930.8 miles de pesos, el 99.4% y el 40.5%, respectivamente, integrados como se detalla a continuación:

INGRESOS Y EGRESOS DEL COLEGIO DE POSTGRADUADOS, 2022
(Miles de pesos)

Concepto	Universo	Muestra	%
<i>Ingresos</i>			
Fiscales	1,418,726.4	1,418,726.4	100.0
Propios	<u>60,430.5</u>	<u>52,094.1</u>	<u>86.2</u>
Total	1,479,156.9	1,470,820.5	99.4
<i>Egresos</i>			
Capítulo 1000 "Servicios personales"	1,159,115.3	537,637.8	46.4
Capítulo 2000 "Materiales y suministros"	70,384.3	19,278.8	27.4
Capítulo 3000 "Servicios generales"	200,356.9	20,908.8	10.4
Capítulo 5000 "Bienes muebles, inmuebles e intangibles"	<u>7,124.5</u>	<u>4,105.4</u>	<u>57.6</u>
Total	1,436,981.0	581,930.8	40.5

FUENTE: Estado Analítico de Ingresos y Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto, ambos de la Cuenta Pública 2022, e información proporcionada por el COLPOS.

Además, del incremento presentado en los activos de 2021 a 2022 por 107,670.7 miles de pesos, se revisaron 15,984.2 miles de pesos, el 14.8%, del rubro "Derechos a recibir efectivo o equivalentes", y de la disminución en los pasivos por 30,058.0 miles de pesos, se revisaron 14,139.0 miles de pesos, el 47.0%, del rubro "Fondos y bienes de terceros en garantía y/o administración a corto plazo".

Resultados

1. Se comprobó que el COLPOS contó con controles para sus operaciones; sin embargo, se identificaron áreas de oportunidad en el registro contable y presupuestal de sus operaciones; en la determinación de la nómina, así como en la contratación de bienes y servicios.
2. Las variaciones reportadas en los estados financieros del COLPOS coincidieron con las operaciones realizadas, las cuales se sustentaron y registraron de acuerdo con la normativa, como el aumento en la cuenta “Documentos por Cobrar” debido al registro de la ministración pendiente de ingresar a la Tesorería del colegio al cierre del ejercicio, y la disminución de la cuenta “Fondos y bienes de terceros en garantía y/o administración a corto plazo” por la cancelación de cinco cuentas bancarias en las que se administraban los recursos de los proyectos externos concluidos patrocinados por terceros.

Al cierre de 2022, no se encontraba actualizado el “Manual de Procedimientos del Departamento de Contabilidad y Control Presupuestal”, del que forma parte el Catálogo de Cuentas, pero forma parte del Programa de Trabajo para la Mejora y Simplificación de Normas Internas, emitido por la Secretaría de la Función Pública.

En 2022 se contrató un nuevo sistema denominado SIFICOLPOS, con el cual el COLPOS registra sus operaciones en tiempo real, a partir de 2023.

3. En 2022, el COLPOS recaudó 1,479,156.9 miles de pesos, de los cuales 1,418,726.4 miles de pesos correspondieron a ingresos fiscales, y 60,430.5 miles de pesos, a ingresos propios obtenidos por concepto de “Otros Ingresos y Beneficios Varios” e “Ingresos por Venta de Bienes y Servicios”, los cuales se depositaron en la cuenta bancaria donde se administran los recursos del colegio y se registraron contable y presupuestalmente.
4. En 2022 el COLPOS ejerció 1,159,115.3 miles de pesos del capítulo de gasto 1000 “Servicios Personales”, y se determinó lo siguiente:
 - En el Analítico de Plazas y Remuneraciones del Presupuesto de Egresos de la Federación 2022 del COLPOS se autorizaron 1,664 plazas de estructura y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) autorizó 259 plazas de categoría de carácter eventual no regularizable.
 - En octubre de 2022 la Unidad de Política y Control Presupuestal autorizó la actualización del tabulador de sueldos y salarios para el personal de mando del colegio, con vigencia a partir del 1 de enero de 2022. En 2022 el COLPOS pagó 21.0 miles de pesos de percepciones a dos trabajadores, en fecha posterior a la de su baja.
 - Se utilizaron 227 plazas de más de las asignadas en 16 categorías de puesto autorizadas en el Analítico de Plazas y Remuneraciones del Presupuesto de Egresos de la Federación 2022, por las que pagó 2,845.6 miles de pesos de percepciones.
 - De 6 trabajadores a los que el COLPOS pagó 53.7 miles de pesos de percepciones, no proporcionó el código de la categoría de puesto ni las tablas de homologación con el comparativo entre las categorías autorizadas por la SHCP y las utilizadas para el pago de la nómina.
 - Las nóminas se integraron por 865,254.9 miles de pesos de percepciones, y 271,447.0 miles de pesos de deducciones, por lo que a los empleados se les pagó un monto neto de 593,807.9 miles de pesos.
 - Los pagos a los trabajadores se efectuaron mediante transferencias bancarias, excepto 15,501 pagos en efectivo por 105,842.9 miles de pesos, pero en 2023 solicitó a sus sindicatos que exhortaran a los trabajadores para que opten por el medio electrónico como forma preferente de pago.
 - En 2022 se pagaron 6,824.8 miles de pesos a 53 trabajadores asignados a la Comisión Revisora del Sindicato Independiente de Trabajadores del Colegio de Postgraduados, con derecho a goce de sueldo, lo cual se acreditó con los oficios de autorización respectivos.
 - Ningún servidor público de mando medio y superior del COLPOS recibió por el desempeño de su función, empleo, cargo o comisión, una remuneración mayor que la establecida para el Presidente de la República en 2022.
 - El colegio contrató a 259 empleados eventuales a los que les pagó 33,431.2 miles de pesos con cargo en la partida presupuestal 12201 “Remuneraciones a personal eventual”, la cual se autorizó en el

presupuesto de servicios personales de 2022 para el desarrollo de actividades en sus áreas administrativas.

- En 2022 el COLPOS enteró 190,309.0 miles de pesos del Impuesto sobre la Renta (ISR) al Servicio de Administración Tributaria (SAT), de los cuales 106,551.3 miles de pesos correspondieron a las retenciones efectuadas mediante las nóminas del personal de estructura y eventual; 17,122.9 miles de pesos, a las retenciones en los pagos de finiquitos, jubilaciones y liquidaciones, y 66,634.8 miles de pesos, al ISR causado por el otorgamiento de la “Compensación por antigüedad”.
 - El ISR de la compensación por antigüedad para el personal que tuvo derecho a ella en 2022, consignado en los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) por 66,634.8 miles de pesos, fue pagado por el COLPOS sin haberlo retenido a sus trabajadores, por disposición de sus contratos colectivos de trabajo, en los que se estableció que la compensación no es susceptible de gravámenes ni deducciones de impuestos.
5. En 2022, el COLPOS erogó 361,702.3 miles de pesos del presupuesto ejercido por 1,436,981.0 miles de pesos, mediante algún instrumento jurídico. Se revisaron 19 instrumentos jurídicos por un total de 72,793.0 miles de pesos, con los resultados siguientes:
- Se suscribieron con 17 proveedores y prestadores de servicios, de los cuales 13 son de nacionalidad mexicana y 4 de nacionalidad extranjera.
 - 13 contratos se suscribieron con fundamento en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 6 correspondieron a convenios de reconocimiento de adeudo y obligación de pago suscritos de conformidad con el Código Civil Federal.
 - Los bienes y servicios adquiridos se incluyeron en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios 2022 del COLPOS.
 - El COLPOS acreditó que seis proveedores o prestadores de servicios nacionales no se encontraron en el listado de contribuyentes que emiten comprobantes con inexistencia de operaciones y los cuatro restantes, al ser extranjeros, no les aplicaron las disposiciones del Código Fiscal de la Federación.
 - Los 13 proveedores de nacionalidad mexicana se constituyeron de conformidad con la normativa, contaron con la Cédula de Identificación Fiscal y la Constancia de Situación Fiscal, y cumplieron con sus obligaciones fiscales al presentar sus opiniones de cumplimiento en sentido positivo.
 - De los seis convenios de reconocimiento de adeudo y obligación de pago, no se comprobó el registro contable del pasivo por los servicios recibidos en 2021, ni su cancelación al pagarse en 2022.
 - Dos proveedores no presentaron la Declaración Informativa de Operaciones con Terceros aun cuando no caen en los supuestos previstos para su excepción.
- De los pagos por 72,793.0 miles de pesos correspondientes a los 19 instrumentos jurídicos de la muestra, se determinó lo siguiente:
- Formaron parte de los recursos reportados en el Estado Analítico del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022.
 - Se acreditaron con 208 CFDI que cumplieron con los requisitos establecidos en la normativa, y se encontraron con el estatus de “vigente” en el Portal de Verificación de CFDI del SAT, y seis facturas emitidas por los proveedores extranjeros, a las que no le son aplicables los preceptos previstos en el Código Fiscal de la Federación, por lo cual su estatus no fue susceptible de verificación.
 - No superaron los montos máximos establecidos en los contratos y se efectuaron en el plazo de 20 días naturales posteriores a la presentación de los CFDI.
 - Los servicios y bienes contratados se recibieron de conformidad con las cláusulas previstas en los contratos correspondientes.
6. El 16 de noviembre de 2021 se suscribió el Convenio de extinción y reversión total del contrato del Fideicomiso número 167304 para Apoyo a la Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico del Colegio de Postgraduados.
- El COLPOS captó recursos remanentes de los proyectos Externos que totalizaron 14,139.0 miles de pesos, correspondientes a los recursos remanentes de la operación de proyectos externos en materia de

investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación, de los cuales 12,346.8 miles de pesos se reconocieron como ingresos excedentes, 1,567.4 miles de pesos, como “Ingresos por Venta de Bienes y Prestación de Servicios”, y los 224.8 miles de pesos restantes se aplicaron en dos proyectos hasta su terminación.

- En el Anexo I de la Cuenta Pública 2021 y en los Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública al cuarto trimestre de 2021, el COLPOS reportó recursos disponibles por 34,061.7 miles de pesos, concepto que debió estar en ceros.
- En la primera sesión extraordinaria del 20 de enero de 2022, la Junta Directiva del COLPOS informó que el Fideicomiso concluyó su proceso de extinción con la actualización de los actos jurídicos para la solicitud de la baja en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH). No obstante, al cierre de la auditoría (octubre de 2023), el colegio informó que continúan en proceso las gestiones para dar de baja de la clave del Fideicomiso en el PASH.
- En el reporte “Información sobre los Fideicomisos, Mandatos y Análogos que no son entidades, con registro vigente al 31 de diciembre de 2022” de la Cuenta Pública 2022, se informaron montos en los ingresos, los egresos y las disponibilidades, cuando debieron reportarse en ceros.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y los 5 restantes generaron:

2 Recomendaciones, 1 Promoción del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal y 5 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Colegio de Postgraduados cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

El Colegio de Postgraduados:

- No registró contable ni presupuestalmente 449.8 miles de dólares, equivalentes a 9,025.6 miles de pesos, de acuerdo con el tipo de cambio de las fechas en que se suscribieron los convenios por los servicios devengados como pasivos.
- El Catálogo de cuentas no está actualizado.
- Pagó servicios personales a empleados que ocuparon plazas no autorizadas en el Analítico de Plazas y Remuneraciones del Presupuesto de Egresos de la Federación 2022, y que ya no se encontraban en funciones.
- Emitió CFDI por montos que no correspondieron con los determinados en la nómina, debido a que no se retuvo a los trabajadores el ISR por 66,634.8 miles de pesos, correspondiente a una prestación que percibe el personal, pero que pagó el colegio, ya que conforme a los contratos colectivos de trabajo esa prestación no era sujeta de retenciones ni deducciones por impuestos.
- Del Fideicomiso número 167304 para Apoyo a la Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico del Colegio de Postgraduados, reportó en la Cuenta Pública 2021 recursos disponibles por 34,061.7 miles de pesos, y en la Cuenta Pública 2022, presentó ingresos y egresos por 1,108.4 y 35,170.1 miles de pesos, respectivamente, pero el Fideicomiso ya no realizó operaciones desde noviembre de 2021.

Universidad Autónoma Chapingo

Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria - Educación Media Superior

Auditoría de Desempeño: 2022-1-08A1I-07-0385-2023

Modalidad: Presencial

385

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de educación media superior otorgados por la Universidad Autónoma Chapingo contribuyó a formar alumnos con calidad educativa para continuar su desarrollo y coadyuvar a la solución de los problemas del sector agropecuario.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y el temático comprendió la revisión de los resultados de la operación del Pp E001 “Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria” obtenidos por la Universidad Autónoma Chapingo relacionados con el estudio, actualización, la continuidad y enlace de los planes y programas de estudio del nivel medio superior con las necesidades del medio rural con el nivel superior; la cobertura de atención de estudiantes respecto de la oferta y demanda de lugares, así como la eficiencia terminal en este nivel; la capacitación otorgada al personal académico; las actividades de difusión de la cultura rural; la economía de los recursos ejercidos, y la eficacia en la formación de alumnos con calidad educativa que continúan sus estudios en el nivel superior.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de esta auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto de la prestación de servicios de educación media superior otorgados por la Universidad Autónoma Chapingo para contribuir a formar alumnos con calidad educativa para continuar su desarrollo y coadyuvar a la solución de los problemas del sector agropecuario.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, la UACH proporcionó servicios educativos en el nivel medio superior mediante la preparatoria agrícola y el propedéutico que conformaron su oferta educativa al reportar el egreso de 1,497 alumnos, con lo cual contribuyó a la formación de alumnos para que continúen su desarrollo en el nivel superior. No obstante, si bien se identificó el número de alumnos egresados en el nivel superior, la Universidad tiene como reto replantear sus sistemas de información de su estadística educativa para calcular el índice de eficiencia terminal, a fin de delimitar cuántos de los alumnos egresaron de los planes de estudios dentro del tiempo establecido; definir el diseño e instrumentación de políticas para el ingreso de los aspirantes y la permanencia de alumnos, así como determinar su capacidad de atención a la demanda potencial y si su cobertura educativa fue consecuente con sus recursos y adecuada a partir de considerar las tendencias de la demanda escolar y la necesidad de profesionales en el país.

En relación con la revisión y actualización de los planes y programas de estudios del nivel medio superior vigentes en 2022, se identificó que el de la preparatoria agrícola no ha tenido cambios desde su aprobación, en 1995, y el del propedéutico, de 2010, tuvo su única actualización en 2011, de manera que, en relación con el año de fiscalización, operaron sin ajustes durante 27 y 11 años, respectivamente. Asimismo, como parte de las políticas para la formación de capital humano, la UACH incluye la continuidad entre los planes y programas de estudio de bachillerato con los de nivel superior; no obstante, no acreditó dicha continuidad. Por lo anterior, la Universidad tiene como reto institucional realizar una revisión sistemática y permanente de aquellos para valorar su permanencia o, de ser necesario, proceder a su actualización y, con ello, garantizar contenidos congruentes entre los planes y programas de estudios de la preparatoria y el propedéutico con los de las licenciaturas e ingenierías que conforman su oferta educativa.

En la capacitación del personal académico, en 2022, la UACh reportó al 21.0% (61) de 290 docentes registrados en nivel medio superior que solicitaron participar en alguna actividad, por lo que la capacitación se otorgó a demanda, y no de conformidad con un análisis de las necesidades, en términos de superación académica, actualización y desarrollo profesional, de manera que la Universidad tiene como desafío realizar una evaluación de su personal académico para planear y programar la formación docente sobre aspectos educativos que contribuyan a la atención de las problemáticas del medio rural y del sector agropecuario.

En cuanto a la economía de los recursos del Pp E001, en la CP 2022 se reportó que la UACh ejerció 1,086,099.7 mdp en el nivel de medio superior, estos datos difieren en un 17.0% (157,691.4 miles de pesos) con los registros de la Universidad, en los que se refiere que se aplicaron 928,408.3 miles de pesos, por lo que la entidad fiscalizada requiere conciliar la información interna con lo reportado en los documentos de rendición de cuentas.

Sobre la contribución del nivel medio superior de la UACh en la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario, su labor sustantiva es la absorción en las ingenierías y licenciaturas de sus egresados de la preparatoria agrícola y del propedéutico; no obstante, debido a que la información proporcionada por la Universidad presentó inconsistencias en su integración, no fue posible determinar con exactitud cuántos de los alumnos que egresaron del nivel medio superior en 2022 dieron continuidad a sus estudios en el nivel superior a partir de delimitar el universo de los que en ese año ingresaron a este nivel educativo.

En materia de investigación, que es realizada por los profesores-investigadores que llevan a cabo sus funciones en el nivel medio superior y que pueden también participar en el nivel superior y posgrado, y que reciben apoyo de los alumnos de los tres niveles educativos, la Universidad remitió un listado de 11 proyectos de investigación vigentes en el año de fiscalización, sin que se acreditará su realización y si las problemáticas analizadas se corresponden con las que deben ser atendidas por el Pp E001. La UACh tiene como área de mejora acreditar que las investigaciones desarrolladas en el marco del Pp E001 se encuentran fundamentadas en un programa estratégico de investigación con base en un diagnóstico de necesidades, a fin de demostrar cómo su desarrollo y resultados influyen en la atención de éstas.

A partir del análisis realizado por la Auditoría Superior de la Federación de las áreas de mejora referidas en las auditorías para evaluar los resultados de 2022 de los servicios educativos en los niveles medio superior, superior y posgrado de la UACh, en relación con la formación de alumnos, técnicos, profesionales e investigadores para coadyuvar a la solución de la problemática del medio rural y del sector agropecuario, se identificaron aspectos estructurales que deben ser resueltos para subsanar las deficiencias detectadas y, con ello, evitar su recurrencia.

Para llevar a cabo una correcta y oportuna planeación y ejercicio de los recursos, se requiere que la UACh, de conformidad el plazo máximo de vigencia de los planes y programas de estudio de nivel superior y posgrado, cada cuatro años, elabore un diagnóstico en el que se precisen las problemáticas actuales del medio rural y del sector agropecuario, para lo cual es indispensable su vinculación con los diversos actores sociales y económicos cuya actividad se desarrolla en el sector e influye en la producción y transformación de alimentos, a efecto de que en él se incluyan sus apreciaciones relacionadas con las necesidades por atender para incrementar la productividad y contribuir a la autosuficiencia alimentaria y, en particular, el perfil del capital humano con educación superior que se requiere para dicho fin.

Con base en el diagnóstico antes descrito, para mejorar la ejecución de sus actividades sustantivas y cumplir con sus objetivos institucionales, la UACh tiene que desarrollar un análisis sobre su situación educativa para garantizar que sus planes y programas de estudio, en los tres niveles educativos, sean diseñados con contenidos innovadores, que permitan la formación de capital humano con conocimientos que sean consecuentes con el fin social de la Universidad y con las exigencias del sector productivo; formular un programa de capacitación constante de su personal académico para que esté actualizado sobre las necesidades y soluciones a las problemáticas de sus diferentes áreas, y que las investigaciones que se lleven a cabo con recursos públicos se enfoquen en atender las problemáticas del medio rural y del sector agropecuario detectadas, fomentando la prestación de servicios universitarios, como orientación y asesorías agrícolas, y la transferencia oportuna de conocimientos científicos y tecnología con los ejecutores de políticas públicas y los productores.

Consecuencias Sociales

En 2022, en el marco del Pp E001 "Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria", la Universidad Autónoma Chapingo otorgó servicios educativos en el nivel medio superior, con el ingreso de 1,975 alumnos y el egreso de 1,497, estos últimos con la oportunidad de continuar su formación profesional en alguna de las licenciaturas e ingenierías del nivel superior de la propia Universidad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

6 Recomendaciones al Desempeño.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, la Universidad Autónoma Chapingo operó el Programa presupuestario E001 “Desarrollo y Aplicación de Programas Educativos en Materia Agroalimentaria”, mediante la prestación de servicios educativos, entre otros, los proporcionados en el nivel medio superior al ingresar 1,535 alumnos y egresar 1,497 alumnos del nivel medio superior, de los cuales el 51.3% (768) fueron de la preparatoria agrícola y el 48.7% (729) correspondieron al propedéutico. Para ello, precisó que contó con los planes y programas de dichas modalidades, capacitó al personal académico en encuentros, convenciones, diplomados y talleres sobre tecnología de herramientas digitales, derechos humanos, literatura, bioquímica y botánica, realizó la difusión de la cultura rural y divulgó proyectos de investigación generados en la preparatoria agrícola.

La entidad fiscalizada también mostró áreas por mejorar que requieren ser atendidas prioritariamente, como:

- realizar el estudio sistemático y permanente de sus planes y programas de estudios, para determinar la pertinencia de su actualización;
- efectuar un análisis que le permita determinar las necesidades de capacitación y actualización de personal académico orientado en la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario;
- definir y determinar los alcances de la difusión de la cultura rural y divulgación de conocimientos generados en el nivel medio superior, así como programar actividades en la materia;
- establecer políticas de permanencia y egreso, así como de la capacidad de atención de la demanda educativa potencial, y
- rediseñar el indicador sobre la eficiencia terminal que le permita cuantificar que el universo de alumnos que egresaron del nivel medio superior en un año determinado forma parte del universo de los que ingresaron.

En términos sociales, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH) reportó un egreso de 1,497 alumnos del nivel medio superior, con la oportunidad de continuar su formación profesional en alguna de las licenciaturas e ingenierías de la propia Universidad.

Las recomendaciones derivadas de esta auditoría coadyuvarían a que la UACH fortalezca su labor para la formación de capital humano con conocimientos valorados en el sector agropecuario, lo que permitiría revertir más el desinterés de los jóvenes en éste y, simultáneamente, fomentaría la inclusión competitiva en el ámbito laboral de los egresados de la Universidad; además, se incentivaría la colaboración entre los estudiantes e investigadores con los productores mediante los servicios universitarios, así como el desarrollo de investigaciones innovadoras y la transferencia de conocimientos científicos y tecnología, con el fin de contribuir con las políticas nacionales relacionadas con incrementar la producción y la productividad agropecuaria para avanzar hacia la autosuficiencia alimentaria.

Universidad Autónoma Chapingo**Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria - Educación Superior**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-08A1I-07-0386-2023

Modalidad: Presencial

386

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de educación superior otorgados por la Universidad Autónoma Chapingo contribuyó a formar técnicos y profesionales con las habilidades para coadyuvar a la solución de los problemas del sector agropecuario.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y el alcance temático comprendió los resultados de la operación del Pp E001 “Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria” obtenidos por la Universidad Autónoma Chapingo relacionados con el estudio, actualización y acreditación de los planes y programas de estudios del nivel superior con las necesidades del medio rural; la cobertura de atención de estudiantes respecto de la oferta y demanda de lugares, así como la eficiencia terminal en este nivel; la capacitación otorgada al personal académico; las actividades de difusión y divulgación de los trabajos de investigación científica; la economía de los recursos ejercidos, la eficacia en la formación de técnicos y profesionales para generar conocimiento que permita atender los problemas del sector agropecuario y el diseño normativo institucional.

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

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, la UACH proporcionó servicios educativos en el nivel superior mediante 5 licenciaturas y 22 ingenierías que conformaron su oferta educativa, reportando el egreso de 1,198 alumnos, con lo cual la institución contribuyó a la formación de capital humano especializado en el sector agropecuario. La Universidad tiene como reto replantear sus sistemas de información de su estadística educativa para calcular el índice de eficiencia terminal, a fin de delimitar cuántos de los alumnos egresaron de los planes de estudios dentro del tiempo establecido; definir el diseño e instrumentación de políticas para el ingreso de los aspirantes y la permanencia de alumnos, así como determinar su capacidad de atención a la demanda potencial y si su cobertura educativa es consecuente con sus recursos y adecuada a partir de considerar las tendencias de la demanda escolar y la necesidad de profesionales en el país.

En relación con la revisión y actualización de los planes y programas de estudios, de los 27 del nivel superior vigentes en el año de fiscalización, 10 no se han actualizado desde su aprobación y, de éstos, 5 han operado sin ningún cambio por más de 15 años, por lo que la Universidad tiene como área de oportunidad realizar una revisión sistemática y permanente de aquellos para valorar su continuidad o, de ser necesario, proceder a su actualización y, con ello, garantizar la inclusión de contenidos innovadores con conocimientos que sean consecuentes con su fin social y con las exigencias del sector productivo.

En materia de capacitación del personal académico, en 2022, la UACH reportó que el 8.7% (57) de los 657 docentes registrados en el nivel superior solicitaron participar en alguna actividad, por lo que la capacitación se otorgó a demanda y no de conformidad con un análisis de sus necesidades, en términos de superación académica, actualización y desarrollo profesional, de manera que la Universidad tiene como desafío realizar una evaluación

de su personal académico para planear y programar la formación docente sobre aspectos educativos que contribuyan a la atención de las problemáticas del medio rural y del sector agropecuario.

En cuanto a la economía de los recursos del Pp E001, en la Cuenta Pública (CP) 2022 se reportó que la UACH ejerció 1,473,504.6 miles de pesos en el nivel superior, estos datos difieren en un 20.5% (301,806.7 miles de pesos) con los registros de la Universidad, en los que se refiere que se aplicaron 1,775,311.3 miles de pesos, por lo que la entidad fiscalizada requiere conciliar la información interna con lo reportado en los documentos de rendición de cuentas.

Sobre la contribución de la UACH, en la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario, la investigación y los servicios universitarios son las dos actividades sustantivas relacionadas con la formación de profesionales y la generación de conocimiento mediante las cuales la Universidad incursiona. En materia de investigación, que es realizada por los profesores-investigadores que llevan a cabo sus funciones en el nivel superior y que pueden también participar en el medio superior y posgrado, y que reciben apoyo de los alumnos de los tres niveles educativos, se identificó que la Universidad, en la "Agenda Agropecuaria", reportó 49 proyectos de investigación alineados al Programa Sectorial de Agricultura 2020-2024, así como 307 proyectos vigentes el año de fiscalización, sin que en estos últimos incluyeran los de la Agenda Agropecuaria. La UACH tiene como área de mejora acreditar que las investigaciones desarrolladas en el marco del Pp E001 se encuentran fundamentadas en un programa estratégico de investigación con base en un diagnóstico de necesidades, a fin de especificar cómo su desarrollo y resultados influyen en la atención de éstas.

En materia de servicios universitarios, la UACH refirió que realizó 32 actividades consistentes en transferencia de tecnología, asesorías, estudios técnicos, capacitación y comunicación, diagnósticos y gestorías y comercialización, en beneficio de 13,908 productores. La Universidad presenta como un área de mejora el acreditar que las actividades de servicio son consecuencia de solicitudes provenientes de productores, con el propósito de garantizar la articulación de la Universidad con los sectores sociales que requieren de sus servicios, en especial de los más desprotegidos del medio rural.

En lo relativo al diseño normativo-institucional, en 2022, la UACH no acreditó el avance de la implementación del Plan Operativo Anual y del cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2025, en términos del proceso de evaluación, actualización y fortalecimiento de la normativa universitaria, con el propósito de definir con precisión las funciones y atribuciones de todos los niveles directivos de la estructura universitaria y de los niveles operativos de sus actividades prioritarias relativas a planes y programas de estudios, capacitación del personal académico, difusión y divulgación de sus conocimientos, y la eficiencia terminal de los alumnos.

Para valorar la contribución a incrementar la capacidad productiva del sector agropecuario, teniendo en cuenta que dicha contribución puede no ser directa, sino por medio de su labor en instituciones públicas y privadas que sí tienen una participación concreta en la producción agropecuaria, con base en las encuestas realizadas por la propia Universidad, se identificó la incorporación de los alumnos egresados de la UACH del nivel superior y posgrado (que incluye ingenierías, licenciaturas, maestrías y doctorados) en el campo laboral, con lo cual se obtuvo que, en promedio anual, de 2016 a 2020, aquellos que se encontraban trabajando disminuyeron 15.6%, los que continuaron estudiando decrecieron en 29.3%, y los que se encontraban desempleados aumentaron en 37.6%. Asimismo, de los egresados encuestados de la generación 2021-2022, el 49.0% (148) se incorporaron al ámbito laboral, el 2.0% (7) continuaron estudiando y el 49.0% (139) estuvieron desempleados, y si bien en el caso de los egresados con empleo no se especifica si las actividades que llevan a cabo corresponden al sector agropecuario o se dirigen a incrementar la capacidad productiva de este sector, son un referente para conocer las oportunidades de los alumnos de la UACH para integrarse al mercado laboral.

A partir del análisis realizado por la Auditoría Superior de la Federación de las áreas de mejora referidas en las auditorías para evaluar los resultados de 2022 de los servicios educativos en los niveles medio superior, superior y posgrado de la UACH, en relación con la formación de alumnos, técnicos, profesionales e investigadores para coadyuvar a la solución de la problemática del medio rural y del sector agropecuario, se identificaron aspectos estructurales que deben ser resueltos para subsanar las deficiencias detectadas y, con ello, evitar su recurrencia.

Para llevar a cabo una correcta y oportuna planeación y ejercicio de los recursos, se requiere que la UACH, de conformidad el plazo máximo de vigencia de los planes y programas de estudio de nivel superior y posgrado, cada cuatro años, elabore un diagnóstico en el que se precisen las problemáticas actuales del medio rural y del sector agropecuario, para lo cual es indispensable su vinculación con los diversos actores sociales y económicos cuya actividad se desarrolla en el sector e influye en la producción y transformación de alimentos, a efecto de que en él se incluyan sus apreciaciones relacionadas con las necesidades por atender para incrementar la productividad

y contribuir a la autosuficiencia alimentaria y, en particular, el perfil del capital humano con educación superior que se requiere para dicho fin.

Con base en el diagnóstico antes descrito, para mejorar la ejecución de sus actividades sustantivas y cumplir con sus objetivos institucionales, la UACH tiene que desarrollar un análisis sobre su situación educativa para garantizar que sus planes y programas de estudio, en los tres niveles educativos, sean diseñados con contenidos innovadores, que permitan la formación de capital humano con conocimientos que sean consecuentes con el fin social de la Universidad y con las exigencias del sector productivo; formular un programa de capacitación constante de su personal académico para que esté actualizado sobre las necesidades y soluciones a las problemáticas de sus diferentes áreas, y que las investigaciones que se lleven a cabo con recursos públicos se enfoquen en atender las problemáticas del medio rural y del sector agropecuario detectadas, fomentando la prestación de servicios universitarios, como orientación y asesorías agrícolas, y la transferencia oportuna de conocimientos científicos y tecnología con los ejecutores de políticas públicas y los productores.

Consecuencias Sociales

En 2022, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH), por medio del Programa presupuestario E001 “Desarrollo y Aplicación de Programas Educativos en Materia Agroalimentaria”, reportó el ingreso de 1,199 alumnos provenientes del nivel medio superior, que si se tomara en consideración el número de estudiantes que egresó del bachillerato de la universidad en ese año (1,497 estudiantes), se estima una atención de la demanda potencial del 80.1%; asimismo, registró un egreso de 1,198 alumnos del nivel superior, y una titulación 1,131 de técnicos y profesionales con conocimientos y habilidades para la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario. Además, la Universidad prestó servicios de orientación y asesoría a 13,908 productores del sector agropecuario promoviendo la recuperación de sus conocimientos y optimizando sus recursos, con el fin de fortalecer y mejorar sus capacidades productivas.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, 7 generaron:

7 Recomendaciones al Desempeño.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH) operó el Programa presupuestario E001 “Desarrollo y Aplicación de Programas Educativos en Materia Agroalimentaria”, mediante la prestación de servicios educativos, entre otros, los proporcionados en el nivel superior por medio de 22 ingenierías y 5 licenciaturas, al ingresar 1,199 alumnos y egresar 1,198 alumnos en este nivel educativo, así como la titulación de 1,131 estudiantes. Además, el personal académico y los alumnos llevaron a cabo actividades de servicio, como son la transferencia de tecnología, asesorías, estudios técnicos, capacitación y diagnósticos, para la formación de capacidades y la adopción de tecnologías para la producción; el aprovechamiento sustentable y racional de los recursos; la apropiación de conocimientos tradicionales y el mejoramiento de la gestión, en regiones de Oaxaca, Durango, Tlaxcala, Morelos, Puebla, Nayarit, Guerrero e Hidalgo.

La entidad fiscalizada también mostró áreas por mejorar que requieren ser atendidas prioritariamente, como:

- realizar el estudio sistemático y permanente de sus planes y programas de estudios, así como su actualización y acreditación;
- efectuar un análisis que le permita determinar las necesidades de capacitación y actualización de personal académico orientado en la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario;
- definir y determinar los alcances de la difusión y divulgación de conocimientos generados en el nivel superior de la UACH;
- establecer políticas de permanencia y egreso, así como de la capacidad de oferta de lugares que tuvo la Universidad en el nivel superior;

- rediseñar el indicador de la eficiencia terminal, que le permita cuantificar, nominalmente, que el universo de alumnos que egresaron del nivel superior en un año determinado forma parte del universo de los que ingresaron;
- generar un programa estratégico de investigación orientado prioritariamente al desarrollo científico, tecnológico y sustentable para coadyuvar a la solución de problemas del medio rural, y
- fortalecer la vinculación de la Universidad con el sector productivo agropecuario y forestal del país y generar intercambios de experiencia y conocimientos en ambas partes.

En términos sociales, en 2022, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH) registró un egreso de 1,198 alumnos del nivel superior, y la titulación de 1,131 técnicos y profesionales con conocimientos y habilidades para la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario.

Las recomendaciones de la ASF coadyuvarían a que la UACH fortalezca su labor para la formación de capital humano con conocimientos valorados en el sector agropecuario, lo que permitiría revertir el desinterés de los jóvenes en éste y, simultáneamente, fomentaría la inclusión competitiva en el ámbito laboral de los egresados de la Universidad; además, se incentivaría la colaboración entre los estudiantes e investigadores con los productores mediante los servicios universitarios, así como el desarrollo de investigaciones innovadoras y la transferencia de conocimientos científicos y tecnología, con el fin de contribuir con las políticas nacionales relacionadas con incrementar la producción y la productividad agropecuaria para lograr la autosuficiencia alimentaria.

Universidad Autónoma Chapingo

Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria - Posgrado

Auditoría de Desempeño: 2022-1-08A1I-07-0387-2023

Modalidad: Presencial

387

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de educación de nivel posgrado otorgados por la Universidad Autónoma Chapingo contribuyó a formar investigadores y desarrollar investigación para coadyuvar a la solución de los problemas del sector agropecuario.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y el alcance temático comprendió los resultados de la operación del Pp E001 “Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria” obtenidos por la Universidad Autónoma Chapingo relacionados con el diagnóstico y actualización de los planes y programas de estudios del nivel posgrado con las necesidades del medio rural; la cobertura de atención de estudiantes respecto de la oferta y demanda de lugares, así como la eficiencia terminal en este nivel; la capacitación otorgada al personal académico; las actividades de difusión y divulgación del conocimiento científico; la economía de los recursos ejercidos, y la eficacia en la formación de investigadores y en la realización de investigaciones para contribuir a atender los problemas del sector agropecuario.

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

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, para 2022, la UACH proporcionó servicios educativos en el nivel posgrado mediante 14 maestrías y 12 doctorados que conformaron su oferta educativa y reportó el egreso de 109 alumnos, con lo cual contribuyó a la formación de capital humano especializado en el sector agropecuario; sin embargo, no acreditó el resultado del indicador de eficiencia terminal alcanzado en 2022, por lo que con base en la información remitida por la entidad, conforme a lo definido en el ámbito educativo, la ASF estimó que la eficiencia terminal para el nivel posgrado para las generaciones que concluyeron sus estudios en 2022, fue de 53.8% para los alumnos de las maestrías y 46.9% para los alumnos de doctorado, estos datos resultaron menores a la estimación para las generaciones de 2018 a 2021, ya que la eficiencia terminal de los alumnos de maestría fue mayor al 84.3%, mientras que para los alumnos de doctorado fue de 90.9%, lo que sugiere que la Universidad requiere fortalecer sus mecanismos académicos para favorecer la permanencia e incentivar a los alumnos a concluir su formación.

En relación con la revisión y actualización de los planes y programas de estudios, de los 26 del nivel posgrado vigentes en el año de fiscalización, para 14 no acreditó la fecha de actualización, mientras que 8 de ellos se actualizaron entre 2006 y 2020 y 4 en 2022 y 2023, por lo que la Universidad tiene como área de oportunidad realizar una revisión sistemática y permanente para valorar su continuidad y de ser necesario, proceder a su actualización y, con ello, garantizar la inclusión de contenidos innovadores que permitan dotar a los estudiantes de nivel posgrado de conocimientos especializados para proponer soluciones al problema actual que enfrenta el sector.

En materia de capacitación del personal académico, en 2022 la UACH capacitó al 5.8% (1) de los 17 docentes de nivel de posgrado; no obstante, no acreditó contar con un análisis de las necesidades de actualización del personal

académico que le permita planear y programar la formación docente sobre aspectos educativos que contribuyan a atender las problemáticas del medio rural y del sector agropecuario.

En cuanto a la economía de los recursos en el nivel posgrado, mediante sus registros internos, la UACH informó que realizó un gasto de 130,187.3 miles de pesos, lo cual difiere con el monto reportado en la Cuenta Pública 2022, de 672,812.0 miles de pesos, en un 80.7% (542,624.7 miles de pesos), por lo que la entidad fiscalizada requiere fortalecer sus mecanismos de control presupuestario

Sobre la contribución a la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario, la Universidad, mediante la investigación y la formación de investigadores aporta elementos para la generación de conocimiento científico y tecnológico que coadyuve a la solución de dicha problemática. En materia de investigación, que es realizada por los profesores-investigadores que llevan a cabo sus funciones en el nivel posgrado y que pueden también participar en el medio superior y superior, y que reciben apoyo de los alumnos de los tres niveles educativos, se identificó que la Universidad, en la “Agenda Agropecuaria”, reportó 49 proyectos de investigación alineados al Programa Sectorial de Agricultura 2020-2024, así como 307 proyectos vigentes en el año de fiscalización, sin que en estos últimos se incluyeran los de la Agenda Agropecuaria. La UACH no acreditó que las investigaciones desarrolladas en el marco del Pp E001 se encuentran fundamentadas en un programa estratégico de investigación con base en un diagnóstico de necesidades, a fin de especificar cómo su desarrollo y resultados influyen en la atención de éstas.

Sobre la formación de capital humano, la UACH informó que, en 2022, se registraron 166 profesores investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI)^{1/}; sin embargo, esa cifra difiere con los 192 investigadores de la UACH registrados en el padrón de beneficiarios del SNI, del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT), así como con los resultados reportados en la Cuenta Pública, por lo que la entidad fiscalizada requiere fortalecer sus mecanismos de registro para contar con información precisa.

Para valorar la contribución a incrementar la capacidad productiva del sector agropecuario, teniendo en cuenta que dicha contribución puede no ser directa, sino por medio de su labor en instituciones públicas y privadas que sí tienen una participación concreta en la producción agropecuaria, con base en las encuestas realizadas por la propia Universidad, se identificó la incorporación de los alumnos egresados del nivel superior y posgrado (que incluye ingenierías, licenciaturas, maestrías y doctorados) en el campo laboral, con lo cual se obtuvo que, en promedio anual, de 2016 a 2020, aquellos que se encontraban trabajando disminuyeron 15.6%, los que continuaron estudiando decrecieron en 29.3%, y los que se encontraban desempleados aumentaron en 37.6%. Asimismo, de los egresados encuestados de la generación 2021-2022, el 49.0% (148) se incorporaron al ámbito laboral, el 2.0% (7) continuaron estudiando y el 49.0% (139) estuvieron desempleados, y si bien en el caso de los egresados con empleo, no se especifica si las actividades que llevan a cabo corresponden al sector agropecuario o se dirigen a incrementar la capacidad productiva de este sector, son un referente para conocer las oportunidades de los alumnos de la UACH para integrarse al mercado laboral.

A partir del análisis realizado por la Auditoría Superior de la Federación de las áreas de mejora referidas en las auditorías para evaluar los resultados de 2022 de los servicios educativos en los niveles medio superior, superior y posgrado de la UACH, en relación con la formación de alumnos, técnicos, profesionales e investigadores para coadyuvar a la solución de la problemática del medio rural y del sector agropecuario, se identificaron aspectos estructurales que deben ser resueltos para subsanar las deficiencias detectadas y, con ello, evitar su recurrencia.

Para llevar a cabo una correcta y oportuna planeación y ejercicio de los recursos, se requiere que la UACH, de conformidad el plazo máximo de vigencia de los planes y programas de estudio de nivel superior y posgrado, cada cuatro años, elabore un diagnóstico en el que se precisen las problemáticas actuales del medio rural y del sector agropecuario, para lo cual es indispensable su vinculación con los diversos actores sociales y económicos cuya actividad se desarrolla en el sector e influye en la producción y transformación de alimentos, a efecto de que en él se incluyan sus apreciaciones relacionadas con las necesidades por atender para incrementar la productividad y contribuir a la autosuficiencia alimentaria y, en particular, el perfil del capital humano con educación superior que se requiere para dicho fin.

Con base en el diagnóstico antes descrito, para mejorar la ejecución de sus actividades sustantivas y cumplir con sus objetivos institucionales, la UACH tiene que desarrollar un análisis sobre su situación educativa para garantizar que sus planes y programas de estudio, en los tres niveles educativos, sean diseñados con contenidos innovadores,

1/ El SNI busca reconocer la labor de las personas dedicadas a producir conocimiento científico y tecnología, dicho reconocimiento se otorga mediante la evaluación por pares y consiste en otorgar el nombramiento de investigador nacional.

FUENTE: Sistema Nacional de Investigadores [en línea] Portal del CONAHCyT [consulta: 27 de junio de 2023] disponible en: <https://conahcyt.mx/sistema-nacional-de-investigadores/>

que permitan la formación de capital humano con conocimientos que sean consecuentes con el fin social de la Universidad y con las exigencias del sector productivo; formular un programa de capacitación constante de su personal académico para que esté actualizado sobre las necesidades y soluciones a las problemáticas de sus diferentes áreas, y que las investigaciones que se lleven a cabo con recursos públicos se enfoquen en atender las problemáticas del medio rural y del sector agropecuario detectadas, fomentando la prestación de servicios universitarios, como orientación y asesorías agrícolas, y la transferencia oportuna de conocimientos científicos y tecnología con los ejecutores de políticas públicas y los productores.

Consecuencias Sociales

En 2022, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH), por medio del Programa presupuestario E001 “Desarrollo y Aplicación de Programas Educativos en Materia Agroalimentaria”, reportó el ingreso del 67.8% (198) de los 292 aspirantes de las 14 Maestrías y de los 12 Doctorados que se impartieron en ese año; asimismo, registró un egreso de 109 alumnos del nivel posgrado, de los cuales el 58.7% (64) fueron de las Maestrías y el 41.3% (45) correspondieron al Doctorado, e informó que 192 de los profesores investigadores de su plantilla de personal académico formaron parte del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), con lo cual la Universidad contribuyó a la formación de capital humano especializado para la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

6 Recomendaciones al Desempeño.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH) operó el Programa presupuestario E001 “Desarrollo y Aplicación de Programas Educativos en Materia Agroalimentaria”, mediante la prestación de servicios educativos al ingresar 198 alumnos y egresar 109 alumnos del nivel posgrado, de los cuales el 58.7% (64) fueron de las maestrías y el 41.3% (45) correspondieron al doctorado. Para ello, la Universidad contó con los planes y programas de dichas modalidades, capacitó a un personal académico; realizó la difusión y divulgación de proyectos de investigación generados por el nivel posgrado, y registró a profesores investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

La entidad fiscalizada también mostró áreas por mejorar que requieren ser atendidas prioritariamente, como:

- revisar los diagnósticos de la problemática actual en el medio rural y del sector agropecuario, con el propósito de efectuar el estudio sistemático y permanente de sus planes y programas de estudios para su actualización;
- efectuar un análisis que le permita determinar las necesidades de capacitación y actualización de personal académico de posgrado orientado en la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario;
- establecer políticas de permanencia y conclusión de los alumnos, así como para delimitar la capacidad de atención de la demanda potencial de lugares de la Universidad en el nivel de posgrado;
- generar un programa estratégico de investigación orientado prioritariamente al desarrollo científico, tecnológico y sustentable para coadyuvar a la solución de problemas del medio rural, y
- fortalecer la vinculación de la Universidad con el sector productivo agropecuario y forestal del país, y generar intercambios de experiencia y conocimientos.

En términos sociales, en 2022, la Universidad Autónoma Chapingo (UACH) registró un egreso de 109 alumnos del nivel posgrado y registró 192 profesores investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) con conocimientos especializados para la atención de la problemática del medio rural y del sector agropecuario.

Las recomendaciones derivadas de esta auditoría coadyuvarían a que la UACH fortalezca su labor para la formación de capital humano con conocimientos valorados en el sector agropecuario, lo que permitiría revertir más el desinterés de los jóvenes en éste y, simultáneamente, fomentaría la inclusión competitiva en el ámbito laboral de

los egresados; además, se incentivaría la colaboración entre los estudiantes e investigadores con los productores mediante los servicios universitarios, así como el desarrollo de investigaciones innovadoras y la transferencia de conocimientos científicos y tecnología, con el fin de contribuir con las políticas nacionales relacionadas con incrementar la producción y la productividad agropecuaria para avanzar hacia la autosuficiencia alimentaria.

Secretaría de Educación Pública**Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Educación: Atención de Planteles Federales de Educación Media Superior con Estudiantes con Discapacidad**

Auditoría de Desempeño: 2022-0-11100-07-0274-2023

Modalidad: Presencial

274

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados de la Secretaría de Educación Pública en el otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial en planteles de educación media superior, a fin de determinar su contribución en el derecho a la educación de las personas con discapacidad para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, utilizando como periodo de referencia 2020-2021, y el temático comprendió la economía en el ejercicio del presupuesto del Pp S298, la revisión de los resultados de la Secretaría de Educación Pública en el diseño normativo, programático y presupuestario; la selección de los planteles federales de educación media superior; los proyectos institucionales de los planteles federales de educación media superior; y la contribución en el derecho a la educación de las personas con discapacidad para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de esta auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto de la operación del Pp S298 para el otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial en planteles de educación media superior, a fin de determinar su contribución en el derecho a la educación de las personas con discapacidad para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resultados

Los resultados de la revisión del Programa Atención de Planteles Federales de Educación Media Superior con Estudiantes con Discapacidad, en cuanto al otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial en planteles de educación media superior, en 2022, fueron los siguientes:

- Respecto del diseño normativo que enmarca la operación del Pp S298, en 2022, se establecieron preceptos referentes al reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a la educación, sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades.

Sin embargo, las Reglas de Operación del Pp S298 no se diseñaron conforme a lo señalado en la normativa establecida, ya que la dependencia no identificó con precisión a la población objetivo; el establecimiento de mecanismos para buscar fuentes alternativas de ingresos para lograr una mayor autosuficiencia y una disminución o cancelación de los apoyos con cargo a recursos presupuestarios; ni la coordinación de acciones entre dependencias y entidades, para evitar la duplicación en el ejercicio de los recursos y reducir gastos administrativos, a fin de dar cumplimiento a lo señalado en la normativa establecida.

- La dependencia publicó las Reglas de Operación del PAPFEMS, para el ejercicio fiscal 2022, de conformidad con la normativa; asimismo, emitió la convocatoria del programa con la finalidad de que los planteles federales realizaran sus registros para la obtención de apoyos económicos; sin embargo, no se definió el plazo para que las SEMS determinen los planteles federales de educación media superior que recibirían el apoyo económico.

- De acuerdo con la selección de planteles federales, se verificó que, en 2022, 229 planteles federales registraron sus proyectos institucionales en el sistema informático de la SEP, de los cuales 228 contaron con un diagnóstico en el que se precisó la población estudiantil con discapacidad y el tamaño de la población; detallaron los objetivos de las propuestas, e indicaron el destino de los recursos solicitados. Asimismo, se identificó que 227 suscribieron sus cartas compromiso de conformidad con la normativa establecida, y que faltó el soporte documental de 2 planteles correspondientes al Estado de México e Hidalgo; 228 remitieron el oficio para la solicitud de los apoyos del programa quedando pendiente un plantel de la AEL del Estado de México y 227 enviaron su carta de presentación de los proyectos institucionales, y 2 planteles federales de las AEL de Estado de México e Hidalgo no lo proporcionaron y se constató que tenían matriculados a 12,509 personas con discapacidad y para ese año en total solicitaron un apoyo económico por 12,358.5 miles de pesos.
- En relación con los proyectos institucionales (PI) de los planteles federales de educación media superior, se aprobó un total de 194, de los cuales 189 eran de tipo "A", y 5 de tipo "B", con un monto total autorizado de 10,501.2 miles de pesos, con los que se pretendía beneficiar a 10,723 estudiantes con discapacidad; no obstante, de estos PI se comprobó que la dependencia no realizó la publicación y notificación a las AEL y Direcciones Generales adscritas a la SEMS de la relación de los planteles seleccionados, durante los 20 días naturales posteriores al término de la selección de beneficiarios. Sin embargo, de los 35 proyectos que no fueron aprobados, 29 tipo "A" y 6 tipo "B", y la información no fue clara, ni contó con la calidad suficiente para identificar los motivos por los que fueron rechazados.
- En 2022, el proceso de operación del Pp S298 se quedó hasta la etapa de selección de los planteles federales que pudieron recibir el subsidio y que la SEP no publicó sus resultados en la página de la SEMS, por lo que tampoco se efectuó la suscripción de los convenios ni se ministraron los recursos económicos y si bien se determinó que el presupuesto aprobado y las adecuaciones presupuestarias acreditan el presupuesto original reportado en Cuenta Pública la dependencia auditada careció de la documentación que demuestre en qué medida las adecuaciones contribuyeron a un mejor cumplimiento de los objetivos establecidos en el programa S298. Además, se identificó que, desde 2020 y hasta 2022, la SEP no ejerció los recursos asignados para el otorgamiento de los subsidios, por medio del Pp S298, lo que significó que en tres años se dejó de atender a los planteles federales de educación media superior que tenían matriculados a personas con discapacidad mediante el programa.

Consecuencias Sociales

En 2022, la SEP no otorgó los subsidios a los 229 planteles federales con estudiantes con discapacidad que presentaron sus proyectos institucionales para la realización de adecuaciones de infraestructura, equipamiento, material educativo y apoyos a figuras solidarias, por medio del Programa presupuestario S298, por lo que no se favoreció a la reducción de las brechas que limitan la incorporación a los servicios educativos del nivel medio superior de las personas con discapacidad, y tampoco se contribuyó a su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 5 restantes generaron:

6 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios de la Auditoría Especial de Desempeño, para 2022, la SEP no ejecutó los Proyectos Institucionales para mejorar las condiciones de acceso y equidad de las personas con discapacidad en el nivel medio superior, debido a que no entregó los subsidios correspondientes al Pp S298, lo que implicó que los planteles federales de educación media superior no atendieran las necesidades de equipamiento, infraestructura y materiales educativos, mediante el PAPFEMS, ni la contribución del programa a reducir las brechas que limitan la incorporación de las personas con discapacidad a los servicios educativos del nivel medio superior, así como favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

La atención de las recomendaciones que emita la ASF incidirán en que la SEP perfeccione el diseño normativo, programático y presupuestario del PpS298; identifique oportuna y cuantitativamente su población objetivo y la matrícula de estudiantes del nivel medio superior con discapacidad, y mejore sus estrategias de ejecución de los procesos del programa para tener un control sobre el desarrollo del proceso para el otorgamiento de los subsidios, para que, con base en ello, se asegure de que los recursos federales se destinen a las finalidades para las que

fueron aprobados en el presupuesto de egresos, con el propósito de que la dependencia cuente con los elementos necesarios para cumplir con sus objetivos en la inclusión de las personas con discapacidad en el nivel medio superior y entregue oportunamente los subsidios bajo los criterios de eficiencia, eficacia, economía y control.

Secretaría de Educación Pública

Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Educación: Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial

Auditoría de Desempeño: 2022-0-11100-07-0275-2023

Modalidad: Presencial

275

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados de la Secretaría de Educación Pública en el otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial Básica, a fin de determinar su contribución en el derecho a la educación de las personas con discapacidad para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Alcance

La auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022. El alcance temático comprenderá la revisión de los resultados de la Secretaría de Educación Pública en el diseño normativo, programático y presupuestario del programa S295; la selección de las autoridades educativas locales; la formalización de los convenios; la elaboración del Plan Anual de Trabajo y sus modificaciones; la ministración de los subsidios a las autoridades educativas locales, así como el seguimiento de los subsidios del Pp S295 para la atención de personas con discapacidad mediante el fortalecimiento de los agentes educativos, el equipamiento específico y el establecimiento de los vínculos interinstitucionales; la contribución en el derecho a la educación de las personas con discapacidad para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad, y la economía en el ejercicio del presupuesto.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de esta auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por la dependencia fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto de la operación del Pp S295 en el otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial Básica, a fin de determinar su contribución en el derecho a la educación de las personas con discapacidad para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resultados

Los resultados de la revisión del Programa Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial, en cuanto al otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial en planteles de educación básica, en 2022, fueron los siguientes:

- Se identificó que, para 2022, en el diseño normativo que enmarca la operación del Pp S295 se establecieron preceptos referentes al reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a la educación, sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades.

Sin embargo, las Reglas de Operación del Pp S295 no se diseñaron conforme a lo señalado en la normativa, ya que la SEP no identificó con precisión la población objetivo, así como el establecimiento de mecanismos para la coordinación de acciones entre dependencias y entidades, para evitar duplicación en el ejercicio de los recursos y reducir gastos administrativos.

- Respecto de la selección de las autoridades educativas locales, la dependencia publicó las Reglas de Operación del Pp S295 para 2022, y se verificó que las 32 AEL que participaron en el programa remitieron la Carta Compromiso Única de conformidad con la normativa. Asimismo, si bien en los diagnósticos correspondientes al programa se identificó que las 32 AEL contaron con un total de 6,753 SEE, en los cuales se atendieron a 210,240 personas con discapacidad y a 19,727 personas con aptitudes sobresalientes, no fue posible constatar que las AEL que participaron en la operación del programa remitieron a la SEP el diagnóstico dentro de los primeros 10 días hábiles del mes de enero, además, las cifras y cálculos reportados en los documentos no se realizaron de forma correcta, por lo que no se contó

con información de calidad y confiable respecto de las necesidades de los SEE a fin de realizar una adecuada planeación de las actividades.

- Además, se verificó que la SEP formalizó los convenios para la operación del Pp S295 con las 32 AEL a más tardar el último día hábil del mes de marzo de 2022 y que establecieron en su Anexo Único la calendarización para la transferencia de 412,337.9 miles de pesos en el mes de mayo y de 274,891.9 miles de pesos en julio, con un total de 687,229.9 miles de pesos para la operación del programa, en ese año, de acuerdo con lo mandatado.
- En relación con el Plan Anual de Trabajo (PAT) 2022 inicial del Pp S295, se constató que 30 de las 32 AEL remitieron el Plan Anual de Trabajo inicial y la Base Datos Inicial (BDI), asimismo, la SEP remitió a las autoridades los comentarios y observaciones pertinentes a los documentos, dentro de los plazos establecidos en la normativa, y acreditó que una vez corregidos los documentos por las 32 AEL éstos fueron validados mediante oficio; sin embargo, la Ciudad de México entregó 3 días naturales tarde y Tabasco con un día natural de retraso la información, además, con la revisión validada del PAT y la BDI se constató que, si bien registraron un monto total de presupuesto de 687,229.9 miles de pesos, conforme a lo establecido en los convenios del Pp S295, y se ajustaron los montos de las actividades sustantivas, gastos de operación, así como para las actividades de acuerdo con los porcentajes que señalan las reglas, se detectaron diferencias en las cifras en cuatro de las 32 AEL, por lo que no contó con información de calidad y confiable de la planeación de las actividades del Pp S295.
- Respecto de la ministración de los recursos, en 2022, la SEP notificó a las 32 AEL la reducción del 47.8% del presupuesto inicial para la operación del Pp S295, que pasó de 687,229.9 miles de pesos aprobados para las 32 autoridades a 358,688.3 miles de pesos, de conformidad con lo mandatado, y se acreditó la ministración de dicho monto; sin embargo, los pagos no fueron realizados conforme a los calendarios establecidos en los convenios formalizados con las 32 AEL para la operación del Pp S295.
- En cuanto a las modificaciones al Plan Anual de Trabajo 2022 del Pp S295, en 2022, las 32 AEL solicitaron a la SEP modificaciones al PAT 2022, derivado del ajuste presupuestario y de ahorros presupuestarios y para atender los objetivos del Pp S295, los cuales fueron validados por la SEP, de acuerdo con lo mandatado. Además, se identificó que en el PAT modificado las AEL registraron, respecto de las personas con discapacidad, actividades en beneficio de 6,002 SEE y 212,599 estudiantes para el fortalecimiento de agentes educativos, 2,782 SEE y 123,789 educandos para el equipamiento específico, así como 981 servicios y 24,822 estudiantes beneficiados por los vínculos interinstitucionales, para estudiantes con aptitudes sobresalientes reportaron actividades en beneficio de 4,858 escuelas y 19,674 estudiantes para el fortalecimiento de agentes educativos, 3,054 SEE y 16,567 educandos para el equipamiento específico y 1,012 servicios y 4,065 estudiantes apoyados por los vínculos interinstitucionales; sin embargo, se detectaron diferencias en el cálculo de las cifras correspondientes a los recursos con los que se operó el Pp S295, por lo que no se contó con información de calidad y confiable para asegurar que los recursos son ejercidos conforme a lo establecido en las Reglas de Operación del programa.
- Para el seguimiento de los subsidios del Pp S295, en 2022, la SEP acreditó que las 32 AEL elaboraron y remitieron los informes trimestrales de Avance Físico Financiero, así como los Técnico Pedagógicos; sin embargo, se identificaron AEL que no cumplieron con el envío dentro de la fecha límite de 10 días hábiles posteriores a la terminación del trimestre que se reporta, además, en el cuarto informe de la AEL de Chihuahua se identificó que se registró en el total de recursos un monto de 39.6 miles de pesos, pero difiere de los 218.0 miles de pesos, por lo que se determinó que las AEL que participan en el programa no realizaron el llenado de los formatos de forma correcta, por lo que no cuenta con información de calidad y confiable para asegurar que los recursos son ejercidos conforme a lo establecido en las Reglas de Operación del programa.
- Finalmente, se constató que, en 2022, mediante los subsidios otorgados con el Pp S295, la SEP atendió a un total de 5,562 SEE mediante el fortalecimiento de agentes educativos, 2,885 servicios con el equipamiento específico y 1,704 mediante vínculos interinstitucionales, lo cual benefició a 186,373 personas con discapacidad (67,053 mujeres y 119,320 hombres) y a 19,002 con aptitudes sobresalientes (9,054 mujeres y 9,948 hombres), en 31 de las 32 AEL, ya que la Ciudad de México reintegró los recursos del programa, además, a nivel nacional se registraron 950,478 mujeres con discapacidad, de las cuales se benefició con el programa al 7.1% (67,053 personas), 1,121,385 hombres, de los que se atendió mediante el Pp S295 al 10.6% (119,320 personas), dando un total de 2,071,863 personas con discapacidad en el país, de los que se favoreció al 9.0% (186,373 personas), por lo cual se verificó que con la operación del Pp S295 se contribuyó a brindar una educación equitativa e inclusiva acorde a las

necesidades de educandos con discapacidad y aptitudes sobresalientes, así como favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Consecuencias Sociales

En 2022, la Secretaría de Educación Pública con la operación del Pp S295 otorgó subsidios en apoyo a un total de 5,562 SEE mediante el fortalecimiento de agentes educativos, 2,885 servicios con el equipamiento específico y 1,704 mediante vínculos interinstitucionales, lo cual benefició a 186,373 personas con discapacidad (67,053 mujeres y 119,320 hombres) y a 19,002 con aptitudes sobresalientes (9,054 mujeres y 9,948 hombres), con lo cual contribuyó a brindar una educación equitativa e inclusiva acorde a las necesidades de educandos con discapacidad y aptitudes sobresalientes, así como favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 10 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y 8 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, la Secretaría de Educación Pública ejecutó el programa S295 para otorgar subsidios en apoyo a un total de 5,562 SEE mediante el fortalecimiento de agentes educativos, 2,885 servicios con el equipamiento específico y 1,704 mediante vínculos interinstitucionales, con lo que benefició a 186,373 personas con discapacidad (67,053 mujeres y 119,320 hombres) y a 19,002 con aptitudes sobresalientes (9,054 mujeres y 9,948 hombres). En relación con las personas con discapacidad, se verificó que en el ámbito nacional se registraron 950,478 mujeres con discapacidad, de las cuales se benefició con el programa al 7.1% (67,053 personas), 1,121,385 hombres, de los que se atendió mediante el Pp S295 al 10.6% (119,320 personas), lo que representó un total de 2,071,863 personas con discapacidad en el país, de los que se favoreció al 9.0% (186,373 personas), por lo que con el Pp S295 se contribuyó a otorgar una educación equitativa e inclusiva acorde con las necesidades de educandos con discapacidad y aptitudes sobresalientes, así como favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

La atención de las recomendaciones que emita la ASF incidirán en que la SEP perfeccione el diseño normativo, programático y presupuestario del Pp S295, así como sus mecanismos de control y fortalezca sus sistemas de información para que los diagnósticos, su Plan Anual de Trabajo, así como el seguimiento de cada una de las AEL cumplan con las fechas establecidas en la normativa para la entrega de sus documentos y que sus registros sean coincidentes, a fin de evitar diferencias en las cifras que reporten.

Secretaría de Educación Pública**La Escuela es Nuestra**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-0-11100-19-0280-2023

Modalidad: Presencial

280

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera para verificar que el presupuesto asignado al programa presupuestario "La Escuela es Nuestra" se ejerció y registró conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	12,919,808.9
Muestra Auditada	12,919,808.9
Representatividad de la Muestra	100.0%

El universo de 12,919,808.9 miles de pesos corresponde al presupuesto ejercido en el ejercicio 2022 por la Dirección General la Escuela es Nuestra de la Secretaría de Educación Pública en cuatro partidas de gasto de los capítulos 1000 "Servicios Personales", 3000 "Servicios Generales", y 4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas", para la operación del programa U282 "La Escuela es Nuestra", los cuales se revisaron en su totalidad y se integran como se muestra a continuación:

INTEGRACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA REVISADA
EJERCICIO 2022
(Miles de pesos)

Partida	Concepto de la partida de gasto	Importe revisado
12101	Honorarios	2,326.6
12201	Sueldos base al personal eventual	33,432.3
34101	Servicios bancarios y financieros	10,000.0
43401	Subsidios a la prestación de servicios públicos	12,874,050.0
Total:		12,919,808.9

FUENTE: Estado del Ejercicio del Presupuesto proporcionado por la SEP correspondientes al ejercicio 2022.

Por otra parte, los recursos objeto de revisión se encuentran reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2022, Tomo III, apartado Información Presupuestaria en el "Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Funcional-Programática", correspondiente al Ramo 11 "Secretaría de Educación Pública", U282 "La Escuela es Nuestra".

Resultados

- La SEP no implementó los mecanismos necesarios para realizar el seguimiento de las diversas acciones que realizaron los Comités Escolares de Administración Participativa (CEAP) en materia de infraestructura educativa de acuerdo con lo establecido en su Reglamento Interior, ni para identificar los planteles que utilizaron parte de los recursos para implementar el servicio de alimentación y la extensión del horario escolar

- La SEP no proporcionó evidencia de haber efectuado el seguimiento respecto de la aplicación de los apoyos de acuerdo con lo establecido en las Reglas de Operación del programa.
- Se otorgaron apoyos a 1,935 planteles públicos de educación básica que ya habían sido apoyados en ejercicios anteriores con la justificación de que en dichos planteles se habían identificado criterios de vulnerabilidad adicionales a los establecidos en las Reglas de Operación, esto aun cuando en dichas reglas también se señala claramente que los planteles previamente seleccionados en años anteriores no serían susceptibles de ser nuevamente apoyados.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 10 resultados, de los cuales, en 4 no se detectaron irregularidades y los 6 restantes generaron: 6 Recomendaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 11 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera para verificar que el presupuesto asignado al programa presupuestario “La Escuela es Nuestra” se ejerció y registró conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Bienestar cumplieron con las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

La SEP no implementó los mecanismos necesarios para realizar el seguimiento de las diversas acciones que realizaron los Comités Escolares de Administración Participativa (CEAP) en materia de infraestructura educativa de acuerdo con lo establecido en su Reglamento Interior, ni para identificar los planteles que utilizaron parte de los recursos para implementar el servicio de alimentación y la extensión del horario escolar; tampoco proporcionó evidencia de haber efectuado el seguimiento respecto de la aplicación de los apoyos de acuerdo con lo establecido en las Reglas de Operación del programa; en los casos en los que los CEAP destinaron parte de los apoyos para realizar obras mayores en los planteles, no se cuenta con evidencia de que se cumplieron con las especificaciones técnicas de construcción aplicables en materia de infraestructura física educativa; se otorgaron apoyos a 1,935 planteles públicos de educación básica que ya habían sido apoyados en ejercicios anteriores con la justificación de que en dichos planteles se habían identificado criterios de vulnerabilidad adicionales a los establecidos en las Reglas de Operación, esto aun cuando en dichas reglas también se señala claramente que los planteles previamente seleccionados en años anteriores no serían susceptibles de ser nuevamente apoyados.

Colegio de Bachilleres**Gestión Financiera**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-11L5N-19-0054-2023

Modalidad: Presencial

54

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	2,205,643.4	2,193,599.1
Muestra Auditada	2,136,644.7	1,740,473.7
Representatividad de la Muestra	96.9%	79.3%

El universo de ingresos por 2,205,643.4, miles de pesos correspondió a los recursos reportados por el Colegio de Bachilleres (COLBACH) en la Cuenta Pública 2022, de los cuales se seleccionaron 2,136,644.7 miles de pesos, el 96.9%; monto integrado por 2,107,321.6 miles de pesos de las transferencias del Gobierno Federal, y 29,323.1 miles de pesos de la prestación de servicios.

En tanto, el universo de egresos por 2,193,599.1 miles de pesos, correspondió al gasto reportado por el COLBACH en la Cuenta Pública 2022, del cual se revisaron 1,740,473.7 miles de pesos, el 79.3%, integrados por 1,648,364.6 miles de pesos de los servicios personales, y 92,109.1 miles de pesos de los servicios generales.

Resultados

1. El Colegio de Bachilleres (COLBACH) realizó acciones para implementar un control interno, sin embargo, no se han actualizado los manuales, los procedimientos, los perfiles de puestos ni las políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones.
2. Se verificó que los ingresos y egresos por 2,205,643.4 y 2,193,599.1 miles de pesos, respectivamente, se registraron y presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública 2022, de conformidad con la normativa.
3. Se constató que los ingresos por subsidios y apoyos fiscales, así como por la aplicación de los exámenes de certificación, contaron con su documentación soporte y se registraron en cumplimiento de la normativa.
4. Se pagó por concepto de nómina a 6,320 empleados por 1,648,346.6 miles de pesos, en los que se detectaron las irregularidades siguientes:
 - No se localizaron categorías conforme al Analítico de Plazas y Remuneraciones, y tampoco se ajustaron al tabulador de sueldos autorizado por la SHCP
 - El Manual de Organización y el Catálogo de Perfil de puestos no se encuentran actualizados.
 - Conforme a la estructura orgánica autorizada en 2022, se identificaron puestos que no coincidieron con el Manual de Organización y el Catálogo de Perfil de Puestos.

5. Se constató que, de los once contratos revisados, nueve se incluyeron en el PAAAS de 2022 del COLBACH; no obstante, se determinó que las POBALINES no están actualizadas, cuatro contratos se firmaron 15 días naturales posteriores a la emisión del acta de fallo, y en dos contratos, la entrega de bienes se realizó en forma posterior a la conclusión de la vigencia de los contratos respectivos.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron:

1 Recomendación y 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Colegio de Bachilleres cumplió con las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia.

Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**Gestión Financiera**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-11L5X-19-0056-2023

Modalidad: Presencial

56

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,719,702.5	1,716,209.0
Muestra Auditada	1,704,558.6	1,349,506.2
Representatividad de la Muestra	99.1%	78.6%

El universo de ingresos por 1,719,702.5 miles de pesos correspondió a los recursos reportados por el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) en la Cuenta Pública 2022, de los cuales, se seleccionaron 1,704,558.6 miles de pesos, el 99.1%, integrados por 1,680,174.3 miles de pesos de recursos fiscales, y 24,384.3 miles de pesos de los servicios de educación.

Asimismo, los egresos por 1,716,209.0 miles de pesos, correspondieron al gasto ejercido por el CONALEP y reportado en la Cuenta Pública 2022, de los cuales, se revisaron 1,349,506.2 miles de pesos, el 78.6%, conformados por 1,240,735.8 miles de pesos de los servicios personales y 108,770.4 miles de pesos de los servicios generales.

Resultados

1. El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) realizó acciones para implementar un control interno, sin embargo, no tiene establecidas áreas o grupos de trabajo en materia de auditoría interna y seguimiento de los hallazgos de auditoría.
2. Se verificó que los ingresos por 1,719,702.5 miles de pesos y los egresos por 1,716,209.0 miles de pesos, se registraron y presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública 2022, de conformidad con la normativa.
3. Se constató que los ingresos de los subsidios y apoyos fiscales por 1,680,174.3 miles de pesos, así como de los servicios de educación por 24,384.3 miles de pesos, contaron con la documentación soporte y se registraron en cumplimiento de la normativa.
4. Se verificó que la nómina se integró por los pagos realizados a 5,833 empleados por 1,240,735.8 miles de pesos conforme a la normativa; y de la revisión de los expedientes de personal, se observó que, 45 no estaban integrados conforme a la normativa; asimismo, cuatro empleados administrativos no cumplieron con el nivel mínimo de estudios requerido y un empleado cambio de nivel en dos ocasiones, sin que transcurriera el tiempo mínimo de seis meses cumplidos en la plaza.
5. Se verificó que los ocho contratos revisados se incluyeron en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, de los cuales siete contaron con la documentación que acreditó el proceso de adjudicación y de uno, se constató que se suscribió posterior a los 15 días naturales de la emisión del fallo correspondiente.

6. De los ocho contratos revisados por 108,770.4 miles de pesos, se verificó que los proveedores emitieron 123 Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) y que en los controles del SAT se encontraron con estado "vigente" y "no cancelable" y respecto de los entregables y la aplicación de penalizaciones, se comprobó lo siguiente:
 - Del contrato número CAS-I3P-02-2022 suscrito con Semalyn, S.A. de C.V., no presentó las listas de asistencia, ni algún otro documento que acreditara la prestación de los servicios de limpieza del Plantel CONALEP Milpa Alta por 638.0 miles de pesos, además, no se entregó material por 1,304.2 miles de pesos, no se descontaron faltas por 22.6 miles de pesos, y no se aplicaron penalizaciones por 42.0 miles de pesos. Asimismo, no se validó que el proveedor utilizara la maquinaria (3 aspiradoras, 28 bancos de un peldaño y 32 escaleras de aluminio, 30 de 10 peldaños y 2 de 5), para la prestación del servicio, toda vez que no se acreditó que dicha maquinaria ingresara a los inmuebles correspondientes.
 - Del contrato número CAS-LP-024-2020-CON-01, suscrito con Olac Corporación Seguridad Privada, S.A. de C.V., no se acreditó la prestación del servicio de vigilancia en cuatro planteles por 77.0 miles de pesos; además, no se aplicaron penalizaciones por 12.0 miles de pesos.
 - Del contrato número CAS-LP-25-2022, suscrito con Insumos y Servicios en General LACG, S.A. de C.V., no se acreditó la prestación del servicio de vigilancia en 6 planteles y en el almacén general por 350.6 miles de pesos; además, no se aplicaron penalizaciones por 156.0 miles de pesos.
 - En la relación de trabajadores activos durante 2022 informados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se identificó personal que prestó los servicios de vigilancia y limpieza relacionados con los contratos números CAS-I3P-02-2022, CAS-LP-024-2020-CON-01 y CAS-LP-25-2022.

Montos por Aclarar

Se determinaron 2,602,497.41 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron:

1 Recomendación, 1 Promoción del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal, 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 1 Pliego de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por:

- No verificar que 45 expedientes de personal se integraran con la totalidad de la información y documentación requerida, además, cuatro empleados administrativos no cumplieron con el nivel mínimo de estudios requerido y un empleado fue promovido de nivel en dos ocasiones consecutivas, sin contar con el tiempo mínimo de seis meses para realizar estos movimientos.
- Suscribir un contrato 15 días naturales después del acta de fallo.
- No acreditar la prestación del servicio de vigilancia y limpieza de tres contratos por 2,392.4 miles de pesos.
- No aplicar penalizaciones por 210.0 miles de pesos en dos contratos.

Consejo Nacional de Fomento Educativo**Erogaciones por Gastos de Operación**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-11L6W-19-0092-2023

Modalidad: Presencial

92

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar las erogaciones por la adquisición de bienes y la prestación de servicios, para verificar que la adjudicación, contratación, recepción, pago; así como el registro presupuestal y contable se realizaron conforme a la normativa aplicable.

Alcance

		EGRESOS
		Miles de Pesos
Universo Seleccionado		679,194.9
Muestra Auditada		383,377.3
Representatividad de la Muestra		56.4%

El universo y la muestra se integraron por los recursos de los capítulos 2000 "Materiales y Suministros" y 3000 "Servicios Generales" del programa E066 "Educación inicial y básica", cuyo presupuesto ejercido se muestra a continuación:

INTEGRACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA (PRESUPUESTO EJERCIDO DEL CONAFE EN EL EJERCICIO 2022)						
Programa	Capítulo	Concepto	Presupuesto ejercido	Universo	Muestra	%
E066	1000	Servicios Personales	403,720.6			
	2000	Materiales y Suministros	449,055.1	449,055.1	344,904.5	
	3000	Servicios Generales	230,139.8	230,139.8	38,472.8	
	4000	Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas	3,699,103.3			
	Total		4,782,018.8	679,194.9	383,377.3	56.4

FUENTE: El Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Funcional-Programática de la Cuenta Pública 2022 y la base de datos "SNR".

Los recursos objeto de revisión en esta auditoría se reportan en la Cuenta Pública del ejercicio fiscal 2022, en el Tomo VII Sector Paraestatal, apartado Información Presupuestaria, "Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Funcional Programática", del Ramo 11 Educación Pública - Comisión Nacional de Fomento Educativo.

Resultados

1. Los auxiliares didácticos, útiles escolares y material para alumnas, alumnos y figuras educativas para el ciclo escolar 2022-2023 se entregaron con desfases de hasta 231 días naturales en relación con el inicio de clases (29 de agosto de 2022).
2. Los importes pagados por el servicio de Suministro de Combustible para vehículos automotores terrestres del contrato CSS-132 se sustentaron en documentación que no permite correlacionar la prestación del servicio conforme a lo establecido contractualmente, mediante la solicitud de volumen mensual por tipo de gasolina y la confirmación por parte de PEMEX Transformación Industrial y del

programa de distribución; además, las bitácoras por vehículo de cada Coordinación Territorial y almacén central y los recibos que las soportan no se relacionaron con los litros e importes facturados.

Consecuencias Sociales

El CONAFE entregó los auxiliares didácticos, útiles escolares y material para alumnas, alumnos y figuras educativas para el ciclo escolar 2022-2023, con desfases de hasta 231 días naturales en relación con el inicio de clases (29 de agosto de 2022), lo que impidió que contaran con los artículos básicos para el apoyo de su aprendizaje y con los apoyos indispensables para su intervención pedagógica, por lo que no cumplió íntegramente con el objetivo del "Programa Educación Inicial y Básica Comunitaria".

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 9 resultados, de los cuales, en 5 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron:

4 Recomendaciones y 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de las erogaciones por adquisición de bienes, prestación de servicios u otorgamiento de subsidios, para verificar la programación, adjudicación, contratación, recepción, pago, comprobación de subsidios, así como el registro presupuestal y contable conforme a la normativa aplicable, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Consejo Nacional de Fomento Educativo cumplió con las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

1. Los auxiliares didácticos, útiles escolares y material para alumnas, alumnos y figuras educativas para el ciclo escolar 2022-2023 se entregaron con desfases de hasta 231 días naturales en relación con el inicio de clases (29 de agosto de 2022).
2. Los importes pagados por el servicio de Suministro de Combustible para vehículos automotores terrestres del contrato CSS-132 se sustentaron en documentación que no permite correlacionar la prestación del servicio conforme a lo establecido contractualmente, mediante la solicitud de volumen mensual por tipo de gasolina y la confirmación por parte de PEMEX Transformación Industrial y del programa de distribución; además, las bitácoras por vehículo de cada Coordinación Territorial y almacén central y los recibos que las soportan no se relacionaron con los litros e importes facturados.

Instituto Politécnico Nacional**Servicios Personales**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-11B00-19-0203-2023

Modalidad: Presencial

203

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los recursos públicos federales administrados por el Instituto para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de servicios personales se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	15,836,182.8	15,836,182.8
Muestra Auditada	15,836,182.8	15,812,941.9
Representatividad de la Muestra	100.0%	99.9%

El universo de ingresos por 15,836,182.8 miles de pesos incluyó el total de los recursos federales transferidos al Capítulo 1000 “Servicios Personales” de acuerdo con lo señalado en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022, mientras que el universo de egresos por 15,836,182.8 miles de pesos correspondió al gasto por concepto de servicios personales reportado en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022, de los cuales, se revisaron 15,812,941.9 miles de pesos, el 99.9 %, como se muestra a continuación:

**INTEGRACIÓN DEL GASTO DEL IPN EN EL CAPÍTULO 1000
“SERVICIOS PERSONALES”**

(Miles de pesos)

Concepto	Universo	Muestra	% ^{1/}
I. Nómina ordinaria	14,590,950.6	14,590,950.6	92.1
II. Seguridad social	1,046,496.3	1,046,496.3	6.6
III. Seguro institucional	134,184.0	134,184.0	0.8
IV. Prestaciones fuera de nómina	34,635.1	34,635.1	0.2
V. Vales de libros	29,916.8	6,675.9	0.0
Total	15,836,182.8	15,812,941.9	99.9

FUENTE: Integración del gasto del capítulo 1000 “Servicios personales” en el ejercicio 2022, proporcionada por el IPN.

^{1/} Las operaciones aritméticas de los porcentajes pueden no coincidir debido al redondeo de los decimales.

Resultados

1. En la evaluación del cuestionario de control interno y la documentación proporcionada, se comprobó que el Reglamento de las Condiciones Interiores de Trabajo del Personal Académico del Instituto Politécnico Nacional (IPN) se actualizó por última vez en 1980, y no especifica en forma detallada los requisitos personales, laborales y de experiencia que debe cubrir el personal docente en todas sus categorías como es el puesto “Profesor Asistente, Asociado y Titular en el nivel C”. Después de la reunión de resultados finales y observaciones preliminares el Instituto no se manifestó en relación con este resultado por lo que la observación prevalece.

2. El techo de gasto presupuestal para el ejercicio fiscal 2022 fue por 19,083,538.4 miles de pesos, de los cuales se asignaron 15,299,624.3 miles de pesos al capítulo 1000 "Servicios personales", y de este monto, el IPN ejerció 15,836,182.8 miles de pesos. Se constató que las adecuaciones presupuestales contaron con el soporte documental correspondiente; el presupuesto asignado se registró en forma simultánea en el sistema interno del Instituto y en los sistemas electrónicos autorizados por la SHCP; los recursos federales se transfirieron a la cuenta bancaria autorizada, y las economías se reintegraron a la TESOFE, de conformidad con la normativa.
3. El IPN no realizó la totalidad de las adecuaciones presupuestales por partida, lo que generó diferencias entre los registros de la nómina de personal y el presupuesto ejercido del capítulo 1000 "Servicios Personales"; no realizó conciliaciones mensuales de las erogaciones del capítulo 1000 "Servicios Personales" por partida presupuestal; los importes presentados en las solicitudes de pago de nómina de la Dirección de Capital Humano no coincidieron con los efectivamente devengados conforme a la base de nómina proporcionada; se registraron retenciones de Impuesto Sobre la Renta con cargo a las partidas 14401 "Cuotas para el seguro de vida del personal civil" y 14405 "Cuotas para el seguro colectivo de retiro", las cuales debieron registrarse en la partida 11301 "Sueldos Base", y los montos establecidos para las prestaciones de ayuda para festejos se rebasaron por 5,048.7 miles de pesos.

Después de la reunión de resultados finales y observaciones preliminares el Director de Capital Humano del Instituto proporcionó evidencia de un oficio enviado a la Dirección de Programación y Presupuesto con la proyección del gasto para el cierre del ejercicio 2023, la cual considera las partidas 15301 y 17102 no contempladas en el gasto, mismas que se gestionarán en su momento ante la Coordinadora de Sector y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; la Dirección de Recursos Financieros proporcionó las conciliaciones y las balanzas de comprobación de enero a agosto de 2023 con las que validó el registro del capítulo 1000 y que éste coincidiera con las conciliaciones mensuales; el Instituto proporcionó el papel de trabajo con los totales de nómina por el ISR retenido, por concepto y partida presupuestal a la que afecta y; la cedula de integración del impuesto retenido que sirvió de soporte para la elaboración de las órdenes de pago y entero del ISR correspondiente a los meses de enero a agosto 2023.

Finalmente, el Director de Capital Humano instruyó al Departamento de Servicios Administrativos a que los festejos establecidos en los acuerdos sindicales, se realicen de conformidad con los importes acordados por ambas representaciones, donde para efecto de iniciar los procesos de los festejos se deberá contar con oficio firmado por el titular de esa Dirección señalando el importe establecido en el acuerdo correspondiente. Una vez analizada la información y documentación proporcionada, se atendieron las observaciones.

4. Se realizaron 245 pagos a 93 empleados de apoyo por 1,233.9 miles de pesos, y 76 pagos a dos empleados docentes por 118.4 miles de pesos, que superaron el monto autorizado en los tabuladores de sueldos y salarios. Después de la reunión de resultados finales y observaciones preliminares el Instituto proporcionó 442 archivos que contienen los Certificados Fiscales Digitales por Internet de 95 empleados, en los que se identificó que las diferencias correspondieron a pagos complementarios por incremento salarial, por lo que, una vez analizada la información y documentación proporcionada, se atiende la observación.
5. Con la revisión de la muestra de expedientes y con la verificación de la asistencia del personal se comprobó que en 285 expedientes de personal revisados no se incluyó la información y documentación referente a los datos generales de identificación, domicilio, experiencia o nivel de escolaridad; en 30 casos, no se encontraron los registros en el portal de cédulas profesionales de la SEP y tampoco contenían documentación que acreditara la escolaridad; tres trabajadores no cumplieron el perfil del puesto, ya que su título de licenciatura no contó con la antigüedad requerida, se realizaron pagos por 451.5 miles de pesos a dos trabajadores que no registraron su asistencia sin tener oficios de comisión sindical vigentes en 2022 y se realizaron pagos a 7 trabajadores con puestos administrativos de tiempo completo y 17 trabajadores con puestos académicos de tiempo completo por 17,749.4 miles de pesos, los cuales participaron como representantes sindicales sin tramitar una licencia sin goce de sueldo.

Montos por Aclarar

Se determinaron 18,200,897.06 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 5 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y 2 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 2 restantes generaron:

1 Recomendación, 1 Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 1 Pliego de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 17 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada, de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar los recursos públicos federales administrados por el Instituto Politécnico Nacional (IPN) para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de servicios personales se incluyeron en el presupuesto autorizado, se determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el IPN cumplió las disposiciones legales y normativas relacionadas con las operaciones vinculadas al capítulo 1000 “Servicios Personales”, excepto por lo siguiente:

- i) El Reglamento de las Condiciones Interiores de Trabajo del Personal Académico del Instituto Politécnico Nacional no está actualizado.
- ii) En los expedientes del personal, no se integraron la información ni la documentación, requerida en la normativa institucional, referentes a los datos generales de identificación, domicilio, experiencia y nivel de escolaridad, capacitación, nombramientos, conflicto de intereses, compatibilidad de empleos y constancia de no inhabilitación.
- iii) Se realizaron pagos a trabajadores que no acreditaron su asistencia en la unidad académica de su adscripción.

Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro

Gestión Financiera

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-11MGH-19-0384-2023

Modalidad: Presencial

384

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,322,265.9	1,322,265.9
Muestra Auditada	1,322,265.9	966,846.1
Representatividad de la Muestra	100.0%	73.1%

El universo de los ingresos por 1,322,265.9 miles de pesos, se integró por 1,307,265.9 miles de pesos de las transferencias fiscales del Gobierno Federal, el 98.9%; y por 15,000.0 miles de pesos de los ingresos propios por la venta de porcinos y vacunos en pie y por la prestación de servicios de inscripciones, comedor, emisión de constancias, títulos académicos y servicios de investigación, el 1.1%. Se revisó el 100.0% de los ingresos.

El universo de los egresos por 1,322,265.9 miles de pesos correspondió al presupuesto pagado en el ejercicio fiscal 2022 por la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro (UAAAN), el cual se presentó en el Estado de Actividades de la Cuenta Pública 2022, y se integró por 963,543.4 miles de pesos de la nómina, el 72.9%; 82,486.5 miles de pesos de las adquisiciones de materiales y suministros, el 6.2%; 259,879.4 miles de pesos de los servicios generales, el 19.7%; y 16,356.6 miles de pesos por las transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas, correspondientes a los subsidios del Programa S243 "Becas Elisa Acuña", el 1.2%. Se seleccionó una muestra de 966,846.1 miles de pesos, el 73.1% del universo, como se presenta a continuación:

INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA
(Miles de pesos)

Capítulo	Concepto	Universo	%	Muestra	Contratos
1000	Servicios Personales	963,543.4	72.9	963,543.4 ^{1/}	2 ^{2/}
2000	Materiales y Suministros	82,486.5	6.2	231.5	1 ^{3/}
3000	Servicios Generales	259,879.4	19.7	3,071.2	8 ^{4/}
4000	Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas	16,356.6	1.2	0.0	
	Total	1,322,265.9	100.0	966,846.1	11

NOTAS: ^{1/}: En este capítulo se revisaron dos contratos para la adquisición de ropa y calzado de trabajo para trabajadores administrativos y académicos, en cumplimiento de las condiciones contractuales, por un total de 5,541.7 miles de pesos.

^{2/}: Del capítulo 1000 se revisaron dos contratos: 02/22 I3P y 03/22 I3P.

^{3/}: Del capítulo 2000 se revisó un contrato: 008/22 AD.

^{4/}: Del capítulo 3000 se revisaron ocho contratos: 020-22 AD, 021-22 AD, 031-22 AD, 016-22 AD, 003-22 AD, 001-22 AD, 017-22 AD y 023-22 AD.

Resultados

- Las cuentas bancarias en las cuales la UAAAN recibió los recursos federales del ejercicio fiscal 2022 tenían saldos iniciales de recursos de ejercicios fiscales anteriores, por lo que no fueron específicas, y la cuenta bancaria HSBC no fue una cuenta productiva, por lo que no generó rendimientos financieros por los recursos federales transferidos.
- Los ingresos y egresos reportados en la Cuenta Pública 2022 no correspondieron con los importes registrados en la balanza de comprobación y en los auxiliares contables, ni con los depósitos reportados en los estados de cuenta bancarios.
- La Universidad no proporcionó los auxiliares presupuestales de egresos ni realizó los registros en un sistema contable-presupuestal que emitía información armonizada.
- La UAAAN no registró como pasivo circulante 2022 un Comprobante Fiscal Digital por Internet del 16 de febrero de 2023, correspondiente a los servicios entregados el 7 de noviembre de 2022, ni acreditó que se informó sobre ello a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por conducto de la Secretaría de Educación Pública.
- La entidad no proporcionó las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC) o el documento mediante el cual se debió acreditar el gasto ejercido de los recursos.
- La UAAAN registró contablemente 67 contratos de obra pública en el capítulo 3000 "Servicios Generales" y no en el capítulo 6000 "Obra Pública".
- La Universidad no proporcionó información relativa a la autorización del presupuesto, a las garantías del anticipo, de cumplimiento y de vicios ocultos; la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales; los reportes mensuales de los trabajos realizados; la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales; la autorización del titular en el que se informe que no se cuenta con personal capacitado o disponible para la contratación del servicio, la excepción a licitación pública; la investigación de mercado; las cotizaciones; el escrito firmado por el titular del área usuaria que requirió el servicio; la justificación de la excepción a la licitación pública; el oficio de notificación de la adjudicación directa de cada proveedor, y las actas o los acuerdos mediante los cuales se comprobó que se sometió a consideración del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios la excepción a licitación pública relacionado con los contratos números 002/22-I3P, 003/22-I3P, 001/22 AD, 003/22 AD, 008/22 AD, 016/22 AD, 017/22 AD, 020/22 AD, 021/22 AD, 023/22 AD y 031/22 AD.

Recuperaciones Operadas

En el transcurso de la revisión se recuperaron recursos por 78,603.00 pesos, con motivo de la intervención de la ASF.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 14 resultados, de los cuales, uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 13 restantes generaron:

5 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable.

Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro (UAAAN) cumplió las disposiciones legales y normativas aplicables al manejo, control y registro contable, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Las cuentas bancarias mediante las cuales la UAAAN recibió los recursos federales del ejercicio fiscal 2022, no fueron específicas al tener saldos iniciales correspondientes a recursos de ejercicios fiscales

anteriores, y la cuenta de HSBC México, S.A. no fue una cuenta productiva por lo que en ella no se generaron rendimientos financieros por los recursos federales transferidos.

- Los ingresos propios reportados en la Cuenta Pública fueron menores que los registrados en la balanza de comprobación al 31 de diciembre de 2022, en los auxiliares contables y en los estados de cuenta bancarios.
- Los egresos reportados en la Cuenta Pública no correspondieron a los importes registrados en la balanza de comprobación y en los auxiliares contables; y los registros contables no se encuentran armonizados.
- La UAAAN no realizó registros presupuestales de ingresos y egresos ni la emisión de Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC), o el documento a través del cual se debió acreditar el gasto ejercido de los recursos.
- Se registraron 67 contratos de obra pública en el capítulo 3000 “Servicios Generales” y no en el capítulo 6000 “Obra Pública”.
- La UAAAN no registró como pasivo circulante 2022 un CFDI del 16 de febrero de 2023, correspondiente a servicios entregados el 7 de noviembre de 2022, y no acreditó que informó sobre ello a la SHCP por conducto de la SEP.
- No se proporcionó documentación correspondiente a la autorización, planeación, contratación, ejecución y cierre de los contratos 002/22-I3P, 003/22-I3P, 001/22 AD, 003/22 AD, 008/22 AD, 016/22 AD, 017/22 AD, 020/22 AD, 021/22 AD, 023/22 AD y 031/22 AD.

Como resultado de la intervención de la Auditoría Superior de la Federación la UAAAN acreditó el reintegro a la Tesorería de la Federación el 8 de septiembre de 2023 de los rendimientos financieros generados por los recursos federales en el ejercicio fiscal 2022 por un total de 78.6 miles de pesos.

Universidad Nacional Autónoma de México**Servicios Personales**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-11A3Q-19-0390-2023

Modalidad: Presencial

390

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los recursos públicos federales administrados por la Universidad para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de servicios personales se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	39,972,651.7
Muestra Auditada	12,006,639.4
Representatividad de la Muestra	30.0%

El universo de egresos por 39,972,651.7 miles de pesos correspondió al presupuesto modificado por la Universidad Nacional Autónoma de México del capítulo 1000 “Servicios Personales” y se integró por 14,613,799.3 miles de pesos, el 36.6%, de la partida presupuestal 1100 “Remuneraciones al personal de carácter permanente”; 8,293,949.4 miles de pesos, el 20.7%, de la partida presupuestal 1300 “Remuneraciones adicionales y especiales”; por 3,090,933.3 miles de pesos, el 7.7%, de la partida presupuestal 1400 “Seguridad social”; 7,492,450.9 miles de pesos, el 18.7%, de la partida presupuestal 1500 “Otras prestaciones sociales y económicas”; y 6,481,518.7 miles de pesos, el 16.2% de la partida presupuestal 1700 “Pago de estímulos a servidores públicos”. Se seleccionó una muestra por 12,006,639.4 miles de pesos, el 30.0% del universo, ejercidos por 21 centros de trabajo de ocho áreas de la Universidad, monto conformado como sigue:

MUESTRA DEL CAPÍTULO 1000 “SERVICIOS PERSONALES”, 2022
(Miles de pesos)

Partida	Descripción	Universo	%	Muestra	% Vs Universo
1100	Remuneraciones al personal de carácter permanente	14,613,799.3	36.6	4,463,699.1	11.1
1300	Remuneraciones adicionales y especiales	8,293,949.4	20.8	2,590,477.0	6.5
1400	Seguridad social	3,090,933.3	7.7	907,665.8	2.3
1500	Otras prestaciones sociales y económicas	7,492,450.9	18.7	1,923,737.7	4.8
1700	Pago de estímulos a servidores públicos	<u>6,481,518.7</u>	<u>16.2</u>	<u>2,121,059.8</u>	<u>5.3</u>
	Total	39,972,651.7	100.0	12,006,639.4	30.0

FUENTE: Cuadro informativo elaborado por el grupo auditor con base en la información proporcionada por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Resultados

1. Se constató que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, aprobó dos modificaciones al Estatuto General en sesiones extraordinarias suscritas el 24 de agosto y 8 de diciembre de 2022, y fueron publicadas en la Gaceta UNAM el 1º de septiembre y 15 de septiembre de 2022. Asimismo, contó con un Código de Ética aprobado por el Consejo Universitario, el cual prevé los

principios y valores que deben guiar la conducta de las personas integrantes de esa comunidad universitaria. También, contó con diversas iniciativas tendentes a integrar un modelo de control interno propio, que incluye los elementos del Código de Conducta, la Administración de Riesgos, así como una metodología para la identificación y administración de riesgos propuesta por la Contraloría de la Universidad.

2. En 2022 la UNAM tuvo un presupuesto autorizado de 44,823,807.0 miles de pesos, de los cuales se designaron 34,885,630.7 miles de pesos al capítulo 1000 "Servicios Personales", asimismo, se reportaron 37,048,994.5 miles de pesos del presupuesto modificado y 39,972,651.7 miles de pesos de presupuesto devengado y pagado.

La Dirección de Sistemas de Información y Estadística de la Coordinación General de Planeación y Simplificación de la Gestión Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México, sustentó las modificaciones al presupuesto asignado al Capítulo 1000 "Servicios Personales", en las que el presupuesto de dicha partida se incrementó de 34,885,630.7 miles de pesos del presupuesto original a 37,048,994.5 miles de pesos de presupuesto modificado y a 39,972,651.7 miles de pesos del presupuesto devengado y pagado.

3. Durante 2022, la UNAM no utilizó una cuenta bancaria específica para la ministración de los recursos federales, ya que se transfirieron otros ingresos diferentes a los de la TESOFE por un total de 83,594.7 miles de pesos. Por lo anterior, se observó que la cuenta bancaria no fue específica para la ministración de los recursos federales del ejercicio fiscal 2022, en incumplimiento del artículo 69, párrafo cuarto, de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.
4. Durante el ejercicio 2022 la UNAM acreditó los 715 pagos realizados a empleados después de la fecha de su baja, por un importe total de 2,474.6 miles de pesos. mediante:
 - Recibos de devoluciones por empleado.
 - Avisos de suspensión de depósitos por empleado y quincena.
 - Comprobante fiscal digital de sueldos, salarios y conceptos asimilados.
 - Cheques cancelados por emisiones improcedentes.
 - Expediente trabajador.
5. Se seleccionó una muestra de 122 expedientes de personal, correspondientes a 55 trabajadores de base (bibliotecario, laboratorista y vigilante), 22 académicos (profesor de tiempo completo y profesor de asignatura) y 45 funcionarios (director, coordinador, jefe de departamento y secretario administrativo). Despues de la reunión de la presentación de resultados finales y observaciones preliminares la UNAM aclaró e integró los expedientes de los trabajadores conforme a la normativa aplicable.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 3 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y el restante generó:

- 1 Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar los recursos públicos federales administrados por la Universidad para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de servicios personales se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Universidad Nacional Autónoma de México cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Durante el ejercicio 2022, se identificaron depósitos diferentes de la TESOFE en la cuenta bancaria específica.

Secretaría de Salud**Atención a la Salud Mental**

Auditoría de Desempeño: 2022-0-12100-07-0357-2023

Modalidad: Presencial

357

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la atención a la salud mental, a fin de verificar su diseño y el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprende la revisión del diseño normativo, programático, institucional-organizacional y presupuestal de la atención a la salud mental, a cargo de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), así como de la eficiencia, la eficacia y la economía. En la eficiencia, la coordinación con las entidades federativas para la atención de la salud mental, a cargo de la Secretaría de Salud; los servicios de atención médica otorgados por los SAP, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación; la capacitación, formación e investigación realizadas por los SAP en materia de salud mental; la referencia y contrarreferencia de pacientes en los SAP. En la eficacia, los egresos hospitalarios por mejoría o curación, y la morbilidad y mortalidad por trastornos mentales. En la economía, el ejercicio de los recursos financieros en el cumplimiento de los objetivos y metas en materia de salud mental. Asimismo, se revisó el control interno institucional; el avance en el cumplimiento de las metas 3.4, 3.b y 3.c del objetivo 3, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reportado por la Secretaría de Salud, y la rendición de cuentas.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por los entes fiscalizados fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión del grupo auditor de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de los objetivos y metas de la atención a la salud mental.

Resultados

Los resultados de la fiscalización a la atención de la salud mental, a cargo la Secretaría de Salud y los SAP, en 2022, fueron los siguientes:

Diseño de la atención a la salud mental:

- En 2022, la Secretaría de Salud careció de un diagnóstico actualizado que diera cuenta del estado de salud mental de la población, ya que la información publicada, en ese año, correspondió a cifras de 2013.
- En el diseño normativo, programático, institucional-organizacional y presupuestal, la política pública planteó la operación bajo cuatro vertientes: la prestación de servicios médicos; la coordinación con las entidades federativas; la formación y capacitación de los recursos humanos, y la investigación científica, conforme a lo previsto en las reformas de la Ley General de Salud del 16 de mayo de 2022, en cuanto al derecho de las personas a la protección de la salud mental y a su atención con carácter prioritario y con un enfoque integral, a fin de reducir los factores de riesgo en grupos históricamente discriminados o en condiciones de vulnerabilidad.

La Secretaría de Salud no emitió las disposiciones reglamentarias que le permitieran proveer, en la esfera administrativa, lo previsto en las reformas del 16 de mayo de 2022, ni actualizó las ya existentes en materia de salud mental, incluidas las normas oficiales mexicanas relativas a esa materia, con el fin de su armonización, cuyo plazo se cumplió el 13 de noviembre de 2022.

Coordinación de la Secretaría de Salud con las entidades federativas

- En cuanto al diseño de los 32 Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFFASPE), y de los 128 convenios modificatorios suscritos, la Secretaría de Salud incluyó los criterios señalados para la entrega de los subsidios del Pp P018, de una (fracción VIII) de las 10 fracciones establecidas en el artículo 75 de la LFPRH, y de 9 disposiciones (fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, IX y X) no se incluyeron en los convenios, por lo que careció de criterios para:
 - Identificar con precisión a la población objetivo, tanto por grupo específico como por entidad federativa y municipio.
 - Prever montos máximos por beneficiario y por porcentaje del costo total del programa, en materia de salud mental.
 - Procurar que el mecanismo de distribución, operación y administración del programa otorgue acceso equitativo a todos los grupos sociales y géneros.
 - Garantizar que los recursos del programa se canalicen exclusivamente a la población objetivo y asegurar que el mecanismo de distribución, operación y administración facilite la obtención de información y la evaluación de los beneficios económicos y sociales de su asignación y aplicación; así como evitar que se destinen recursos a una administración costosa y excesiva.
 - Incorporar mecanismos periódicos de seguimiento, supervisión y evaluación que permitan ajustar las modalidades de la operación o decidir sobre su cancelación.
 - En su caso, buscar fuentes alternativas de ingresos para lograr una mayor autosuficiencia y una disminución o cancelación de los apoyos con cargo a recursos presupuestarios.
 - Asegurar la coordinación entre dependencias y entidades para evitar duplicación en el ejercicio de los recursos del programa y reducir gastos administrativos.
 - Procurar que sea el medio más eficaz y eficiente para alcanzar los objetivos y metas que se pretenden.
 - Reportar su ejercicio en los informes trimestrales, incluyendo el importe de los recursos.
- Los indicadores establecidos en los convenios para la ministración de los subsidios en las 30 entidades federativas a las que se destinaron los subsidios no se corresponden con un índice, medida, cociente o fórmula que permita establecer un parámetro de medición de lo que se pretendía lograr en 2022, expresado en términos de cobertura, eficiencia e impacto social de la atención a la salud mental.
- En cuanto al seguimiento sobre el cumplimiento de los indicadores establecidos en el Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones (PAESMA) 2020-2024, la Secretaría de Salud, por medio del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, unidad administrativa de la secretaría, debía realizar acciones para la generación de información estadística, con el objetivo de dar seguimiento, a través de los informes generados en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), respecto del grado de avance y cumplimiento de los indicadores establecidos en el PAESMA 2020-2024. Al respecto, la Secretaría de Salud no evidenció que, en el marco de la coordinación con las entidades federativas, realizó el seguimiento de los indicadores establecidos en los convenios, ni que evaluó las metas estatales establecidas para cada entidad federativa.

Implementación de la atención a la salud mental

Diagnóstico de los trastornos mentales

- En el indicador “Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)”, definido en la MIR del Pp E023, los SAP reportaron que, en 2022, otorgaron 300,678 consultas, cifra superior en 0.6% (1,928 consultas) a las 298,750 consultas registradas en sus bases de datos, sin que en la información proporcionada por dicho órgano desconcentrado se identificaran las causas de la diferencia.

Las 298,750 consultas que los SAP reportaron como otorgadas, en sus bases de datos, en 2022, representaron el 100.0% de las consultas solicitadas por los pacientes, debido a que, en ese año, tuvieron una política de cero rechazo.

- Por tipo de consulta, los SAP otorgaron 39,031 de primera vez, 239,853 subsecuentes y 27,866 en servicios de urgencia.
- Por medio de las consultas otorgadas, en 2022, los SAP diagnosticaron los trastornos mentales de sus pacientes, de acuerdo con las 11 categorías clasificadas en la CIE-10, de las cuales: el 29.5% (88,162 diagnósticos) fue por trastornos del humor (afectivos) y el 14.5% (43,262 diagnósticos) por trastornos neuróticos y somatomorfos.
- De 2018 a 2019, los diagnósticos emitidos por los SAP por algún tipo de trastorno mental aumentaron en 1.6%, al pasar de 353,139 a 358,873; mientras que, de 2020 a 2021, se presentó una disminución del 83.7% en el número de diagnósticos, y de 2021 a 2022 se incrementó en 1,070%, debido a la disminución de las medidas de restricción por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Referencia y contrarreferencia de pacientes con trastornos mentales

- El número de pacientes referidos a los SAP por otras instituciones públicas, en 2022, fue de 12,830 pacientes para recibir atención médica especializada, de los que el 51.0% (6,553 pacientes) fue referido al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; el 31.4% (4,109) al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; el 5.5% (707 pacientes) al Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, mientras que el otro 11.5% (1,461 pacientes) fue referido a los CECOSAM Zácatenco (586 pacientes), Cuauhtémoc (571 pacientes) e Iztapalapa (304 pacientes).
- Por lo que corresponde a los pacientes que fueron referidos a los SAP, y que se les aperturó un expediente clínico, el órgano descentrado reportó para el indicador “Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional”, incluido en la MIR del Pp E023 de 2022, que aperturó expediente clínico al 22.4% (3,691 pacientes) de los pacientes que le fueron referidos en 2022, y registró ajustes en su meta, al pasar de 11,724 pacientes en la meta programada a 16,445 en la meta alcanzada, debido a “la disminución en las medidas de restricción derivadas de contagios por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)”.
- Respecto de los pacientes que los SAP refirieron a otras instituciones públicas, en 2022, el órgano descentrado refirió a 15,709 pacientes, de los cuales el 53.1% (8,327 pacientes) se refirió al IMSS (2,591 pacientes); a los Centros de Salud (1,682 pacientes); al CISAME (1,040 pacientes), a hospitales (2,030 pacientes) y al ISSSTE (984 pacientes) mientras que a otras 8 unidades médicas se envió al 46.9% (7,382 pacientes)).

Tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales

- Respecto del tratamiento, los SAP reportaron que otorgaron 162,223 servicios de tratamiento a pacientes con trastornos mentales, en 2022, de los que el 2.0% (3,225 pacientes) fueron ingresos hospitalarios.
- Los SAP no clasificaron los ingresos hospitalarios por tipo de trastorno de los pacientes en tratamiento, “debido a que el registro de se realiza, de manera interna, en las unidades médicas, ya que esta información se registra en el subsistema SINBA-SEUL (egresos, urgencias y lesiones) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud hasta el egreso del paciente, independientemente del motivo o los días de estancia”.
- En cuanto al abasto de medicamentos, para 2022, los SAP no establecieron un procedimiento mediante el cual identificara las necesidades de medicamentos de sus unidades médicas para el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales:
 - En 2022, los SAP realizaron tres tipos de procedimientos (Convenio de colaboración INSABI, procesos de contratación y compras directas) para la adquisición de 595 claves de medicamentos con 144,728 piezas, lo que representó el 95.2% de las 625 claves solicitadas por las unidades médicas adscritas a los SAP y el 24.6% de las 588,218 piezas de medicamentos demandadas.
 - Los SAP no acreditaron la evidencia sobre el número de claves y piezas de medicamentos entregadas a sus unidades médicas en 2022, como resultado de los procedimientos de adquisición realizados en ese año.
 - En la información proporcionada por los SAP no se explicaron las consecuencias, en la atención de los pacientes, de que no se haya surtido el total de claves y piezas de medicamentos que se solicitaron.
- En lo referente a la rehabilitación, los SAP reportaron que, en 2022, realizaron 1,465 sesiones de rehabilitación especializadas para los pacientes, resultado mayor en 28.5% a la meta (1,140 sesiones) del indicador “Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado”,

incluido en la MIR del Pp E023 de 2022. Al respecto, el órgano descentrado no acreditó el número de sesiones de rehabilitación realizadas, el tipo de terapia a la que correspondieron, ni la asistencia de los pacientes por sesión.

- Mediante las 1,465 sesiones de rehabilitación especializadas se atendió a 86,239 pacientes en los hospitales adscritos a los SAP: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (45,827 pacientes), Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (35,701 pacientes) y Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno (4,711 pacientes).
- Por motivo de rehabilitación, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se dio el 28.4% de las sesiones a 24,887 personas, debido a la disminución o pérdida de la capacidad para llevar a cabo o completar sus actividades instrumentales de la vida cotidiana; en el Dr. Juan N. Navarro, se otorgó 20.1% de las sesiones, a 24,487 personas que requerían soporte emocional para organizar actividades que les sirvieran para estructurar su rutina diaria, potenciar sus actividades recreativas y de participación social, y para el cumplimiento de normas, límites y responsabilidades familiares, y en el Dr. Samuel Ramírez Moreno, se otorgó el 4.4% de las sesiones a 3,760 pacientes, cuya causa fue, principalmente, que requerían rehabilitación psicosocial.
- Durante el periodo de 2018 a 2019, el número de pacientes a los que los SAP les otorgó rehabilitación disminuyó en 7.7%. De 2019 a 2020, siguió la misma tendencia, al disminuir en 63.5%, debido a la emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), declarada el 30 de marzo de 2020. De 2020 a 2022 el número de pacientes atendidos aumentó en 34.0%, debido a la disminución en las medidas de restricción de contagios por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Capacitación y formación en materia de atención a la salud mental

- En cuanto a la capacitación, en 2022, los SAP llevaron a cabo un procedimiento para identificar las necesidades de capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar, pero no acreditaron que la programación de la capacitación se realizó con base en estas necesidades.
- En 2022, los SAP programaron la impartición de 128 cursos en materia de salud mental, para la capacitación de 5,510 personas. De los 128 cursos programados, los SAP impartieron el 100.0%; además, registraron la asistencia de 5,510 participantes que acreditaron los cursos.
- En la formación de médicos especialistas:
 - Por lo que se refiere a la especialidad médica, los SAP reportaron que, en 2022, fueron 41 médicos residentes los que concluyeron sus estudios, el 100.0% de los inscritos y quienes obtuvieron su constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico; los SAP no acreditaron a la ASF las 54 constancias de conclusión de estudios de posgrado.
 - Para la educación continua, los SAP reportaron que, en 2022, el 79.6% (3,678 profesionales) de los profesionales de la salud recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua, cifra inferior en 10.2 puntos porcentuales a la meta establecida de 89.8%, toda vez que se realizaron ajustes en la variable “Número de profesionales de la salud inscritos en los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado”, debido a la disminución de las medidas de restricción derivadas de contagios por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), por lo que “hubo mayor captación de participantes por curso programado, debido a las acciones de difusión e interés por parte de los profesionales en los cursos de educación continua”.

Investigación en materia de salud mental

- Al cierre de 2022, de las 43 investigaciones registradas por SAP, el 65.1% (28 investigaciones) correspondió a artículos científicos en materia de salud mental publicados en revistas de impacto alto (grupos III a VII).
- En cuanto a los investigadores de alto nivel, los SAP reportaron que 16 investigadores estaban adscritos a dichos servicios, en 2022, de los cuales 9 (56.3%) investigadores fueron reconocidos como de alto nivel, el 100.0% programado para ese año, lo cual acreditaron con el nombramiento vigente en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), y que 15 investigadores contaron con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) de la Secretaría de Salud.

Egresos hospitalarios

- Los SAP registraron 3,226 egresos, en 2022, de los cuales el 94.9% (3,061 egresos) fue por mejoría.

Morbilidad y mortalidad por trastornos mentales

- La Secretaría de Salud registró 173,012 casos nuevos de trastornos mentales, en 2022, de los que destacan el 73.8% (132,801 casos nuevos) que perteneció al grupo F32 de trastornos del humor (afectivos) señalados en la CIE-10; y el 14.3% (24,766 casos nuevos) correspondió al grupo F10 Intoxicación aguda por alcohol.
- Por género, destaca la enfermedad de Depresión en las mujeres, ya que el 74.0% (98,313 casos nuevos) de los casos nuevos se presentó en dicho género, mientras que el 26.0% (34,488 casos nuevos) en hombres; caso distinto en la intoxicación por alcohol, ya que el 72.2% (17,883 casos nuevos) de los casos se presentó en hombres y el 27.8% (6,883 casos nuevos) de los casos nuevos en mujeres.
- De 2018 a 2019, la Secretaría de Salud registró un incremento del 3.3% en los trastornos por anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios; Depresión, y en las enfermedades de Alzheimer; Parkinson, e intoxicación aguda por alcohol, al pasar de 175,983 casos en 2018 a 181,753 casos en 2019. En 2020 se registró una cifra inferior en 36.9% de los casos respecto de 2019, ya que hubo 67,025 casos menos. En 2021, el incremento de los casos nuevos fue del 19.9%, al pasar de 114,728 casos en 2020 a 137,615 en 2021; en 2022, el incremento fue del 25.7%, al registrar 173,012 casos, 35,397 más que en 2021.
- En cuanto a la mortalidad por trastornos mentales, en 2022, la Secretaría de Salud registró 17,422 defunciones; el 47.3% (8,237) fueron suicidios (X60-X84), principalmente en la población de entre 15 y 44 años de edad, en donde se concentró el 71.6% (5,896) de los suicidios, de los cuales 4,763 fueron en hombres y 1,133 en mujeres.

Ejercicio del presupuesto asignado a la atención de la salud mental

- La Secretaría de Salud y los SAP reportaron, en la Cuenta Pública 2022, y sustentaron el ejercicio de 1,239,569.5 miles de pesos en la atención a la salud mental, mediante los Pp E023, E022, E010 y P018, monto igual al modificado, e inferior en 8.9% (121,345.1 miles de pesos) al aprobado de 1,360,914.6 miles de pesos. De los 1,239,569.5 miles de pesos ejercidos, el 92.1% (1,141,502.1 miles de pesos) correspondió al Pp E023, para atender la demanda de servicios especializados que prestan los SAP; 251.1 miles de pesos, con un porcentaje no significativo, al E022, para impulsar el desarrollo de la investigación científica en materia de salud mental; 114.6 miles de pesos, con un porcentaje no significativo, al E010, para desarrollar las competencias del personal en el campo de la psiquiatría y salud mental, y el 7.9% (97,701.7 miles de pesos) al Pp P018, para las actividades de coordinación de la Secretaría de Salud con las entidades federativas.

Consecuencias Sociales

En 2022, los resultados de la atención a la salud mental en los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Secretaría de Salud mostraron que:

- Los SAP otorgaron 298,750 consultas y 3,225 servicios hospitalarios, y adquirieron 595 claves de medicamentos con 144,728 piezas, que representaron el 95.2% de las 625 claves solicitadas por las unidades médicas adscritas a los SAP y el 24.6% de las 588,218 piezas de medicamentos demandadas, sin que identificaran las consecuencias, en la atención de los pacientes, de que no se haya surtido el total de claves y piezas de medicamentos que se solicitaron. Asimismo, registraron 3,226 egresos de hospitalización en las unidades médicas adscritas a los SAP, de los cuales el 94.8% fue por mejoría, y llevaron a cabo 1,426 sesiones de rehabilitación especializada para 86,239 pacientes.
- La Secretaría de Salud registró 173,012 casos nuevos de enfermedades y trastornos en materia de salud mental sujeta a vigilancia epidemiológica, en 2022, de los cuales la depresión fue la principal causa de morbilidad en materia de salud mental, con el 76.7% (132,801 casos); la intoxicación aguda por alcohol, con el 14.3% (24,766 casos) de casos, y la anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios, con el 3.0% (5,283 casos). Asimismo, se registraron 17,422 defunciones por trastornos mentales, de los cuales el 47.3% (8,237 decesos) fue por suicidios, principalmente en la población de entre 15 y 44 años de edad, en donde se concentró el 71.6% de los suicidios.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 12 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 10 restantes generaron:

23 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión del grupo auditor de la ASF, en 2022, los SAP efectuaron 298,750 diagnósticos por medio del mismo número de consultas; realizaron 162,223 tratamientos médicos; otorgaron atención hospitalaria a 3,225 pacientes; realizaron 1,465 sesiones de rehabilitación con las que rehabilitó a 86,239 pacientes; impartieron 128 cursos de capacitación para 5,510 profesionales de la salud; formaron a 99 médicos especialistas mediante posgrados clínicos, en materia de psiquiatría y psiquiatría infantil y, con cursos de educación continua capacitaron a 3,678 profesionales de la salud; además, realizaron 43 investigaciones en materia de salud mental, de las cuales 28 fueron publicadas en revistas de impacto alto. Ello contribuyó a que se registraran 3,061 egresos hospitalarios por mejoría en sus unidades médicas; no obstante, en 2022, hubo un incremento de los casos nuevos de anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios; Depresión, Alzheimer; Parkinson, e intoxicación aguda por alcohol, con un incremento del 25.7%, respecto de los casos nuevos registrados en 2021.

En la revisión, se identificaron áreas de mejora en el diseño y en la implementación de la atención a la salud mental. En el diseño, se relacionaron con la realización de un diagnóstico actualizado sobre la salud mental en la población, y con la emisión de disposiciones reglamentarias para proveer, en la esfera administrativa, lo previsto en las reformas a la LGS del 16 de mayo de 2022, así como con la actualización de las disposiciones existentes de salud mental, incluidas las normas oficiales mexicanas en la materia, para contar con una armonización normativa. En la implementación, se relacionaron con la carencia de indicadores de cobertura, eficiencia e impacto social para la coordinación con las entidades federativas y con el seguimiento a las metas en materia de salud mental definidas en los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas; en la referencia y contrarreferencia de pacientes con trastornos mentales, con la formalización del procedimiento para el efecto; en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, para producir información de los ingresos hospitalarios por afección mental, por género y grupo de edad y para definir y formalizar un procedimiento específico que les permitiera determinar la demanda y disponibilidad de medicamentos en sus unidades médicas, así como con la formalización del procedimiento de rehabilitación de pacientes que utilizaron, y para producir información del número de sesiones de rehabilitación especializadas y de pacientes que superaron o disminuyeron la desventaja adquirida a causa de su condición de salud mental; en la formación y capacitación, con elaborar un diagnóstico de necesidades de capacitación, que incluya al total de la plantilla del personal, y formalizar el Plan Maestro de Capacitación en Salud Mental; en la investigación, para definir un programa de investigación en materia de salud mental y registrar información sobre las investigaciones clínicas y sociomédicas realizadas, y en el ejercicio de los recursos presupuestarios, para identificar el impacto de las adecuaciones presupuestarias en el cumplimiento de objetivos y metas relacionadas con los Pp P018, E023, E022 y E010.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán:

- 1) A la Secretaría de Salud:
 - Realizar un diagnóstico actualizado sobre la salud mental en la población.
 - Emitir disposiciones reglamentarias para proveer, en la esfera administrativa, lo previsto en las reformas a la LGS de 2022.
 - Actualizar las disposiciones existentes en materia de salud mental, incluidas las normas oficiales mexicanas en la materia.
 - Dar seguimiento a las metas definidas en los Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, en materia de salud mental.
 - Identificar el impacto de las adecuaciones presupuestarias en el cumplimiento de objetivos y metas relacionados con el Pp P018.
- 2) A la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones:
 - Definir indicadores de cobertura, eficiencia e impacto social para la coordinación con las entidades federativas en materia de salud mental.
 - Establecer mecanismos de control para producir información de los ingresos hospitalarios por afección mental, género y grupo de edad, y del número de sesiones de rehabilitación especializadas y de los pacientes que superan o disminuyen la desventaja adquirida a causa de su condición de salud mental.
 - Definir y formalizar un procedimiento específico que le permita determinar la demanda y disponibilidad de medicamentos en sus unidades médicas.

- Formalizar el procedimiento para la rehabilitación de sus pacientes.
- Identificar el impacto de las adecuaciones presupuestarias en el cumplimiento de objetivos y metas relacionados con los Pp E023, E022 y E010.

Secretaría de Salud

Control Interno y Gobernanza del Sistema de Institutos Nacionales de Salud

Auditoría Combinada de Cumplimiento y Desempeño: 2022-0-12100-21-0354-2023

Modalidad: Presencial

354

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la razonabilidad del diseño, implementación y eficacia de los elementos de Control Interno y Gobernanza que corresponden a la coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud ejercidos por los órganos de gobierno e instancias administrativas participantes, relativos a la eficiencia, la eficacia y la economía de los procesos para la atención médica de alta especialidad, la investigación en salud, y la formación de recursos humanos de alta especialidad médica, a fin de verificar el cumplimiento de sus objetivos; así como, la vigencia del marco jurídico y normativo; la transparencia; la rendición de cuentas, y la confiabilidad de la información para, en su caso, sugerir estrategias de mejora en el fortalecimiento y contribución de la gestión inter e intra institucional.

Alcance

La auditoría comprenderá la comprobación y verificación de las acciones a cargo de la Secretaría de Salud, por medio de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; de la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, y de los Institutos Nacionales de Geriatría; de Medicina Genómica; de Pediatría; de Salud Pública; y del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, respecto de los componentes de control interno y gobernanza relativos a los procesos para la definición de las normas, estándares, metodologías, implementación, criterios de seguimiento, medición, verificación y control de la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados, y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad; lo que permitirá la revisión de las actividades de las instancias responsables relacionadas con la eficiencia y eficacia de sus estructuras, lineamientos, políticas y manuales de operación; la vigencia del marco jurídico y normativo; la planeación estratégica en el corto y mediano plazos; los mecanismos de comunicación y control; las actividades de vigilancia y supervisión; la administración de riesgos estratégicos, tácticos y operativos; y la evaluación del desempeño de los principales actores de las Juntas de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud en la toma de decisiones.

Resultados

Resultado Núm. 1 Con Observaciones y Acciones

Planeación Estratégica

- El marco normativo que reguló las acciones a cargo de la Secretaría de Salud en su carácter de coordinadora sectorial de los Institutos Nacionales de Salud mediante la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud (DGPIS), estuvo desactualizado y no tuvo correlación con las facultades establecidas en artículo 12 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- La CCINSHAE y la DGPIS llevaron a cabo actividades prioritarias generales y específicas que no fueron documentadas en un lineamiento o programa; además, la CCINSHAE implementó un macroproceso de coordinación sectorial -solamente a partir de junio de 2022- para mejorar el funcionamiento y la gestión de los Institutos Nacionales de Salud (INS), el cual no está regulado, no incluye objetivos, metas, líneas estratégicas y de acción, ni tampoco substancia de manera objetiva, trazable y verificable la política de coordinación sectorial, ni su alcance en cuanto a las políticas públicas en materia de investigación en salud, en formación de recursos humanos de alta especialidad o enseñanza y en atención médica, así como los tramos de control, vigilancia y seguimiento.

- La planeación estratégica de los institutos se realizó sin contar con elementos objetivos, verificables y trazables derivados de la política de coordinación sectorial, de las minutos de trabajo o de los acuerdos derivados del macroproceso no formalizado de la coordinación sectorial implementado por la CCINSHAE.

Resultado Núm. 2 Con Observaciones y Acciones

Órganos de Gobierno

- Se identificó que únicamente en dos sesiones extraordinarias participó el Secretario de Salud como presidente, en las cuales se aprobó la designación de los directores generales de los institutos nacionales de Geriatría y de Salud Pública. En el resto de las sesiones, el Titular de la CCINSHAE fungió como presidente de estos órganos de gobierno. Sin embargo, este no informó al Secretario de Salud los acuerdos adoptados así como su seguimiento.
- Respecto a los acuerdos aprobados en las juntas de gobierno, la CCINSHAE realizó los informes de seguimiento de acuerdos de sesiones anteriores y contó con un tablero que se limitó a un registro de acuerdos por instituto, omitiendo la integración de un tablero integral que le sirviera como instrumento de coordinación sectorial y demostrar su situación actual y trazabilidad, a fin de apoyar a la toma de decisiones.
- La CCINSHAE, de enero a junio de 2022, careció de un mecanismo de coordinación sectorial operativo y, a partir de junio de 2022, efectuó reuniones de trabajo periódicas con las direcciones generales de las entidades bajo su coordinación, con la finalidad de tratar temas relevantes que requerían ser atendidos y que fueron asentados en los acuerdos, y a los cuales no se les dio seguimiento ni fueron informados y presentados en las juntas de gobierno de cada instituto; aunado a que estas reuniones no están documentadas en los manuales de la CCINSHAE.

Resultado Núm. 3 Con Observaciones y Acciones

Evaluación del Desempeño

- Los informes de autoevaluación, elaborados por los institutos con base en la guía proporcionada por la CCINSHAE, presentan únicamente información estadística que no describe cuáles fueron las mejoras que han tenido los institutos en su gestión y funcionamiento, tampoco considera el análisis de los indicadores para los procesos operativos, así como los mecanismos de control y evaluación para su seguimiento; sumado a la heterogeneidad que distingue a cada instituto, en cuanto a estilo y contenido, situación que no permite comprobar que la información y documentación que reportan los informes cumplen con los criterios señalados en los artículos 37 al 58 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- La evaluación de los programas de investigación en salud, de enseñanza y de asistencia médica se realizó para cumplir las metas programáticas y atención a los requerimientos del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda sin considerar el cumplimiento de los Programas de Acción Específicos de mediano plazo, lo que ocasionó que no se acreditara la evidencia de que las áreas cumplieron acciones comprometidas del Programa Anual de Trabajo de la Secretaría de Salud y con las demandas y prioridades del sector.
- Por último, se observó que la Secretaría de Salud, a través de la CCINSHAE, no presentó evidencia de la evaluación de la calidad de la infraestructura hospitalaria, ni de los servicios de atención médica que prestan los INS.

Resultado Núm. 4 Con Observaciones y Acciones

Sistema de Control Interno Institucional

- No fue considerado ningún proceso prioritario para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, relacionado con las facultades de la Coordinación Sectorial de los INS, ni se establecieron acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) Institucional como en el PTCI propio que elaboró la CCINSHAE, debido a que la selección de los procesos se realiza de forma rotativa cada año.
- La CCINSHAE llevó el registro de su inventario de riesgos operativos, el cual no contempló riesgos relacionados con los procesos sustantivos referente a la investigación en salud, enseñanza y asistencia médica, así como a la evaluación de la calidad de la infraestructura de los INS, ni con controles detectivos,

preventivos y correctivos asociados a estos que conforman la política de coordinación sectorial de los INS.

Resultado Núm. 5 Sin Observaciones

Proceso de investigación en salud

- Los mecanismos de coordinación y evaluación que implementó la DGPIIS para el proceso de investigación en salud carecen de una regulación normativa que permita determinar estrategias claras y específicas para apoyar la investigación en salud.
- La DGPIIS, a través del sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud, coordinó y mantuvo actualizado el sistema de registro de investigación en salud, lo que le permitió contar con mecanismos de transferencia de información, las responsabilidades, atribuciones y el nivel de participación del personal que interactuó, los términos y plazos fijados para el envío y recepción de información.

Resultado Núm. 6 Sin Observaciones

Procesos de Enseñanza y de Atención Médica de Alta Especialidad

- Respecto a los programas de enseñanza y a los servicios de atención médica, la CCINSHAE no estableció un sistema de indicadores de gestión, de control, y de seguimiento, ni contó con un manual o lineamiento formalizado y autorizado en el cual se establecieran las actividades por realizar, se definieran funciones, se señalara al personal responsable, los entregables, y su periodicidad, a efecto de implantar una red de comunicación y coordinación con los institutos.
- La CCINSHAE no se cercioró de que los institutos, al impartir los planes y programas de estudios, cumplan con lo establecido en los artículos 1º y 52 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Consecuencias Sociales

En 2022, la Secretaría de Salud, en su carácter de Coordinadora Sectorial de los Institutos Nacionales de Salud, presentó debilidades y deficiencias en sus elementos de Control Interno y Gobernanza, las cuales derivaron en una limitada participación en los procesos relacionados con la investigación en salud, enseñanza y atención médica; esto aunado a que la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud desempeñaron actividades de coordinación que no contaron con un soporte normativo específico, tal como un lineamiento o programa de trabajo; y no obstante que a partir de junio de 2022, implementaron un macroproceso de coordinación sectorial para mejorar el funcionamiento y la gestión de los institutos, éste tampoco estuvo regulado, ni estableció objetivos, metas, líneas estratégicas, líneas de acción, ni substanció de manera objetiva, trazable y verificable, la política de coordinación sectorial, ni su alcance en cuanto a las políticas públicas en materia de investigación en salud, en enseñanza y en atención médica, así como los tramos de control, vigilancia y seguimiento. Estás deficiencias están inmersas también en los programas institucionales y anuales de trabajo de los institutos; en la limitada participación del Secretario de Salud, en su calidad de presidente de las juntas de gobierno de los Institutos Nacionales de Salud, y en la información contenida en los informes de autoevaluación de estos en los que no se da cuenta de las mejoras en la gestión o en el funcionamiento que han tenido.

Adicional a esto, la evaluación de los programas de investigación en salud, de enseñanza y de asistencia médica no consideró el cumplimiento de los Programas de Acción Específicos de mediano plazo, lo que ocasionó que no se acreditara la observancia de las acciones comprometidas en el Programa Anual de Trabajo de la Secretaría de Salud y, en relación a las demandas y prioridades del sector; que no se contara con un inventario de riesgos y un mapa integral del Sistema de Control Interno aplicable a la política de coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud.

Por lo tanto se hace necesaria una redefinición de la coordinación sectorial que implementan la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud y los órganos de gobierno de los institutos para contar con una valoración integral derivada del seguimiento y adecuación de los objetivos, metas, líneas estratégicas y líneas de acción, perfilada en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

En virtud de lo anterior, es necesario que la Secretaría de Salud atienda las recomendaciones formuladas con el propósito de que la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud y los institutos fortalezcan su Gobernanza, su

administración de riesgos y su Sistema de Control Interno Institucional, y logren una mejora del desempeño integral en sus operaciones que, a su vez, se refleje en la eficiencia y eficacia de sus procesos sustantivos de investigación en salud; de formación de recursos humanos de alta especialidad o enseñanza, y de atención médica de la población objetivo de sus programas presupuestarios.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron: 6 Recomendaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 25 de septiembre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría. Ésta se practicó sobre la información y documentación correspondiente al ejercicio fiscal 2022, proporcionada por la Secretaría de Salud, de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada con el objetivo de fiscalizar la razonabilidad del diseño, implementación y eficacia de los elementos de Control Interno y Gobernanza que corresponden a la coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud (INS) ejercidos por los órganos de gobierno e instancias administrativas participantes, relativos a la eficiencia, la eficacia y la economía de los procesos para la atención médica de alta especialidad, la investigación en salud, y la formación de recursos humanos de alta especialidad médica, a fin de verificar el cumplimiento de sus objetivos; así como la vigencia del marco jurídico y normativo; la transparencia; la rendición de cuentas, y la confiabilidad de la información para, en su caso, sugerir estrategias de mejora en el fortalecimiento y contribución de la gestión inter e intrainstitucional. Se aplicaron los procedimientos y las pruebas que se estimaron necesarios, en consecuencia, existe una base razonable para sustentar el presente dictamen.

Los Institutos Nacionales de Salud son organismos públicos descentralizados que, de acuerdo con la Ley Orgánica de la APF, han sido creados por ley o por decreto y poseen personalidad jurídica y patrimonio propios; están regulados por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y son coordinados por la Secretaría de Salud, en su carácter de Coordinadora Sectorial, a través de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud (DGPIS). Los INS están constituidos por un conjunto de instituciones cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. En estas tres áreas los institutos han marcado precedente en la atención a la salud, en la producción científica y en la calidad académica, no sólo en México sino en América Latina.

Los resultados de la fiscalización mostraron que la Planeación Estratégica de la Secretaría de Salud, en su carácter de Coordinadora Sectorial de los Institutos Nacionales de Salud, presentó debilidades y una injerencia limitada en los procesos relacionados con la investigación en salud, enseñanza y atención médica, debido a que el marco normativo que reguló las actividades de la Coordinadora Sectorial, a través de la CCINSHAE y de la DGPIS, estuvo desactualizado, situación que generó que los manuales de organización específico y de procedimientos no consideraran las actividades y funciones de las áreas que integraron la estructura básica vigente en 2022, ni que estos estuvieran correlacionados con las facultades establecidas en el artículo 12 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; adicionalmente, la CCINSHAE y la DGPIS desempeñaron actividades prioritarias que no fueron documentadas en un lineamiento o programa de trabajo que definiera los objetivos y metas, los procedimientos a realizar, las áreas responsables, la periodicidad, el tiempo de ejecución y los documentos o productos que se deben entregar en cada actividad. Además, la CCINSHAE implementó un macroproceso de coordinación sectorial a partir de junio de 2022, para mejorar el funcionamiento y la gestión de los INS, el cual no está regulado, no incluye objetivos, metas, líneas estratégicas y de acción, ni substancia, de manera objetiva, trazable y verificable, la política de coordinación sectorial, ni su alcance en cuanto a las políticas públicas en materia de investigación en salud, en enseñanza y en atención médica, así como los tramos de control, vigilancia y seguimiento. Asimismo, la alineación de la planeación de corto y largo plazos de los institutos se realizó mediante la elaboración de los programas institucionales y anuales de trabajo, sin contar con elementos objetivos, verificables y trazables derivados de la política de coordinación sectorial, de las minutas de trabajo o de los acuerdos del macroproceso de coordinación sectorial, no formalizado de la CCINSHAE.

En lo referente a la Gobernanza, se identificó que, durante 2022, la participación del Secretario de Salud, en su calidad de presidente de las juntas de gobierno de los INS, se limitó solamente a dos sesiones extraordinarias, en las cuales se aprobó la designación de los directores generales del Instituto Nacional de Geriatría y del Instituto Nacional de Salud Pública. En el resto de las sesiones, el Titular de la CCINSHAE fungió como presidente suplente de estos órganos de gobierno; sin embargo, no contó con evidencia de que se haya informado al Secretario de

Salud sobre los acuerdos adoptados, ni sobre su seguimiento. Respecto a los acuerdos aprobados en las juntas de gobierno de los INS, la CCINSHAE realizó informes de seguimiento de los acuerdos de las sesiones y contó con un tablero que se limitó a un registro de acuerdos por instituto, en lugar de un tablero integral que sirviera como instrumento de coordinación sectorial, que demostrara su situación actual y la trazabilidad de cada uno, y que apoyara la toma de decisiones. Aunado a esto, a partir de junio de 2022, la CCINSHAE efectuó reuniones de trabajo periódicas con las direcciones generales de las entidades bajo su coordinación, con la finalidad de tratar los temas relevantes que requerían ser atendidos y que fueron asentados en los acuerdos, mismos a los que no se les dio seguimiento, ni fueron presentados en las juntas de gobierno de cada instituto; al margen de que estas reuniones no están documentadas en los manuales de la CCINSHAE.

En relación con la evaluación de desempeño, se identificó que en los informes de autoevaluación de los INS únicamente se presenta información estadística que no describe las mejoras en la gestión y el funcionamiento que han tenido los institutos; tampoco contienen un análisis de los indicadores para los procesos operativos, así como los mecanismos de control y evaluación para su seguimiento; sumado a la heterogeneidad que distingue a cada instituto en cuanto a su mandato legal, objetivos y metas, situación que no permite corroborar que la información y documentación que incluyen en estos informes cumple con los criterios señalados en los artículos 37 al 58 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y, respecto a la evaluación de los programas de investigación en salud, de enseñanza y de asistencia médica, el proceso de fiscalización arrojó que solamente se realizó para reportar las metas programáticas y la atención a los requerimientos del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH), sin considerar el cumplimiento de los Programas de Acción Específicos de mediano plazo, lo que ocasionó que no se acreditara la observancia de las áreas respecto de las acciones comprometidas en el Programa Anual de Trabajo de la Secretaría de Salud y con las demandas y prioridades del sector. Además, la Secretaría de Salud, mediante la CCINSHAE, no presentó evidencia de haber evaluado durante 2022 la infraestructura hospitalaria, ni los servicios de atención médica que proporcionan los INS.

En lo relativo al Control Interno, se constató que, para el ejercicio 2022, no se consideró ningún proceso prioritario de la Secretaría de Salud o de los INS para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, relacionado con las facultades de Coordinación Sectorial que realiza la Secretaría de Salud, mediante la CCINSHAE, y tampoco se establecieron acciones de mejora en el PTCI Institucional como en el PTCI específico que elaboró la CCINSHAE, debido a que la selección de los procesos se realiza de forma rotativa año por año. En relación con la Administración de Riesgos Institucional, la CCINSHAE llevó el registro de su inventario de riesgos operativos, el cual contempló nueve riesgos, de los cuales, solo el que señala que las "Juntas de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud no cuentan con la legalidad establecida en la normatividad vigente" se relacionó con las facultades de Coordinación Sectorial; no obstante, la CCINSHAE no consideró riesgos relacionados con los procesos sustantivos referentes a la investigación en salud, enseñanza y asistencia médica, ni con la evaluación de la calidad de la infraestructura de los INS; tampoco contó con controles detectivos, preventivos o correctivos asociados a los riesgos que conforman la política de coordinación sectorial, situación que generó que no se contara con un procedimiento y un mapa integral del Sistema de Control Interno aplicable a la Política de Coordinación Sectorial de los Institutos Nacionales de Salud, considerando a la CCINSHAE, a la DGPIS y a los institutos como un sistema integrado y articulado, que incluyera los diagramas específicos de los procesos y subprocesos; la identificación de los riesgos asociados a la política de coordinación sectorial y los controles detectivos, preventivos y correctivos para la administración de cada uno de los riesgos identificados.

En cuanto a los procesos sustantivos, se identificó que los mecanismos de coordinación y evaluación que implementó la DGPIS para el proceso de investigación en salud fueron efectivos y aportaron información clara, verificable y trazable; sin embargo, carecen de una regulación normativa que permita determinar estrategias claras y específicas para apoyar la investigación en salud. Respecto a las acciones de coordinación y evaluación de los programas de enseñanza y atención médica, la CCINSHAE no estableció un sistema de indicadores de gestión, de control o de seguimiento, y tampoco contó con un manual o lineamiento formalizado y autorizado, que estableciera las actividades a realizar, las funciones, el personal responsable, los entregables y la periodicidad, a efecto de implantar una red de comunicación y coordinación con los institutos.

En opinión del equipo auditor, las acciones de la Secretaría de Salud, en su carácter de Coordinadora Sectorial de los Institutos Nacionales de Salud, presentaron debilidades y deficiencias en los elementos de Control Interno y Gobernanza, y tuvieron una injerencia limitada en los procesos relacionados con la investigación en salud, enseñanza y atención médica, situación que generó que el marco normativo que regula las atribuciones de la Coordinadora Sectorial, establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, estuviera desactualizado y no considerara actividades y funciones para todas las áreas que integraron la estructura básica vigente en 2022. Esto también provocó que la CCINSHAE y la DGPIS desempeñaran actividades de coordinación que no contaron con un soporte normativo específico -como un lineamiento o programa de trabajo-; aunado a que si bien, a partir

de junio de 2022, implementaron un macroproceso de coordinación sectorial para mejorar el funcionamiento y la gestión de los institutos, éste no estuvo regulado, no estableció objetivos, metas, líneas estratégicas, líneas de acción, ni tampoco substanció de manera objetiva, trazable y verificable, la política de coordinación sectorial, ni su alcance en cuanto a las políticas públicas en materia de investigación en salud, en enseñanza y en atención médica, así como los tramos de control, vigilancia y seguimiento. De igual forma, estas debilidades y deficiencias se reflejaron en los programas institucionales y anuales de trabajo de los institutos, ya que no contaron con elementos objetivos, verificables y trazables derivados de la política de coordinación sectorial, de las minutas de trabajo o de los acuerdos del macroproceso de coordinación sectorial; asimismo, la participación del Secretario de Salud, en su calidad de presidente de las juntas de gobierno de los INS, se limitó solamente a dos sesiones extraordinarias, mientras que, en el resto de las sesiones, el Titular de la CCINSHAE fungió como presidente de estos órganos de gobierno sin contar con evidencia que se informó al Secretario de Salud sobre los acuerdos adoptados, ni sobre su seguimiento; tampoco se contó con un tablero integral de acuerdos que sirviera como instrumento de coordinación sectorial, que demostrara la situación actual y la trazabilidad. Estas deficiencias en los elementos de Control Interno y Gobernanza dieron también pauta a que en los informes de autoevaluación de los institutos se presentara información estadística que no describe las mejoras en la gestión o en el funcionamiento que han tenido éstos, sin un análisis de los indicadores para los procesos operativos que realizan, así como los mecanismos de control y evaluación para su seguimiento; que la evaluación de los programas de investigación en salud, de enseñanza y de asistencia médica no considerara el cumplimiento de los Programas de Acción Específicos de mediano plazo, lo que ocasionó que no se acreditará la observancia de las áreas respecto de las acciones comprometidas en el Programa Anual de Trabajo de la Secretaría de Salud y en relación a las demandas y prioridades del sector; que no se contara con un mapa integral del Sistema de Control Interno aplicable a la política de coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud, que incluyera los diagramas específicos de los procesos y subprocesos, así como la identificación de los riesgos asociados a esta política de coordinación sectorial y los controles detectivos, preventivos y correctivos para la administración de cada uno de los riesgos identificados.

Todo lo anterior implica que los asuntos analizados por los órganos de gobierno de los institutos durante el ejercicio fiscal 2022, y la coordinación operativa que realizó la CCINSHAE con los directores generales de los institutos, mediante reuniones periódicas limitadas por el periodo junio a diciembre del año objeto de la revisión, se realizaron sin contar con una valoración integral derivada del seguimiento y adecuación de los objetivos, metas, líneas estratégicas y líneas de acción de la Política Sectorial establecida en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, perfilada en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, la cual no fue definida ni implementada por la Secretaría de Salud, por medio de la oficina del Secretario de Salud o de la CCINSHAE.

Las acciones formuladas a la Secretaría de Salud tienen como propósito que la CCINSHAE, la DGPI y los institutos fortalezcan la Gobernanza, la administración de riesgos y su Sistema de Control Interno Institucional, y logren una mejora del desempeño integral en sus operaciones que, a su vez, se refleje en la eficiencia y eficacia de sus procesos sustantivos y le permita contribuir a mejorar la gestión y el funcionamiento de los INS.

Secretaría de Salud

Erogaciones por Bienes y Servicios

Auditoría De Cumplimiento: 2022-0-12100-19-0355-2023

Modalidad: Presencial

355

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los recursos asignados a la Secretaría de Salud para verificar que se ejercieron y registraron conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

	EGRESOS
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	422,487.9
Muestra Auditada	356,935.4
Representatividad de la Muestra	84.5%

Se seleccionaron, para su revisión, los recursos erogados en siete partidas presupuestales correspondientes a los capítulos 2000 “Materiales y Suministros”, 3000 “Servicios Generales” y 5000 “Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles”, de las que se revisó una muestra de 356,935.4 miles de pesos que representó el 84.5% del presupuesto total ejercido en dichas partidas por 422,487.9 miles de pesos, como se detalla a continuación:

MONTO DE LAS PARTIDAS SELECCIONADAS PARA SU REVISIÓN
(Miles de pesos)

No.	Partidas Seleccionadas	Descripción de la Partida	Universo	Muestra
1	25401	Materiales, accesorios y suministros médicos	35,160.7	9,904.0
2	25901	Otros productos químicos	137,380.2	135,163.0
3	33801	Servicios de vigilancia	74,452.3	74,452.3
4	33901	Subcontratación de servicios con terceros	44,930.6	18,054.0
5	33903	Servicios integrales	16,890.0	14,323.3
6	35801	Servicios de lavandería, limpieza e higiene	100,762.2	92,126.9
7	58903	Bienes inmuebles por arrendamiento financiero	12,911.9	12,911.9
Total			422,487.9	356,935.4

FUENTE: Cuenta de la Hacienda Pública de la Secretaría de Salud 2022.

Los recursos ejercidos de las partidas presupuestales revisadas se encuentran integrados en la información de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2022, Tomo III, apartado “Información Presupuestaria”, en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación funcional – Programática del Ramo 12 “Salud”.

Resultados

El inventario de los Insumos y Reactivos para el procesamiento de muestras de SARS-CoV-2 (COVID-19) adquiridos y resguardos en el Almacén General del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) se actualizó 214 días hábiles posteriores a la última fecha de recepción de los bienes.

En las convocatorias y los contratos de los servicios consolidados de vigilancia y seguridad, de dietas (comedor) y de limpieza de los inmuebles de las Unidades Administrativas, Órganos Administrativos Desconcentrados y Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud, no se estableció que los prestadores de servicios adjudicados deberían remitir el listado del personal que prestaría los mismos en los inmuebles y, en su caso, notificar las altas y bajas de dicho personal.

Del servicio consolidado de seguridad y vigilancia intramuros vigente del ejercicio 2021 al 2023, no se contó con la autorización por parte del titular del área requirente del requisito para que los licitantes presentaran evidencia de que sus ingresos eran equivalentes hasta el 20.0% del monto total de su oferta; asimismo, no se verificó que se cumpliera con la funcionalidad de la aplicación o administración remota vía internet contratada, toda vez que, a la fecha de la auditoría, la aplicación referida no realiza las funciones solicitadas. Tampoco se verificó que en la convocatoria y en el contrato se establecieran las condiciones, términos y procedimientos para la aplicación de deductivas por el incumplimiento parcial o deficiente del funcionamiento de la aplicación referida. Y en la Bitácora de Parte de Novedades de los meses revisados de un inmueble, no se registró la apertura y cierre del servicio, y un solo jefe de turno elaboró y firmó las bitácoras diarias de los turnos 24x24 sin realizar el cambio de personal.

De la prestación del servicio consolidado de limpieza y desinfección en los inmuebles no se proporcionó la documentación con la que se justificaron los movimientos del número de operarios establecidos en el contrato y sus modificatorios, y 49 listas de asistencia del personal de 2 meses no se validaron por el Administrador del Servicio, además de que el Plan de desinfección de los inmuebles no se realizó conforme a las fechas establecidas al calendario.

De los servicio de dietas (comedor) para el Hospital de la Mujer el contrato y su anexo único no establecieron el procedimiento mediante el cual se llevaría el control de los servicios en el que se describiera las acciones y los formatos estandarizados por utilizar para determinar el número de comidas requeridas, la solicitud de comidas al prestador de servicios, la recepción de las comidas, el servidor público autorizado para la validación y autorización por piso, así como el mecanismo mediante el cual se realizó la validación de los servicios entregados por el prestador del servicio.

Los prestadores de los servicios consolidados de vigilancia y seguridad, de dietas (comedor) y de limpieza no efectuaron los pagos de las cuotas obrero-patronales de la totalidad del personal que participó en la prestación de dichos servicios, de conformidad de la información proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Del servicio de lavandería y arrendamiento de ropa hospitalaria otorgado en el Hospital de la Mujer, en 31 talones de entrega (notas de sucio), no contaron con el sello por parte del responsable del área de ropería.

No se dio seguimiento oportuno al trámite de los siniestros de dos inmuebles ante la aseguradora, los cuales, a la fecha de la auditoría (agosto 2023), llevan 5 años 8 meses sin rehabilitarse como consecuencia de los sismos acontecidos en septiembre de 2017.

En el transcurso de la revisión y con motivo de la intervención de la Auditoría Superior de la Federación, se recuperaron recursos por 288.4 miles de pesos como resultado de penalizaciones aplicadas a los proveedores y prestadores de servicios, que en su momento no fueron operadas.

Recuperaciones Operadas

En el transcurso de la revisión se recuperaron recursos por 288,354.00 pesos, con motivo de la intervención de la ASF.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 12 resultados, de los cuales, en 5 no se detectaron irregularidades y 4 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 3 restantes generaron:

3 Promociones del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal y 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los recursos asignados a la Secretaría de Salud para verificar que se ejercieron y registraron conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Secretaría de Salud cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

Se detectaron deficiencias en la contratación, supervisión, y comprobación de los recursos ejercidos en los servicios revisados, toda vez que, en las convocatorias y en los contratos de los servicios consolidados de vigilancia y seguridad, de dietas (comedor) y de limpieza de los inmuebles de las Unidades Administrativas, Órganos Administrativos Desconcentrados y Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud, no se estableció que los prestadores de servicios adjudicados deberían remitir el listado del personal que prestaría los mismos en los inmuebles y, en su caso, notificar las altas y bajas de dicho personal.

Por su parte, en el servicio consolidado de seguridad y vigilancia intramuros vigente del ejercicio 2021 al 2023, no se verificó que se cumpliera con la funcionalidad de la aplicación o administración remota vía internet contratada, toda vez que, a la fecha de la auditoría (julio 2023), la aplicación referida no realiza las funciones solicitadas. Tampoco se verificó que en la convocatoria y en el contrato se establecieran las condiciones, términos y procedimientos para la aplicación de deductivas por el incumplimiento parcial o deficiente del funcionamiento de la aplicación referida.

Respecto de la prestación del servicio consolidado de limpieza y desinfección en los inmuebles no se proporcionó la documentación con la que se justificaron los movimientos del número de operarios establecidos en el contrato y sus modificatorios, y 49 listas de asistencia del personal de 2 meses no se validaron por el Administrador del Servicio, además de que el Plan de desinfección de los inmuebles no se realizó conforme a las fechas establecidas al calendario.

También, se observó que los prestadores de los servicios consolidados de vigilancia y seguridad, de dietas (comedor) y de limpieza no efectuaron los pagos de las cuotas obrero-patronales de la totalidad del personal que participó en la prestación de dichos servicios, de conformidad de la información proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por otra parte, no se dio seguimiento oportuno al trámite de los siniestros de dos inmuebles ante la aseguradora, los cuales, a la fecha de la auditoría (julio 2023), llevan 5 años 8 meses sin rehabilitarse como consecuencia de los sismos acontecidos en septiembre de 2017.

Finalmente, en el transcurso de la revisión y con motivo de la intervención de la Auditoría Superior de la Federación, se recuperaron recursos por 288.4 miles de pesos como resultado de penalizaciones aplicadas a los proveedores y prestadores de servicios, que en su momento no fueron operadas.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**Prevención y Control del Cáncer de la Mujer**

Auditoría de Desempeño: 2022-5-12L00-07-0035-2023

Modalidad: Presencial

35

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la prevención y control del cáncer de la mujer, a fin de verificar su diseño y el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión del diseño normativo, programático, presupuestal e institucional-organizacional de la prevención y control del cáncer de la mujer, así como la eficiencia, la eficacia y la economía. En la eficiencia, la coordinación con los Servicios Estatales de Salud; la gestión para la suficiencia de infraestructura y equipo para la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino; la capacitación del personal; la promoción de la salud en la materia; las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino en las mujeres sin seguridad social, y la supervisión y evaluación de la prevención y el control de ambos tipos de cáncer. En la eficacia, la contribución de la prevención y control del cáncer de mama y el cérvico uterino en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por estos padecimientos, en las mujeres sin seguridad social. En la economía, el otorgamiento de subsidios a las entidades federativas para la prevención y control de las dos enfermedades en las mujeres sin seguridad social, y el ejercicio de los recursos financieros. Asimismo, se revisó el control interno institucional, en materia de prevención y control del cáncer de la mujer; el avance en el cumplimiento de la meta 3.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, y la rendición de cuentas.

La revisión correspondió al ejercicio 2022, y tuvo como referente el periodo 2018-2021.

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

Resultados

Los resultados de la fiscalización a la prevención y control del cáncer de la mujer, a cargo del CNEGSR, en 2022, fueron los siguientes:

Diseño de la prevención y control del cáncer de la mujer

- En el árbol del problema del Pp P020, la problemática central que busca resolver el Gobierno Federal es que “Los Servicios Estatales de Salud tienen capacidad limitada para garantizar a la población el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)”, el cual conjunta la problemática que atienden otros seis componentes que el centro tiene a su cargo: salud sexual y reproductiva en la adolescencia; anticoncepción, planificación familiar y salud sexual; salud materna; salud perinatal; aborto seguro, y violencia de género; sin embargo, no retoma la problemática identificada en el Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer 2021-2024, en lo relativo a la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, ni incluye causas y efectos en la materia.
- En el diseño normativo, la política pública plantea la operación bajo dos vertientes principales, la prevención y el control del cáncer de mama y del cérvico uterino; no obstante, en las normas que la regulan se mencionan cinco conceptos: prevención, detección, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y control, sin que se especifique qué actividades se alinean a cada vertiente. Asimismo, la prevención y

control del cáncer de mama y del cérvico uterino operó con normas oficiales mexicanas vigentes, pero desactualizadas en 2022.

Implementación de la prevención y control del cáncer de la mujer

En la coordinación en materia de prevención y control del cáncer de la mujer, en 2022, el CNEGSR suscribió 32 Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas,² uno con cada entidad federativa, para transferirles recursos del Pp P020 “Salud materna, sexual y reproductiva”, con el propósito de coordinar su participación con el centro en la implementación de 16 acciones puntuales del Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer 2021-2024, mediante el mismo número de indicadores, en materia de prevención y control del cáncer de la mujer.

En la infraestructura y equipamiento para la detección y el diagnóstico del cáncer de la mujer:

- El CNEGSR elaboró el inventario de infraestructura y equipamiento para la detección y el diagnóstico de cáncer de mama de 2022, que contiene la información del estatus de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud donde se brindó el servicio de mastografía en ese año, así como del número de mastógrafos, estaciones de interpretación y equipos de ultrasonido de que dispuso y su estatus.

Asimismo, el centro elaboró un diagnóstico en el que se estimaron las necesidades, en el ámbito nacional, del equipo y del personal requeridos para detectar y diagnosticar el cáncer de mama en las mujeres responsabilidad de la Secretaría de Salud (SS), en 2022, pero no realizó gestiones ante las instancias competentes para que los Servicios Estatales de Salud contaran con la infraestructura y el equipamiento necesarios para esta detección y diagnóstico.

- El CNEGSR elaboró un inventario con la información del estatus de las clínicas de colposcopia, los colposcopios y de otros insumos de los que se dispuso para realizar la detección y el diagnóstico de cáncer cérvico uterino, pero no contó con un diagnóstico de las necesidades de infraestructura y equipamiento, en los Servicios Estatales de Salud, para cubrir las necesidades de detección y diagnóstico de esta neoplasia en las mujeres responsabilidad de la Secretaría de Salud, además de que no realizó las gestiones, ante las instancias correspondientes, para contar con la infraestructura y el equipamiento suficientes.

En la capacitación en materia de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino:

- El CNEGSR programó tres cursos de capacitación, para un total de 1,095 personas en los Servicios Estatales de Salud, pero no estableció criterios para determinar el número de personas que se requería capacitar.
- El centro reportó que, en 2022, capacitó a 1,179 personas de los Servicios Estatales de Salud responsables de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, cantidad superior en 7.7% a la programada (1,095 personas), pero no sustentó el número de personas de los Servicios Estatales de Salud que acreditó los cursos.

En la promoción de la prevención del cáncer de mama y del cérvico uterino, el CNEGSR no acreditó que llevó a cabo estrategias de comunicación y promoción de la salud, a fin de disminuir los factores de riesgo y descubrir oportunamente lesiones precursoras, para reducir la morbilidad y la mortalidad por dichos padecimientos en las mujeres sin seguridad social.

En la detección del cáncer de mama:

- En cuanto a la cobertura de tamizaje con exploración clínica de mamas, el CNEGSR programó, para 2022, que al 29.0% de las mujeres de 25 a 39 años, responsabilidad de la SS, se les realizará la exploración clínica de mamas.

El CNEGSR reportó que, en 2022, los Servicios Estatales de Salud realizaron 620,154 exploraciones clínicas a las mujeres de 25 a 39 años, responsabilidad de la SS, que representaron el 25.4% de las 2,438,004 exploraciones clínicas de mama programadas para el tamizaje, y una cobertura del 7.4% de las 8,406,910 mujeres, responsabilidad de la SS, de este grupo etario. El centro informó que el resultado se debió a que

2 En 2022, la Secretaría de Salud, sus unidades administrativas y órganos descentrados, suscribieron 128 convenios modificatorios (cuatro por cada entidad federativa), para modificar los 32 Convenios Específicos en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas originales, con el propósito de adecuar cláusulas y montos de ministración.

“se tuvo un menor avance al planeado por reajustes en los tiempos de atención, y retraso en el mantenimiento o reparación de equipo”.

- En cuanto a la cobertura de tamizaje con mastografía, el CNEGSR programó que, en 2022, al 12.4% de las mujeres de 40 a 69 años, responsabilidad de la SS, se les realizará mastografía. Como las mastografías deben realizarse cada dos años en este grupo de mujeres, la meta del indicador consideró la información de 2021 y 2022.

El CNEGSR reportó que, en esos años, los Servicios Estatales de Salud realizaron mastografías a 936,510 mujeres de ese grupo etario, responsabilidad de la SS, de las que 431,028 mastografías fueron de 2021 y 505,482 de 2022. Las 936,510 mastografías realizadas representaron el 10.0% del total de mujeres de este rango de edad, responsabilidad de la SS, porcentaje inferior en 2.4 puntos porcentuales al previsto de 12.4%. El centro informó que el resultado se debió a que “se tuvo un avance menor al planeado por reajustes en los tiempos de atención, y retraso en el mantenimiento o reparación de mastógrafos”.

Por lo que respecta a las 505,482 mastografías realizadas a las mujeres de 40 a 69 años, responsabilidad de la SS, en 2022, el 99.2% (501,302 mastografías) tuvo resultado negativo y el 0.8% (4,180 mastografías) positivo.

En la detección del cáncer cérvico uterino:

- En cuanto a la cobertura de tamizaje con citología cervical, el CNEGSR programó que, en 2022, al 11.0% de las mujeres de 25 a 34 años, responsabilidad de la SS, se les realizará la citología cervical. Como las citologías cervicales deben realizarse cada tres años en este grupo de mujeres, la meta del indicador consideró la información de 2020, 2021 y 2022.

El CNEGSR reportó que, de 2020 a 2022, los Servicios Estatales de Salud realizaron 551,741 citologías cervicales en mujeres de ese grupo etario, responsabilidad de la SS, de las que 321,024 citologías fueron en 2020 y 2021, y 230,717 citologías en 2022. Las 551,741 citologías cervicales representaron el 9.4% del total de mujeres de este rango de edad, responsabilidad de la SS, porcentaje inferior en 1.6 puntos porcentuales al previsto de 11.0%. El centro informó que este resultado fue “debido a insumos insuficientes, cambio de proveedor de pruebas de detección, contratación tardía de personal operativo (químicos), infraestructura física de operación cambiante, espacios inadecuados para toma de muestra”.

Por lo que respecta a las 230,717 citologías cervicales realizadas a mujeres de 25 a 34 años, responsabilidad de la SS, en 2022, el 90.6% (208,931 citologías) tuvo resultado negativo, y el 9.4% (21,786 citologías) positivo.

- Respecto de la cobertura de tamizaje con prueba de VPH, el CNEGSR programó que, para 2022, al 29.0% de las mujeres de 35 a 64 años, responsabilidad de la SS, se les realizará esa prueba. Como la prueba debe realizarse cada cinco años en este grupo de mujeres, la meta del indicador consideró la información de 2018 a 2022.

El centro registró que, en el periodo 2018-2022, los Servicios Estatales de Salud realizaron 2,232,049 pruebas de VPH en mujeres de ese grupo etario, responsabilidad de la SS, de las que 1,824,822 pruebas fueron del periodo 2018-2021, y 407,227 pruebas de 2022. Las 2,232,049 pruebas de VPH representaron el 20.2% del total de mujeres de este rango de edad, responsabilidad de la SS, porcentaje inferior en 8.8 puntos porcentuales al previsto de 29.0%. Sobre este resultado, el centro informó que fue “debido a insumos insuficientes, cambio de proveedor de pruebas de detección, contratación tardía de personal operativo (químicos), infraestructura física de operación cambiante, espacios inadecuados para toma de muestra”.

Por lo que respecta a las 407,227 pruebas de VPH realizadas a mujeres de 35 a 64 años, responsabilidad de la SS, en 2022, el 97.0% (394,829 pruebas) tuvo resultado negativo y el 3.0% (12,398 pruebas) positivo.

En el diagnóstico del cáncer de mama:

- Respecto de la evaluación complementaria de la exploración clínica de mama anormal, el centro programó que, en 2022, al 95.0% de las mujeres responsabilidad de la SS con resultado anormal de exploración clínica, se le realizará evaluación complementaria.

En 2022, fueron 11,255 las mujeres que recibieron evaluación complementaria para cáncer de mama, que representaron el 40.9% de las 27,507 mujeres con exploración clínica anormal, y el 43.1% de las 26,132 mujeres previstas.

- En cuanto a la evaluación diagnóstica de las mastografías con casos sospechosos, el CNEGSR programó que, en 2022, al 90.0% de las mujeres, responsabilidad de la SS, con resultado sospechoso de mastografía se les realizará la evaluación diagnóstica.

En 2022, las mujeres a las que se les realizó evaluación diagnóstica de mama fueron 2,811, que significaron el 67.2% de las 4,180 mujeres con resultado BIRADS 4 y 5, porcentaje menor en 22.8 puntos porcentuales que el previsto de 90.0%.

- El CNEGSR reportó que, en 2022, los Servicios Estatales de Salud confirmaron 2,956 mujeres, responsabilidad de la SS, con cáncer de mama.

En el diagnóstico del cáncer cérvico uterino:

- Respecto de la evaluación colposcópica, el CNEGSR programó que, en 2022, al 80.0% de las mujeres, responsabilidad de la SS, con citología anormal y prueba de VPH positiva se les realizará la evaluación colposcópica.

En 2022, fueron 17,071 las mujeres a las que se les realizó la evaluación colposcópica para cáncer cérvico uterino, que representaron el 49.9% de las 34,184 mujeres con caso sospechoso de cáncer cérvico uterino, porcentaje inferior en 30.1 puntos porcentuales al previsto de 80.0%.

- El CNEGSR reportó que, en 2022, los Servicios Estatales de Salud confirmaron 426 mujeres, responsabilidad de la SS, con cáncer cérvico uterino.

En la oportunidad de las pruebas diagnósticas para confirmar el cáncer de mama y el cérvico uterino:

- El CNEGSR programó que el 75.0% de los casos para estas neoplasias fueran detectados de manera temprana, en las mujeres, responsabilidad de la SS.
- En cáncer de mama, en 2022, fueron 635 los casos confirmados en etapa temprana (etapa 0 a IIA), que representaron el 21.5% de las 2,956 mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama, porcentaje inferior en 53.5 puntos porcentuales al previsto de 75.0%.
- En cáncer cérvico uterino, en 2022, los casos confirmados en etapa temprana fueron 52, que significaron el 10.1% de las 515 mujeres con diagnóstico histopatológico, porcentaje inferior en 64.9 puntos porcentuales al previsto de 75.0%.

En el tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino:

- El CNEGSR reportó que, en 2022, fueron 2,956 las mujeres, responsabilidad de la SS, que tuvieron diagnóstico confirmado de cáncer de mama, y 426 de cuello uterino, por lo que 3,382 mujeres, responsabilidad de la SS, requerían ser referidas para su atención a un centro oncológico.

El CNEGSR programó que, en 2022, el 85.0% de las mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama o cérvico uterino fuera referido para su atención en un centro oncológico.

El CNEGSR reportó que, en 2022, los Servicios Estatales de Salud refirieron a 1,830 mujeres (1,405 por cáncer de mama y 425 por cáncer cérvico uterino), responsabilidad de la SS, con diagnóstico confirmado para su atención en un centro oncológico, que representaron el 63.7% de las 2,875 mujeres previstas, y el 54.1% de las 3,382 las mujeres con diagnóstico confirmado de estas neoplasias.

Por tipo de enfermedad, el CNEGSR reportó que se refirió a un centro oncológico al 47.5% (1,405 mujeres) de las 2,956 mujeres, responsabilidad de la SS, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama; mientras que, en el caso de cáncer cérvico uterino, fue al 99.8% (425 mujeres) de las 426 de las mujeres con diagnóstico confirmado.

- En cuanto a la oportunidad en la referencia a centros oncológicos para tratamiento de las mujeres, responsabilidad de la SS, con cáncer cérvico uterino confirmado, el CNEGSR no definió indicadores con sus respectivas metas anuales para evaluar dicha oportunidad en la referencia de las mujeres para su tratamiento, en 2022.
- Por lo que corresponde al seguimiento de las mujeres responsabilidad de la SS con cáncer de mama o cérvico uterino que fueron referidas a un centro oncológico y que iniciaron el tratamiento correspondiente, el CNEGSR no contó con la información respectiva.

En la supervisión de la prevención y control del cáncer de la mujer:

- El CNEGSR programó la supervisión a 18 (56.3%)³ de los 32 Servicios Estatales de Salud en 2022, para monitorear y dar seguimiento a las políticas establecidas en materia de prevención y control del cáncer de la mujer, pero no definió los criterios para programar el tipo de supervisión, presencial o virtual, a realizar.
- En 2022, el centro realizó las 18 (100.0%) supervisiones programadas, nueve (50.0%) presenciales y nueve (50.0%) virtuales. Los principales hallazgos de las supervisiones se relacionaron con: deficiencias en el seguimiento a las usuarias con resultados anormales en las pruebas de detección; falta de personal especializado y capacitado; problemas con la infraestructura, equipo especializado e insumos necesarios para la operación del programa; errores en la toma de muestras y seguimiento de los resultados; falta de atención a usuarias con resultados positivos; problemas con el uso de recursos ministrados para el programa; errores en la captura de datos en los formatos, y deficiencias en la productividad de las unidades médicas.

En la evaluación de la prevención y control del cáncer de la mujer:

- En 2022, el CNEGSR no contó con una metodología actualizada para evaluar el desempeño de los Servicios Estatales de Salud en la implementación del programa de cáncer de la mujer.
- En 2022, el CNEGSR evaluó 14 indicadores por cada una de las 32 entidades federativas, ocho para medir su desempeño en la cobertura de detección y diagnóstico del cáncer de mama, y seis para el cáncer cérvico uterino. El CNEGSR no dispuso de un índice de desempeño global en el que se concentraran los resultados de los 14 indicadores, por cada entidad federativa, para obtener la clasificación de desempeño de cada una de ellas en la materia. Tampoco acreditó que, con base en los resultados obtenidos, hubiera identificado las áreas de mejora que le permitieran implementar acciones correctivas, a fin de optimizar el desarrollo de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino.

En el otorgamiento de subsidios, a los Servicios Estatales de Salud, para la prevención y control del cáncer de la mujer:

- En 2022, el CNEGSR programó distribuir 221,386.1 miles de pesos para “implementar las actividades del Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer”, por medio del Pp P020 “Salud materna, sexual y reproductiva”, de los cuales el 32.4% (71,828.8 miles de pesos) correspondió a la ministración de recursos presupuestarios, y el 67.6% (149,557.3 miles de pesos) al suministro de insumos.
- En 2022, el CNEGSR ministró 158,370.9 miles de pesos, de los cuales el 58.3% (92,397.0 miles de pesos) correspondió a recursos presupuestarios, y el 41.7% (65,973.9 miles de pesos) al suministro de insumos, sin acreditar los criterios que aplicó para asignar los recursos por entidad federativa.

En cuanto al ejercicio del presupuesto asignado a la prevención y control del cáncer de la mujer, en 2022, el CNEGSR ejerció 267,619.0 miles de pesos, mediante el Pp P020, monto igual al modificado e inferior en 33.1% (132,362.1 miles de pesos) al presupuesto aprobado. De los 267,619.0 miles de pesos ejercidos, el 69.9% (186,159.9 miles de pesos) correspondió al capítulo 2000 “Materiales y suministros”; el 29.7% (79,537.4 miles de pesos) al 4000 “Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas”, y el 0.7% (1,921.7 miles de pesos) al 3000 “Servicios generales”.

Respecto de la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama y cérvico uterino en las mujeres sin seguridad social:

- Por lo que corresponde a la morbilidad por cáncer de mama en las mujeres sin seguridad social, la tasa de incidencia, en 2022, fue de 18.8 casos nuevos por cada 100,000 mujeres sin seguridad social, en tanto que, por cáncer cérvico uterino fue de 3.4 casos nuevos por cada 100,000 mujeres sin seguridad social. El centro no estableció metas para ambas tasas, que le permitieran evaluar el comportamiento de los casos nuevos por estas neoplasias en ese grupo de población.
- En cuanto a la mortalidad por cáncer de mama y por cáncer cérvico uterino en las mujeres sin seguridad social, el CNEGSR no contó con la información, de 2022, del número de defunciones por estas neoplasias en las mujeres sin seguridad social, ni de las tasas de mortalidad en este grupo de población. Tampoco

3 Chiapas, Chihuahua, Oaxaca, San Luis Potosí, Hidalgo, Estado de México, Puebla, Sonora, Zacatecas, Campeche, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Veracruz, Baja California Sur, Ciudad de México, Querétaro y Tlaxcala.

contó con la información del periodo 2018-2021, para evaluar el comportamiento de las muertes por estos padecimientos, en las mujeres sin seguridad social.

Consecuencias Sociales

Los resultados de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en las mujeres responsabilidad de la SS mostraron que, en 2022:

- En el caso del cáncer de mama:
 - En el ámbito nacional había 17,796,041 mujeres de 25 a 69 años, responsabilidad de la SS, susceptibles para la detección y el diagnóstico del cáncer de mama, y 221 unidades médicas con servicio de mastografía funcionando, lo que significó que, en promedio, hubo una unidad médica por cada 80,525 mujeres. Asimismo, los Servicios Estatales de Salud contaron con 242 mastógrafos en funcionamiento, por lo que, en promedio, hubo un mastógrafo por cada 73,537 mujeres de este grupo de población.
 - Se realizaron 620,154 exploraciones clínicas de mama a mujeres de 25 a 39 años, responsabilidad de la SS, el 25.4% de las 2,438,004 exploraciones clínicas de mama programadas para el tamizaje, y una cobertura del 7.4% de las 8,406,910 mujeres, responsabilidad de la SS, de este grupo etario. Asimismo, se llevaron a cabo 11,255 evaluaciones complementarias a mujeres, responsabilidad de la SS, con exploración clínica con resultado anormal de mama.
 - Se efectuaron 505,482 mastografías a mujeres de 40 a 69 años, responsabilidad de la SS, el 5.4% de las 9,389,131 mujeres de ese grupo etario. De las 505,482 mastografías realizadas, el 0.8% (4,180 mastografías) tuvo resultado positivo a la enfermedad.
 - De las 15,435 mujeres, responsabilidad de la SS, con caso sospechoso de cáncer de mama (11,255 mujeres con exploración clínica y evaluación complementaria, y 4,180 mujeres con mastografía positiva), a 2,956 mujeres se les confirmó la neoplasia.
 - De las 2,956 mujeres, responsabilidad de la SS, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, se refirió a un centro oncológico al 47.5% (1,405 mujeres).
- Por lo que corresponde al cáncer cérvico uterino:
 - En el ámbito nacional, se registraron 16,924,236 mujeres de 25 a 64 años, responsabilidad de la SS, susceptibles para la detección y el diagnóstico del cáncer cérvico uterino, y 188 clínicas de colposcopia activas, lo que significó que, en promedio, hubo una clínica por cada 90,023 mujeres de este grupo. Además, los Servicios Estatales de Salud contaron con 257 colposcopios, por lo que, en promedio, hubo un colposcopio por cada 65,853 mujeres de este grupo de población.
 - Se realizaron 230,717 citologías cervicales a mujeres de 25 a 34 años, responsabilidad de la SS, el 3.9% de las 5,857,723 mujeres de ese grupo etario. De las 230,717 citologías cervicales realizadas, 21,786 citologías (9.4%) fueron con resultado positivo.
 - Asimismo, se efectuaron 407,227 pruebas de VPH a mujeres de 35 a 64 años, responsabilidad de la SS, el 3.7% de las 11,066,513 mujeres de ese grupo etario. De las 407,227 pruebas de VPH realizadas, el 3.0% (12,398 pruebas) tuvo resultado positivo a la enfermedad.
 - De las 34,184 mujeres, responsabilidad de la SS, con caso sospechoso de cáncer cérvico uterino (21,786 mujeres con citología anormal, y 12,398 mujeres con prueba de VPH positiva), a 17,071 mujeres se les realizó evaluación colposcópica, y se confirmó el padecimiento a 426 mujeres.
 - De las a 426 mujeres, responsabilidad de la SS, con diagnóstico confirmado de cáncer cérvico uterino, se refirió a un centro oncológico al 99.8% (425 mujeres).

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 16 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y 4 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 11 restantes generaron:

20 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión del grupo auditor de la ASF, en 2022, el CNEGSR se coordinó con los gobiernos de las entidades federativas para llevar a cabo actividades para la prevención y control del cáncer de la mujer. Con la participación

de los Servicios Estatales de Salud, se realizaron 620,154 exploraciones clínicas de mama, 505,482 mastografías, 230,717 citologías cervicales y 407,227 pruebas de VPH, a fin de detectar el cáncer de mama y el cérvico uterino en las mujeres sin seguridad social; se llevaron a cabo 11,255 evaluaciones complementarias a mujeres con exploración clínica de mama anormal, 2,811 evaluaciones diagnósticas a mujeres con resultado sospechoso de mastografía, y 17,071 evaluaciones colposcópicas para cáncer cérvico uterino; se confirmó el diagnóstico a 2,956 mujeres por cáncer de mama y a 426 por cáncer cérvico uterino, y se refirieron a un centro oncológico para su atención a 1,405 mujeres con cáncer de mama y a 425 con cáncer cérvico uterino. Estas acciones contribuyeron en la disminución de los casos nuevos por estas neoplasias en las mujeres sin seguridad social, ya que, para cáncer de mama, pasaron de 21.0 casos nuevos por cada 100,000 mujeres en 2021, a 18.8 casos en 2022, y para cáncer cérvico uterino, de 3.9 casos nuevos por cada 100,000 mujeres en 2021, a 3.4 casos en 2022.

En la revisión, se identificaron áreas de oportunidad en el diseño y la implementación de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, dirigidas a fortalecer la promoción en la materia, la detección, el diagnóstico y el tratamiento, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad por estos padecimientos en las mujeres sin seguridad social.

En el diseño, las áreas de mejora se relacionaron con incluir, en el problema público del Pp P020, la problemática relativa a la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, así como con actualizar las normas oficiales que regulan la materia. En la implementación, con elaborar un diagnóstico de las necesidades de infraestructura y equipamiento, en los Servicios Estatales de Salud, para cubrir las necesidades de detección y de diagnóstico de cáncer cérvico uterino; producir la información que acredite las estrategias de promoción de la salud realizadas para fomentar estilos de vida saludable y la detección temprana de los dos tipos de cáncer; formular criterios para determinar el número de personas de los Servicios Estatales de Salud susceptible de ser capacitado; implementar estrategias para incrementar las coberturas de detección, de diagnóstico y de referencia del cáncer de mama y del cérvico uterino; producir la información del número de mujeres, responsabilidad de la Secretaría de Salud, que inicien el tratamiento correspondiente, respecto de las que sean referidas a un centro oncológico para su atención, y evaluar, de forma integral, los resultados en cada una de las entidades federativas, en materia de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino.

En la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama y cérvico uterino en las mujeres sin seguridad social, las áreas de oportunidad se relacionan con establecer metas para las tasas de incidencia, y producir la información que dé cuenta del número de defunciones y de las tasas de mortalidad.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán al CNECSR:

- Ajustar el diseño de la política de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, por medio de la actualización del marco normativo, a fin de delimitar las acciones que comprenden a la prevención y las que corresponden al control de estos padecimientos.
- Elaborar el diagnóstico de las necesidades de infraestructura y equipamiento, en los Servicios Estatales de Salud, para cubrir las necesidades de detección y de diagnóstico del cáncer cérvico uterino en las mujeres responsabilidad de la Secretaría de Salud.
- Definir criterios para determinar el número de personas de los Servicios Estatales de Salud susceptible de ser capacitado, en materia de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino.
- Producir la información que dé cuenta de las estrategias de promoción de la salud que realice, dirigidas a incrementar estilos de vida saludable y fomentar la detección temprana del cáncer de mama y del cérvico uterino.
- Establecer las metas de los indicadores definidos para evaluar la política de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, con base en criterios establecidos.
- Incrementar las coberturas de detección del cáncer de mama y del cérvico uterino, a fin de reducir la mortalidad por dichos padecimientos en las mujeres sin seguridad social.
- Incrementar la cobertura de mujeres con exploración clínica anormal a las que se les realice evaluación complementaria; la cobertura de mujeres con resultado BIRADS 4 y 5 a las que se les realice evaluación diagnóstica, y la cobertura de mujeres con citología anormal y prueba de VPH positiva a las que se les practique evaluación colposcópica.

- Incrementar el porcentaje de detección de casos de cáncer de mama y cérvico uterino en etapa temprana, y el número de mujeres con diagnóstico confirmado que sean referidas a un centro oncológico para su atención.
- Definir indicadores y metas para evaluar la oportunidad en la referencia de las mujeres, responsabilidad de la Secretaría de Salud, con casos confirmados de cáncer cérvico uterino a centros oncológicos para que inicien su tratamiento.
- Producir la información del número de mujeres, responsabilidad de la Secretaría de Salud, que inicien tratamiento de cáncer de mama o cérvico uterino, respecto de las que sean referidas a un centro oncológico para su atención.
- Generar la información del número de defunciones y de la tasa de mortalidad por cáncer de mama y por cáncer cérvico uterino en las mujeres sin seguridad social, a fin de rendir cuentas, respecto del avance en la reducción de la mortalidad por estas neoplasias en este grupo de población.

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea**Donación y Transfusión de Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales**

Auditoría de Desempeño: 2022-5-12100-07-0037-2023

Modalidad: Presencial

37

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la política pública de donación y transfusión de la sangre, hemocomponentes y células troncales, para evaluar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión del diseño normativo, institucional, programático y de evaluación de la política pública de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales, a cargo de la Secretaría de Salud, en coordinación con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS), así como la eficiencia, la eficacia y la economía. En la eficiencia, la coordinación interinstitucional y con las entidades federativas; la formación, capacitación y actualización de personal de salud dedicado a la donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales; la operación del Registro Nacional de Sangre y de Células Troncales; la seguridad de la sangre; la calidad de la sangre, en términos de la evaluación externa realizada a los establecimientos de salud, a cargo del CNTS, y la vigilancia sanitaria de la COFEPRIS. En la eficacia, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Sangre, en términos de la regionalización de los establecimientos que realizan la disposición de sangre, hemocomponentes y células troncales, y de su disposición y acceso universal. En la economía, el ejercicio de los recursos financieros en el cumplimiento de los objetivos y metas de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales. Asimismo, se revisó el control interno en el CNTS, la Secretaría de Salud y la COFEPRIS, y la rendición de cuentas en la materia.

La revisión correspondió al ejercicio 2022, y tuvo como referente el periodo 2020-2021.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de esta auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por los entes fiscalizados fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión del grupo auditor de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas en materia de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales, a cargo de la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Resultados

Los resultados de la fiscalización a la política de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales, en 2022, fueron los siguientes:

Diseño de la política pública de donación y transfusión de la sangre, hemocomponentes y células troncales

- En el marco jurídico en el que se sustentó la política pública de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales, durante 2022:
 - No se dispuso de un reglamento de la Ley General de Salud en materia de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales.
 - No se dispuso de una norma oficial mexicana para la regulación de la disposición de células troncales hematopoyéticas.
- El diseño programático de la política pública definido por la Secretaría de Salud con apoyo del CNTS, e incluido, principalmente, en el Programa de Acción Específico Acceso Universal a Sangre,

Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros 2020-2024, fue congruente para la atención de tres de las cuatro causas de la problemática identificada por el Gobierno Federal, y:

- No se incluyó, como parte de las estrategias, acciones o actividades, la publicación de una Norma Oficial Mexicana para la disposición de células troncales hematopoyéticas de origen humano, con fines terapéuticos.
- No se consideraron objetivos, estrategias, acciones o actividades relativos a la atención de la baja calidad de los establecimientos que realizan disposición de células troncales hematopoyéticas.
- El diseño institucional de la política pública de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales, definido por el Gobierno Federal, incluyó las atribuciones de los responsables de la rectoría y operación de la política pública en atención de tres de las cuatro causas del problema; sin embargo:
 - No se definieron las atribuciones, ni los responsables relacionados con la rectoría, coordinación y operación de un sistema nacional de sangre.
 - No se emitió una norma oficial para la regulación de los establecimientos dedicados a la disposición de células troncales, que defina las responsabilidades y atribuciones de dichos establecimientos, y fortalezca las actividades de la COFEPRIS en materia de vigilancia sanitaria.

Implementación de la política pública de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales

- Coordinación interinstitucional y con las entidades federativas en materia de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales
 - En 2022, para la coordinación interinstitucional de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF), en los actos de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, el CNTS reportó la realización de cinco actividades, pero no diseñó indicadores, con sus respectivas metas para valorar si fueron las requeridas.
- Operación del Registro Nacional de Sangre y de Células Troncales
 - El Registro Nacional de Sangre y de Células Troncales integró información de tres de las cinco fracciones incluidas en el artículo 342 Bis 3 de la Ley General de Salud, ya que incluyó los registros de establecimientos a que se refiere el artículo 341 de esta ley; de los comités de medicina transfusional, así como de los comités o subcomités de trasplantes de células troncales, y de la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células troncales. No acreditó el Sistema Nacional de Biovigilancia, ni el registro único de unidades de células troncales y de los donantes potenciales de dichas células.
 - El Registro Nacional de Sangre y de Células Troncales, que operó en 2022 por el CNTS, no fue un sistema automatizado que contara con información de la disposición de sangre, hemocomponentes y células troncales, y fortaleciera el proceso de distribución y disposición en tiempo real, y los mecanismos del registro no garantizaron que la información se encontrara debidamente integrada, actualizada y resguardada, bajo los principios de transparencia y seguridad.
- Formación, capacitación y actualización de recursos humanos en materia de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales
 - El CNTS reportó que, en 2022, el número de empleados del sector salud que participó en las actividades de formación, capacitación y actualización, en materia de transfusión de sangre y células troncales, fue de 3,066, los cuales pertenecieron a 15 instituciones distintas: el 23.2% (712 trabajadores) correspondió a instituciones no especificadas por el centro; el 17.8% (547 trabajadores) estuvo adscrito a instituciones del sector privado; el 13.7% (419 trabajadores) a los Servicios Estatales de Salud; el 11.9% (365 trabajadores) perteneció al IMSS; el 10.6% (326 trabajadores) proveniente del ISSSTE, y el 10.4% (318 trabajadores) correspondió a los Institutos Nacionales de Salud. Las instituciones con el menor número de empleados participantes fueron Cruz Verde, SEMAR, DIF y el CNTS.

- El centro no acreditó el contenido de los cursos, ni sus objetivos, por lo que no evidenció que atendieron las necesidades de capacitación definidas a partir del diagnóstico realizado.
- El CNTS no diseñó, para 2022, indicadores, ni metas relacionados con la formación, capacitación y actualización de recursos humanos en salud, en materia de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales.
- Promoción de la donación altruista y voluntaria de sangre, hemocomponentes y células troncales
 - En 2022, el CNTS desarrolló mecanismos para fomentar la participación de los sectores público y privado en las actividades orientadas a impulsar la donación de sangre, componentes sanguíneos y células troncales. Asimismo, promovió y supervisó las campañas para la donación de sangre y componentes sanguíneos del Sistema Nacional de Salud, pero no definió indicadores para evaluar el desempeño en dicha actividad.
 - Respecto del incremento de la donación voluntaria y altruista de sangre, el CNTS reportó que, en 2022, el 7.6% del total de los donadores de sangre del país fueron voluntarios y altruistas, inferior en 1.4 puntos porcentuales a la meta del 9.0%, para ese año. El centro le informó a la ASF que dicha situación se debió a que “el sistema de donación de sangre se basa en la donación de reposición, mecanismo en el que se solicitan donantes a los pacientes que hacen uso de algún servicio médico, esta situación no es nueva, y es un constante desde hace varios años, como se muestra en los reportes de la OMS, esta situación se ha incrementado poco a poco a través de la implementación de campañas de sitio y digitales de donación voluntaria de sangre”.
- Tamizaje de unidades de sangre y hemocomponentes
 - El CNTS reportó un cumplimiento del 100.0% en la meta de tamizar unidades de sangre colectadas, en 2022; sin embargo, en la información remitida por el centro, no se incluyó el valor de las variables programadas para el numerador y el denominador del indicador, ni la evidencia de que las 1,468,071 unidades de sangre colectadas en los establecimientos de salud fueron tamizadas.
- Programa de control externo de serología e inmunohematología
 - La Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, señala que “Los laboratorios de los bancos de sangre y, en su caso, de los servicios de transfusión que realicen determinaciones analíticas, deberán participar en los programas de control de calidad externo que aplica el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de conformidad con lo que se indica a continuación: a) Participarán en los programas de control de calidad externo en las modalidades siguientes: Pruebas para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión (serología), y Pruebas de inmunohematología”. Al respecto, el CNTS reportó un cumplimiento del 102.5% en la meta de evaluar el control de calidad externo en serología, y del 103.9% en la meta de evaluar el control de calidad externo en inmunohematología, en 2022. En ambos casos, en la información remitida por el centro, no se incluyó el valor de las variables programadas para el numerador y el denominador de los indicadores respectivos.
- Integración de información al Sistema Nacional de Biovigilancia
 - El Programa de Acción Específico Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros 2020-2024 define al Sistema Nacional de Biovigilancia como “el Sistema Informático que permite monitorear toda la cadena transfusional y de trasplante, en el cual se reportan los efectos adversos a estos procedimientos y los resultados de las evaluaciones de control de calidad externo que realiza el CNTS y que garanticen que todo el proceso de acceso a la sangre sea universal, seguro y equitativo”. Al respecto, “al año 2022 el CNTS no generó el Sistema Nacional de Biovigilancia, ya que no se cuenta con recursos económicos, humanos y de desarrollo tecnológico para establecerlo, en concordancia con los preceptos establecidos por la OMS/OPS”.
- Vigilancia sanitaria
 - Autorización de licencias sanitarias a los servicios de disposición de sangre. En 2022, la COFEPRIS expidió 568 licencias sanitarias (que sustentan que los establecimientos solicitantes cumplen las

condiciones sanitarias respectivas) a servicios de transfusión hospitalarios y a bancos de sangre, en las 32 entidades federativas. Al respecto, la COFEPRIS:

- Acreditó la integración de 555 expedientes de licencias sanitarias expedidas a los Servicios de Transfusión y Bancos de Sangre, los cuales cumplieron con la documentación y las disposiciones vigentes para expedir dichas licencias.
- No acreditó la integración de los expedientes correspondientes al 2.3% de las licencias expedidas, por lo que no evidenció que los servicios de transfusión y bancos de sangre de 13 establecimientos cumplieron con la documentación y las disposiciones normativas vigentes para la expedición de las licencias sanitarias.
- Autorización de licencias sanitarias a los establecimientos con disposición de células troncales. En 2022, la COFEPRIS emitió cuatro licencias sanitarias para Centros de Colecta de Células Progenitoras o Troncales, en Ciudad de México, Guanajuato, Jalisco y Puebla. Al respecto, la comisión acreditó la integración de los expedientes correspondientes a 3 licencias.
- Vigilancia de los establecimientos de disposición de sangre. En 2022, la COFEPRIS programó 121 visitas de verificación sanitaria, de las cuales registró que realizó 69 visitas, correspondientes al 57.0% de la meta.
- Regionalización de los servicios de sangre
 - El CNTS reportó la regionalización de 26 entidades, por lo que superó la meta de regionalizar 21 entidades federativas en 2022.
- Disposición y acceso universal a la sangre, hemocomponentes y células troncales
 - Disposición de sangre, hemocomponentes y células troncales (recolección, almacenaje, procesamiento, distribución y transfusión. El CNTS reportó el ingreso de 1,460,835 unidades, cantidad superior en 7,886 unidades de sangre a los egresos registrados en el año (1,452,949). Al respecto, el CNTS no operó un sistema de información automatizado y eficiente que le permitiera disponer de información confiable y oportuna sobre la recolección, almacenaje, procesamiento, distribución y transfusión de la sangre, hemocomponentes y células troncales, en 2022, y careció de un registro de las unidades de células troncales en existencia, así como de los donantes potenciales de dichas células.
 - Acceso universal a la sangre, hemocomponentes y células troncales. El CNTS no acreditó el establecimiento de indicadores, con sus respectivas metas, para producir información y verificar los avances, en 2022, en el cumplimiento del objetivo de “Garantizar el acceso universal, seguro y equitativo a la sangre, hemocomponentes y células troncales”, establecido en el Programa de Acción Específico Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros 2020-2024.
- Ejercicio de los recursos financieros en el cumplimiento de los objetivos y metas de la política pública de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales
 - En 2022, el CNTS ejerció 90,521.2 miles de pesos, monto inferior en 14.5% (15,357.5 miles de pesos) al presupuesto aprobado (105,878.7 miles de pesos), e igual al modificado. El presupuesto erogado se distribuyó en tres Pp: el 73.6% (66,617.1 miles de pesos) en el Pp P013; el 15.2% (13,779.9 miles de pesos) en el Pp M001, y el 11.2% (10,124.2 miles de pesos) en el Pp E010. Sin embargo, se identificó lo siguiente:
 - El CNTS informó que no estableció el Sistema Nacional de Biovigilancia, ya que no dispuso de los recursos económicos; que el Programa de Capacitación en Medicina Transfusional “no se desarrolló de forma completa debido a que careció de un presupuesto específico para su desarrollo”; que no se integró el Registro Nacional de Base de Datos de HLA, debido a que se careció de un presupuesto específico y, en cuanto al programa de visitas de mejora continua para bancos de sangre para 2022, señaló que “se contemplaba visitar todo el país; sin embargo, por recorte presupuestal, el mecanismo mediante el cual el CNTS determinó el programa de visitas de mejora continua para bancos de sangre para 2022, se basó en las entidades federativas que iniciaron los procesos de transformación y migración de sus servicios de salud a IMSS-Bienestar”.

Consecuencias Sociales

Los resultados de la auditoría a la política pública de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales mostraron que, en 2022:

- Se desarrollaron mecanismos para fomentar la participación de los sectores público y privado en las actividades orientadas a impulsar la donación de sangre y componentes sanguíneos, y se promovieron y supervisaron las campañas para la donación de sangre y componentes sanguíneos del Sistema Nacional de Salud.
- Se registraron 1,468,071 donadores de sangre, de los cuales el 7.6% (111,602) fueron voluntarios y altruistas.
- Se regionalizaron 26 entidades federativas, lo que significó que contaron por lo menos con un banco de sangre con recolección de más de 5,000 unidades en el año.
- En cuanto a la disposición de sangre, hemocomponentes y células troncales, el CNTS reportó el ingreso a bancos de sangre de 1,460,835 unidades de sangre, durante 2022, cantidad superior en 7,886 unidades a los egresos registrados en el año (1,452,949); sin embargo, careció de un registro de las unidades de células troncales que se tuvieron en existencia, así como de los donantes potenciales de dichas células.
- El centro no integró el Sistema Nacional de Biovigilancia, “sistema Informático que permite monitorear toda la cadena transfusional y de trasplante, en el cual se reportan los efectos adversos a estos procedimientos y los resultados de las evaluaciones de control de calidad externo que realiza el CNTS y que garanticen que todo el proceso de acceso a la sangre sea universal, seguro y equitativo”.
- El CNTS no dispuso de indicadores, con sus respectivas metas, para producir información de los avances en el cumplimiento del objetivo de “Garantizar el acceso universal, seguro y equitativo a la sangre, hemocomponentes y células troncales”, establecido en el Programa de Acción Específico Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros 2020-2024.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 13 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y 5 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 6 restantes generaron:

8 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión del grupo auditor de la ASF, en 2022, el CNTS desarrolló mecanismos para fomentar la participación de los sectores público y privado en las actividades orientadas a impulsar la donación de sangre y componentes sanguíneos; promovió y supervisó las campañas para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas del Sistema Nacional de Salud; registró a 1,468,071 donadores de sangre, de los cuales el 7.6% (111,602) fueron voluntarios y altruistas, y reportó que se tamizó el 100.0% de las unidades de sangre colectadas en el ámbito nacional. Además, en ese año, la COFEPRIS acreditó la integración de los expedientes de 555 licencias sanitarias, que acreditan que los establecimientos solicitantes cumplen las condiciones sanitarias, expedidas a los Servicios de Transfusión y Bancos de Sangre, y llevó a cabo 69 visitas de verificación sanitaria a establecimientos de disposición de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos. Estas acciones contribuyeron a que el CNTS reportara el ingreso a bancos de sangre de 1,460,835 unidades de sangre, durante 2022, cantidad superior en 7,886 unidades a los egresos registrados en el año (1,452,949).

En la revisión, se identificaron áreas de mejora en la implementación de la política de donación y transfusión de sangre, hemocomponentes y células troncales:

- En la coordinación: definir indicadores para evaluar la coordinación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de los gobiernos de las entidades federativas, y de los organismos e instituciones públicas y privadas, y suscribir acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales.
- En la operación del Registro Nacional de Sangre y de Células Troncales: establecer mecanismos de control para que los establecimientos de salud le remitan la información de la disposición de sangre, hemocomponentes y células troncales, en tiempo y forma.
- En la formación, capacitación y actualización de recursos humanos: definir los indicadores respectivos.

- En la integración de información al Sistema Nacional de Biovigilancia: diseñar y operar el sistema, en el que se integre y se mantenga actualizada la información relativa del monitoreo de toda la cadena transfusional y de trasplante, se reporten los efectos adversos a estos procedimientos y los resultados de las evaluaciones de control de calidad externo que realiza el CNTS.
- En la vigilancia sanitaria: establecer mecanismos de control para resguardar los expedientes de la emisión de licencias sanitarias a los establecimientos dedicados a la disposición de sangre, hemocomponentes y células troncales.
- En la disposición y acceso universal a la sangre, hemocomponentes y células troncales: establecer indicadores para evaluar los avances en el cumplimiento de la acción puntual “Acceso Universal a la Sangre”, incluida en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán al CNTS:

- Definir indicadores, con sus respectivas metas anuales, de coordinación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de los gobiernos de las entidades federativas, y de los organismos e instituciones públicas y privadas, y de la coordinación y realización de campañas de promoción para la donación altruista y voluntaria.
- Instrumentar mecanismos de control para acreditar que las muestras sanguíneas tomadas en cada donación de sangre y componentes sanguíneos sean tamizadas para la detección de agentes transmisibles por transfusión.
- Diseñar y operar el Sistema Nacional de Biovigilancia, en el que se integre y se mantenga actualizada la información relativa al monitoreo de toda la cadena transfusional y de trasplante, y se reporten los efectos adversos a estos procedimientos y los resultados de las evaluaciones de control de calidad externo que realiza el CNTS.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**Gestión Financiera**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-5-12S00-19-0059-2023

Modalidad: Presencial

59

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera del presupuesto asignado a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para verificar que se ejerció y registró conforme a los montos aprobados y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	604,758.1
Muestra Auditada	547,691.3
Representatividad de la Muestra	90.6%

Se seleccionaron, para su revisión, nueve partidas presupuestarias que ejercieron un total de 604,758.1 miles de pesos del cual se revisó una muestra por 547,691.3 miles de pesos que representa el 90.6% del total reportado como ejercido, cuya integración se presenta a continuación:

MONTO EJERCIDO DE LAS PARTIDAS SELECCIONADAS PARA SU REVISIÓN EN 2022
(Miles de pesos)

Partida	Descripción	Universo Partidas	Importe revisado	%
11301	Sueldos base	242,163.9	242,163.9	100.0
12201	Remuneraciones al personal eventual	57,219.3	57,219.3	100.0
15402	Compensación garantizada	49,743.8	49,743.8	100.0
25101	Productos químicos básicos	84,245.3	65,078.6	77.2
25501	Materiales, accesorios y suministros de laboratorio	25,134.3	8,172.6	32.5
33901	Subcontratación de servicios con terceros	13,460.0	13,160.0	97.8
35401	Instalación, reparación, mantenimiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio	32,324.4	19,602.8	60.6
35701	Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo	92,140.6	86,178.5	93.5
37101	Pasajes aéreos nacionales para labores en campo y de supervisión	8,326.5	6,371.8	76.5
Total		604,758.1	547,691.3	90.6

FUENTE: Estado del Ejercicio del Presupuesto 2022.

Los recursos ejercidos por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios se encuentran reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del Ejercicio 2022, en el Tomo III, apartado Información Presupuestaria en el “Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto” correspondiente al Ramo 12 Salud.

Resultados

El Manual de Organización Específico de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) no se encuentra actualizado toda vez que las Unidades Administrativas que lo integran no se corresponden con las señaladas en la estructura orgánica autorizada.

De los recursos reportados como ejercidos para la Adquisición de sustancias químicas un proveedor adjudicado no contó con los permisos de adquisición en plaza para importar sustancias químicas controladas otorgados por la COFEPRIS correspondientes a una partida.

Del servicio especializado con terceros para el apoyo técnico de diversas áreas bajo el régimen de subcontratación, se realizaron pagos por 139.2 miles de pesos a un prestador de servicios del que no se comprobaron los 5 años de experiencia requeridos. Asimismo, no justificaron la contratación de personal especializado en dicho procedimiento, siendo que el 92.0% del total del personal contratado contó con un perfil administrativo. Tampoco se proporcionó evidencia de la descripción de las funciones realizadas por cada persona a fin de verificar que se correspondieron con las señaladas en el perfil de puestos.

Se reintegró de forma extemporánea un monto por 2,847.3 miles de pesos que correspondieron a 4 partidas presupuestarias del capítulo 3000 "Servicios Generales" de los que no se acreditó documentalmente que se realizó el entero de las cargas financieras respectivas.

Se realizaron pagos por 297.4 miles de pesos a 2 prestadores de servicio con carácter eventual que no cumplieron con el perfil requerido ya que no proporcionaron los títulos ni las cédulas profesionales respectivas.

Del servicio de mantenimiento, calibración y calificación de equipos de laboratorio, sus componentes e instalaciones, la garantía de cumplimiento de un contrato, se presentó de manera extemporánea con 45 días naturales de retraso, y se proporcionaron las Actas de entrega-recepción del servicio otorgado sin contar con el nombre y firma del personal del prestador del servicio.

De las tres contrataciones de servicios adjudicados a prestadores de servicios que participaron de forma conjunta (servicios especializados con terceros para el apoyo técnico de diversas áreas bajo el régimen de subcontratación; de mantenimiento, calibración y calificación de equipos de laboratorio; y de reservación y adquisición de pasajes de transportación aérea nacional e internacional), en los Convenios de Participación Conjunta y en los contratos suscritos no se estableció que cada una de las empresas debía contar con la documentación que acreditará el cumplimiento de las actividades que cada una se obligó y comprometió a cumplir en dichos instrumentos jurídicos, así como la forma en que se exigiría su realización; asimismo, en una de las contrataciones realizada por los servidores públicos de la SS y otra por personal de la COFEPRIS, no se establecieron, de manera puntual, las obligaciones que asumiría cada una de las empresas que lo suscribieron para efectos de la prestación del servicio, ni verificaron que el convenio de participación referido y las facultades del Apoderado Legal de las empresas se registró en escritura pública.

Los servidores públicos de la SS no supervisaron que para la adjudicación al prestador del servicio de reservación y adquisición de pasajes de transportación aérea nacional e internacional, se acreditará que se contó con las líneas telefónicas requeridas para la atención del servicio, ni que al inicio de la vigencia del contrato se entregara la relación con los datos requeridos del Supervisor del contrato de las unidades responsables receptoras del servicio, así como la del personal autorizado para reservar o adquirir los boletos de transportación aérea. Tampoco se acreditará que el prestador de servicios le proporcionó los reportes mensuales al Supervisor del contrato en la COFEPRIS, ni que éste validó y autorizó los correspondientes al servicio de 4 meses.

Con motivo de la intervención de la Auditoría Superior de la Federación, en el transcurso de la revisión, se recuperaron recursos por 717.4 miles de pesos derivado de la aplicación de penas convencionales extemporáneas hasta de 242 días en 4 contratos.

Recuperaciones Operadas, Actualización a Valor Actual y Montos por Aclarar

Se determinó un monto por 856,626.94 pesos, en el transcurso de la revisión se recuperaron recursos por 717,445.50 pesos, con motivo de la intervención de la ASF; 701,348.00 pesos pertenecen a actualizaciones a valor actual; 139,181.44 pesos están pendientes de aclaración.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 12 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 8 restantes generaron:

6 Recomendaciones, 2 Promociones del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal, 6 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 1 Pliego de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 17 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con

base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera del presupuesto asignado a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para verificar que se ejerció y registró conforme a los montos aprobados y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Secretaría de Salud (SS) cumplieron con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

Se detectaron deficiencias en la contratación, supervisión y comprobación de los recursos ejercidos objeto de revisión, toda vez que se contrataron y realizaron pagos por 297.4 miles de pesos a 2 prestadores de servicio con carácter eventual que no cumplieron con el perfil requerido ya que no proporcionaron los títulos ni las cédulas profesionales respectivas.

Por su parte, respecto de la contratación del servicio especializado con terceros para el apoyo técnico de diversas áreas de la COFEPRIS bajo el régimen de subcontratación, no se justificó la contratación de personal especializado en el procedimiento de contratación, siendo que el 92.0% del total del personal contratado contó con un perfil administrativo; además, no se dio seguimiento al cumplimiento de las obligaciones principales de tres de las empresas adjudicadas en participación conjunta. Tampoco se acreditó la realización de las funciones efectuadas por cada persona que participó en la prestación de los servicios, por lo que no se pudo verificar que se correspondieran con las señaladas en el perfil de puestos requeridos, y que el servicio se prestó conforme a las especificaciones técnicas solicitadas; asimismo, se realizaron pagos por 139.2 miles de pesos a un prestador de servicios del que no se comprobaron los 5 años de experiencia requeridos.

Respecto del servicio de mantenimiento, calibración y calificación de equipos de laboratorio, sus componentes e instalaciones, no verificaron que se presentara, en el plazo establecido, la garantía de cumplimiento de un contrato, ya que ésta se presentó de manera extemporánea con 45 días naturales de retraso, y proporcionaron las Actas de entrega-recepción del servicio otorgado sin contar con el nombre y firma del personal del prestador del servicio.

Por otro lado, de las tres contrataciones de servicios adjudicados a prestadores de servicios que participaron de forma conjunta (servicios especializados con terceros para el apoyo técnico de diversas áreas bajo el régimen de subcontratación; de mantenimiento, calibración y calificación de equipos de laboratorio; y de reservación y adquisición de pasajes de transportación aérea nacional e internacional), en los Convenios de Participación Conjunta y en los contratos suscritos no se estableció que cada una de las empresas debía contar con la documentación que acreditará el cumplimiento de las actividades que cada una se obligó y comprometió a cumplir en dichos instrumentos jurídicos, así como la forma en que se exigiría su realización; asimismo, en una de las contrataciones realizada por los servidores públicos de la SS y otra por personal de la COFEPRIS, no se establecieron, de manera puntual, las obligaciones que asumiría cada una de las empresas que lo suscribieron para efectos de la prestación del servicio, ni verificaron que el convenio de participación referido y las facultades del Apoderado Legal de las empresas se registró en escritura pública.

Además, los servidores públicos de la SS no supervisaron que para la adjudicación al prestador del servicio de reservación y adquisición de pasajes de transportación aérea nacional e internacional, se acreditará que se contó con las líneas telefónicas requeridas para la atención del servicio, ni que al inicio de la vigencia del contrato se entregara la relación con los datos requeridos del Supervisor del contrato de las unidades responsables receptoras del servicio, así como la del personal autorizado para reservar o adquirir los boletos de transportación aérea. Tampoco se acreditó que el prestador de servicios le proporcionó los reportes mensuales al Supervisor del contrato en la COFEPRIS, ni que éste validó y autorizó los correspondientes al servicio de 4 meses.

Finalmente, con motivo de la intervención de la Auditoría Superior de la Federación, en el transcurso de la revisión, se recuperaron recursos por 717.4 miles de pesos derivado de la aplicación de penas convencionales extemporáneas hasta de 242 días en 4 contratos.

Hospital Juárez de México

Gestión Financiera

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-12NAW-19-0122-2023

Modalidad: Presencial

122

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	2,230,750.8	2,230,750.8
Muestra Auditada	2,218,751.2	1,090,789.3
Representatividad de la Muestra	99.5%	48.9%

El universo de ingresos por 2,230,750.8 miles de pesos correspondió a los recursos reportados por el Hospital Juárez de México (HJM) en el Estado Analítico de Ingresos de la Cuenta Pública 2022.

El universo de egresos por 2,230,750.8 miles de pesos correspondió a los gastos reportados por el HJM en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022.

Del total de ingresos y egresos, se revisaron 2,218,751.2 y 1,090,789.3 miles de pesos, el 99.5% y el 48.9%, respectivamente, integrados como se detalla a continuación:

INGRESOS Y EGRESOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, 2022
(Miles de pesos)

Concepto	Universo	Muestra	%
<i>Ingresos</i>			
Transferencias	2,204,270.2	2,204,270.2	100.0
Ingresos por venta de bienes, prestación de servicios y otros ingresos	<u>26,480.6</u>	<u>14,481.0</u> ^{1/}	54.7
Total	2,230,750.8	2,218,751.2	99.5
<i>Egresos</i>			
Servicios personales (Capítulo 1000)	1,271,117.5	871,585.0	68.6
Materiales y suministros (Capítulo 2000)	395,171.3	8,130.5	2.1
Servicios generales (Capítulo 3000)	533,487.0	180,098.8	33.8
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas (Capítulo 4000)	<u>30,975.0</u>	<u>30,975.0</u>	100.0
Total	2,230,750.8	1,090,789.3	48.9

FUENTE: Estado Analítico de Ingresos y Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022, y auxiliares contables proporcionados por el Hospital Juárez de México.

^{1/} Incluye ingresos por la impartición de asignaturas o módulos del plan de estudios de la licenciatura en medicina, por la renta de espacios y la prestación de servicios médicos.

Además, de los activos por 1,651,018.8 miles de pesos, se revisaron 55,656.8 miles de pesos, el 3.4%, que incluyeron los rubros “Derechos a recibir efectivo o equivalentes” por 28,670.4 miles de pesos y “Bienes muebles” por 26,986.3 miles de pesos.

Resultados

1. En materia de control interno, el HJM contó con controles para sus operaciones; sin embargo, en los componentes de actividades de control, información y comunicación se detectaron áreas de oportunidad.
2. Con el análisis de las variaciones presentadas de 2021 a 2022, en los rubros “Derechos a recibir efectivo o equivalentes” y “Bienes muebles”, ambos del activo, se determinó que los saldos o las variaciones en las cuentas que integraron esos rubros coincidieron con las operaciones realizadas por el HJM y se encontraban sustentadas.

No obstante, se identificó que el HJM no contó con normativa para la recuperación de adeudos ni con las “Normas y bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor de la entidad paraestatal” autorizadas por la Junta de Gobierno, por lo que no realizó acciones de cobro ni para cancelar los adeudos del Seguro Popular, de las cartas compromiso y de pacientes.

Para el registro contable y presentación de sus operaciones en el Estado de Situación Financiera, el HJM utilizó la Guía contabilizadora, el Instructivo de manejo de cuentas y la Lista de cuentas emitidos por el Consejo Nacional de Armonización Contable, pero no contó con la normativa contable propia adaptada a sus necesidades, misma que se emitió en 2023; además utilizó el sistema de registro contable “CONTPAQ i”, el cual carece de interfaces que permitan a las áreas integrar la información de las operaciones registradas en sus sistemas, lo que impide generar información financiera en tiempo real.

Por lo que respecta a la baja de activos fijos por 26,986.3 miles de pesos, el HJM contó con los dictámenes de no utilidad y los acuerdos administrativos de desincorporación del régimen de dominio público de la Federación de bienes muebles

3. Los ingresos por las transferencias del Gobierno Federal por 2,204,270.2 miles de pesos, y los ingresos propios por venta de servicios de atención médica, ciclos clínicos, cursos a médicos residentes y por arrendamiento de espacios por 3,968.4, 8,808.6, 1,409.9 y 341.2, miles de pesos, respectivamente, se respaldaron con la documentación soporte, coincidieron con lo reportado en Cuenta Pública 2022 y se registraron en las cuentas contables de conformidad con la normativa.
4. En 2022, el HJM ejerció 1,271,117.5 miles de pesos del capítulo de gasto 1000 “Servicios Personales”. La plantilla autorizada para 2022 incluyó 2,776 plazas de estructura, cantidad que coincidió con la presentada en el Analítico de Plazas y Remuneraciones del Presupuesto de Egresos de la Federación 2022; las compensaciones adicionales por servicios especiales (alto, mediano y bajo riesgo) por 35,586.9 miles de pesos, se pagaron a los trabajadores que se encontraban en las áreas clasificadas como nocivo-peligrosas, y los 33,096.7 miles de pesos pagados a 282 empleados, con cargo en la partida presupuestal 13404 “Compensaciones por Servicios Eventuales”, se determinaron de acuerdo con la normativa y con los contratos individuales de trabajo vigentes en 2022.

El HJM acreditó que ha continuado con acciones para la implementación de los pagos de manera electrónica a sus trabajadores, de los cuales se identificaron a 115 a los que aún les pagó con cheque.

Ningún servidor público de mando medio y superior del HJM recibió por el desempeño de su función, empleo, cargo o comisión, una remuneración mayor que la establecida para el Presidente de la República, y se pagaron 190,187.0 miles de pesos por enteros del Impuesto sobre la Renta y las cuotas y aportaciones de seguridad social. De la muestra de 50 empleados se comprobó que cumplieron con la escolaridad mínima requerida para el puesto, acreditaron su asistencia o justificaron sus inasistencias en las quincenas de octubre con la documentación soporte procedente; además, los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet emitidos para el pago de servicios personales coincidieron con los datos de la nómina determinada, se encontraban vigentes ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT) y cumplieron con los requisitos fiscales.

5. En 2022, el HJM erogó 928,658.3 miles de pesos de los capítulos 2000 “Materiales y Suministros” y 3000 “Servicios Generales”, reportados en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022. Los procedimientos de adjudicación de los nueve contratos suscritos en 2022, conforme a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se incluyeron en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, cumplieron con la normativa, y de forma previa a la adjudicación de los contratos, los proveedores no se encontraron en el listado de contribuyentes que emiten comprobantes con inexistencia de operaciones. Los contratos se suscribieron con base en las convocatorias de los procedimientos de adjudicación respectivos y contaron con las garantías de cumplimiento de las obligaciones contractuales de los proveedores. Además, dos contratos se modificaron en monto y plazo por razones fundadas y motivadas, sin que se rebasara el 20.0%.

De la muestra de revisada, se constató que los proveedores de los 13 contratos (nueve adjudicados en 2022 conforme a la Ley citada, uno que estaba exceptuado de cumplir con dicha Ley y tres suscritos en ejercicios anteriores), los proveedores contaron con una opinión favorable del SAT respecto del cumplimiento de sus obligaciones fiscales en 2022 y la entidad fiscalizada pagó 212,875.7 miles de pesos, mediante 97 Cuentas por Liquidar Certificadas con cargo en el presupuesto de ese año, y 2,246.3 miles de pesos con recursos propios mediante transferencias bancarias, que se ampararon con 275 Comprobantes Fiscales Digitales por Internet, los cuales cumplieron con los requisitos fiscales. Además, los conceptos de los bienes o servicios y los precios aplicables coincidieron con los establecidos en los contratos respectivos y se registraron contablemente; sin embargo, respecto del registro presupuestal, no se identificaron las etapas del presupuesto (el devengado, el ejercido y el pagado).

En tres contratos de adquisición de bienes y diez de prestación de servicios, el HJM acreditó la entrega de los bienes y servicios, por lo que el gasto fue justificado.

6. El HJM pagó 30,975.0 miles de pesos por la aportación de los recursos al Fondo de Salud para el Bienestar de acuerdo con el convenio de colaboración. El registro presupuestal de los pagos se realizó en cuentas que no correspondieron a las previstas en la “Guía 19.- Fideicomisos de Administración y Pago” del Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal, lo que no permitió identificar las etapas del presupuesto en lo relativo al gasto (el comprometido, el ejercido, el devengado y el pagado).

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron:

1 Recomendación y 1 Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Hospital Juárez de México cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

El Hospital Juárez de México:

- No cuenta con un sistema para el registro contable y presupuestal con interfaces con los sistemas de sus diversas áreas que integren la información de sus transacciones y le permitan generar su información financiera en tiempo real.
- Carece de normativa interna que contenga los criterios para recuperar y cancelar los adeudos, por lo que no realizó acciones de cobro ni de cancelación de cuentas incobrables.
- No efectuó el registro de las etapas del presupuesto (comprometido, devengado, ejercido y pagado) durante 2022.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBU-07-0126-2023

Modalidad: Presencial

126

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de atención médica especializada que otorgó el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, a la población con y sin seguridad social, contribuyó a mejorar sus condiciones de salud

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, mediante la operación del Programa presupuestario (Pp) E023 "Atención a la Salud", en los aspectos siguientes: gestión para asegurar la atención especializada, prestación de servicios de atención médica, evaluación en la calidad de los servicios otorgados, contribución del programa para mejorar las condiciones de salud y la economía de los recursos en la operación del programa.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas de la prestación de los servicios de la atención médica especializada, a fin de contribuir a mejorar las condiciones de salud.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, el HRAEI comprobó que formalizó dos convenios, uno con la CCINSHAE y otro con el Hospital General de Chalco, por lo que dispuso de instrumentos para cubrir la demanda de la población a los servicios médicos de alta especialidad y para otorgar atención a pacientes en el servicio de Atención Neumológica a Prematuros recién nacidos y pediátricos, conforme a lo normado, respectivamente.

En materia de recursos humanos, se precisó que requiere incorporar 503 plazas adicionales, y que, para 2022, dispuso de una plantilla de 1,613 profesionales de la salud. Respecto de las 503 plazas, acreditó que se cubrieron 33 y que de forma adicional le autorizaron recursos para contratar 68 plazas eventuales.

En cuanto a los diagnósticos médicos, en 2022, el HRAEI realizó 156,035 consultas, lo que significó un cumplimiento del 98.9%, respecto de lo programado, y cumplieron con tener los diagnósticos respectivos; el total de consultas se correspondió con 44,375 pacientes, el 94.2% (41,815 pacientes) no tuvo seguridad social, mientras que el 5.8% (2,560 pacientes) tuvieron dicho beneficio; y, sobre los pacientes referidos se identificó que se aperturaron 16,582 expedientes, por lo que se tuvo un cumplimiento de la meta del 103.8%, que se vincularon con 14,027 pacientes o expedientes únicos y contrarrefirió 1,182 pacientes.

Respecto de la atención hospitalaria especializada, los registros internos del hospital mostraron que el índice de ocupación hospitalaria respecto de la utilización de las camas censables fue del 94.8%, lo que significó que la capacidad del hospital estuvo 4.8 puntos porcentuales por arriba del límite máximo aceptado por la Secretaría de Salud; sobre la atención hospitalaria de alta especialidad otorgada, se identificó, que atendió a 10,101 pacientes, de los cuales 8,142 (80.6%), correspondieron a población sin seguridad social, y 1,959 (19.4%), a derechohabientes de servicios de salud, con lo que privilegió la atención priorizada en el Programa Sectorial de Salud; asimismo, en cuanto a los resultados de los expedientes clínicos revisados y aprobados, conforme a la NOM SSA 004, los registros internos, mostraron un cumplimiento del 94.2%. El HRAEI tiene como reto futuro fortalecer sus gestiones para no comprometer la capacidad del hospital y reaccionar adecuadamente a picos súbitos de demanda, conforme a lo señalado en su programa institucional.

En cuanto a la atención ambulatoria especializada, en 2022, el HRAEI comprobó que practicó 67,164 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad aplicados a 18,518 pacientes, de los que el 84.2% no contó con seguridad social; en cuanto a los procedimientos terapéuticos ambulatorios, se realizaron 74,929 de alta especialidad y se practicaron a 8,385 pacientes; y respecto de las sesiones de rehabilitación, se llevaron a cabo 17,936 sesiones de alta especialidad a 2,390 pacientes, de los que el 92.9% (2,220 pacientes) no contó con seguridad social; lo anterior significó para dos de los procedimientos una mayor atención respecto de lo programado y, en el caso de las sesiones de rehabilitación alcanzó el 98.6% de la meta prevista.

En 2022, el HRAEI contribuyó a prestar servicios de atención médica de alta especialidad, ya que de los 10,101 egresos hospitalarios reportados, 9,039 fueron por mejoría o curación, de los cuales 7,280 (80.5%) correspondieron a personas sin seguridad social, y 1,759 (19.5%) a derechohabientes contribuyendo a proporcionar servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social; además, de 2018 a 2022, el porcentaje de egresos por mejoría y curación fue en promedio del 88.5%, por lo que de cada 10 pacientes que ingresaron a la atención ambulatoria, 9 fueron dados de alta por mejoría.

Para la percepción de la satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria que recibieron los usuarios se identificó que de los encuestados, el 93.9% consideró que la calidad fue superior en 80 puntos porcentuales, y en la atención médica ambulatoria, el 92.1% de los encuestados tuvieron esa misma opinión. En cuanto a las quejas presentadas al hospital, se identificaron en sus registros 170 quejas, de las cuales 45 correspondieron a temas relacionados con la comunicación efectiva, 35 con la oportunidad en la atención, 24 con la seguridad, 57 con trato digno y 9 con temas administrativos. El HRAEI debe fortalecer los controles de aplicación y resguardo y seguimiento de estos instrumentos, a fin de continuar con la mejora continua de los servicios.

Consecuencias Sociales

En 2022, en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud”, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalapa contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población que demandó los servicios de atención médica especializada, ya que en el ámbito hospitalario atendió a 10,101 pacientes, de los cuales 9,039 fueron egresos por mejoría y curación, y también prestó servicios a 18,518 pacientes en el campo ambulatorio.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, 2 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 5 restantes generaron:

5 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, el HRAEI, mediante el Pp E023, contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población, ya que en el ámbito hospitalario atendió a 10,101 pacientes, de los cuales 8,142 (80.6%), correspondieron a población sin seguridad social, y 1,959 (19.4%), a derechohabientes de servicios de salud y, a 18,518 pacientes en el campo ambulatorio, de los que el 84.2% no contó con seguridad social, con lo que privilegió la atención de la población vulnerable, en tanto que, el 89.5% de los pacientes egresaron por mejoría y curación. La entidad fiscalizada también mostró áreas por mejorar que requieren ser atendidas prioritariamente, tales como:

- Falta de mecanismos de control en el registro y generación de información en la gestión, diagnóstico, atención hospitalaria y ambulatoria, su contribución y en la percepción de la satisfacción de la calidad de los usuarios.

En 2022, el HRAEI logró que el 89.5% de los pacientes hospitalizados egresaran por mejoría o curación y una tasa de infección nosocomial^{4/} del 4.0, que se considera adecuado al disminuir las infecciones y la morbilidad agregada a los pacientes, por lo que contribuyó a atender las condiciones de salud de la población atendida.

El valor de la fiscalización consiste en que el HRAEI en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud” fortalezca los procesos mediante los cuales mide y reporta la información respecto de sus actividades sustantivas, en materia de diagnóstico, atención hospitalaria y ambulatoria, y en la percepción de la satisfacción de la calidad de los usuarios.

^{4/} La infección nosocomial se refiere a la presencia de un agente infeccioso que no estaba presente en el momento del ingreso del paciente al hospital. La fórmula para calcular la tasa de infección es: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1,000.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBU-07-0127-2023

Modalidad: Presencial

127

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca realizó la formación, actualización y capacitación de recursos humanos, a fin de contribuir a su desarrollo profesional conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI) en la operación del Programa presupuestario (Pp) E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, en términos de la instrumentación de la formación, actualización y capacitación; su contribución en la atención de las necesidades de salud de la población en su ámbito de actuación; la economía de los recursos, y la percepción de los beneficiarios.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E010, a cargo del HRAEI, para contribuir al desarrollo profesional de los recursos humanos para la salud por medio de la formación, actualización y capacitación, conforme a las necesidades de salud de la población en su ámbito de actuación.

Resultados

En la formación de recursos humanos, el HRAEI operó 19 posgrados (17 clínicos y 2 no clínicos), de los cuales el 68.4% (13) estuvieron vinculados directamente con los servicios de su cartera médica, que constituye un conjunto de servicios que responden a necesidades y demandas de las personas. Con la ejecución de los 19 posgrados reportó la selección de 118 (41.8%) de los 282 postulantes de nuevo ingreso, 46 más que los programados que, aunados a los matriculados, significaron 210 profesionales de la salud en formación, el 91.9% (193) en el área clínica y el 8.1% (17), en la no clínica, así como el egreso de 72 recursos humanos, 26 más que los programados. No obstante, en el marco de la valoración institucional, debe perfeccionar los mecanismos de control para incluir, en un documento interno formalmente establecido y autorizado, la conceptualización del término “formación de recursos humanos”, especifique las actividades que se realizan en la materia y precise, defina y clasifique los posgrados ofertados anualmente; documentar la totalidad de los instrumentos signados con las instituciones de educación superior en los que se otorgó el aval, así como los programas académicos y operativos para su funcionamiento, las cartas de aceptación de los profesionales en salud seleccionados y las constancias de terminación, así como homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Respecto de la actualización de conocimientos de los profesionales de la salud, la entidad registró la ejecución de 24 (96.0%) de los 25 cursos programados, mediante los cuales registró la conclusión a 2,946 (94.2%) de los 3,127 inscritos. Asimismo, en el ámbito del fortalecimiento institucional, debe realizar mejoras a los instrumentos de control, a efecto de incluir, en un documento interno formalmente establecido y autorizado, la conceptualización de los términos “actualización de recursos humanos” y “educación continua”, especifique si los términos son homólogos o complementarios, y precise las características y los tipos de cursos que se pueden otorgar anualmente; documentar el diagnóstico de necesidades para la programación de los cursos, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Por lo que corresponde a la capacitación del personal de este nosocomio, el ente reportó la inclusión en el Programa Anual de Trabajo (PAT) los 5 temas planeados en las materias técnico-médica y administrativa-gerencial programados, así como la ejecución de 13 eventos, de los cuales 9 (69.2%) no se incluyeron en el Programa Anual Institucional de Capacitación, Formación y Enseñanza (PAICFE) y los 4 (30.8%) restantes, representaron el 7.7% de los planeados en dicho programa (52). Con los 13 cursos reportó la conclusión de los 148 inscritos. Además, se identificaron áreas de mejora por implementar, referentes a perfeccionar los mecanismos de control para incluir, en un documento interno formalmente establecido y autorizado, la conceptualización del término “capacitación de recursos humanos”, y especifique las características y los tipos de temas y eventos que se pueden otorgar anualmente; documentar el diagnóstico de necesidades para la programación, la ejecución y la totalidad de los que concluyeron los temas y eventos impartidos en las vertientes técnico-médica y administrativa gerencial, homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Consecuencias Sociales

En 2022, el HRAEI ejerció 11,240.2 mdp, en el marco del Pp E010, y operó 19 posgrados (17 clínicos y 2 no clínicos), mediante los que tuvo en formación a 210 estudiantes y egresó a 72 profesionales de la salud, 26 más que los programados; realizó 24 cursos con los que concluyó la actualización de 2,946 de los 3,127 inscritos, y ejecutó 13 eventos con los que capacitó a los 148 participantes.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y los 5 restantes generaron:

5 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, mediante el Pp E010, el HRAEI contribuyó al desarrollo profesional de los recursos humanos conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación, toda vez que operó 19 posgrados, mediante los que tuvo en formación a 210 estudiantes y egresó a 72 profesionales de la salud, 26 más que los programados; realizó 24 cursos con los que concluyó la actualización de 2,946 de los 3,127 inscritos, y ejecutó 13 eventos con los que capacitó a los 148 participantes. De igual manera, se evidenciaron retos por atender en lo sucesivo, referentes a perfeccionar sus mecanismos de control para documentar la conceptualización de las actividades prioritarias; el diagnóstico sobre la actualización y capacitación requeridas, así como la recopilación, presentación y homologación de las acciones programadas y realizadas en sus diversos reportes institucionales.

En términos del beneficio social, el HRAEI implementó posgrados para la formación y egreso de profesionales de la salud, así como la atención de recursos humanos mediante la actualización y capacitación.

De considerar las observaciones y atender las recomendaciones que se emitan para mejorar el desempeño del Pp E010, el HRAEI dispondrá de información específica y homóloga en sus diversos documentos institucionales sobre la operación del programa y del cumplimiento de sus objetivos, e incidir en la problemática que se pretende atender.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalua**Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalua**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBU-07-0128-2023

Modalidad: Presencial

128

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el desarrollo de estudios e investigación científica realizados por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalua contribuyó a generar conocimiento sobre temas prioritarios del sector salud.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del HRAEI en la operación del Pp E022, mediante el análisis de la emisión de políticas institucionales de investigación; los acuerdos y convenios de colaboración; la eficiencia en el desarrollo de la investigación; publicación y difusión; la economía de los recursos ejercidos, y la eficacia para la generación de conocimiento en temas prioritarios del sector salud regional y del país.

Resultados

Los resultados en el desempeño del HRAEI fueron los siguientes:

- En 2022, el HRAEI contó con un diseño normativo, programático y presupuestal (3,969.7 mdp ejercidos) para regular el desarrollo de estudios e investigación científica, a fin de generar conocimiento sobre temas prioritarios de salud; asimismo, definió y estableció una política específica en materia de investigación, la cual para ejercicios subsecuentes deberá acreditar que se hayan establecido por la Junta de Gobierno del hospital.
- Asimismo, se verificó que, en el año de revisión, el HRAEI realizó 88 proyectos, de los cuales, inició 26; 21 estuvieron en desarrollo y, 41 proyectos se terminaron en ese año. El hospital deberá fortalecer sus mecanismos de programación para incluir metas o acciones para la elaboración de los estudios e investigaciones que se prevean realizar anualmente.
- Se verificó que el hospital contó con 7 investigadores con lo que cumplió la meta de plazas de investigadores. Se comprobó que en el Programa Anual de Trabajo 2022 del hospital se incluyeron 11 líneas de investigación, de las cuales se verificó que 7 se alinearon con 25 de las 26 investigaciones y estudios que se iniciaron en 2022; no obstante, existieron líneas de investigación que no fueron consideradas, lo anterior denota que el hospital debe optimizar sus instrumentos administrativos a fin de garantizar la asignación de líneas de investigación a todos los proyectos que se realicen.
- De los 88 proyectos de investigación, se realizaron 3 publicaciones y 2 de ellas fueron de alto impacto, en cuanto a la actividad de difusión, el hospital debe fortalecer sus controles de seguimiento y evaluación en la materia, a efecto de facilitar la toma de decisiones futuras y el logro de los objetivos del programa ya que no contó con indicadores en materia de difusión.

Consecuencias Sociales

En 2022, mediante la operación del Pp E022 "Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud", el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalua avanzó hacia el logro de su objetivo, toda vez que, realizó 66 investigaciones y 22 estudios científicos sobre aspectos que, en lo general, fueron asociados a disminuir la mortalidad al utilizar la hemodiálisis con pacientes con lesión renal; disminuir el uso de hemoderivados; terapia de estimulación transcraneal para pacientes con paresia; reducir el riesgo posterior de progresión del COVID-19 a neumonía con hipoxia; disminuir el riesgo de muerte materna y fetal; disminuir los costos de traslado y de irradiación de componentes sanguíneos; detectar a tiempo el cáncer de cabeza y cuello; dar un tratamiento oportuno y prevenir las patologías duodenales y gástricas; diagnósticos y tratamientos oportunos de malformaciones que cursan con

hipoxemia y cianosis, así como a mejorar la atención de los pacientes, y de las cuales realizó 3 publicaciones siendo 2 de ellas de alto impacto, con una plantilla de 7 investigadores, con lo cual desarrolló investigaciones científicas para generar conocimiento sobre temas prioritarios en salud.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

8 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, el HRAEI con la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud” continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que realizó 88 proyectos, (66 investigaciones y 22 estudios), de las cuales se derivaron 3 publicaciones siendo 2 de ellas de alto impacto, con lo cual se constató la generación de conocimiento en materia de salud, y para lo cual dispuso de una plantilla de 7 investigadores, y destinó 3,969.7 mdp.

La entidad fiscalizada también mostró áreas de oportunidad que requiere perfeccionar, las cuales se engloban en dos rubros:

- el primero, en cuanto a la programación de las actividades sustantivas del hospital, a efecto de disponer de parámetros de medición para dar seguimiento y evaluar la realización de estudios e investigación científica, la publicación y difusión de la información técnica y científica, así como de los resultados de las investigaciones en materia de salud, en el que se consideren factores como el número de investigadores con los que cuenta el hospital.
- el segundo, en cuanto a la valoración del control interno institucional, para que sus mecanismos de información brinden datos que permitan justificar o acreditar los hallazgos mencionados a lo largo de este informe, a fin de atender las áreas de oportunidad presentadas y con ello fortalecer el desempeño en la operación del hospital.

En términos sociales, el HRAEI continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que realizó 88 proyectos (66 investigaciones y 22 estudios), los cuales se desarrollaron con el objetivo de generar conocimiento científico sobre la disminución de la mortalidad con pacientes con lesión renal; así como del uso de hemoderivados; factores de riesgo en la severidad de la enfermedad COVID-19; cambios inflamatorios crónicos y la eficacia de la hemodiálisis en pacientes adultos.

La atención de las recomendaciones al desempeño, contribuirá a que el HRAEI cuente con mecanismos de control sobre el manejo de su información lo cual garantizará contar con datos oportunos, relevantes y de calidad para la toma de decisiones; asimismo, las acciones de incluir en su planeación actividades e indicadores de desempeño sobre las investigaciones que realiza, así como de las actividades de difusión, considerando factores como los recursos reasignados del Pp E022 para la realización de sus actividades sustantivas y el personal operativo.

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBS-07-0129-2023

Modalidad: Presencial

129

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de atención médica especializada que otorgó el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán a la población con y sin seguridad social, contribuyó a mejorar sus condiciones de salud.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprende los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, mediante la operación del Programa presupuestario (Pp) E023 "Atención a la Salud", en los aspectos siguientes: gestión para asegurar la atención especializada, prestación de servicios de atención médica, evaluación de la percepción de la satisfacción de la calidad de los servicios otorgados, contribución del programa para mejorar las condiciones de salud y la economía de los recursos en la operación del programa.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecido. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E023 "Atención a la Salud", por parte del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, el HRAEPY cumplió con prestar servicios atención médica especializada, al otorgar 54,676 servicios de salud; pero tiene áreas por fortalecer en su operación, como se detalla a continuación:

En 2022, en infraestructura, equipamiento y personal médico, contó con 46 consultorios, 6 quirófanos, 1 sala de rayos X y 1 laboratorio, así como 138 camas censables y 72 no censables para tratamientos de hospitalización; con 1,247 plazas de personal de las cuales 1,217 estuvieron ocupadas y 31 vacantes, pero no dispuso de un diagnóstico para identificar la suficiencia de personal, ni de infraestructura, por lo que tiene como reto institucional realizar un diagnóstico para identificar las necesidades en dichas materias.

El HRAEPY otorgó 54,676 servicios de salud, de los cuales 4,157 (7.6%) se correspondieron con admisión continua, 4,075 (7.5%) con preconsulta, 19,587 (35.8) con consulta de primera vez, y 26,857 (49.1%) con consulta subsecuente, lo que representó el cumplimiento del 102.0% de la meta, sin embargo, los registros muestran la necesidad de que el HRAEPY implemente un sistema de información para llevar el control de la población que atiende, ya que no identificó el número de pacientes únicos beneficiados, y no registró si contaron con seguridad social ni cuántos de ellos requirieron ingreso hospitalario; con los servicios médicos de alta especialidad cumplió con atender a 6,300 pacientes referenciados y contrarreferenció a 308. Además, tuvo una tasa de ocupación del 55.2%, lo que representó una meta alcanzada del 93.2% y registró 4,868 egresos por mejoría y curación, alcanzando la meta en un 97.8%. El HRAEPY tiene como reto institucional explicar por qué la meta programada de ocupación hospitalaria se encontró por debajo del estándar nacional de 85% y con ello, evitar una capacidad instalada ociosa.

En los procedimientos diagnósticos ambulatorios, el HRAEPY proporcionó 17,533 servicios, de los cuales 4,909 correspondieron a procedimientos de alta especialidad, lo que representó avance del 44.2% de la meta establecida. En procedimientos terapéuticos ambulatorios, el HRAEPY proporcionó 32,676 servicios, de los cuales

11,729, fueron de alta especialidad lo que significó el 66.3% de la meta; con la revisión se precisó que los registros deben fortalecerse ya que, se identificaron diferencias en sus registros internos en ambos procedimientos.

Respecto de la percepción en la calidad el HRAEPY aplicó 852 encuestas para evaluarla, de las cuales 389 fueron de atención ambulatoria y 463 de hospitalización; los resultados mostraron que el 91.0% de los encuestados manifestó una calificación superior al 80%, con lo que superó la meta de los indicadores establecidos para su medición; recibió de 134 quejas, sugerencias y felicitaciones, pero tiene como reto institucional acreditar que fueran atendidas y se implementaran acciones correctivas y preventivas.

En 2022, el Hospital reportó una población atendida de 67,866 pacientes, no obstante, la información correspondió a servicios otorgados, por lo que no identificó a la población única a la que atendió. Por otro lado, registró un ascenso de egresos por mejoría y curación durante el periodo de 2018-2022, al pasar de 3,384 a 4,868 por lo que se determinó que, con la operación del Pp E023, contribuyó al cumplimiento del objetivo de “mejorar las condiciones de salud de la población”.

Consecuencias Sociales

En 2022, en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud” el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población que demandó los servicios de atención médica especializada, al otorgar 54,676 servicios de salud, con una tasa de ocupación hospitalaria del 55.2% y 4,868 egresos hospitalarios por mejoría y curación; además, en atención ambulatoria realizó 4,909 procedimientos de alta especialidad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 6 restantes generaron:

8 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2023, las evidencias aportadas por el HRAEPY mostraron que, por medio del Programa Presupuestario E023 “Atención a la Salud” con los 1,191,848.6 miles de pesos (mdp) reportados como ejercidos, otorgó 54,676 servicios de salud, con una tasa de ocupación hospitalaria del 55.2% y 4,868 egresos hospitalarios por mejoría y curación. La operación del programa mostró áreas de perfeccionamiento que el HRAEPY debe atender, de manera prioritaria y que se relacionan con mejorar y reforzar los procesos por medio de los cuales documenta y registra las actividades sustantivas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, contar con normativa actualizada en los procesos de prestación de servicios médicos, a fin de tener un criterio homogéneo, metodológico y claro. Asimismo, tiene como reto institucional implementar un sistema de información, para identificar la población única atendida, si contó o no con seguridad social y dar el seguimiento por cada paciente que recibe los servicios de atención médica de alta especialidad, y que le permita llevar un registro y vinculación de sus acciones mediante el Pp E023.

En 2022, el HRAEPY logró que el 88.0% de los pacientes hospitalizados egresaran por mejoría o curación y una tasa de infección nosocomial ^{5/} del 5.1%, que fue menor a lo estimado y que se considera adecuado al disminuir las infecciones y la morbilidad agregada a los pacientes, por lo que contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

El valor de la fiscalización consiste en que el HRAEPY, en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud” fortalezca los procesos mediante los cuales mide y reporta la información respecto de sus actividades sustantivas, a efecto de facilitar la demostración del cumplimiento de su objetivo.

5/ La infección nosocomial se refiere a la presencia de un agente infeccioso que no estaba presente en el momento del ingreso del paciente al hospital. La fórmula para calcular la tasa de infección es: número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1,000.

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBS-07-0130-2023

Modalidad: Presencial

130

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán realizó la formación, actualización y capacitación de recursos humanos, a fin de contribuir a su desarrollo profesional conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizará el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprende los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) en la operación del Programa presupuestario E010 “Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud”, en términos de la formación, actualización y capacitación; su contribución en la atención de las necesidades de salud de la población en su ámbito de actuación; la economía de los recursos, y la percepción de los beneficiarios.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E010, a cargo del HRAEPY, para contribuir al desarrollo profesional de los recursos humanos para la salud por medio de la formación, actualización y capacitación, conforme a las necesidades de salud de la población.

Resultados

En materia de formación de recursos humanos, el HRAEPY programó 12 posgrados (9 clínicos y 3 no clínicos), de los cuales el 75.0% (9 posgrados clínicos) se vinculó con las 28 especialidades médicas establecidas en la cartera de servicios del HRAEPY, mientras que el 25.0% (3 posgrados no clínicos) se relacionaron con la actividad sustantiva que desarrolla el organismo en materia de investigación. Respecto de la selección de aspirantes para cursar los posgrados clínicos, el HRAEPY ofertó 48 plazas, pero se registraron 106 solicitudes y se aceptaron a 41 postulantes. Referente a los posgrados no clínicos, las universidades recibieron 33 solicitudes y aceptaron 20. Lo anterior dio como resultado 94 personas en formación, de las cuales 29 ingresaron en 2022, 57 en años anteriores, 4 se derivaron a otras sedes hospitalarias, 1 se derivó a otra especialidad del mismo hospital y 3 renunciaron. Respecto de total del personal en formación, 27 egresaron y contaron con su constancia de término. En el marco de la valoración institucional, el hospital debe perfeccionar los mecanismos de control para garantizar la homologación de la información registrada en los diversos documentos institucionales, respecto de la formación de recursos humanos.

En la actualización de recursos humanos, relativo a la impartición de cursos realizó 80 cursos, de los cuales en 55 se inscribieron 1,024 personas, de éstas, 244 concluyeron y 175 recibieron su constancia de conclusión; el HRAEPY no contó con la detección de necesidades y no documentó la totalidad de los programas de los cursos, por lo que en el marco de la valoración institucional, debe perfeccionar los mecanismos de control para garantizar disponer de la documentación de la planeación y programación de la actualización de recursos humanos.

Relativo a la capacitación de recursos humanos, el HRAEPY identificó las necesidades de capacitación de las dos áreas responsables, y realizó la programación de los cursos mediante dos Programas Anuales de Capacitación (PAC), en los que estableció 36 cursos, de los cuales 33 correspondieron a la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación y 3 a la Subdirección de Recursos Humanos; sin embargo, no precisó los cursos que se sugirieron y

programaron en materia Técnico-Médica y Administrativa-Gerencial en la Detección de Necesidades de Capacitación y en los programas anuales de capacitación de las unidades responsables; además, presentó diferencias en la información reportada en la Matriz de Indicadores para Resultados y la Detección de Necesidades de Capacitación, referente a los temas incluidos en el Programa Anual de Capacitación y los detectados en materia Técnico-Médico y Administrativo-Gerencial, por lo que en el marco de la valoración institucional, debe perfeccionar los mecanismos de control para garantizar disponer de la documentación sobre la capacitación de recursos humanos.

Consecuencias Sociales

En términos del beneficio social, el HRAEPY implementó posgrados para la formación y egreso de profesionales de la salud, así como la programación para la atención de recursos humanos mediante la actualización y capacitación.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y los 3 restantes generaron:

3 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, mediante el Pp E010, el HRAEPY contribuyó al desarrollo profesional de los recursos humanos conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación, toda vez que formó a 94 profesionales de la salud, correspondientes a 9 de los 12 posgrados ofertados, y programó la actualización de 1,024 profesionales de la salud, de los cuales 244 concluyeron y de estos 175 recibieron su constancia de término; no obstante, tiene como reto institucional perfeccionar sus mecanismos de control para recopilar, documentar y homologar las acciones programadas y realizadas en sus diversos reportes institucionales.

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBS-07-0131-2023

Modalidad: Presencial

131

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el desarrollo de estudios e investigación científica realizados por el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán contribuyó a generar conocimiento sobre temas prioritarios del sector salud

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022 y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del HRAEPY en la operación del Pp E022, mediante el análisis de la emisión de políticas institucionales de investigación; los acuerdos y convenios de colaboración; la eficiencia en el desarrollo de la investigación; publicación y difusión; la economía de los recursos ejercidos, y la eficacia para la generación de conocimiento en temas prioritarios del sector salud regional y del país.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del Pp E022, a cargo del HRAEPY, para contribuir a la generación de conocimiento sobre temas prioritarios en salud, por medio de la investigación y desarrollo tecnológico.

Resultados

Los resultados en el desempeño del HRAEPY en la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud” fueron los siguientes:

- Para 2022, el HRAEPY contó con un diseño normativo, programático y presupuestal para regular el desarrollo de estudios e investigación científica, a fin de generar conocimiento sobre temas prioritarios de salud; asimismo, definió y estableció una política específica en materia de investigación. Para fortalecer esa política específica ésta debe ser establecida y aprobada por la Junta de Gobierno del hospital.
- Se verificó que la plantilla de investigadores, en 2022, se conformó por 7 investigadores, los cuales correspondieron a las plazas de investigadores autorizados. Asimismo, se verificó que, en el año de revisión, el HRAEPY realizó 23 investigaciones, de las cuales, inició 5; 6 estuvieron en desarrollo y 12 se terminaron en ese año. El hospital deberá fortalecer sus mecanismos de programación para incluir metas o acciones para la elaboración de los estudios e investigaciones que se prevean realizar anualmente.

Asimismo, se comprobó que el hospital se alineó a las áreas de conocimiento establecidas por el CONACYT, de manera específica a las relativas a “Medicina y Ciencias de la Salud” e “Interdisciplinaria”; además, en el año de revisión creó 5 líneas de investigación y estableció 3 en su Programa Institucional.

- En 2022, el HRAEPY realizó 17 publicaciones, de las cuales 12 fueron de alto impacto y reportó un cumplimiento del 101.3% en la meta definida para esta actividad; además, en cuanto a la difusión, se comprobó que el HRAEPY difundió 3 investigaciones de las cuales una fue derivada de las 23 investigaciones que hizo el HRAEPY en 2022; mientras que las 2 restantes pertenecen a investigaciones que pudieron empezar o terminar en años anteriores a 2022; sin embargo, a pesar de lo anterior, se

constató que el hospital no contó con actividades programadas e indicadores para monitorear el avance y los resultados de las acciones de difusión.

Consecuencias Sociales

En 2022, mediante la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud”, el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán avanzó hacia el logro de su objetivo, toda vez que realizó 23 investigaciones científicas sobre aspectos que, en lo general, fueron asociados al uso y consumo de medicamentos; comorbilidades psiquiátricas; estrategias nutrimentales; síntomas de esquizofrenia; control del peso corporal; patologías en los pacientes que sufrieron COVID-19; piedras formadas en pacientes con microbiota intestinal, y lograr una intervención oportuna en la progresión de la demencia, de las cuales se realizaron 17 publicaciones, siendo 12 de ellas de alto impacto, con una plantilla de 7 investigadores, con lo cual desarrolló investigaciones científicas para generar conocimiento sobre temas prioritarios en salud.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y los 5 restantes generaron:

5 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas demostraron que, en 2022, el HRAEPY con la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud” continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que realizó 23 investigaciones (5 iniciadas, 6 en desarrollo y 12 concluidas) de las cuales se realizaron 17 publicaciones (12 fueron de alto impacto) con el objetivo de generar conocimiento en materia de salud, para lo cual dispuso de una plantilla de 7 investigadores, y destinó 118,819.6 mdp.

La entidad fiscalizada también mostró áreas de oportunidad que requiere perfeccionar, las cuales se engloban en lo siguiente:

- en cuanto a la programación de las actividades sustantivas del hospital, ya que respecto de la realización de investigaciones y la difusión de las mismas no se cuenta con un plan o programa institucional que instaure actividades e indicadores de desempeño con sus correspondientes metas anuales que permita disponer de un parámetro de medición de lo que se pretende lograr en esas materias de forma anual.
- en lo referente a la valoración del control interno institucional, para fortalecer sus sistemas y mecanismos de control para garantizar la calidad de la información generada en la operación del Pp E022, en cuanto a la realización de estudios e investigaciones científicas, su publicación y difusión.

En términos sociales, el HRAEPY continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que realizó 23 investigaciones (5 iniciadas, 6 en desarrollo y 12 concluidas), los cuales se desarrollaron con el objetivo de generar conocimiento científico sobre el uso y consumo de medicamentos; comorbilidades psiquiátricas; estrategias nutrimentales; alteraciones de los síntomas de esquizofrenia; identificar patologías en los pacientes que sufrieron COVID-19 y la progresión de la demencia.

La atención de las recomendaciones al desempeño, contribuirá a que el HRAEPY perfeccione sus mecanismos de planeación, a efecto de que incluya actividades e indicadores de desempeño sobre las investigaciones que realiza, así como sus publicaciones y difusiones considerando factores como los recursos asignados y el personal operativo permitirá una mejor administración de sus recursos financieros y materiales para que sigan cumpliendo con el objetivo del programa en cuanto al desarrollo de estudios e investigaciones científicas se generen conocimientos sobre temas prioritarios del sector salud, y sobre sobre el manejo de su información, lo cual garantizará contar con datos oportunos, relevantes y de calidad para la toma de decisiones.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBR-07-0132-2023

Modalidad: Presencial

132

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de atención médica especializada que otorgó el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca a la población con y sin seguridad social, contribuyó a mejorar sus condiciones de salud.

Alcance

El alcance temporal de las auditorías corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizará el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprende los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, mediante la operación del Programa presupuestario (Pp) E023 "Atención a la salud", en los aspectos siguientes: gestión para asegurar la atención especializada, prestación de servicios de atención médica, evaluación de la percepción de la satisfacción de la calidad de los servicios otorgados, contribución del programa para mejorar las condiciones de salud y la economía de los recursos en la operación del programa.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E023 "Atención a la Salud", por parte del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, el HRAEO cumplió con prestar servicios de atención médica de alta especialidad a 9,923 pacientes, pero tiene por fortalecer en su operación, como se detalla a continuación:

En 2022, el HRAEO contó con 5 convenios de participación interinstitucional formalizados con instituciones de salud para prestar servicios de atención médica de alta especialidad; en infraestructura, equipamiento y personal, el HRAEO contó con 136 camas, 66 censables y 70 no censables; 3 consultorios; 5 quirófanos y un gabinete de rayos X; 816 plazas no eventuales ocupadas por personal de servicios médicos especializados y 130 plazas eventuales para continuar con la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19. El HRAEO elaboró un diagnóstico en el que reportó necesidades de infraestructura y personal médico y administrativo, e informó que para su atención gestionó ante la SHCP 5 proyectos de inversión para la sustitución y reforzamiento de instrumental y equipamiento, pero careció de la evidencia para acreditar lo correspondiente con cubrir las necesidades de personal.

El HRAEO otorgó 34,436 consultas de atención médica de las 37,081 programadas, tuvo 2,806 ingresos hospitalarios, 1,159 casos de pacientes referenciados, y 160 casos de pacientes contrarreferenciados; además, realizó 31,647 procedimientos ambulatorios, de los que 19,434 fueron procedimientos diagnósticos, 9,998 procedimientos terapéuticos y 2,215 sesiones de rehabilitación, y señaló que 17,228 servicios fueron considerados de alta especialidad y 14,419 no lo fueron, con un cumplimiento de entre el 35.3% y el 85.8% para dichos procesos. Además, registró 2,356 egresos por mejoría, con lo que superó en 4.1 puntos porcentuales la meta establecida, y reportó el 84.1% de ocupación hospitalaria, lo que se consideró un nivel óptimo de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales.

El HRAEO aplicó 427 Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, de las cuales en 423 (99.0%) encuestadas los pacientes indicaron estar satisfechos, por lo que superó la meta programada. Además, recibió 49 quejas de los

usuarios de los servicios de atención médica, pero sólo de 19 quejas se notificó al área de calidad del HRAEO las medidas que se determinaron para atenderlas.

En 2022, el HRAEO atendió a 9,923 pacientes, todos habitantes de Oaxaca; también, en el periodo 2020-2022, registró un ascenso de egresos por mejoría y curación, al pasar de 1,297 a 2,356 lo que demostró que el HRAEO contribuyó a que la población que recibió atención médica de alta especialidad mejoró sus condiciones de salud. La auditoría denotó que tiene el reto institucional de fortalecer sus sistemas de información, para que determine, de la población potencial, objetivo y única atendida, a los pacientes que contaron o no con seguridad social, y establezca qué estados y municipios componen su zona de influencia para prestar atención médica especializada.

Consecuencias Sociales

En 2022, en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud” el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población que demandó los servicios de atención médica especializada al prestar los servicios a 9,923 pacientes, con el 84.1% de ocupación hospitalaria en ese año, 2,806 ingresos hospitalarios y 2,356 egresos hospitalarios por mejoría y curación; además, en atención ambulatoria, realizó 31,647 procedimientos.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 5 restantes generaron:

5 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, las evidencias aportadas por el HRAEO mostraron que, por medio del Programa Presupuestario E023 “Atención a la Salud” con los 810,286.3 miles de pesos reportados como ejercidos, el Hospital atendió a 9,923 pacientes, con el 84.1% de ocupación hospitalaria en ese año, 2,806 ingresos hospitalarios y 2,356 egresos hospitalarios por mejoría y curación, superior a lo previsto; además, en la ambulatoria, realizó 31,647 procedimientos. La operación del programa también mostró áreas de perfeccionamiento que el HRAEO debe atender, de manera prioritaria, para que mejore y refuerce los procesos por medio de los cuales documenta y registra las actividades sustantivas asociadas a la gestión para asegurar la atención especializada; prestación de servicios hospitalarios y ambulatorios, y evaluación de la percepción de la satisfacción de la calidad de éstos, que le permita acreditar con facilidad la cifra cierta de todos los servicios que proporcionó, e identificar en su población única atendida a los pacientes con y sin seguridad social.

En 2022, el HRAEO logró que el 84.1% de los pacientes hospitalizados egresaran por mejoría o curación y una tasa de infección nosocomial ^{6/} del 8.4, que fue menor a lo estimado y que se considera adecuado al disminuir las infecciones y la morbilidad agregada a los pacientes, por lo que contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

El valor de la fiscalización consiste en que el HRAEO, en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud” fortalezca los procesos mediante los cuales mide y reporta la información respecto de sus actividades sustantivas, a efecto de facilitar la demostración del cumplimiento de su objetivo.

6/ La infección nosocomial se refiere a la presencia de un agente infeccioso que no estaba presente en el momento del ingreso del paciente al hospital. La fórmula para calcular la tasa de infección es: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1,000.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBR-07-0133-2023

Modalidad: Presencial

133

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca realizó la formación, actualización y capacitación de recursos humanos, a fin de contribuir a su desarrollo profesional conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizará el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprende los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca en la operación del Programa presupuestario E010 “Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud”, en términos de la instrumentación de las acciones de formación, actualización y capacitación; su contribución en la atención de las necesidades de salud de la población en su ámbito de actuación; la economía de los recursos, y la percepción de los beneficiarios.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E010, a cargo del HRAEO, para contribuir al desarrollo profesional de los recursos humanos para la salud por medio de la formación, actualización y capacitación, conforme a las necesidades de salud de la población.

Resultados

En materia de formación de recursos humanos, ofertó 5 posgrados clínicos, los cuales se impartieron a 42 profesionales de la salud, de éstos, 24 ingresaron en 2022, pero 5 presentaron su renuncia durante 2022 y 2023, y los 18 restantes correspondieron a médicos residentes inscritos en años anteriores. Asimismo, registró el egreso de 6 profesionales de la salud; no obstante, en el marco de la valoración institucional, debe perfeccionar los mecanismos de control para determinar la conceptualización del término “formación de recursos humanos”, especificar las actividades que se realicen en la materia y precisar, definir y clasificar los posgrados ofertados anualmente; documentar la totalidad de las acciones realizadas, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales realizadas en la materia.

En lo referente a la actualización de recursos humanos, el hospital llevó a cabo la planeación para impartir los cursos por medio de un histórico de un quinquenio; sin embargo, no demostró de qué manera con la implementación de esa técnica se atienden las necesidades de actualización de cada especialidad y se renuevan los conocimientos sobre los problemas de salud actuales en la comunidad de su competencia como lo estableció en la definición de actualización de recursos humanos. Asimismo, si bien contó con un Programa de Educación Continua no se identificaron los cursos programados dentro de éste. Además, se verificó que impartió 12 cursos de actualización, en los cuales concluyeron 1503 personas; por lo que, el hospital debe perfeccionar los mecanismos de control para determinar la conceptualización del término “actualización de recursos humanos” y especificar las actividades que se realicen en la materia; documentar la totalidad de las acciones realizadas, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales realizadas en la materia.

En lo relativo a la capacitación de recursos humanos, si bien realizó la Detección de Necesidades de Capacitación, mediante la aplicación de encuestas al personal de salud, no informó el resultado de la consulta a las áreas correspondientes para su visto bueno ni contó con un documento formalizado e integrado como diagnóstico de

necesidades de capacitación para 2022. Asimismo, contó con un proyecto de Programa Anual de Capacitación, en el cual se establecieron 62 cursos de capacitación; sin embargo, debe fortalecer este instrumento, a fin de especificar el objetivo, alcance y modalidad de los cursos, el personal al que van dirigidos, la carga de horas de capacitación, y el método de evaluación. Respecto de la realización de los cursos de capacitación, se constató que capacitó a 360 personas, mediante 21 cursos; sin embargo, en el marco de la valoración institucional, debe perfeccionar los mecanismos de control para documentar la totalidad de las acciones realizadas, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Consecuencias Sociales

En términos del beneficio social, el HRAEO implementó posgrados para la formación y egreso de profesionales de la salud, así como para la atención de recursos humanos mediante la actualización y capacitación.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron:

4 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, mediante el Pp E010, el HRAEO contribuyó al desarrollo profesional de los recursos humanos conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación, toda vez que formó a 42 profesionales de la salud; realizó 12 cursos de actualización que impartió a 1,503 personas y capacitó a 360 personas, mediante 21 cursos; sin embargo, tiene como reto institucional perfeccionar sus mecanismos de control para documentar la conceptualización de las actividades prioritarias; la identificación de necesidades, así como la recopilación y presentación de las acciones programadas y realizadas en sus reportes institucionales.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBR-07-0134-2023

Modalidad: Presencial

134

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el desarrollo de estudios e investigación científica realizados por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca contribuyó a generar conocimiento sobre temas prioritarios del sector salud.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del HRAEO en la operación del Pp E022, mediante el análisis de la emisión de políticas generales de investigación; los acuerdos y convenios de colaboración; la eficiencia en el desarrollo de la investigación; publicación y difusión; la economía de los recursos ejercidos, y la eficacia para la generación de conocimiento en temas prioritarios del sector salud regional y del país.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del Pp E022, a cargo del HRAEO, para contribuir a la generación de conocimiento sobre temas prioritarios en salud, por medio de la investigación y desarrollo tecnológico.

Resultados

Los resultados de la fiscalización en el desempeño del HRAEO mostraron que:

- En 2022, el HRAEO contó con 13 líneas de investigación relevantes, en las que destacó como tema de interés los factores involucrados en el desarrollo del cáncer de colon y hepatocelular. Para fortalecer estas líneas, el hospital tiene como reto futuro integrarlas en su Programa Anual de Trabajo de ejercicios subsecuentes, así como establecer en un instrumento las áreas de investigación actualizadas basadas en un estudio de necesidades y factibilidad. Asimismo, requiere que las políticas generales y prioridades definidas a las que se sujetó el hospital en materia de investigación y desarrollo tecnológico sean aprobadas por la Junta de Gobierno.
- En ese año, el HRAEO dispuso de 1 investigadora, con la que se cumplió con la meta de plaza de investigador y quien formó parte del Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas (SIICM) y del Sistema Nacional de Investigadores (SIN); asimismo, se dio continuidad a cinco proyectos de investigación, los cuales se iniciaron en 2014, 2015, 2016 y 2021, sin que en el año de revisión se impulsara la realización de nuevas investigaciones. El HRAEO, para fortalecer su planeación anual, debe fijar metas e indicadores de desempeño que permitan dar seguimiento y evaluar esa actividad.
- De los cinco proyectos de investigación vigentes, tres fueron de tipo básica, una biomédica y una clínica; de esos, dos proyectos se asociaron con la línea de investigación “Cáncer de colon”, uno con la línea de “Enfermedades del sistema digestivo”, uno con “Investigación de células dendríticas para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes” y, otro se enfocó en el conocimiento de los factores involucrados en la gravedad y mortalidad de pacientes COVID-19. El HRAEO debe optimizar sus instrumentos administrativos, a fin de contar los informes parciales y, en su caso, finales, así como los anuales de los proyectos de investigación enviados a los comités de Ética en Investigación, de Investigación y de Bioseguridad, las solicitudes de renovación aprobadas por éstos, y las motivaciones de prórroga.

- En el periodo 2018-2022, el HRAEO registró en 2021 el mayor número de investigaciones con 15, en las que participaron 5 investigadores, mientras que el menor número de investigaciones se reportó en 2022, con 5 proyectos y 1 investigador; por ello, se identificó como área de mejora futura que el HRAEO, en coordinación con las instancias competentes, analicen la pertinencia de asignar un presupuesto para desarrollar el proyecto de “Construcción y equipamiento de la torre de investigación del HRAEO”.
- El HRAEO publicó dos artículos científicos de alta calidad, en 2022, conforme a lo programado y acreditó las gestiones iniciadas para llevar a cabo la integración de los resultados de sus investigaciones en el Repositorio Nacional de Acceso Abierto a Recursos de Información Científica, Tecnológica y de Innovación, de Calidad e Interés Social y Cultural.

Consecuencias Sociales

En 2022, el HRAEO continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que dio continuidad a 5 proyectos de investigación, de los que tres fueron de tipo básica, una biomédica y una clínica; los cuales se desarrollaron con el objetivo de generar conocimiento científico sobre el cáncer de colon, enfermedad que ocupa el tercer lugar en los tipos más comunes de cáncer y que se diagnostican cerca de 15 mil nuevos casos anuales, y que representan la primera causa de muerte en la Ciudad de México, Estado de México y entidades del norte del país, de las cuales publicó dos artículos científicos, los cuales se clasificaron en “Artículos científicos de alta calidad”, con una plantilla de una investigadora, con lo cual desarrolló investigaciones científicas para generar conocimiento sobre temas prioritarios en salud.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

10 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, con la evidencia documental proporcionada se demostró que, en 2022, el HRAEO mediante la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud” continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que dio continuidad a cinco proyectos de investigación, con el objetivo de generar conocimiento científico y publicó dos artículos científicos catalogados como “Artículos científicos de alta calidad”, lo que permitió generar conocimiento sobre la patología del cáncer de colon, enfermedad que ocupa el tercer lugar en los tipos más comunes de cáncer y que se diagnostican cerca de 15 mil nuevos casos anuales, y que representan la primera causa de muerte en la Ciudad de México, Estado de México y entidades del norte del país, así como la relacionada con el carcinoma hepatocelular, para lo cual dispuso de una investigadora, y ejerció 2,379.9 mdp.⁷

La entidad fiscalizada también mostró áreas de oportunidad que requiere perfeccionar en las actividades sustantivas del programa, las cuales se engloban en dos rubros:

- el primero, en cuanto a la programación de las actividades sustantivas del hospital, a efecto de disponer de parámetros de medición para dar seguimiento y evaluar la realización de estudios e investigación científica, la publicación y difusión de la información técnica y científica, así como de los resultados de las investigaciones, a fin de fortalecer la rendición de cuentas.
- el segundo, respecto de la valoración del control interno institucional, para que sus mecanismos de información que permitan justificar o acreditar las políticas generales establecidas y prioridades definidas por la Junta de Gobierno en materia de investigación y desarrollo tecnológico, en 2022, así como la planeación estratégica correspondiente, y los mecanismos e instrumentos de control para conducir la planeación y direccionamiento de las políticas de investigación científica.

En términos sociales, el HRAEO continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que dio continuidad a 5 proyectos de investigación, los cuales se desarrollaron con el objetivo de generar conocimiento científico sobre el cáncer de colon, enfermedad que ocupa el tercer lugar en los tipos más comunes de cáncer y que se diagnostican cerca de 15 mil nuevos casos anuales.

⁷ 31 de marzo| Día Mundial contra el Cáncer de Colon, **Instituto de Salud para el Bienestar** [en línea], [consulta: 19 de julio de 2023], disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-contra-el-cancer-de-colon-31-de-marzo>

De atender las recomendaciones al desempeño, la entidad fiscalizada en la operación del Pp E022 implementará controles para que las unidades administrativas generen y utilicen información de calidad, confiable y suficiente, y fortalecerá sus instrumentos de planeación, operación, control, seguimiento y evaluación, a fin de garantizar que la contribución de la generación de conocimiento sobre temas prioritarios de salud considere las necesidades de atención y las condiciones demográficas y epidemiológicas de la región.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Atención a la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBQ-07-0135-2023

Modalidad: Presencial

135

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que la prestación de servicios de atención médica especializada que otorgó el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, a la población con y sin seguridad social, contribuyó a mejorar sus condiciones de salud.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, mediante la operación del Programa presupuestario (Pp) E023 "Atención a la Salud", en los aspectos siguientes: gestión para asegurar la atención especializada, prestación de servicios de atención médica, evaluación en la calidad de los servicios otorgados, contribución del programa para mejorar las condiciones de salud y la economía de los recursos en la operación del programa.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas de la prestación de los servicios de la atención médica especializada, a fin de contribuir a mejorar las condiciones de salud.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, el hospital comprobó que formalizó 8 convenios con diversos entes públicos, con el objetivo de cumplir con las necesidades de la población que requiere atención médica de alta especialidad, conforme a lo normado.

En materia de recursos humanos, demostró que la plantilla de personal que dispuso, para 2022, fue de 1,175 plazas autorizadas y que, como hechos posteriores, y como resultado de las gestiones efectuadas les autorizaron la contratación de 48 plazas adicionales respecto de las 236 que diagnóstico conforme a sus necesidades y, con ello, irse allegando del personal suficiente e idóneo, a fin de alcanzar la cobertura integral de los servicios de salud. Respecto, del equipamiento médico, se identificó que tiene como reto futuro establecer un diagnóstico que permita determinar sus necesidades en materia de infraestructura física y equipamiento médico y acreditar el convenio formalizado para efectuar el cambio de los equipos que determinó para la prestación del servicio de atención médica de alta especialidad.

Sobre los diagnósticos médicos, en 2022, el HRAEB mostró que realizó 72,930 consultas (subsecuentes, primera vez y admisión continua), lo que significó un logró del 108.6% respecto de lo programado, de esas consultas el 55.0% (40,108) contó con un diagnóstico conforme a la CIE; el total de consultas otorgadas se correspondieron con 16,064 pacientes únicos y, de esos, el 99.9% (16,051 pacientes) no tuvo seguridad social; en cuanto a los procedimientos diagnósticos ambulatorios, se practicaron a 10,040 pacientes y en la atención hospitalaria a 3,543 pacientes; respecto de la referencia de pacientes, se constató que se realizaron 4,602, lo que significó un cumplimiento de la meta del 94.1%, y se identificó que el 79.7% (3,668) de pacientes contaron con diagnóstico y del total de pacientes referidos, el 99.8% (4,593 pacientes) no contó con seguridad social; en la contrarreferencia, la totalidad de pacientes fueron sin seguridad social y el 99.5% contaron con diagnóstico.

El HRAEB tiene como reto fortalecer sus registros y canales administrativos, ya que se identificó que carecieron del diagnóstico correspondiente 32,822 de las 72,930 consultas registradas y los 934 expedientes referidos.

Respecto de la atención hospitalaria especializada, en 2022, el índice de ocupación hospitalaria fue del 46.4%, lo que significó que el hospital tuvo capacidad instalada disponible, lo cual es considerado por la Secretaría de Salud como capacidad instalada ociosa, ese resultado fue menor en ocho puntos porcentuales respecto de la meta programada de 54.4%; al respecto, como hechos posteriores evidenció que efectuó las gestiones para promover los servicios que el hospital otorga para mejorar su posicionamiento en la región y aprovechar su capacidad instalada

Para 2022, en la atención ambulatoria especializada, se cumplió con las metas establecidas en sus tres indicadores para medir dicha atención mediante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios, así como de las sesiones de rehabilitación, para estos servicios 9 de cada 10 pacientes no tenía seguridad social.

En relación con la contribución para mejorar las condiciones de salud de la población con y sin seguridad social, en 2022, el HRAEB atendió a 22,377 pacientes, de los cuales dio de alta médica a 22,118 (98.8%) pacientes, ya que mejoraron sus condiciones de salud; 222 (1.0%) fueron defunciones y 37 (0.2%) correspondieron a altas voluntarias. Asimismo, el HRAEB registró un cumplimiento del 92.6% de egresos hospitalarios, ya que 5,121 fueron egresos hospitalarios por mejoría y curación.

Para 2022, la percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria de los pacientes que utilizaron esos servicios mostró que el 100.0% consideró que fue superior a 80 puntos porcentuales; y para la atención médica ambulatoria fue del 99.3%.

Consecuencias Sociales

En 2022, en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud”, el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población que demandó los servicios de atención médica especializada, ya que atendió a 22,377 pacientes, de los cuales dio de alta médica a 22,118 (98.8%) pacientes; de ellos, 5,529 fueron egresos hospitalarios, de los que el 92.6% se debieron a egresos hospitalarios por mejoría y curación.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y 2 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 4 restantes generaron:

4 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, las evidencias recabadas evidenciaron que, en 2022, el HRAEB, mediante el Pp E023, continuó prestando los servicios de atención médica de alta especialidad, mediante los cuales registró que atendió a 22,377 pacientes, de los cuales dio de alta médica a 22,118 (98.8%) pacientes, ya que mejoraron sus condiciones de salud. Con lo anterior, se constató que el hospital contribuyó a mejorar las condiciones de salud de la población que demandó sus servicios. La entidad fiscalizada también mostró áreas por mejorar que requieren ser atendidas prioritariamente, tales como:

- Falta de mecanismos de control en el registro y generación de información en la gestión, diagnóstico, atención hospitalaria y ambulatoria, su contribución y en la percepción de la satisfacción de la calidad de los usuarios.

En 2022, el HRAEB logró que el 92.6% de los pacientes hospitalizados egresaran por mejoría o curación y una tasa de infección nosocomial^{8/} del 7.9, que se considera adecuado al disminuir las infecciones y la morbilidad agregada a los pacientes, por lo que contribuyó a atender las condiciones de salud de la población atendida.

El valor de la fiscalización consiste en que el HRAEB en el marco del Programa presupuestario E023 “Atención a la Salud” fortalezca los procesos mediante los cuales mide y reporta la información respecto de sus actividades sustantivas, en materia de diagnóstico, atención hospitalaria y ambulatoria.

^{8/} La infección nosocomial se refiere a la presencia de un agente infeccioso que no estaba presente en el momento del ingreso del paciente al hospital. La fórmula para calcular la tasa de infección es: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1,000.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBQ-07-0136-2023

Modalidad: Presencial

136

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío realizó la formación, actualización y capacitación de recursos humanos, a fin de contribuir a su desarrollo profesional conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) en la operación del Programa presupuestario (Pp) E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, en términos de la instrumentación de la formación, actualización y capacitación; su contribución en la atención de las necesidades de salud de la población en su ámbito de actuación; la economía de los recursos, y la percepción de los beneficiarios.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E010, a cargo del HRAEB, para contribuir al desarrollo profesional de los recursos humanos para la salud por medio de la formación, actualización y capacitación, conforme a las necesidades de salud de la población en su ámbito de actuación.

Resultados

En la formación de recursos humanos, el HRAEB operó 17 posgrados (16 clínicos y 1 no clínico), de los cuales el 70.6% (12) estuvo vinculado directamente con los servicios de su cartera médica, que se determinan a partir de las necesidades de atención especializada, y el 29.4% (5), se refiere a especialidades troncales, que forman la base para otras subespecialidades. Con la ejecución de los 17 posgrados reportó la selección de 77 (30.1%) de 256 postulantes de nuevo ingreso, 10 más que los programados que, aunados a los matriculados, significaron 161 profesionales de la salud en formación, el 96.9% (156) en el área clínica y el 3.1% (5), en la no clínica, así como el egreso de 45 de 48 profesionales de salud inscritos en la misma cohorte. No obstante, en el marco de la valoración institucional, debe perfeccionar los mecanismos de control para incluir, en un documento interno formalmente establecido y autorizado, la conceptualización del término “formación de recursos humanos”, especifique las actividades que se realizan en la materia y precise, defina y clasifique los posgrados ofertados anualmente; documentar la totalidad de los programas académicos y operativos para su funcionamiento, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Respecto de la actualización de conocimientos de los profesionales de la salud, la entidad registró la ejecución de 3 (30.0%) de los 10 cursos programados, mediante los cuales otorgó constancia de conclusión a 577 (83.0%) de los 695 inscritos. Asimismo, en el ámbito del fortalecimiento institucional, debe realizar mejoras a los instrumentos de control a efecto de incluir, en un documento interno formalmente establecido y autorizado, las conceptualizaciones de los términos “actualización de recursos humanos” y de “educación continua”, especifique si los conceptos son homólogos o complementarios, y precise las características y los tipos de cursos que se pueden otorgar anualmente; documentar el diagnóstico de necesidades para la programación de los cursos y su establecimiento en la planeación anual, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Por lo que corresponde a la capacitación del personal de este nosocomio, el ente reportó la inclusión en el Programa Anual de Capacitación (PAC) de 37 (94.9%) de los 39 temas en las materias técnico-médica y administrativa-gerencial, así como la ejecución de 16 eventos en materia técnico-médica, de los cuales 4 (25.0%) no se incluyeron en el PAC y los 12 (75.0%) restantes, representaron el 10.3% de los planeados en dicho programa (117). Con los 16 cursos otorgó constancia de conclusión a los 1,655 inscritos. Además, se identificaron áreas de mejora por implementar, referentes a perfeccionar los mecanismos de control para incluir, en un documento interno formalmente establecido y autorizado, la conceptualización del término “capacitación de recursos humanos”, y especifique las características y los tipos de temas y eventos que se pueden otorgar anualmente; documentar el diagnóstico de necesidades para la programación, la ejecución y la totalidad de los que concluyeron los temas y eventos impartidos en las vertientes técnico-médica y administrativa gerencial, y homologar o precisar la información reportada en los diversos documentos institucionales.

Consecuencias Sociales

En 2022, el HRAEB ejerció 3,433.2 mdp, en el marco del Pp E010, y operó 17 posgrados (16 clínicos y 1 no clínico), mediante los que tuvo en formación a 161 estudiantes y egresó a 45 de los 48 profesionales de la salud inscritos en la misma cohorte; realizó 3 cursos con los que concluyó la actualización de 577 de los 695 inscritos, y ejecutó 16 eventos con los que capacitó a los 1,655 participantes.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 3 restantes generaron:

3 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, mediante el Pp E010, el HRAEB contribuyó al desarrollo profesional de los recursos humanos conforme a las necesidades de la salud de la población en su ámbito de actuación, toda vez que operó 17 posgrados mediante los que tuvo en formación a 161 estudiantes y egresó a 45 de los 48 profesionales de la salud inscritos en la misma cohorte; realizó 3 cursos con los que concluyó la actualización de 577 de los 695 inscritos, y ejecutó 16 eventos con los que capacitó a los 1,655 participantes. De igual manera, se evidenciaron retos por atender en lo sucesivo, referentes a perfeccionar sus mecanismos de control para documentar la conceptualización de las actividades prioritarias; el diagnóstico sobre la actualización y capacitación requeridas, así como la recopilación, presentación y homologación de las acciones programadas y realizadas en sus diversos reportes institucionales.

En términos del beneficio social, el HRAEB implementó posgrados para la formación y egreso de profesionales de la salud, así como la atención de recursos humanos mediante la actualización y capacitación.

De considerar las observaciones y atender las recomendaciones que se emitan para mejorar el desempeño del Pp E010, el HRAEB dispondrá de información específica y homologa en sus diversos documentos institucionales sobre la operación del programa y del cumplimiento de sus objetivos, e incidir en la problemática que se pretende atender.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NBQ-07-0137-2023

Modalidad: Presencial

137

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que el desarrollo de estudios e investigación científica realizados por el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío contribuyó a generar conocimiento sobre temas prioritarios del sector salud.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría corresponde al ejercicio fiscal 2022, y se utilizó el periodo 2018-2021 como referencia. El alcance temático comprendió los resultados del HRAEB en la operación del Pp E022, mediante el análisis de la emisión de políticas generales de investigación; los acuerdos y convenios de colaboración; la eficiencia en el desarrollo de la investigación; publicación y difusión; la economía de los recursos ejercidos, y la eficacia para la generación de conocimiento en temas prioritarios del sector salud regional y del país.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del Pp E022, a cargo del HRAEB, para contribuir a la generación de conocimiento sobre temas prioritarios en salud, por medio de la investigación y desarrollo tecnológico.

Resultados

Los resultados de la fiscalización en el desempeño del HRAEB en la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud”, mostraron que:

- En 2022, la Junta de Gobierno del HRAEB cumplió con establecer las políticas generales y prioridades, congruentes con los documentos nacionales de planeación, a las que se sujetó la investigación y desarrollo tecnológico, las cuales se plasmaron en el Programa Anual de Trabajo (PAT) 2022 y, en el que, se definieron cuatro líneas de investigación: 1) enfermedades crónicas degenerativas; 2) infecciosas relacionadas al cuidado de la salud; 3) insuficientes renal en adultos, y 4) población pediátrica y ciencias quirúrgicas.
- En ese año, el HRAEB ejerció 10,665.1 mdp para la operación del Pp E022, dispuso de 11 investigadores quienes formaron parte del Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas (SIICM), los cuales correspondieron a las plazas de investigador autorizadas en 2022. Asimismo, reportó la realización de 61 proyectos de investigación, sin que se estableciera una meta, ni se precisaran los indicadores que permitieran dar seguimiento y evaluar la actividad. El HRAEB debe fortalecer los controles administrativos, de seguimiento y evaluación de los estudios e investigaciones, para optimizar la toma de decisiones futura en la materia y facilitar el avance en el logro de los objetivos del programa.
- Para 2022, el HRAEB publicó 29 artículos científicos en revistas de los grupos I al VII, lo que equivalió a 9 artículos más de los 20 programados, de los que el 41.3% (12 artículos) se vincularon con la línea de investigación enfermedades crónicas degenerativas; el 38.0% (11 artículos) se relacionaron con ciencias quirúrgicas; mientras que el 20.7% (6 artículos) correspondieron a las enfermedades del sistema inmune y a la infección COVID 19; además, se vincularon con las cuatro líneas de investigación establecidas en el PAT 2022. De los 29 artículos 23 fueron de alta calidad.

Consecuencias Sociales

En términos sociales, en 2022, el HRAEB continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que acreditó la realización de 61 proyectos de investigación; asimismo, publicó 29 artículos científicos, de los que el 41.3% (12 artículos) se vincularon con la línea de investigación enfermedades crónicas degenerativas; el 38.0% (11 artículos) se relacionaron con ciencias quirúrgicas; mientras que el 20.7% (6 artículos) correspondieron a las enfermedades del sistema inmune y a la infección COVID 19, lo que contribuyó con la generación de conocimiento sobre temas prioritarios en salud del país.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y los 3 restantes generaron: 2 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, con la evidencia documental proporcionada se demostró que, en 2022, el HRAEB mediante la operación del Pp E022 “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud” continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que acreditó 61 proyectos de investigación, publicó 29 artículos en ese año, con el objetivo de generar conocimiento científico sobre nutrición, cirugía laparoscópica prevención de la hernias, cálculos renales, obesidad, atención y vacunación para la COVID 19, ansiedad materna, tuberculosis y meningitis bacteriana, pancreatitis biliar, diabetes y distintos tipos de cáncer, para lo cual dispuso de 11 investigadores y ejerció 10,665.1 mdp.

La entidad fiscalizada también mostró áreas de oportunidad que requiere perfeccionar en las actividades prioritarias del programa, las cuales se engloban en dos rubros:

- el primero, en cuanto a la programación de las actividades sustantivas del hospital, a efecto de disponer de parámetros de medición para dar seguimiento y evaluar las actividades relativas a la realización de estudios e investigación científica y difusión de la información técnica y científica.
- el segundo, respecto de la valoración del control interno institucional, para que sus mecanismos de información brinden datos relevantes y de calidad que permitan justificar o acreditar los avances en las investigaciones en materia de salud, a fin de fortalecer la transparencia y rendición de cuentas en la administración de los recursos públicos ejercidos para el cumplimiento de los objetivos del programa.

En términos sociales, el HRAEB continuó avanzando hacia el logro de su objetivo, ya que acreditó la realización de 61 proyectos de investigación y publicó 29 artículos científicos, vinculados con enfermedades crónicas degenerativas, ciencias quirúrgicas y enfermedades del sistema inmune y a la infección COVID-19, lo que contribuyó con la generación de conocimiento sobre temas prioritarios en salud del país.

De atender las recomendaciones al desempeño, la entidad fiscalizada en la operación del Pp E022 implementará controles para que las unidades administrativas generen y utilicen información de calidad, confiable y suficiente, y fortalecerá sus instrumentos de planeación, operación, control, seguimiento y evaluación, a fin de garantizar que la contribución de la generación de conocimiento sobre temas prioritarios de salud considere las necesidades de atención y las condiciones demográficas y epidemiológicas de la región.

Instituto Nacional de Medicina Genómica

Creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica 2005-2022, en la Ciudad de México

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-1-12NCH-22-0192-2023

Modalidad: Presencial

192

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad a la legislación y normativa aplicables

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	178,082.3
Muestra Auditada	178,082.3
Representatividad de la Muestra	100.0%

Se revisó un monto de 178,082.3 miles de pesos que correspondió al total reportado como erogado en la Cuenta Pública de 2022 en el proyecto denominado "Creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica. 2005-2022", como se detalla a continuación.

CONTRATOS Y PEDIDOS REVISADOS
(Miles de pesos y porcentajes)

Contrato núm. / Pedido núm.	Importes		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Revisado	
LPN-OP-001-2022	9,256.8	9,256.8	100.0
LPN-OP-003-2022	86,903.8	86,903.8	100.0
AD-OP-002-2022	303.9	303.9	100.0
22014	968.8	968.8	100.0
22015	8,286.8	8,286.8	100.0
22016	5,014.2	5,014.2	100.0
22020	756.1	756.1	100.0
22036	1,471.1	1,471.1	100.0
22040	9,169.9	9,169.9	100.0
22049	2,082.5	2,082.5	100.0
22050	9,665.2	9,665.2	100.0
22051	8,754.1	8,754.1	100.0
LP/026/2022	383.0	383.0	100.0
LP/027/2022	2,128.8	2,128.8	100.0
LP/028/2022	2,367.6	2,367.6	100.0
AD/033/2022	1,121.1	1,121.1	100.0
AD/035/2022	22,437.0	22,437.0	100.0
ITP/015/2022	919.9	919.9	100.0
ITP/016/2022	2,858.2	2,858.2	100.0
ITP/017/2022	3,233.5	3,233.5	100.0
Total	178,082.3	178,082.3	100.0

FUENTE: Direcciones de Administración y de Investigación del Instituto Nacional de Medicina Genómica, tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos y pedidos revisados y en la información y documentación proporcionadas por la entidad fiscalizada.

El proyecto "Creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica. 2005-2022" contó con suficiencia presupuestal por un monto de 178,082.3 miles de pesos de recursos federales que se reportaron en la Cuenta Pública de 2022 en el Tomo VII, Sector Paraestatal, Ramo 12 Salud, Entidades Paraestatales y Fideicomisos no Empresariales y no Financieros, Información Programática, Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, Programa Presupuestario K-011, Proyectos de infraestructura social de salud, con la clave de cartera núm. 03121100001 y las claves presupuestales núms. 12 NCH 2 3 03 020 K011 62201 3 2 09 03121100001, 12 NCH 2 3 03 020 K011 53101 3 2 09 03121100001, y 12 NCH 2 3 03 020 K011 56601 3 2 09 03121100001.

Resultados

Se determinaron pagos en exceso por un total de 182.0 miles de pesos, integrados por importes de 165.1 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. LPN-OP-003-2022 por diferencias entre el análisis, cálculo e integración de los costos indirectos de la propuesta del contratista y el calculado por la ASF, toda vez que no se acreditó la ejecución de diversas partidas; y de 16.9 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. LPN-OP-003-2022 por diferencias entre las cantidades estimadas y pagadas contra las realmente ejecutadas en diversos conceptos de trabajo, que se determinaron como resultado de la visita de verificación física realizada de manera conjunta por personal de la ASF y de la entidad fiscalizada del 20 al 23 de junio de 2023.

Recuperaciones Operadas, Cargas Financieras, Actualización a Valor Actual y Montos por Aclarar

Se determinó un monto por 184,973.84 pesos, en el transcurso de la revisión se recuperaron recursos por 19,913.84 pesos, con motivo de la intervención de la ASF; 1,738.63 pesos se generaron por cargas financieras; 474.82 pesos pertenecen a actualizaciones a valor actual; 165,060.00 pesos están pendientes de aclaración.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y 3 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. El restante generó:

1 Pliego de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por el Instituto Nacional de Medicina Genómica y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto "Creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica. 2005-2022" a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables; y específicamente respecto del universo revisado que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Instituto Nacional de Medicina Genómica cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por el siguiente aspecto observado.

- Pagos en exceso por 165.1 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. LPN-OP-003-2022 por la falta de acreditación de diversas partidas establecidas en el costo de indirectos del contrato.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Atención a la Salud Mental en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12M7F-07-0194-2023

Modalidad: Presencial

194

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la atención a la salud mental, a fin de verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión del diseño normativo, programático, presupuestal e institucional-organizacional de la atención a la salud mental, a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), así como de la eficiencia, la eficacia y la economía. En la eficiencia, la prestación de los servicios de atención médica otorgados por el instituto (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación); la referencia y contrarreferencia de pacientes, así como la capacitación, formación e investigación realizadas por el INPRFM en materia de psiquiatría y salud mental. En la eficacia, los egresos hospitalarios de pacientes por mejoría, y la morbilidad y mortalidad por trastornos mentales. En la economía, el ejercicio de los recursos financieros en el cumplimiento de los objetivos y metas de la atención a la salud mental. Asimismo, se revisó el control interno institucional; el avance en el cumplimiento de las metas 3.4, 3.b y 3.c del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, y la rendición de cuentas.

La revisión correspondió al ejercicio 2022, y tuvo como referente el periodo 2018-2021.

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

Resultados

Los resultados de la fiscalización a la atención de la salud mental, a cargo del INPRFM, en 2022, fueron los siguientes:

Diseño de la atención a la salud mental:

- En el diseño normativo, programático, presupuestal, e institucional-organizacional, la política pública planteó la operación bajo tres vertientes: la prestación de servicios médicos; la formación y capacitación de los recursos humanos, y la investigación científica, con las cuales se buscó garantizar el acceso universal para la atención de los trastornos mentales, considerando un enfoque de recuperación sin aislamiento y con respeto a los derechos humanos del paciente.

Implementación de la atención a la salud mental:

Diagnóstico de los trastornos mentales:

- En el indicador “Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)”, incluido en la MIR del Pp E023, el INPRFM reportó que, en 2022, otorgó 85,611 consultas, cifra superior en 0.2% (136 consultas) a las 85,475 consultas registradas en sus bases de datos, sin que en la información proporcionada por el instituto se identificaran las causas de la diferencia.

Las 85,475 consultas que el INPRFM reportó como otorgadas, en sus bases de datos, en 2022, representaron el 72.1% de las 118,494 consultas solicitadas por los pacientes, sin que en la información proporcionada se identificaran las causas. Por tipo de consulta, otorgó el 96.9% (6,453 preconsultas) de las 6,657 preconsultas

solicitadas;⁹ el 70.2% (4,300 consultas) de las 6,128 consultas de primera vez (historia clínica) que le solicitaron;¹⁰ el 69.3% (69,473 consultas) de las 100,294 consultas subsecuentes solicitadas;¹¹ y el 96.9% (5,249 consultas) de las 5,415 consultas de urgencia que se solicitaron.¹²

- Para identificar trastornos mentales en las consultas otorgadas, el personal de salud mental utilizó herramientas de evaluación, a fin de recabar información adicional y objetiva sobre los síntomas.¹³ Al respecto, el INPRFM reportó que, en 2022, otorgó 161,186 servicios auxiliares¹⁴ para diagnosticar a los pacientes.

Asimismo, el instituto reportó que realizó 1,066 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad para identificar trastornos mentales, cifra superior en 26.9% a los 840 procedimientos programados en el indicador “Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados”, incluido en la MIR del Pp E023 de 2022. El instituto no sustentó los criterios con los que estableció la meta del indicador.

- Por medio de las consultas otorgadas y con el apoyo de los servicios auxiliares, en 2022, el INPRFM diagnosticó a 16,388 personas con trastornos mentales, de acuerdo con las 11 categorías clasificadas en la CIE-10,¹⁵ de las cuales, el 60.6% (9,928 personas) fue por trastornos mentales sin especificación;¹⁶ el 19.3% (3,168 personas) del humor (afectivos); el 10.5% (1,718 personas) por neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y el 9.6% (1,574 pacientes) por los otros ocho tipos de trastornos.¹⁷

Por género, de las 16,388 personas diagnosticadas, el 66.6% (10,909 personas) correspondió a mujeres y el 33.4% (5,479 personas) a hombres. Por grupo de edad, la mayor proporción de personas se registró en el de 20 a 39 años, con el 46.1% (7,551 personas); el 27.8% (4,548 personas) en el de 40 a 59 años; el 13.4% (2,201 personas) en el de 60 años y más, y el 12.7% (2,088 personas) en el de menores de 20 años.

- De 2018 a 2020, el número de personas diagnosticadas por el INPRFM con algún tipo de trastorno mental disminuyó en 45.5%, al pasar de 20,964 a 11,416 personas; mientras que, de 2020 a 2022, se presentó un incremento del 43.6%, al pasar de 11,416 a 16,388 personas.

9 Preconsulta: valoración médica psiquiátrica que se otorga a las personas que acuden por primera vez a la institución de manera no urgente. En esta valoración se determina si la persona cumple los criterios necesarios para recibir atención. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, **Preguntas Frecuentes**, [en línea], disponible en: <<https://inprf.gob.mx/faqs.html>>, consultado el 25 de abril de 2023.

10 Consulta de historia clínica o primera vez: atención otorgada a una persona, por personal de salud cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad. Información proporcionada por el INPRFM, mediante el oficio núm. DG/0062/2023 del 8 de marzo de 2023.

11 Consulta subsecuente: atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se otorgó una consulta en la unidad. Información proporcionada por el INPRFM, mediante el oficio núm. DG/0062/2023 del 8 de marzo de 2023.

12 Consulta de urgencia: servicio en el que se estabiliza la salud de los pacientes que acuden a solicitar servicios médicos y que, por lo regular, se da de prestación súbita. Información proporcionada por el INPRFM, mediante el oficio núm. DG/0062/2023 del 8 de marzo de 2023.

13 Información proporcionada por el INPRFM, mediante el oficio núm. DG/0117/2023 del 8 de mayo de 2023.

14 Los servicios auxiliares de diagnóstico coadyuvan a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Numeral 4.1 de la **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica**, publicada en el Diario Oficial del 4 de septiembre de 2015.

15 Organización Panamericana de la Salud, “**Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**”, Washington, D.C., 2008, Capítulo V, Décima Revisión, Volumen 1, Publicación Científica No. 554, pp. 295-365. La CIE es la clasificación internacional uniforme de epidemiologías y gestión de los sistemas de salud para analizar la situación general de la salud de los grupos de población, la supervisión de la incidencia y el predominio de enfermedades y otros problemas de salud.

16 De acuerdo con el **Volumen 2 “Manual de instrucciones” de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)**, el “Trastorno mental no especificado” se considera como una enfermedad mental SAI (Sine Alter Indicatio - “sin otra indicación”), y se refiere a que la afección identificada puede aparecer en otras partes de la clasificación, por lo que, al no existir claridad de la clasificación a la que pertenece, se incluye en este rubro.

17 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes; trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas; trastornos mentales y del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia; trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos; trastornos mentales y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; trastornos del desarrollo psicológico, y retraso mental.

Referencia y contrarreferencia de pacientes con trastornos mentales:

- El número de pacientes referidos al INPRFM por otras unidades médicas o entes públicos, en 2022, fue de 4,713 pacientes para recibir atención de tercer nivel, de los que el 96.6% (4,553 pacientes) provenía de 25 unidades de salud, donde el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Centros de Salud, el Centro Integral de Salud Mental, los Centros Comunitarios de Salud Mental y el Hospital General Dr. Manuel Gea González concentraron la mayor cantidad de pacientes referidos al instituto (3,271 pacientes). El otro 3.4% (158 pacientes) lo refirieron otras 76 unidades médicas o entes públicos.

Por lo que corresponde a los pacientes que fueron referidos al INPRFM, y que se les “aperturó” un expediente clínico,¹⁸ el instituto reportó para el indicador “Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional”, incluido en la MIR del Pp E023 de 2022, que “aperturó” expediente clínico al 11.0% (472 pacientes) de los pacientes que le fueron referidos en 2022. El instituto sustentó que “aperturó” 470 expedientes, dos menos que lo reportado en el indicador.

- En 2022, el INPRFM refirió 332 pacientes a 27 unidades médicas o entes públicos, de los que en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los Centros de Salud, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-Capa) se concentró el 83.0% (276 pacientes) de los pacientes remitidos por el instituto, mientras que a otras 19 unidades médicas se envió al 17.0% (56 pacientes).

Tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales:

- Respecto del tratamiento, el INPRFM reportó que 481 pacientes recibieron atención hospitalaria, en 2022, el 100.0% de las personas que lo solicitaron, de los que el 74.0% (356 pacientes) fue ingresado por trastornos del humor (afectivos); el 15.2% (73 pacientes) por esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, mientras que el 10.8% (52 pacientes) fue por otros siete tipos de trastorno mental.¹⁹

De los 481 pacientes que recibieron atención hospitalaria en el INPRFM, el 73.4% (353 pacientes) correspondió a mujeres y el 26.6% (128 pacientes) a hombres. Por grupo de edad, la mayor proporción de pacientes que recibieron atención hospitalaria se registró en el grupo de 20 a 39 años, con el 56.6% (272 pacientes); el 23.9% (115 pacientes) en el de 15 a 19 años; el 16.8% (81 pacientes) en el de 40 a 59 años, y el 2.7% (13 pacientes) en el de 60 años y más.

De 2018 a 2022, el número de pacientes que recibió atención hospitalaria en el INPRFM se redujo 8.8%, en promedio anual, al pasar de 695 pacientes ingresados en 2018 a 481 pacientes en 2022.

En cuanto al abasto de medicamentos para la atención de los pacientes con trastornos mentales, en 2022, el INPRFM estableció un proceso mediante el cual se identificaron las necesidades de medicamentos de los pacientes del instituto.

Al respecto, el INPRFM requirió al Instituto de Salud para el Bienestar 192 claves de medicamentos para cubrir sus necesidades en 2022.

Con las 192 claves de medicamentos, el INPRFM solicitó 280,017 piezas de medicamentos, de las que reportó que se entregó el 89.5% (250,655 piezas de medicamentos), lo que significó que el instituto no recibió 29,362 piezas, debido a que “los proveedores no cumplieron con la totalidad de las entregas señaladas en los pedidos que se elaboraron, a pesar de que se realizaron las gestiones ante los representantes legales de las

18 El expediente clínico es el conjunto de información y datos personales de un paciente, integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, en el que se describe el estado de salud del paciente, información necesaria en la referencia entre unidades médicas para agilizar su atención, **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**, publicada en el Diario Oficial del 15 de octubre de 2012.

19 Por trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; trastorno mental sin especificación; trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas; trastornos mentales y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, y trastornos del desarrollo psicológico.

empresas".²⁰ En la información proporcionada por el instituto, no se explicaron las consecuencias, en la atención de los pacientes, de que no se surtiera el total de claves y piezas de medicamentos ordenados.

- En lo referente a la rehabilitación, el INPRFM reportó que, en 2022, realizó 11,870 sesiones de rehabilitación especializadas a los pacientes, el 100.0% de lo previsto en el indicador “Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado”, incluido en la MIR del Pp E023 de 2022. Al respecto, el instituto no acreditó los criterios con los que estableció la meta del indicador.

De las 11,870 sesiones de rehabilitación realizadas, el 30.2% (3,584 sesiones) se otorgó en el Centro de Salud Mental y Adicciones en la Comunidad, con terapias grupales y sesiones dirigidas a la salud mental y el control de las adicciones; el 18.8% (2,227 sesiones) en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con terapias de grupo; el 13.3% (1,581 sesiones) en la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, con terapias y sesiones grupales para atender trastornos de personalidad; el 10.2% (1,212 sesiones) en la Clínica de Adicciones, con terapias de grupo para tratar adicciones; el 10.1% (1,205 sesiones) en la Clínica de Rehabilitación, con terapias de rehabilitación, y el 17.4% (2,061 sesiones) en las otras siete clínicas.²¹

Asimismo, el INPRFM reportó que realizó 105 procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad, el 100.0% de lo previsto en el indicador “Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados”, incluido en la MIR del Pp E023 de 2022, sin que sustentara los criterios con los que estableció la meta.

Con apoyo de las sesiones de rehabilitación y de los procedimientos terapéuticos otorgados, en 2022, el INPRFM reportó que rehabilitó a 1,752 pacientes, de los que el 68.0% (1,192 personas) correspondió a mujeres y el 32.0% (560 personas) a hombres.

De 2018 a 2021, el número de pacientes que fue rehabilitado en el INPRFM se redujo 34.3%, en promedio anual, al pasar de 1,749 pacientes en 2018 a 497 pacientes en 2021. En 2022, el número de pacientes que recibieron rehabilitación se incrementó 252.5%, respecto de 2021, al pasar de 497 a 1,752 pacientes.

Capacitación y formación en materia de atención a la salud mental:

- En cuanto a la capacitación, en 2022, el INPRFM definió un procedimiento que aplicó para identificar las necesidades del personal profesional, técnico y auxiliar, pero no acreditó que la programación de la capacitación se realizó con base en el total de necesidades reportado por su personal.

En 2022, el INPRFM impartió 51 cursos en materia de salud mental, de los cuales únicamente siete cursos (14.9%) estaban dentro de los 47 cursos programados.

Asimismo, el instituto registró la asistencia de 356 participantes en los 51 cursos, que representaron el 30.1% de las 1,184 personas previstas a capacitar, y sustentó que el 81.2% (289 participantes) de los 356 participantes acreditaron los cursos. Los 356 participantes significaron 116 personas capacitadas, ya que existieron casos en los que una persona participó en uno o más cursos durante el año. De las 116 personas capacitadas, el 88.8% (103 personas) correspondió a profesionales, el 6.0% (7 personas) a técnicos, y el 5.2% (6 personas) a personal auxiliar.

- En la formación de médicos especialistas:

- En especialidad, subespecialidad y alta especialidad para residentes, el INPRFM reportó que, en 2022, fueron 41 los médicos residentes que concluyeron sus estudios, el 97.6% de los 42 médicos residentes inscritos. El instituto sustentó, para 38 de los 41 médicos residentes, las constancias que acreditan que concluyeron los estudios.
- En posgrado no clínico (maestrías y doctorados), el INPRFM reportó que el 91.7% (22 profesionales) de los profesionales de especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados obtuvieron su constancia de terminación, respecto de los 24 profesionales inscritos. El instituto sólo sustentó, con las constancias respectivas, la conclusión del posgrado no clínico de 11 de los 22 profesionales reportados.
- En educación continua, el INPRFM reportó que, en 2022, el 92.4% (1,281 profesionales) de los profesionales de la salud recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua, 8.1 puntos porcentuales más que lo previsto de 84.3%.

20 Información proporcionada por el INPRFM, mediante el Acta Circunstanciada número 002/CP2022 del 2 de mayo de 2023.

21 Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectrogénero; Clínica de Trastornos del Afecto; Clínica de Sueño; Clínica de Psicogeriatría; Clínica de Esquizofrenia; Clínica de Género y Sexualidad, y Clínica de Genética Psiquiátrica.

Investigación en materia de salud mental:

- Al cierre de 2022, de 211 investigaciones registradas por el INPRFM, el 81.5% (172 investigaciones) seguía en proceso; el 17.1% (36 investigaciones) concluyó en ese año, y el 1.4% (3 investigaciones) fue cancelado.
- En 2022, el INPRFM publicó 127 artículos científicos en materia de salud mental en revistas de impacto alto (grupos III a VII),²² respecto de los 162 artículos publicados, el 100.0% de lo previsto.

De los 127 artículos de impacto alto publicados, el 52.8% (67 artículos) formó parte del grupo IV, ya que las revistas recibieron entre tres y cinco citas; el 3.1% (4 artículos) se ubicó en el grupo VI, ya que las revistas fueron citadas entre 9 y 20 veces, y el 3.1% (4 artículos) en el grupo VII, porque las revistas fueron citadas más de 20 veces.

- En cuanto a los investigadores de alto nivel con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) de la Secretaría de Salud,²³ y en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI),²⁴ el INPRFM acreditó que, en 2022, el 44.6% (58 investigadores) de sus investigadores fue de alto nivel, 3.1 puntos porcentuales mayor que el 41.5% (54 investigadores) programado.

Egresos hospitalarios:

- El INPRFM registró 481 egresos hospitalarios, en 2022, lo que representó el 100.0% de los pacientes que recibieron atención hospitalaria en ese año. De los 481 egresos hospitalarios, el 91.5% (440 egresos) fue por mejoría; el 7.7% (37 egresos) por alta voluntaria; el 0.6% (3 egresos) por traslado a otra unidad médica, y el 0.2% (1 egreso) por abandono sin autorización.
- Respecto de los egresos por mejoría, el INPRFM acreditó el 99.1% (436 egresos) de los 440 egresos por esta condición reportados para 2022.

Morbilidad y mortalidad por trastornos mentales:

- El INPRFM registró 4,282 casos nuevos de trastornos mentales, en 2022, de los que el 47.4% (2,031 casos) perteneció al grupo de trastornos del humor (afectivos) establecidos en la CIE-10;²⁵ el 22.3% (954 casos) a

22 Existen siete grupos de revistas científicas: el nivel I son revistas mexicanas de investigación científica y tecnológica aprobadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, vigentes al momento de la convocatoria; el nivel II incluye a las revistas científicas periódicas de circulación internacional que han sido seleccionadas por la Comisión Externa de Investigación en Salud, y los niveles III al VII son de impacto alto y agrupan revistas científicas periódicas de circulación internacional que han sido seleccionadas por la Comisión Externa de Investigación en Salud según el Journal Citation Reports Science Edition 2015 y Social Science Edition 2015.

23 De acuerdo con el artículo 15 del **Reglamento para el ingreso, la promoción y la permanencia al Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud**, los requisitos de admisión al SII, dependiendo de la categoría de investigador a la que se aspire, consisten en: contar con una licenciatura, maestría, doctorado o postdoctorado en el área de las ciencias de la salud y la respectiva antigüedad en el grado académico; haber participado en el desarrollo de nuevas técnicas de laboratorio; haber participado en el entrenamiento de personal técnico o de pregrado; contar con artículos publicados en revistas científicas periódicas de los grupos I a VII; ser miembro del SNI; haber graduado a un estudiante de especialidad médica mediante una investigación experimental o con un posgrado; disponer de un total de citas bibliográficas en sus publicaciones, y haber obtenido financiamiento externo para sus protocolos de investigación.

24 Con base en el artículo 29 del **Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores**, publicado en el Diario Oficial del 21 de septiembre de 2020, reforma del 15 de abril de 2022, los requisitos de admisión al SNI, dependiendo de la categoría de investigador a la que se aspire, consisten en: contar con el grado de doctor o doctora; tener capacidad para realizar investigación de frontera y ciencia básica; participar en el fortalecimiento y consolidación de la comunidad humanística, científica, tecnológica o de innovación mediante la dirección o codirección de trabajos de titulación de licenciatura o posgrado, de la participación en comités tutoriales de licenciatura o posgrado, o de la impartición de asignaturas en nivel medio superior, licenciatura o posgrado en México; generación de contenidos gráficos o audiovisuales o de otras formas de divulgar el conocimiento al menos una vez al año, que sean difundidos en plataformas o revistas disponibles, preferentemente del CONACYT; contar con liderazgo nacional e internacional reconocido por su trayectoria académica, docente y profesional en el área de investigación, y haber dirigido trabajos para la obtención del grado de maestría o doctorado en México o estancias de posdoctorado en México de al menos un año académico con resultados de investigación generados durante el tiempo del posdoctorado.

25 Organización Panamericana de la Salud, **CIE-10 “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud”**.

trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; el 10.2% (437 casos) a trastornos mentales sin especificar, y el 20.1% (860 casos) a los otros ocho grupos de trastornos mentales.²⁶

Por género, el 69.3% (2,968 casos) de los casos nuevos se presentó en mujeres y el 30.7% (1,314 casos) en hombres. Por grupo de edad, la mayor proporción de casos nuevos por trastornos mentales se registró en el grupo de 20 a 39 años, con el 49.4% (2,116 casos); el 23.0% (984 casos) en el de 40 a 59 años; el 19.4% (832 casos) en el de menores de 20 años, y el 8.2% (350 casos) en el de 60 años y más.

De 2018 a 2019, el número de casos nuevos de trastornos mentales identificados en el INPRFM aumentó 5.9%, al pasar de 4,848 a 5,135 casos; en 2020, hubo una disminución de 67.7% en el número de casos nuevos, al registrarse 1,659 casos, respecto de los 5,135 de 2019. De 2020 a 2021, el número de casos nuevos aumentó 25.4%, al pasar de 1,659 a 2,081 casos nuevos; en 2022, se presentaron 4,282 casos nuevos, lo que significó un incremento de 105.8%, respecto de los 2,081 casos nuevos registrados en 2021.

- En cuanto a la mortalidad por trastornos mentales, en 2022, el instituto reportó que no se presentó ningún suicidio en los pacientes a consecuencia de algún trastorno mental, al igual que en cada uno de los años del periodo 2018-2021.

Respecto del ejercicio del presupuesto asignado a la atención a la salud mental, el INPRFM reportó en la Cuenta Pública 2022 y sustentó que ejerció 424,124.0 miles de pesos, mediante los programas presupuestarios E023, E022 y E010, monto igual al modificado, e inferior en 3.4% (14,962.5 miles de pesos) al aprobado de 439,086.5 miles de pesos.

De los 424,124.0 miles de pesos ejercidos por el INPRFM, el 57.1% (242,255.3 miles de pesos) correspondió al Pp E023, para atender la demanda de servicios especializados que presta el instituto; el 25.7% (109,168.8 miles de pesos) al Pp E022, para impulsar el desarrollo de la investigación científica en materia de salud mental, y el 17.2% (72,699.9 miles de pesos) al Pp E010, para desarrollar las competencias del personal en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Consecuencias Sociales

Los resultados de la atención a la salud mental en la población sin seguridad social mostraron que, en 2022, el INPRFM:

- Otorgó 85,475 consultas, que representaron el 72.1% de las 118,494 consultas solicitadas al instituto. Por tipo de consulta, dio el 96.9% (6,453 preconsultas) de las 6,657 preconsultas solicitadas; el 70.2% (4,300 consulta de primera vez / historia clínica) de las 6,128 consultas de primera vez que le solicitaron; el 69.3% (69,473 consultas) de las 100,294 consultas subsecuentes que fueron solicitadas, y el 96.9% (5,249 consultas) de las 5,415 consultas de urgencia solicitadas.
- Proporcionó 161,186 servicios auxiliares para diagnosticar a los pacientes, de los cuales 1,066 fueron procedimientos diagnósticos de alta especialidad, con los que diagnosticó a 16,388 personas con algún tipo de trastorno mental.
- Recibió a 4,713 pacientes referidos por otras unidades médicas o entes públicos que requerían atención médica de tercer nivel, y refirió a 332 pacientes para que les brindaran atención médica en otras unidades hospitalarias.
- Otorgó atención hospitalaria a 481 pacientes, el 100.0% de los que lo solicitaron.
- Registró 481 egresos hospitalarios, el 100.0% de los pacientes que recibieron atención hospitalaria en ese año, de los cuales el 91.5% (440 egresos) fue por mejoría; el 7.7% (37 egresos) por alta voluntaria; el 0.6% (3 egresos) por traslado a otra unidad médica, y el 0.2% (1 egreso) por abandono sin autorización.
- Realizó 11,870 sesiones de rehabilitación en sus 11 diferentes clínicas de subespecialidad, de las que 105 fueron procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad, con lo que se rehabilitó a 1,752 personas con trastornos mentales.

26 1) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes; 2) trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas; 3) trastornos mentales y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; 4) trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto; 5) trastornos mentales, del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia; 6) trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos; 7) trastornos del desarrollo psicológico, y 8) retraso mental.

- En cuanto a la morbilidad y mortalidad de las enfermedades mentales, registró 4,282 casos nuevos de trastornos mentales y reportó que no se presentó ningún suicidio en sus pacientes a consecuencia de algún trastorno mental.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 11 resultados, de los cuales, en 5 no se detectaron irregularidades y los 6 restantes generaron: 9 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión del grupo auditor de la ASF, en 2022, el INPRFM otorgó 85,475 consultas y aplicó 161,186 servicios auxiliares de diagnóstico, con lo que diagnosticó a 16,388 personas con algún trastorno mental; otorgó atención hospitalaria a 481 pacientes; realizó 11,870 sesiones de rehabilitación con las que rehabilitó a 1,752 pacientes; impartió 51 cursos de capacitación para 356 participantes; formó a 41 médicos residentes con cursos de especialidad, subespecialidad y alta especialidad, en materia de psiquiatría y salud mental, a 22 profesionales de especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados y, con la educación continua, preparó a 1,281 profesionales de la salud, además de que se realizaron investigaciones en materia de atención a la salud mental. Estas acciones contribuyeron a que, de los 481 egresos hospitalarios registrados en el año, el 91.5% (440 egresos) fuera por mejoría, y que no se presentara ningún suicidio en sus pacientes a consecuencia de algún trastorno mental.

En la revisión, se identificaron áreas de mejora en la implementación de la atención a la salud mental. En el diagnóstico, se relacionan con asegurar la consistencia entre la información de las consultas otorgadas que reporte y las que registre en sus bases de datos, y definir criterios para determinar la meta de los procedimientos diagnósticos de alta especialidad por realizar. En la referencia y contrarreferencia de pacientes con trastornos mentales, con producir la información que sustente las entidades federativas de procedencia del total de pacientes que le refieran, así como del total de pacientes que le refieran y que se les “apertura” expediente clínico. En el tratamiento y rehabilitación, las áreas de mejora se enfocan en asegurar que el instituto reciba las claves de medicamentos y el número de piezas que solicite para cubrir las necesidades de atención médica; identificar las consecuencias que tiene en la atención de los pacientes, el que no se surta el total de piezas de medicamentos que soliciten sus áreas, y definir criterios para determinar las metas de las sesiones de rehabilitación especializadas, y de los procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad por realizar.

En la capacitación y formación, las áreas de mejora se relacionan con elaborar el programa anual de capacitación con base en el total de las necesidades de capacitación de su personal profesional, técnico y auxiliar; generar la información que sustente el total de personal profesional, técnico y auxiliar que acredite los cursos de capacitación que imparte, el total de médicos residentes que concluyan sus estudios de especialidad, subespecialidad y alta especialidad en el instituto, así como el total de profesionales que concluyan las especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados en materia de salud mental.

En los egresos hospitalarios, el área de mejora se enfoca en sustentar el total de egresos hospitalarios por mejoría.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán al INPRFM:

- Establecer mecanismos para asegurar la consistencia entre la información de las consultas otorgadas que reporte y las que registre en sus bases de datos.
- Producir la información que sustente el total de pacientes que le refieran y que se les “apertura” expediente clínico; el total de personal profesional, técnico y auxiliar que acredite los cursos de capacitación que imparte; el total de médicos residentes que concluyan sus estudios de especialidad, subespecialidad y alta especialidad en el instituto; el total de profesionales que concluyan las especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados en materia de salud mental, y el total de egresos hospitalarios por mejoría.
- Elaborar el programa anual de capacitación con base en la detección de necesidades de su personal profesional, técnico y auxiliar.
- Definir criterios para determinar las metas relacionadas con los procedimientos diagnósticos de alta especialidad; de las sesiones de rehabilitación especializadas, y de los procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad.

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra**Gestión Financiera**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-12NDF-19-0195-2023

Modalidad: Presencial

195

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,893,409.9	1,892,886.6
Muestra Auditada	1,838,653.5	1,436,124.3
Representatividad de la Muestra	97.1%	75.9%

El universo de los ingresos del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII), reportados en el Tomo VII, Ramo Administrativo 12 y clave de unidad NDF por 1,893,409.9 miles de pesos, correspondió a las transferencias, asignaciones, subsidios y subvenciones, y pensiones y jubilaciones, ingresos por venta de bienes, prestación de servicios y otros ingresos. La muestra seleccionada por 1,838,653.5 miles de pesos, que representó un 97.1% del universo de ingresos, se encuentra integrada por transferencias, asignaciones, subsidios y subvenciones, y pensiones y jubilaciones por 1,812,652.4 miles de pesos; e ingresos por venta de bienes, prestación de servicios y otros ingresos por 26,001.1 miles de pesos, como se muestra a continuación:

UNIVERSO Y MUESTRA DE INGRESOS EN 2022
(Miles de pesos)

Concepto	Universo	Muestra	% ^{1/}
Transferencias, asignaciones, subsidios y subvenciones, y pensiones y jubilaciones	1,812,652.4	1,812,652.4	100.0
Ingresos por venta de bienes, prestación de servicios y otros ingresos	<u>80,757.5</u>	<u>26,001.1</u>	<u>32.2</u>
Total	1,893,409.9	1,838,653.5	97.1

FUENTE: Estado analítico de ingresos de la Cuenta Pública 2022, del INRLGII.

^{1/} Los porcentajes están determinados en función de cada uno de los conceptos del universo.

El universo de los egresos por 1,892,886.6 miles de pesos, corresponde a servicios personales por 1,213,048.9 miles de pesos; materiales y suministros por 291,001.2 miles de pesos; servicios generales por 373,525.7 miles de pesos; transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas por 14,571.1 miles de pesos; y bienes muebles, inmuebles e intangibles por 739.7 miles de pesos. La muestra de egresos por 1,436,124.3 miles de pesos, que representa el 75.9% del universo, se integró por servicios personales por 1,213,048.9 miles de pesos; materiales y suministros por 44,914.7 miles; y servicios generales por 163,589.6 miles de pesos, así como transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas por 14,571.1 miles de pesos, como se muestra a continuación:

INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA DE EGRESOS EN 2022
(Miles de pesos)

Descripción	Universo	Muestra	% ^{1/}
Servicios personales	1,213,048.9	1,213,048.9	100.0
Materiales y suministros	291,001.2	44,914.7	15.4
Servicios generales	373,525.7	163,589.6	43.8
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	14,571.1	14,571.1	100.0
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	739.7	0.0	0.0
Total	1,892,886.6	1,436,124.3	75.9

FUENTE: Estado analítico del ejercicio del presupuesto de egresos en clasificación económica y por objeto del gasto.

^{1/} Los porcentajes están determinados en función de cada uno de los conceptos del universo.

Los servicios personales se revisaron en su totalidad, los cuales incluyeron dos contratos para la adquisición de vales de despensa por 37,954.7 miles de pesos, de los cuales se verificó el procedimiento de contratación, el pago y los entregables. La muestra de adquisiciones de bienes y servicios correspondiente a materiales y suministros, así como a servicios generales, se determinó mediante una relación de contratos proporcionada por el instituto, de la cual se seleccionaron 27 contratos y pedidos de forma aleatoria, de los cuales se verificó el procedimiento de contratación, el pago y los entregables en cada caso.

Resultados

1. El Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, emitido por la Secretaría de la Función Pública (SFP), regula las disposiciones para el establecimiento de la supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional. Se analizó este documento y se identificaron deficiencias en el control interno del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII), relacionadas con los ingresos, los controles del personal y los reportes del almacén.
2. El instituto obtuvo ingresos por 1,893,409.9 miles de pesos, integrados por 1,812,652.4 miles de pesos de las transferencias del Gobierno Federal; 71,270.8 miles de pesos de la venta de bienes y prestación de servicios; 7,510.6 miles de pesos de otros ingresos y beneficios varios; y 1,976.1 miles de pesos de ingresos financieros y diversos.

Asimismo, el INRLGII reportó egresos por 1,892,886.6 miles de pesos, de los cuales 1,213,048.9 miles de pesos correspondieron a servicios personales; 291,001.2 miles de pesos, a materiales y suministros; 373,525.7 miles de pesos, a servicios generales; 14,571.1 miles de pesos, a transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas, y 739.7 miles de pesos, a bienes muebles, inmuebles e intangibles.

3. Se identificaron inconsistencias en los otros ingresos y beneficios varios, correspondientes al arrendamiento del espacio físico no hospitalario ya que no proporcionó la evidencia de la justificación anual autorizada.
4. El instituto reportó egresos por 291,001.2 miles de pesos correspondientes a la adquisición de materiales y suministros y 373,525.7 miles de pesos por concepto de servicios generales que totalizaron 664,526.9 miles de pesos, de los que se identificó una diferencia entre las cifras reportadas por las subdirecciones de Compras y Suministros y de Recursos Financieros.
5. La Institución reportó egresos por 1,213,048.9 miles de pesos, correspondientes al capítulo 1000 "Servicios Personales". Asimismo, regularizó los expedientes laborales que carecían de documentación personal y laboral. Además, obtuvo el dictamen de compatibilidad de empleo de dos servidores públicos que prestaron sus servicios en forma simultánea en otras instituciones.
6. El ente auditado transfirió 14,571.1 miles de pesos al Fondo de Salud para el Bienestar; se identificó que no actualizó las existencias reportadas en los Movimientos de almacén (Kardex) ni en el sistema informático Sistema de Información Administrativa / Módulo Almacén (SIA Almacén); tampoco concluyó los procesos para extinguir o dar por terminado el Fideicomiso número 700019GYR345 denominado "Fideprótesis".

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y los 3 restantes generaron:

1 Recomendación y 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de los ingresos y egresos de los recursos públicos federales, así como de sus operaciones vinculadas, para verificar que se captaron, recaudaron, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, respecto de la muestra revisada, que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos siguientes:

- i) Se identificaron deficiencias en el control interno relacionadas con los ingresos, los procesos de adjudicación y contratación en la adquisición de bienes y prestación de servicios, controles de personal y reportes del almacén.
- ii) De los ingresos por el arrendamiento del espacio físico no hospitalario no proporcionó la evidencia de la justipreciación anual autorizada por el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.
- iii) No concluyó los procesos para extinguir o dar por terminado el Fideicomiso número 700019GYR345 denominado "Fideprótesis".

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Salud y Asistencia Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NHC-07-0376-2023

Modalidad: Presencial

376

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el otorgamiento de subsidios para la ejecución de proyectos en materia de ayudas funcionales, equipamiento e infraestructura y desarrollo para la rehabilitación de las personas con discapacidad, a fin de determinar su contribución en el derecho a la salud y la asistencia social para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022 y se utilizó como periodo de referencia 2019-2021. El alcance temático comprendió los resultados del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el otorgamiento de subsidios para la ejecución de proyectos en materia de ayudas funcionales relativas a instrumentos, dispositivos o herramientas que permitan a las personas que presentan una discapacidad permanente o en riesgo potencial de presentarla, realizar sus actividades; equipamiento e infraestructura, mediante proyectos de adquisición de muebles especiales, así como la construcción y remodelación de los centros de atención, y actividades de desarrollo para su rehabilitación, y su contribución en la salud y la asistencia social para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad; el análisis de la aplicación de los recursos aprobados al programa presupuestario, así como de la Matriz de Indicadores para Resultados, en el marco del SED, del ejercicio fiscal 2022.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, no en todos los casos, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el desempeño del SNDIF en el otorgamiento de subsidios para la ejecución de proyectos en materia de ayudas funcionales, equipamiento e infraestructura y desarrollo para la rehabilitación de las personas con discapacidad, así como su contribución al ejercicio del derecho a la salud y la asistencia social, su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resultados

La fiscalización mostró que, en 2022, la MIR del Pp S039 "Programa de Atención a Personas con Discapacidad" no fue una herramienta útil para evaluar si los recursos destinados a su implementación favorecieron la resolución de la problemática ni para aportar al cumplimiento de los elementos normativos de la legislación nacional y los programáticos relacionados con la inclusión de las personas con discapacidad (PCD), así como a los compromisos internacionales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En materia programática, se detectó que se definieron objetivos, estrategias y líneas de acción vinculadas con la atención de las PCD, pero el reconocimiento de las limitantes de este grupo se mantuvo en el plano de la asistencia social y, por lo tanto, en el ámbito de actuación del SNDIF, lo que denota que no es un tema prioritario a nivel del sector Salud y reveló deficiencias para una adecuada alineación del Pp con los compromisos sectoriales y nacionales que favorezcan la plena inclusión de las PCD y, en cuanto al diseño normativo, las atribuciones de la Secretaría de Salud establecidas en la LGIPD en materia de salud y asistencia social se delegaron al SNDIF el reglamento de la ley, el programa S039 centró sus acciones en el otorgamiento de subsidios para la ejecución de proyectos relacionados con la asistencia social, principalmente la rehabilitación, sin destacar las correspondientes al rubro de salud, incluyendo la atención médica y la salud pública, aunado a que el organismo reconoció la insuficiencia del programa para contribuir a las atribuciones de la LGIPD, lo que indica que no se cubrió la totalidad de los elementos que permitan contribuir al

cumplimiento a los aspectos normativos de la legislación nacional y los compromisos internacionales que adquirió nuestro país en materia de salud y asistencia social para la inclusión de las personas con discapacidad.

En materia de otorgamiento de subsidios, se verificó que, en 2022, para la ejecución de acciones en salud el SNDIF aprobó cinco proyectos por un monto de 2,987.2 mdp, lo que representó el 98.3% respecto del total previsto, con lo que atendió la totalidad de los 728 beneficiarios programados ubicados en el 87.2% (75) de los 86 municipios planeados, con la adquisición de 982 ayudas funcionales y equipamiento para rehabilitación; para la infraestructura y equipamiento, se ejecutaron 26 proyectos por un monto de 20,493.1 mdp, lo que representó el 92.7% respecto del total previsto, con lo que se atendió a 19,193 beneficiarios ubicados en 324 municipios, 49.3% más que los planeados, mediante la adquisición de 1,571 materiales y equipo para las unidades de rehabilitación, y para el desarrollo de la inclusión laboral, educativa y social, el ente fiscalizado llevó a cabo dos proyectos en los Estados de Morelos y Oaxaca, por un monto de 1,586.8 mdp, lo que representó el 99.7% respecto del total previsto, con lo que atendió la totalidad de los 25 beneficiarios programados ubicados en 20 de los 5 municipios planeados, con la adquisición y entrega de 26 prótesis y ortesis; sin embargo, se detectó que en ninguna de las tres vertientes del programa se implementaron esquemas de complementariedad para obtener aportaciones que favorecieran la aprobación de un mayor número de proyectos; que no se realizaron modificaciones en el número de personas con discapacidad beneficiadas, aun cuando se reportaron aumentos o disminuciones en el total de municipios; que no se instrumentó una estrategia de seguimiento y supervisión, debido a que el SNDIF interpreta la aplicación de su obligación; que los informes trimestrales no constituyen una herramienta que permita a la Unidad de Asistencia e Inclusión Social (UAIS) y la Dirección General de Rehabilitación e Inclusión (DGRI) dar un seguimiento oportuno para garantizar una adecuada ejecución de los proyectos y, que no se llevaron a cabo actividades de supervisión para favorecer que se concluyan en tiempo y forma en beneficio de las PCD, ya que no se reportaron acciones ante los retrasos en la ejecución que los SEDIF comunicaron en sus informes; además, el SNDIF no acreditó documentalmente contar con criterios para la definición de metas en materia de proyectos con acciones en salud; infraestructura y equipamiento, y de desarrollo para los indicadores de la MIR del Pp S039, y no aportó la documentación soporte de las causas de sus variaciones, ni del proceso de presentación de solicitudes y revisión por parte de la UAIS, así como de la formalización de criterios para priorizar la revisión técnica de la DGRI de unos proyectos sobre otros.

En cuanto a la contribución del programa en la salud y asistencia social, si bien el SNDIF informó que, en 2022, atendió 19,946 PCD, cifra que representó el 0.7% en relación con la población objetivo que ascendió a 3,059,046 PCD en situación de pobreza y pobreza extrema, lo que mostró que una de cada 100 personas con discapacidad del universo por atender recibió los beneficios del programa, el organismo desconoció su aportación a la modificación y mejora de las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral de las personas con discapacidad para lograr su incorporación a una vida plena y productiva para hacer cumplir, respetar y proteger su derecho a la salud y asistencia social en condiciones de igualdad, debido a que careció de criterios y parámetros para determinar la contribución de las acciones del Pp S039 al ejercicio pleno del derecho a la salud y asistencia social, a su desarrollo integral e inclusión a la sociedad de las PCD que atendió, aunado a ello, la información contenida en los padrones de beneficiarios de los proyectos ejecutados en 2022, no permitió validar que las PCD apoyadas se encontraron en situación de pobreza y pobreza extrema, conforme a la caracterización de la población objetivo.

Respecto de la economía en el ejercicio del presupuesto, se determinó que el SNDIF requiere perfeccionar las reglas de operación del Pp S039, a efecto de vincular a la población objetivo con la atención de la problemática que se identifique en el diagnóstico del programa y con los criterios de selección; determinar la prioridad de las acciones de equipamiento, y establecer los casos y la periodicidad de las revisiones que realicen las instancias Normativa y Coordinadora del programa, a efecto de garantizar que su diseño atiende los criterios de objetividad, transparencia y selectividad para favorecer el logro de los objetivos y metas, así como para avanzar en la atención de las PCD.

Consecuencias Sociales

En 2022, mediante el Pp S039 "Programa de Atención a Personas con Discapacidad", el SNDIF otorgó apoyos en las 32 entidades federativas por 25,074.3 mdp, para la ejecución de 33 proyectos con acciones en salud, en equipamiento e infraestructura y de desarrollo, con los que se atendió a 19,946 personas con discapacidad (PCD) que representaron el 0.7% respecto de la población objetivo equivalente a 3,059,046 PCD en situación de pobreza y pobreza extrema, lo que mostró que una de cada 100 personas con discapacidad del universo por atender recibió los beneficios que el organismo previó, sin que comprobara que las personas apoyadas se encontraron en esa situación socioeconómica, ni contara con una estrategia para fomentar la instrumentación de proyectos en beneficio de un mayor número de PCD, dado que el destino de los recursos depende de las solicitudes de las

entidades federativas, aunado a la falta de coordinación con la Secretaría de Salud y las instancias del SNDIF en las entidades y municipios, lo que representa una limitante para la transversalidad de las intervenciones del sector y, en consecuencia, dificulta que se generen las condiciones para el ejercicio pleno del derecho de este grupo poblacional a la salud y asistencia social, su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

10 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, el SNDIF no dispuso de mecanismos que garanticen el pleno derecho de las personas con discapacidad a la salud y asistencia social, ya que, si bien, por medio del Pp S039, otorgó subsidios para la ejecución de proyectos relacionados con ayudas funcionales, infraestructura y equipamiento y de desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social, se registraron deficiencias programáticas y normativas que revelaron una inadecuada alineación del Pp con los compromisos sectoriales y nacionales, así como a la insuficiencia del programa para contribuir a las atribuciones señaladas en la LGIPD; que carece de una estrategia que le permitiera fomentar la instrumentación de proyectos en beneficio de las personas con discapacidad y focalizar las acciones del Pp para favorecer la modificación y mejora de las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral de este grupo poblacional, para lograr su incorporación a una vida plena y productiva para hacer cumplir, respetar y proteger su derecho a la salud y asistencia social en condiciones de igualdad, dado que el destino de los recursos depende de las solicitudes de las entidades federativas y que al delegarse al organismo las atribuciones en materia de salud y asistencia social, limita la transversalidad de las intervenciones del sector, lo que repercute en el desarrollo integral e inclusión a la sociedad de este grupo poblacional.

La atención a las recomendaciones al desempeño permitirá al SNDIF armonizar el marco normativo y programático del Pp S039, con el fin de dar cumplimiento a la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y su reglamento y aportar a los compromisos en materia de salud y asistencia social que nuestro país adquirió mediante la firma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; implementar mecanismos para integrar y formalizar los criterios relacionados con el establecimiento de las metas relacionadas con los proyectos con acciones en salud, infraestructura y equipamiento y desarrollo; mejorar la operación, seguimiento y supervisión de los proyectos ejecutados; promover esquemas de complementariedad para potenciar los subsidios otorgados que permita ejecutar proyectos que benefician a un mayor número de personas con discapacidad; diseñar una estrategia para fomentar la instrumentación de proyectos que favorezca la modificación y mejora de las condiciones de las PCD; perfeccionar las Reglas de Operación del programa para que aporten consistencia en el establecimiento de la población objetivo que recibirá los beneficios del programa, los criterios de selección y lo establecido en la normativa aplicable, y definir acciones coordinadas con la Secretaría de Salud, los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia y los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia para definir acciones transversales para el otorgamiento de apoyos en el marco del programa.

Asimismo, las recomendaciones al desempeño aportarán elementos para que el SNDIF, en coordinación con sus instancias estatales y municipales, así como con la Secretaría de Salud, elaboren e instrumenten una estrategia transversal en el sector para la atención a las personas con discapacidad para alcanzar una mayor cobertura del territorio nacional en la entrega de subsidios para proporcionarles ayudas funcionales, ejecutar acciones de infraestructura y equipamiento en las unidades de rehabilitación y realizar actividades para promover su desarrollo educativo, social y laboral, y que diseñe medidas para atender tanto el rubro de salud como el de asistencia social, a efecto de garantizar el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, en los términos que se establecen en las atribuciones que le fueron otorgadas en la LGIPD y su reglamento y, con ello, favorecer la definición de programas, estrategias, metas y objetivos en los rubros de salud y asistencia social que contribuya al logro del objetivo de la inclusión de las personas con discapacidad relativo a la promoción, protección y aseguramiento del ejercicio pleno de los derechos de segunda generación de las personas con discapacidad; su desarrollo integral e inclusión social.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**Inclusión de las Personas con Discapacidades en la Salud y Asistencia Social: Servicios de Asistencia Social Integral**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-12NKH-07-0377-2023

Modalidad: Presencial

377

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en la prestación de servicios de salud para la rehabilitación de las personas con discapacidad, a fin de determinar su contribución en el derecho a la salud y la asistencia social para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Alcance

El alcance temporal de la auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022 y se utilizó como periodo de referencia 2019-2021. El alcance temático comprendió los resultados del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia mediante las consultas médicas y terapias físicas, ocupacionales y de lenguaje proporcionados para la rehabilitación de las personas con discapacidad, y su contribución en la salud y la asistencia social para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad; el análisis de la aplicación de los recursos aprobados al programa presupuestario, así como de la Matriz de Indicadores para Resultados, en el marco del SED, del ejercicio fiscal 2022.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, no en todos los casos, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el desempeño del SNDIF en la prestación de servicios de salud para la rehabilitación de las personas con discapacidad, así como su contribución al ejercicio del derecho a la salud y la asistencia social, su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, la MIR del Pp E040 no fue una herramienta útil para evaluar si los recursos destinados a su implementación favorecieron la resolución de la problemática identificada para el componente de atención en rehabilitación integral, ni para aportar al cumplimiento de los elementos normativos de la legislación nacional y los programáticos relacionados con la inclusión de las personas con discapacidad, particularmente en los rubros de salud y asistencia social, así como a los compromisos internacionales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya que su diagnóstico registró una desactualización de 8 años aun cuando se realizaron cambios sustanciales en sus componentes de atención, por lo que no presentó el estado actual que enfrenta este grupo poblacional. En materia programática, se detectó que se definieron objetivos, estrategias y líneas de acción vinculadas con la atención de las PCD, pero el reconocimiento de las limitantes de este grupo se mantuvo en el plano de la asistencia social y, por lo tanto, en el ámbito de actuación del SNDIF, lo que denota que no es un tema prioritario a nivel del sector Salud y reveló deficiencias para una adecuada alineación del Pp con los compromisos sectoriales y nacionales que favorezcan la plena inclusión de las PCD, y en cuanto al diseño normativo, las atribuciones de la Secretaría de Salud establecidas en la LGIPD en materia de salud y asistencia social se delegaron al SNDIF en el reglamento de la ley, el programa E040 centró sus acciones en acciones en la prestación de servicios de asistencia social, principalmente la rehabilitación, sin destacar las correspondientes al rubro de salud, incluyendo la atención médica y la salud pública, lo que indica que no se cubrió la totalidad de los elementos que permitan contribuir al cumplimiento a los aspectos normativos de la legislación nacional y los compromisos internacionales que adquirió nuestro país en materia de salud y asistencia social para la inclusión de las personas con discapacidad.

En lo referente a la certificación y registro de las personas con discapacidad, si bien, el organismo informó que, en 2022, logró un cumplimiento del 130.1% en la emisión de credenciales a las personas con discapacidad, al entregar 44,147, lo que significó 10,208 más de las 33,939 previstas, el soporte documental del resultado reveló una contradicción en cuanto a las acciones realizadas y los ejecutores en el marco de acción del programa, lo que implica que el parámetro debería reportar actividades de capacitación; las insuficiencias documentales respecto de las inconsistencias relacionadas con el número de centros de rehabilitación que operó en el componente de atención en rehabilitación integral, en el marco del Pp E040, no proporcionaron certeza respecto del universo de centros y unidades de rehabilitación que administra, supervisa y coordina, ya que reportó los resultados de 21 centros ubicados en 17 entidades federativas, pese a que la intervención mediante el componente se diseñó para tener un alcance nacional, considerando la participación de los SEDIF y SMDIF e implica que, en el marco de operación del programa, se tendría que cuantificar la gestión de los centros y unidades de rehabilitación ubicados en las 32 entidades federativas, ya que al considerar únicamente los 21 centros que reportó representaría una cobertura del 53.1% (17) del territorio nacional, por lo que de la revisión normativa y los reportes, se determinó que su operación se analizaría a partir de 112 centros de rehabilitación, ni contó con una plataforma mediante la cual gestione la información que recopila de las personas con discapacidad por medio de los certificados y credenciales para favorecer la toma de decisiones en cuanto a la atención de este grupo poblacional.

Respecto de las preconsultas y consultas otorgadas mediante 21 Centros de Rehabilitación, el organismo proporcionó 53,266 preconsultas para el ingreso de las personas con discapacidad a sus servicios; 32,254 consultas médicas de primera vez para la definición de los planes de tratamiento; 130,710 consultas médicas especializadas, y 412,619 consultas paramédicas, cuyos parámetros empleados para el seguimiento de las consultas de primera vez, las médicas y paramédicas no son adecuados para medir su desempeño al generar ambigüedad en los resultados que reportan y al no ser consistentes con las actividades y procesos que realiza, aunado a que no comprobó las metas y resultados correspondientes a los 91 centros restantes de los 112 que se encuentran dentro del marco de operación del programa.

En materia de servicios de terapia física, ocupacionales y de lenguaje para la rehabilitación de las Personas con Discapacidad, el SNDIF otorgó 350,801 terapias físicas, 64,535 terapias ocupacionales y 59,646 de lenguaje, las cuales representaron avances del 97.3%, 84.6% y 96.1%, respectivamente, mediante 21 Centros de Rehabilitación, donde los indicadores que diseñó para el seguimiento de estas acciones no fueron consistentes con las actividades que realiza por lo que no aportan claridad en los resultados que proporcionan, y el expediente clínico como mecanismo de seguimiento reveló áreas de oportunidad al no integrar la documentación de la interacción entre las áreas médica y de terapia para determinar la evolución del usuario para su posible alta o, en su caso, la modificación del tratamiento.

En cuanto a la contribución del SNDIF al ejercicio del derecho de las personas con discapacidad a la salud y asistencia social para el desarrollo integral y la inclusión de las personas con discapacidad, el organismo desconoció en qué medida favoreció la modificación y mejora de las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral de las personas con discapacidad para lograr su incorporación a una vida plena y productiva al carecer de criterios y parámetros para determinar la aportación de las acciones del Pp E040 al ejercicio pleno del derecho a la salud y asistencia social, a su desarrollo integral e inclusión a la sociedad de las 1,081,028 personas con discapacidad que atendió mediante el programa.

Consecuencias Sociales

En 2022, por medio del Pp E040 “Servicios de Asistencia Social Integral, el SNDIF destinó 41,036.5 mdp al componente de atención en rehabilitación integral, el 1.6% del total ejercido en el programa por 2,608,041.1 mdp, sin que demostrara que se emplearon en los servicios que proporcionó de preconsulta; consultas médicas de primera vez; consultas médicas de especialidad y consultas paramédicas, y sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje, ni contara con criterios y parámetros para determinar en qué medida favoreció el ejercicio del derecho a la salud y asistencia social, a su desarrollo integral e inclusión a la sociedad de las 1,081,028 personas con discapacidad que atendió mediante el programa, aunado a la falta de coordinación con la Secretaría de Salud y las instancias del SNDIF en las entidades y municipios, lo que representa una limitante para la transversalidad de las intervenciones del sector y, en consecuencia, dificulta que se generen las condiciones para el ejercicio pleno del derecho de este grupo poblacional a la salud y asistencia social, su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

11 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, los servicios que proporcionó el SNDIF no favorecieron el pleno derecho de las personas con discapacidad a la salud y asistencia social, ya que, con la operación de 21 centros ubicados en 17 entidades federativas no logró que su intervención tuviera un alcance nacional, debido a la falta de coordinación con la Secretaría de Salud y las instancias del SNDIF en las entidades federativas y municipios, lo que aunado a las deficiencias operativas y documentales detectadas limitaron la transversalidad de las intervenciones y dificultaron la implementación de medidas que permitan mejorar las condiciones para el ejercicio pleno del derecho de este grupo poblacional a la salud y asistencia social, su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

La atención a las recomendaciones al desempeño permitirá al SNDIF armonizar el marco normativo y programático del Pp E040, con el fin de dar cumplimiento a la Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad y su reglamento y aportar a los compromisos en materia de salud y asistencia social que nuestro país adquirió mediante la firma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; actualizar el diagnóstico del programa para identificar la situación actual de la problemática que enfrentan las personas con discapacidad en los rubros de salud y asistencia, a efecto de definir el marco de actuación del componente de atención en rehabilitación integral, perfeccionar la construcción de la MIR y contar con una herramienta útil para mediar el avance en la atención de dicha problemática; rediseñar los parámetros que emplea para el seguimiento y evaluación de sus atribuciones en materia de preconsulta, consultas médicas de primera vez, consultas médicas de especialidad y consultas paramédicas, y sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje, reforzar sus mecanismos para la generación de información con calidad, utilidad, confiabilidad y oportunidad que le permita comprobar las acciones que realiza, y establecer acciones coordinadas con la Secretaría de Salud, los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia y los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia para definir acciones transversales para ampliar la prestación de servicios a un mayor número de PCD.

Asimismo, las recomendaciones al desempeño aportarán elementos para que el SNDIF defina su ámbito de competencia en cuanto a los servicios de asistencia social que proporciona, de manera que su alcance logre una cobertura nacional para beneficiar a un mayor número de personas con discapacidad; que diseñe medidas para atender tanto el rubro de salud como el de asistencia social, y que, en coordinación con sus instancias estatales y municipales, así como con la Secretaría de Salud, elaboren una estrategia transversal de atención en el sector, a efecto de garantizar el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, en los términos que se establecen en las atribuciones que le fueron otorgadas en la LGIPD y su reglamento y, con ello, favorecer la definición de programas, estrategias, metas y objetivos en los rubros de salud y asistencia social que contribuya al logro del objetivo de la inclusión de las personas con discapacidad relativo a la promoción, protección y aseguramiento del ejercicio pleno de los derechos de segunda generación de las personas con discapacidad; su desarrollo integral e inclusión social.

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano

Obras de Infraestructura del Programa de Mejoramiento Urbano en Diversos Municipios del Estado de Sonora

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-0-15100-22-0262-2023

Modalidad: Presencial

262

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al programa, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron conforme a la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	259,079.4
Muestra Auditada	259,079.4
Representatividad de la Muestra	100.0%

Del universo de 259,079.4 miles de pesos ejercidos por la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano en el año 2022 en el proyecto “Obras de Infraestructura del Programa de Mejoramiento Urbano en Diversos Municipios del Estado de Sonora”, que conformaron la ejecución de las obras de Infraestructura del PMU en diversos pueblos Yaquis del estado de Sonora, se revisó la totalidad del monto erogado en los contratos para la ejecución y supervisión de las obras, como se detalla en la tabla siguiente:

CONTRATOS REVISADOS
(Miles de pesos y porcentajes)

Número de contrato	Importe		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Seleccionado	
SEDATU-OP-090-512-2022	64,930.5	64,930.5	100.0
SEDATU-OP-098-512-2022	120,901.3	120,901.3	100.0
SEDATU-OP-099-512-2022	64,695.2	64,695.2	100.0
SEDATU-SOP-020-512-2022	8,552.4	8,552.4	100.0
Totales	259,079.4	259,079.4	100.0

FUENTE: Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Unidad de Proyectos Estratégicos para el Desarrollo Urbano, tabla elaborada con base en los contratos proporcionados por la entidad fiscalizada.

Las obras de Infraestructura del PMU en diversos pueblos Yaquis del estado de Sonora contaron con suficiencia presupuestal de recursos federales para el ejercicio fiscal de 2022 con cargo en el Programa de Mejoramiento Urbano (PMU) de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; dicho programa reportó el ejercicio de 6,563,842.4 miles de pesos (en el que se incluye el monto total fiscalizado de 259,079.4 miles de pesos) que fueron registrados en la Cuenta Pública 2022, en el Tomo III, Información Presupuestaria, Ramo 15, Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, programa presupuestario S-273, “Programa de Mejoramiento Urbano” (PMU) en la partida de gasto 43101 “Subsidios a la Producción”, y clave presupuestaria núm. 1 15 510 2022 4 2 2 1 0 7 S273 43101 1 1 34 0.

Resultados

Se observaron pagos en exceso por 473.3 miles de pesos en los contratos núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022, debido a que se detectaron inconsistencias en el cálculo del factor de financiamiento de dichos contratos; pagos en exceso por 533.7 miles de pesos en los costos indirectos en los contratos núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022; pagos

en exceso por 483.7 miles de pesos en el contrato núm. SEDATU-OP-098-512-2022, debido a que el cálculo del factor salario real no se realizó de conformidad con la normativa; falta de comprobación documental de los trabajos realmente ejecutados por 53,697.3 miles de pesos, en los contratos de obra núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022; deficiente planeación de los trabajos a ejecutar y la asignación de recursos para obras de Infraestructura del Programa de Mejoramiento Urbano (PMU) en diversos pueblos Yaquis del estado de Sonora; asimismo, se detectaron deficiencias en la elaboración y llenado de las bitácoras de obra de los contratos núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022, SEDATU-OP-099-512-2022 y SEDATU-SOP-020-512-2022; la entidad fiscalizada no entregó en tiempo y forma los anticipos para la ejecución de los trabajos de los contratos de obra núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022; pagos indebidos por 7,235.3 miles de pesos en 33 conceptos de supervisión (11 por cada contrato revisado), en el contrato de prestación de servicios núm. SEDATU-SOP-020-512-2022 y la entidad fiscalizada formalizó el contrato de servicio núm. SEDATU-SOP-020-512-2022, para la supervisión de los contratos de obra núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022, después de haberse iniciado los trabajos.

Montos por Aclarar

Se determinaron 62,423,278.53 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Resultados y Acciones

Se determinaron 9 resultados, de los cuales, 3 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 6 restantes generaron:

1 Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 5 Pliegos de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados a las obras de Infraestructura del Programa de Mejoramiento Urbano (PMU) en diversos pueblos Yaquis del estado de Sonora, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano no cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, entre cuyos aspectos observados destacan los siguientes:

- Pagos en exceso por 473.3 miles de pesos en los contratos núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022, debido a que se detectaron inconsistencias en el cálculo del factor de financiamiento de dichos contratos.
- Pagos en exceso por 533.7 miles de pesos en los costos indirectos sin evidencia, ni soporte documental en los rubros de protección de excavaciones en los contratos núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022.
- Pagos en exceso por 483.7 miles de pesos en el contrato núm. SEDATU-OP-098-512-2022, debido a que el cálculo del factor salario real no se realizó de conformidad con la normativa establecida.
- Falta de comprobación documental de los trabajos ejecutados por 53,697.3 miles de pesos, en los contratos de obra núms. SEDATU-OP-090-512-2022, SEDATU-OP-098-512-2022 y SEDATU-OP-099-512-2022.
- Deficiente planeación de los trabajos a ejecutar y la asignación de recursos para obras de Infraestructura del Programa de Mejoramiento Urbano (PMU) en diversos pueblos Yaquis del estado de Sonora, toda vez que en la visita de verificación física se comprobó que la infraestructura realizada se encuentra inconclusa, sin mantenimiento, en condiciones de abandono y sin posibilidad de operar.
- Pagos indebidos por 7,235.3 miles de pesos en 33 conceptos de supervisión (11 por cada contrato revisado), en el contrato de prestación de servicios núm. SEDATU-SOP-020-512-2022 sin que se comprobara documentalmente que se dio cumplimiento a los alcances y términos de referencia.

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano

Programa de Mejoramiento Urbano en Tuxtla Gutiérrez, en el Estado de Chiapas

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-0-15100-22-0264-2023

Modalidad: Presencial

264

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	207,660.5
Muestra Auditada	207,660.5
Representatividad de la Muestra	100.0%

De los recursos por 207,660.5 miles de pesos ejercidos por la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano en el año 2022 en el "Programa de Mejoramiento Urbano en Tuxtla Gutiérrez, en el Estado de Chiapas", que conformaron la ejecución de las obras de Infraestructura del PMU en el municipio de Tuxtla Gutiérrez, en el Estado de Chiapas, se revisó la totalidad del monto erogado en el año de estudio que comprendieron los contratos para la ejecución y supervisión de las obras, como se detalla en la tabla siguiente:

CONTRATOS REVISADOS
(Miles de pesos y porcentajes)

Número de contrato	Importe con IVA		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Seleccionado	
SEDATU-OP-041-512-2022	201,249.1	201,249.1	100.0
SEDATU-SOP-012-512-2022	6,411.4	6,411.4	100.0
Total	207,660.5	207,660.5	100.0

FUENTE: Las Unidades de Apoyo a Programas de Infraestructura y Espacios Públicos y de Proyectos Estratégicos para el Desarrollo Urbano, de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos proporcionados por la entidad fiscalizada.

Las obras de Infraestructura del PMU en el municipio de Tuxtla Gutiérrez, en el Estado de Chiapas contaron con suficiencia presupuestal de recursos federales para el ejercicio fiscal de 2022 con cargo en el Programa de Mejoramiento Urbano (PMU) de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; dicho programa reportó el ejercicio de 6,563,842.4 miles de pesos (en el que se incluye el monto total fiscalizado de 207,660.5 miles de pesos) que fueron registrados en la Cuenta Pública 2022, en el Tomo III, Información Presupuestaria, Ramo 15, Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, programa presupuestario S-273, "Programa de Mejoramiento Urbano" (PMU) en la partida de gasto 43101 "Subsidios a la Producción", y clave presupuestaria núm. 1 15 510 2022 4 2 2 1 0 7 S273 43101 1 1 7 0.

Resultados

Pagos en exceso por concepto de obra no ejecutada en el contrato de obra núm. SEDATU-OP-041-512-2022 por 9,455.6 miles de pesos, integrados por 8,158.5 miles de pesos en el Polideportivo "Patria Nueva"; 137.0 miles de pesos en el "Mercado 22 de noviembre" y calles circundantes; 18.5 miles de pesos en el Parque Central Centro Histórico; 982.6 miles de pesos en el Centro de Desarrollo Comunitario "El aguaje"; y 59.0 miles de pesos en la

Avenida Central y Parque "Cinco de Mayo"; 7,046.0 miles de pesos, integrados por 1,845.4 miles de pesos en el Parque Central e Imagen Urbana del Centro Histórico; 4,789.6 miles de pesos en el "Mercado 22 de Noviembre"; y 411.0 miles de pesos en el Parque y Construcción de Centro de Desarrollo Comunitario "El Aguaje"; 16,523.2 miles de pesos por concepto de costos paramétricos muy por arriba de los costos de mercado, integrados por 7,884.1 miles de pesos en el Polideportivo "Patria Nueva"; 1,138.5 miles de pesos en el "Mercado 22 de Noviembre"; 3,930.1 miles de pesos en el Parque y Construcción de Centro de Desarrollo Comunitario "El Aguaje"; y 3,570.5 miles de pesos en la Avenida Central y Parque "Cinco de Mayo"; Pagos indebidos en el contrato de prestación de servicios núm. SEDATU-SOP-012-512-2022 por 1,723.7 miles de pesos, por la falta de documentación comprobatoria que acredite el cumplimiento de los alcances de los servicios a ejecutar con base en los términos de referencia; asimismo, se constató una deficiente planeación de los trabajos a ejecutar, ya que la entidad fiscalizada contrató y ejecutó las obras con un presupuesto que no corresponde con los alcances, características o condiciones consideradas en las especificaciones técnicas, la memoria descriptiva y los proyectos ejecutivos correspondientes, además de que se ejecutaron trabajos que no están relacionados con las partidas contratadas; y adjudicación del contrato con base en investigaciones de mercado que no se corresponden con los trabajos a realizar, debido a que se tomaron como referencia los costos de obras o trabajos que no tienen similitud con las obras consideradas.

Montos por Aclarar

Se determinaron 34,337,547.58 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 4 Pliegos de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al "Programa de Mejoramiento Urbano en Tuxtla Gutiérrez, en el Estado de Chiapas", a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Pagos en exceso por concepto de obra no ejecutada en el contrato de obra núm. SEDATU-OP-041-512-2022 por 9,455.6 miles de pesos, integrados por 8,158.5 miles de pesos en el Polideportivo "Patria Nueva"; 137.0 miles de pesos en el "Mercado 22 de noviembre" y calles circundantes; 118.5 miles de pesos en el Parque Central Centro Histórico; 982.6 miles de pesos en el Centro de Desarrollo Comunitario "El aguaje"; y 59.0 miles de pesos en la Avenida Central y Parque "Cinco de Mayo".
- Pagos en exceso por concepto de diferencia de volúmenes en el contrato de obra núm. SEDATU-OP-041-512-2022 por 6,635.0 miles de pesos, integrados por 1,845.4 miles de pesos en el Parque Central e Imagen Urbana del Centro Histórico; y 4,789.6 miles de pesos en el "Mercado 22 de Noviembre".
- Pagos en exceso por concepto de costos paramétricos muy por arriba de los costos de mercado para la ejecución en el contrato de obra núm. SEDATU-OP-041-512-2022 por 16,523.2 miles de pesos, integrados por 7,884.1 miles de pesos en el Polideportivo "Patria Nueva"; 1,138.5 miles de pesos en el "Mercado 22 de Noviembre"; 3,930.1 miles de pesos en el Parque y Construcción de Centro de Desarrollo Comunitario "El Aguaje"; y 3,570.5 miles de pesos en la Avenida Central y Parque "Cinco de Mayo".
- Pagos indebidos en el contrato de prestación de servicios núm. SEDATU-SOP-012-512-2022 por 1,723.7 miles de pesos, por la falta de documentación comprobatoria que acredite el cumplimiento de los alcances de los servicios a ejecutar con base en los términos de referencia.
- Deficiente planeación de los trabajos a ejecutar, ya que la entidad fiscalizada contrató y ejecutó las obras con un presupuesto que no corresponde con los alcances, características o condiciones consideradas en

las especificaciones técnicas, la memoria descriptiva y los proyectos ejecutivos correspondientes, además de que se ejecutaron trabajos que no están relacionados con las partidas contratadas.

- Adjudicación del contrato con base en investigaciones de mercado que no corresponden con los trabajos a realizar, debido a que se tomaron como referencia los costos de obras o trabajos que no tienen similitud con las obras consideradas.

Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares**Extinción del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-3-15QIQ-19-0103-2023

Modalidad: Presencial

103

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión relacionada con la extinción del fideicomiso, así como que sus operaciones se autorizaron, realizaron, registraron y presentaron en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas.

Alcance**CUENTAS DE BALANCE**

Miles de Pesos

Universo Seleccionado	4,456,870.7
Muestra Auditada	3,974,631.5
Representatividad de la Muestra	89.2%

El universo por 4,456,870.7 miles de pesos correspondió al valor absoluto de las variaciones del rubro "Activo" reportado en el Estado de Situación Financiera al 31 de diciembre de 2022 y 2021 del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO). Se revisaron 3,974,631.5 miles de pesos, el 89.2 %, integrados como sigue:

UNIVERSO Y MUESTRA DE LAS VARIACIONES DE ACTIVO EN 2022

(Miles de pesos)

Descripción	Universo	Muestra	%
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	1,964,100.5	1,820,389.1	92.7
Estimación por pérdida o deterioro de activos circulantes	1,964,715.0	1,820,389.1	92.7
Inversiones financieras a largo plazo	534.5	534.5	100.0
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	168,759.2	166,659.4	98.8
Depreciación, deterioro y amortización acumulada de bienes	198,291.3	166,659.4	84.0
Otras cuentas de activo	160,470.2	0.0	0.0
Total	4,456,870.7	3,974,631.5	89.2

FUENTE: Estados financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2022 del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares.

Además, se revisaron las cuentas de orden de los intereses moratorios por 691,545.4 miles de pesos, y 31 créditos de 5,632 acreditados por 1,257,808.6 miles de pesos, el 30.3% del valor de los créditos vigentes por 4,155,558.8 miles de pesos.

En los Ingresos de Flujo de Efectivo y en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto, ambos de la Cuenta Pública 2022, el FONHAPO reportó ingresos por 101,742.8 miles de pesos, y egresos por 158,615.1 miles de pesos, de los cuales se revisaron 35,480.9 y 27,287.7 miles de pesos, el 34.9% y el 17.2%, respectivamente, integrados como se detalla a continuación:

INGRESOS Y EGRESOS DEL FONDO NACIONAL DE HABITACIONES POPULARES, 2022
(Miles de pesos)

Concepto	Universo	Muestra	%
<i>Ingresos</i>			
Recuperación de cartera	26,588.3	8,195.7	
Intereses cobrados	72,390.0	24,855.2	
Otros ingresos	<u>2,764.5</u>	<u>2,430.0</u>	
Total	101,742.8	35,480.9	34.9
<i>Egresos</i>			
1000 Servicios Personales	104,301.8	12,171.0	
2000 Materiales y Suministros	6,851.0	3,743.9	
3000 Servicios Generales	<u>47,462.3</u>	<u>11,372.8</u>	
Total	158,615.1	27,287.7	17.2

FUENTE: Ingresos de Flujo de Efectivo y Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto, ambos de la Cuenta Pública 2022, y bases de datos de egresos por capítulo de gasto y de contratos y convenios proporcionadas por el Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares.

Resultados

1. El FONHAPO consideró el Estado de Situación Financiera, al 31 de diciembre de 2022 y 2021, de los Estados Financieros por el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 2022, como el Balance Previo de Liquidación, en el que se cancelaron o disminuyeron las cuentas complementarias (“Estimación por pérdida o deterioro de activos circulantes”, “Depreciación, deterioro y amortización acumulada de bienes” y “Estimación por pérdida o deterioro de activos no circulantes”) con la respectiva afectación a las cuentas principales (“Derechos a recibir efectivo o equivalentes”, “Derechos a recibir bienes o servicios”, “Derechos a recibir efectivo o equivalentes a largo plazo”, “Otros activos circulantes”, “Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso” y “Bienes muebles”).

El monto neto por recuperar de 4,155,558.8 miles de pesos, integrado por 4,181,112.5 miles de pesos del valor de los créditos vigentes al 31 de diciembre de 2022, menos 5,070.8 miles de pesos de los depósitos mal referenciados y 20,482.9 miles de pesos de los pagos en proceso de individualización de su crédito y la aplicación de su pago, coincidió con el reportado en la balanza de comprobación antes de aplicar el valor de la “Estimación por pérdida o deterioro de activos circulantes” por 1,820,389.1 miles de pesos en cuentas de balance y 2,335,169.7 miles de pesos en cuentas de orden.

Los registros de 31 créditos revisados por 1,257,808.6 miles de pesos correspondieron a créditos vigentes y los montos coincidieron con los estados de cuenta y las tablas de amortización emitidos por el sistema Salesforce a diciembre de 2022. Además, se comprobó lo siguiente:

- a) El Fideicomiso no proporcionó información de 10 créditos por 725,300.7 miles de pesos, debido a que los transfirió al Instituto para Devolver al Pueblo lo Robado, lo cual se verificó con las actas administrativas de entrega-recepción del 9 de mayo y 13 de junio de 2023.
- b) De 10 créditos por 50,000.6 miles de pesos, el FONHAPO acreditó haber registrado en el Sistema de Control de Cobranza las gestiones de cobro previstas en su normativa.
- c) De 10 créditos por 411,069.5 miles de pesos, el FONHAPO acreditó que realizó el cobro judicial y contó con las constancias que confirmaron su estatus reportado en el Sistema de Control de Cobranza.
- d) De un crédito global por 71,437.8 miles de pesos, el FONHAPO acreditó que en 2022 no se había designado al representante legal de la asociación para dar continuidad a las gestiones de cobranza judicial iniciadas en 2011.

La disminución en el rubro “Inversiones a Largo Plazo” por 534.5 miles de pesos correspondió a la diferencia entre los 224.3 miles de pesos de los intereses ganados en ese año y el retiro de recursos de la cuenta de inversión del Fondo Nacional de Garantías a la Vivienda Popular por 758.8 miles de pesos, conformados por 543.7 miles de pesos de 111 garantías vencidas en 2022 y 215.1 miles de pesos de los intereses. En tanto, el saldo al cierre de 2022 por 2,687.5 miles de pesos, correspondió al valor de 481 garantías vigentes por 2,663.8 miles de pesos y los rendimientos obtenidos en diciembre de 2022 por 23.7 miles de pesos, operaciones que se registraron contablemente.

Los 73 inmuebles de la muestra por 160,247.5 miles de pesos, integrados por 5 inmuebles regulares disponibles por 143,637.8 miles de pesos; 3 regulares no disponibles por 15,012.4 miles de pesos, 60 irregulares disponibles por 1,003.4 miles de pesos, y 5 irregulares no disponibles por 593.9 miles de pesos, contaron con la documentación soporte que acreditó su registro y clasificación de acuerdo con su situación física, jurídica y administrativa.

2. El FONHAPO obtuvo ingresos por un total de 101,742.8 miles de pesos, integrados por 26,588.3 miles de pesos de la recuperación de cartera; 72,390.0 miles de pesos de los intereses cobrados, y 2,764.5 miles de pesos de otros ingresos, los cuales coincidieron con los reportados en el Estado Analítico de Ingresos y en el documento “Ingresos de Flujo de Efectivo” de la Cuenta Pública 2022.

Los 8,195.7 miles de pesos de la recuperación de la cartera revisados correspondieron a pagos efectuados por los titulares de los créditos para obtener los beneficios de los programas de incentivos vigentes en 2022; además, los créditos contaron con un instrumento jurídico que acreditó su existencia y con los comprobantes de pago y, en cinco casos en los que no se tramitó la solicitud de liquidación prevista en los programas de incentivos, no se les aplicaron los descuentos previstos.

Se revisaron 24,855.2 miles de pesos que correspondieron a los intereses generados por la inversión de recursos del FONHAPO por operaciones de reporto realizadas en Bonos de Desarrollo del Gobierno Federal D, al amparo de un contrato de intermediación bursátil con Intercam Casa de Bolsa, S.A. de C.V.

Los ingresos por la venta de bienes por 2,430.0 miles de pesos coincidieron con los obtenidos por la enajenación de 18 lotes del inmueble “Los Dragos” y tres lotes del inmueble “Casa Trabajadores del Volante”, en cumplimiento de los plazos, precios y formas de pago pactados en los contratos de compraventa suscritos con las personas físicas compradoras.

Los 35,480.9 miles de pesos revisados se registraron contablemente de acuerdo con la normativa.

3. Se determinó que durante 2022 el FONHAPO ejerció 9,333.8 miles de pesos por el pago de liquidación a 26 personas mediante la formalización y ratificación de convenios ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje.

Los recursos se pagaron mediante transferencias electrónicas a las cuentas bancarias de los trabajadores.

4. Durante 2022, el FONHAPO erogó 158,615.1 miles de pesos de los capítulos 1000 “Servicios personales”, 2000 “Materiales y Suministros” y 3000 “Servicios Generales, reportados en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Económica y por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022, de los cuales se revisaron los pagos a 11 proveedores con los que se suscribieron 12 contratos por 15,534.5 miles de pesos, 9 adjudicados en 2022 y 3 en 2021.

Los nueve contratos adjudicados en 2022 se incluyeron en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios y Obras Públicas autorizado por el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y se adjudicaron mediante los procedimientos de licitación pública, por invitación a cuando menos tres personas y por adjudicación directa, en cumplimiento de la normativa.

El FONHAPO acreditó que antes de formalizar los contratos comprobó que los proveedores no se encontraron en el listado de contribuyentes que emiten comprobantes con inexistencia de operaciones.

Los contratos se suscribieron con base en las convocatorias de los procedimientos de adjudicación respectivos; en los seis casos que tenían la obligación, se acreditó que contaron con las garantías de cumplimiento de las obligaciones de los proveedores, de conformidad con la normativa.

De los 12 contratos, en 6 se suscribieron convenios modificatorios para ampliar la vigencia y el monto pactado originalmente por razones fundadas y motivadas, sin que se rebasara el 20.0% o 25.0% establecido en la normativa.

Los 11 proveedores contaron con una opinión favorable del Servicio de Administración Tributaria respecto del cumplimiento de sus obligaciones fiscales, de acuerdo con las constancias emitidas en 2023.

El FONHAPO pagó a los proveedores 15,494.3 miles de pesos, mediante 54 transferencias bancarias del 2022; asimismo, presentó los estados de cuenta en los que se verificó el retiro de los recursos y los pagos se ampararon con 311 Comprobantes Fiscales Digitales por Internet, los cuales cumplieron con los requisitos fiscales; además, los bienes o servicios y los precios y retenciones aplicables coincidieron con los establecidos en los contratos y se registraron contablemente.

5. De los 12 contratos, los proveedores justificaron de forma completa con los entregables el gasto por 15,534.5 miles de pesos, de acuerdo con los términos pactados en los contratos.
6. La Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano y el FONHAPO realizaron las gestiones para efectuar el proceso de extinción de este último, de conformidad con la normativa, cuyo resultado fue la publicación del “Decreto por el que se autoriza la desincorporación por extinción del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares” y de los “Lineamientos conforme a los cuales se llevará a cabo el proceso de desincorporación, mediante extinción, del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO)”.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 5 resultados, de los cuales, en 5 no se detectaron irregularidades.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por las entidades fiscalizadas y de cuya veracidad son responsables. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión relacionada con la extinción del fideicomiso, así como que sus operaciones se autorizaron, realizaron, registraron y presentaron en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Fondo Nacional de Habitaciones Populares y la Secretaría de Desarrollo Agrario Territorial y Urbano cumplieron con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia.

Comisión Nacional del Agua**Auditoría de TIC**

Auditoría De Cumplimiento a Tecnologías de Información y Comunicaciones: 2022-5-16B00-20-0075-2023

Modalidad: Presencial

75

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de las contrataciones relacionadas con las TIC, su adecuada gobernanza, administración de riesgos, seguridad de la información, continuidad de las operaciones, calidad de datos, desarrollo de aplicaciones y aprovechamiento de los recursos asignados en procesos y funciones, así como comprobar que se realizaron conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

Alcance

	EGRESOS
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	583,785.1
Muestra Auditada	227,773.2
Representatividad de la Muestra	39.0%

El universo seleccionado por 583,785.1 miles de pesos corresponde al monto de los gastos realizados por la Gerencia de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GTIC) de la CONAGUA en materia de contrataciones de TIC durante el ejercicio fiscal de 2022; la muestra auditada se integra por contratos y convenios relacionados con el servicio de equipo de cómputo y bienes informáticos, el servicio de atención y administración de requerimientos tecnológicos y el servicio de ciberseguridad, con pagos ejercidos por 227,773.2 miles de pesos que representan el 39.0% del universo seleccionado.

Adicionalmente, la auditoría comprende el análisis presupuestal de la Cuenta Pública de 2022 de la Comisión Nacional del Agua en relación con los gastos en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la revisión de las actividades y del cumplimiento de las responsabilidades en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones, y el proceso de Ciberseguridad. Los recursos objeto de revisión en esta auditoría se encuentran reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio de 2022, Tomo III “Poder Ejecutivo”, apartado Información Presupuestaria en el “Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Administrativa”, correspondiente al Ramo 16 “Medio Ambiente y Recursos Naturales”.

Resultados

- Se identificaron diferencias entre el monto reportado por la entidad fiscalizada en los reportes de integración de partidas de tecnologías de información y comunicaciones (TIC) del Presupuesto Ejercido 2022 y lo reportado con los contratos y convenios modificatorios vigentes en el ejercicio fiscal 2022, vinculados con los capítulos de gasto de TIC.
- No se tienen elementos para contabilizar las horas empleadas para la prestación del servicio por parte del personal externo, por lo que no es posible asegurar el cumplimiento de los compromisos contractuales, en consecuencia, se estiman pagos injustificados por 21,836.5 miles de pesos.
- Se estiman pagos injustificados por 6,780.2 miles de pesos por las deficiencias presentadas en la prestación del servicio de ciberseguridad.
- Existen deficiencias en los controles de ciberdefensa implementados lo cual podría afectar la continuidad, disponibilidad y continuidad de los servicios y de la información de la CONAGUA.

Montos por Aclarar

Se determinaron 28,616,715.70 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 5 resultados, de los cuales, 5 generaron:

10 Recomendaciones, 2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 2 Pliegos de Observaciones.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

El presente resultado se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera de las contrataciones relacionadas con las TIC, su adecuada gobernanza, administración de riesgos, seguridad de la información, continuidad de las operaciones, calidad de datos, desarrollo de aplicaciones y aprovechamiento de los recursos asignados en procesos y funciones, así como comprobar que se realizaron conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Nacional del Agua cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Se identificaron deficiencias en los registros y reportes vinculados con los capítulos de gasto de TIC y del Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos 2022.
- En la revisión de los contratos para el servicio de equipo de cómputo y bienes informáticos, se identificó lo siguiente:
 - No se cuenta con evidencia que acredite la correcta determinación y aplicación de las penas convencionales.
 - Existen facturas de los servicios de 2020 y 2021 que fueron pagadas con recursos del 2022.
 - No se presentó documentación que acredite la verificación de la capacidad técnica del personal de soporte asignado.
- En la revisión del servicio de atención y administración de requerimientos tecnológicos de 2022 celebrado con INFOTEC, se identificó lo siguiente:
 - Para las cinco acciones que conforman el objeto del contrato, no se cuenta con evidencia de la recepción de los entregables en archivo original.
 - Se carece de elementos para relacionar las actividades realizadas por el personal del INFOTEC para contabilizar el número de horas devengadas al final de la ejecución de cada orden de trabajo, por lo que se estiman pagos injustificados por 21,836.5 miles de pesos.
- En la revisión del contrato número CNA-GRM-044-2020 para el servicio de ciberseguridad celebrado con el proveedor Scitum, S.A. de C.V., se observó lo siguiente:
 - No se cuenta con el inventario de servicios e infraestructura que debió realizar el proveedor al inicio del servicio, por lo que no es posible acreditar que todos los activos de la comisión fueron identificados y protegidos por los servicios del contrato.
 - Se identificaron deficiencias en los servicios prestados por el proveedor; no obstante, se efectuaron pagos por 4,843.0 miles de pesos.
- En la revisión de la administración y operación de los controles de Ciberseguridad para la infraestructura de *hardware y software* de la comisión, se observó lo siguiente:
 - No hay controles con nivel aceptable.
 - 6 controles (33.3%) obtuvieron un nivel que se requiere fortalecer.
 - 12 controles (66.7%) se determinaron con una carencia.

Comisión Nacional del Agua**Seguros Patrimoniales**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-5-16B00-19-0082-2023

Modalidad: Presencial

82

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera para verificar que el presupuesto asignado a la partida 34501 "Seguros de Bienes Patrimoniales" se ejerció y registró conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	1,032,667.2
Muestra Auditada	997,129.8
Representatividad de la Muestra	96.6%

La muestra auditada de 997,129.8 miles de pesos corresponde al 96.6% del presupuesto total ejercido de 1,032,667.2 miles de pesos en la partida 34501 "Seguros de Bienes Patrimoniales".

Los recursos objeto de revisión en esta auditoría se encuentran reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2022, en el Tomo III, apartado Información Presupuestaria en el "Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Administrativa (Armonizado)" correspondiente al Ramo 16 "Medio Ambiente y Recursos Naturales", en cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Resultados

- La CONAGUA no ha solicitado a la aseguradora reponer los daños de los siniestros amparados con la póliza del Convenio de Colaboración número CNA-GRM-COLAB-003-2021, no obstante que ya se formalizaron los convenios con los montos por indemnizar.
- La CONAGUA no dio aviso de la ocurrencia de 118 siniestros a la aseguradora, dentro del plazo de 15 días naturales, sino hasta entre 16 y 325 días naturales después.
- En 4 siniestros por concepto de robo, vandalismo y descarga eléctrica no se llevaron a cabo inspecciones de daños, aun cuando en los convenios de colaboración no se establecen excepciones para no realizarlas.
- En 121 siniestros ocurridos entre el 2 de julio de 2021 y el 28 de diciembre de 2022, 15 de ellos se encuentran con estatus de "indemnizado" o "pagado", 6 como "improcedentes" o "rechazados" y 112 con el estatus de "en trámite" por la falta o deficiencias en los documentos que debe entregar la CONAGUA a la aseguradora.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 9 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 6 restantes generaron:

7 Recomendaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera para verificar que el presupuesto asignado a la partida 34501 "Seguros de Bienes Patrimoniales" se ejerció y registró

conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) cumplió con las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

El Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y el Programa Anual de Recursos Materiales y Servicios Generales no fueron actualizados, y cuyas cifras difieren de las del Anteproyecto del presupuesto, del presupuesto original y del modificado; el “Procedimiento para la Atención a Siniestros de Infraestructura Hidráulica e Hidroagrícola” no se encuentra actualizado ni se indicó en qué sistema informático se llevó a cabo el registro para la atención de los siniestros; no ha solicitado a la aseguradora reponer los daños de los siniestros amparados con la póliza del Convenio de Colaboración número CNA-GRM-COLAB-003-2021, no obstante que la CONAGUA y la aseguradora formalizaron convenios con los montos por indemnizar; no se avisó a la aseguradora, dentro del plazo de 15 días naturales, de la ocurrencia de 118 siniestros, sino hasta entre 16 y 325 días naturales después; de 4 siniestros por concepto de robo, vandalismo y descarga eléctrica no se llevaron a cabo inspecciones de daños, sin embargo, en los convenios de colaboración no se mencionan excepciones para no realizarlas; en 121 siniestros ocurridos entre el 2 de julio de 2021 y el 28 de diciembre de 2022 se identificó que 15 se encuentran con estatus de “indemnizado” o “pagado”, 6 como “improcedentes” o “rechazados”, y 112 con el estatus de “en trámite” por la falta o deficiencias en los documentos que debe entregar la CONAGUA a la aseguradora.

Comisión Nacional del Agua**Acueducto Yaqui, en el Estado de Sonora**

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-5-16B00-22-0072-2023

Modalidad: Presencial

72

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	584,782.8
Muestra Auditada	381,376.5
Representatividad de la Muestra	65.2%

De los 584,782.8 miles de pesos ejercidos por la Comisión Nacional del Agua en 2022 en el proyecto “Acueducto Yaqui” se revisó una muestra de 381,376.5 miles de pesos, que incluyen el IVA y representan el 65.2% del monto erogado, como se detalla en la siguiente tabla.

Número de contrato	CONTRATOS REVISADOS (Miles de pesos y porcentajes)		
	Ejercido	Importe con el IVA Revisado	Alcance de la revisión (%)
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-A-OR-0001	283,253.5	208,065.9	73.5
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-A-OR-0002	8,920.3	5,507.0	61.7
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-A-OR-0004	77,905.2	66,606.5	85.5
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-A-OR-0006	129,343.1	96,938.9	74.9
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-A-OR-0007	5,326.0	2,453.5	46.1
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-A-OR-0008	4,089.6	1,804.7	44.1
2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-P-OR-0011*	0.0	0.0	0.0
2022-B04-B04-RM-26-RF-AD-P-OR-0019	75,324.3	0.0	0.0
Otros gastos realizados con cargo al proyecto	620.8	0.0	0.0
Total	584,782.8	381,376.5	65.2

FUENTE: Comisión Nacional del Agua, Subdirección General de Administración y Coordinación General de Proyectos Especiales de Abastecimiento y Saneamiento; tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos revisados, proporcionados por la entidad fiscalizada.

* Si bien en el contrato de servicios de supervisión externa número 2022-B04-B04-RM-26-RF-LP-P-OR-0011 no se ejercieron recursos, se revisaron sus procesos de planeación, programación, presupuestación y contratación.

El proyecto “Acueducto Yaqui” contó con suficiencia presupuestal de recursos federales y se reportó en la Cuenta Pública 2022 con un monto ejercido de 584,782.8 miles de pesos, que incluyen el Impuesto al Valor Agregado (IVA), en el Tomo III, Poder Ejecutivo, Ramo 16 Medio Ambiente y Recursos Naturales, Información Programática, apartado Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, con las claves presupuestarias números 16-BOO-2-2-03-003-K007-62301-3-1-26-2116B000032 y 16-BOO-2-2-03-003-K007-62903-3-1-26-2116B000032.

Resultados

En el aspecto normativo, se determinó una diferencia entre el importe reportado en la Cuenta Pública 2022 como inversión modificada y ejercida y la que ampara el oficio de liberación de inversión proporcionado; y en cuanto al costo de obra se realizaron pagos en exceso por 996.9 miles de pesos, debido a diferencias entre las cantidades de obra estimadas y pagadas contra las indicadas en el proyecto y el catálogo de conceptos; pagos en exceso por 2,781.7 miles de pesos, debido a diferencias entre las cantidades de obra estimadas y pagadas contra las indicadas en el proyecto puesto que se pagaron 5,364.50 m³ en el concepto Excavación... para zanjas... de la partida cruces especiales, que se duplican con el mismo concepto de excavación de la partida Conducción, y 6,163.32 m³ que no se ejecutaron, ya que los cednamientos estimados son posteriores al km 26+819.0 (cadenamiento donde se concluyó el tramo); pagos en exceso por 942.2 miles de pesos, debido a diferencias entre las cantidades de obra estimadas y pagadas contra las indicadas en el proyecto; falta de aplicación de penas convencionales por 497.0 miles de pesos en un contrato de obra pública, debido a que los trabajos no se concluyeron en la fecha de terminación pactada contractualmente ni se acreditó la terminación real de los trabajos; además, no se construyeron 7.5 km y 10.0 km de las líneas de conducción de los 34.4 km y 31.9 km totales establecidos en los alcances de dos contratos de obra pública.

Montos por Aclarar

Se determinaron 5,217,831.65 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y los 6 restantes generaron:

2 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 4 Pliegos de Observaciones.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la Comisión Nacional del Agua y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objeto fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto del Acueducto Yaqui, en el estado de Sonora, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables; y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Nacional del Agua cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Se determinó una diferencia entre el importe reportado en la Cuenta Pública 2022 como inversión modificada y ejercida y la que ampara el oficio de liberación de inversión proporcionado.
- Pagos en exceso por 996.9 miles de pesos, debido a diferencias entre las cantidades de obra estimadas y pagadas contra las indicadas en el proyecto y el catálogo de conceptos.
- Pagos en exceso por 2,781.7 miles de pesos, debido a diferencias entre las cantidades de obra estimadas y pagadas contra las indicadas en el proyecto, puesto que se pagaron 5,364.50 m³ en el concepto Excavación... para zanjas... de la partida cruces especiales, que se duplican con el mismo concepto de excavación de la partida Conducción, y 6,163.32 m³ que no se ejecutaron, ya que los cednamientos estimados son posteriores al km 26+819.0 (cadenamiento donde se concluyó el tramo).
- Pagos en exceso por 942.2 miles de pesos, debido a diferencias entre las cantidades de obra estimadas y pagadas contra las indicadas en el proyecto.
- Falta de aplicación de penas convencionales por 497.0 miles de pesos en un contrato de obra pública, debido a que los trabajos no se concluyeron en la fecha de terminación pactada contractualmente ni se acreditó la terminación real de los trabajos.
- No se construyeron 7.5 km y 10.0 km de las líneas de conducción de los 34.4 km y 31.9 km totales establecidos en los alcances de dos contratos de obra pública.

Comisión Nacional del Agua**Construcción del Acueducto Concordia, en el Estado de Sinaloa**

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-5-16B00-22-0076-2023

Modalidad: Presencial

76

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	128,290.3
Muestra Auditada	64,324.8
Representatividad de la Muestra	50.1%

De los 128,290.3 miles de pesos reportados como ejercidos por la Comisión Nacional del Agua en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de 2022 en el proyecto Construcción del Acueducto Concordia, que se construye en el estado de Sinaloa, se revisó una muestra de 64,324.8 miles de pesos, que incluyen el IVA, y representan el 50.1 % del monto erogado, como se detalla en la siguiente tabla.

CONTRATOS REVISADOS
(Miles de pesos y porcentajes)

Número de contrato	Importe con IVA		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Revisado	
2022-B04-B28-DA-25-RF-LP-P-OR-0036	96,090.1	48,801.4	50.8
2022-B04-B28-DA-25-RF-LP-P-OR-0037	26,997.7	13,451.4	49.8
2022-B04-B28-DA-25-RF-LP-P-OR-0038	3,004.3	699.8	23.3
2022-B04-B28-DA-25-RF-LP-P-OR-0039	1,564.1	910.5	58.2
2022-B04-B28-DA-25-RF-LP-P-OR-0040	509.3	349.9	68.7
2022-B04-B28-DA-25-RF-LP-P-OR-0041	124.8	111.8	89.6
Totales	128,290.3	64,324.8	50.1

FUENTE: Comisión Nacional del Agua, Subdirección General de Administración; y Dirección General y Dirección de Administración del Organismo de Cuenca Pacífico Norte; tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos revisados, proporcionados por la entidad fiscalizada

El proyecto Construcción del Acueducto Concordia contó con suficiencia presupuestal de recursos federales por 128,290.3 miles de pesos que incluye el Impuesto al Valor Agregado y se reportó como ejercido en la Cuenta Pública 2022, en el Tomo III, Poder Ejecutivo, Ramo 16 Medio Ambiente y Recursos Naturales, Información Programática, apartado Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, con claves presupuestarias núms. 16-BOO-2-2-03-003-K007-62301-3-1-25-2216B000014 y 16-BOO-2-2-03-003-K007-62903-3-1-25-2216B000014.

Resultados

En el aspecto normativo, se determinó que no se acreditaron las adecuaciones presupuestarias por la diferencia de 9,349.7 miles de pesos entre el importe reportado en la Cuenta Pública 2022 como inversión modificada y ejercida por 128,290.3 miles de pesos y el oficio de liberación de inversión por 137,640.0 miles de pesos, en tres

contratos de obra los anticipos se entregaron extemporáneamente; y en cuanto al costo de obra; se pagaron anticipadamente 14,997.0 miles de pesos en los conceptos de suministro de tubería de acero al carbón de diferentes diámetros y espesores, los precios unitarios de las partidas del “suministro e instalación de tubería de polietileno de alta densidad...” no se pagaron por unidad de concepto terminado y ejecutado conforme al proyecto, en su lugar se pactaron en el contrato de manera porcentual; en la construcción del acueducto la trayectoria de la tubería de polietileno no se sigue el trazo original y la tubería de acero al carbón se colocó sobre el terreno natural sin cama de arena ni plantilla a una profundidad no uniforme cuando ésta debería estar colocada superficialmente apoyada en bases de concreto y atraques; pagos en exceso por 9,000.5 miles de pesos, debido a que en la visita de verificación física se observó que diversos suministros pagados no se encontraban en el sitio de los trabajos, y se detectaron inconsistencias del proyecto del tanque de regulación Concordia y de su contratación, sin que la entidad fiscalizada acreditará el dictamen para atender la seguridad de la estructura por la modificación al proyecto original en su capacidad de 600 m³ y la construcción de un tanque de 782.0 m³ al nivel máximo de llenado (3.70 m).

Montos por Aclarar

Se determinaron 9,000,495.76 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 8 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 6 restantes generaron:

1 Recomendación, 4 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 1 Pliego de Observaciones.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 1 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la Comisión Nacional del Agua y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objeto fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto para la construcción del Acueducto Concordia, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Nacional del Agua cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- No se acreditaron las adecuaciones presupuestarias por la diferencia de 9,349.7 miles de pesos entre el importe reportado en la Cuenta Pública 2022 como inversión modificada y ejercida por 128,290.3 miles de pesos y el oficio de liberación de inversión por 137,640.0 miles de pesos.
- En tres contratos de obra los anticipos se entregaron extemporáneamente.
- Se pagaron anticipadamente 14,997.0 miles de pesos en los conceptos de suministro de tubería de acero al carbón de diferentes diámetros y espesores.
- Los precios unitarios de las partidas del “suministro e instalación de tubería de polietileno de alta densidad...” no se pagaron por unidad de concepto terminado y ejecutado conforme al proyecto, en su lugar se pactaron en el contrato de manera porcentual.
- En la construcción del acueducto, la trayectoria de la tubería de polietileno no sigue el trazo original y la tubería de acero al carbón se colocó sobre el terreno natural sin cama de arena ni plantilla a una profundidad no uniforme cuando ésta debería estar colocada superficialmente apoyada en bases de concreto y atraques.
- Pagos en exceso por 9,000.5 miles de pesos, debido a que diversos suministros pagados no se encontraban en el sitio de los trabajos a la fecha de la verificación física (julio 2023).
- Inconsistencias del proyecto del tanque de regulación Concordia y de su contratación, sin que la entidad fiscalizada acreditará el dictamen para atender la seguridad de la estructura por la modificación al proyecto original en su capacidad de 600 m³ y la construcción de un tanque de 782.0 m³ al nivel máximo de llenado (3.70 m).

Comisión Nacional del Agua**Construcción del Acueducto El Cuchillo II, en el Estado de Nuevo León**

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-5-16B00-22-0077-2023

Modalidad: Presencial

77

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	804,590.7
Muestra Auditada	804,590.7
Representatividad de la Muestra	100.0%

Se revisaron 804,590.7 miles de pesos que corresponden a los 11 anticipos otorgados para la ejecución de las obras y servicios de supervisión y a la aportación a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) con cargo al convenio de colaboración para la gerencia de proyecto, lo que representó el monto erogado en 2022, como se detalla en la siguiente tabla.

CONTRATOS, CONVENIO E IMPORTES REVISADOS

(Miles de pesos y porcentajes)

Número de contrato/convenio	Anticipos		Alcance de la revisión (%)
	Otorgados	Revisados	
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0007	236,339.0	236,339.0	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0009	44,564.0	44,564.0	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0010	43,022.5	43,022.5	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0011	39,203.0	39,203.0	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0012	42,264.9	42,264.9	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0014	53,406.8	53,406.8	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0015	54,580.0	54,580.0	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0016	25,808.4	25,808.4	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0017	47,205.9	47,205.9	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0018	61,441.0	61,441.0	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-OR-0019	17,555.2	17,555.2	100.0
2022-B04-B32-DB-19-RF-AD-P-CC-0013	139,200.0	139,200.0	100.0
Total	804,590.7	804,590.7	100.0

FUENTE: Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) y Organismo de Cuenca Río Bravo (OCRB). Tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos y convenio revisados, proporcionados por la entidad fiscalizada.

El proyecto Construcción del Acueducto El Cuchillo II, en el estado de Nuevo León, contó con suficiencia presupuestal por un monto de 1,422,900.0 miles de pesos mediante el oficio de liberación de inversión núm. UAF/500/503 del 31 de agosto de 2022, en el que se encuentra el monto ejercido en el año 2022 por 804,590.7 miles de pesos, que corresponde a los anticipos otorgados en los 10 contratos de obra y 1 de servicios y a la aportación realizada al convenio de colaboración arriba mencionados, reportados como erogados en el Tomo III,

Poder Ejecutivo, Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, de la Cuenta Pública Federal 2022, el cual tiene la clave presupuestaria núm. 16.B00.2.2.03.00.003.K007.62301.3.1.19.2216B000054.

Resultados

Deficiencias en la formalización de 10 contratos de obra pública y 1 de servicios sin la existencia de un proyecto ejecutivo, estudios, planos, normas de calidad; asimismo, dichos contratos no contienen la autorización del presupuesto para cubrir sus compromisos ni la descripción pormenorizada de los trabajos por ejecutar, ya que no se anexaron los catálogos de conceptos, programas generales de ejecución, programa de utilización de mano de obra, de personal técnico, administrativo y de servicios, de materiales y de maquinaria y equipo, el análisis, cálculo e integración de los precios unitarios con sus básicos, especificaciones generales, particulares y complementarias, términos de referencia y los programas sobre la aplicación de los anticipos; falta de acreditación de 523.4 miles de pesos por la diferencia entre los montos reportados en la Cuenta Pública 2022 como inversión modificada y ejercida por 804,590.7 miles de pesos en el proyecto contra la inversión final autorizada de 805,114.1 miles de pesos, considerando la autorización del oficio de liberación de inversión y las adecuaciones presupuestales entregadas; y falta de la documentación de soporte por un monto de 139,200.0 miles de pesos ministrados a la SEDENA para la gerencia de proyecto con cargo al Convenio de colaboración; ni se demostró haber enterado a la TESOFE los intereses generados en la cuenta concentradora.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 3 resultados, de los cuales, 3 generaron:

3 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la Comisión Nacional del Agua y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados de la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto Construcción del Acueducto El Cuchillo II, en el estado de Nuevo León, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables; y específicamente respecto del universo seleccionado que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Nacional del Agua cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por las siguientes observaciones:

- Deficiencias en la formalización de 10 contratos de obra pública y 1 de servicios sin la existencia de un proyecto ejecutivo, estudios, planos, normas de calidad; asimismo, dichos contratos no contienen la autorización del presupuesto para cubrir sus compromisos ni la descripción pormenorizada de los trabajos por ejecutar, ya que no se anexaron los catálogos de conceptos, programas generales de ejecución, programa de utilización de mano de obra, de personal técnico, administrativo y de servicios, de materiales y de maquinaria y equipo, el análisis, cálculo e integración de los precios unitarios con sus básicos, especificaciones generales, particulares y complementarias, términos de referencia y los programas sobre la aplicación de los anticipos.
- Falta de acreditación de 523.4 miles de pesos por la diferencia entre los montos reportados en la Cuenta Pública 2022 como inversión modificada y ejercida por 804,590.7 miles de pesos en el proyecto contra la inversión final autorizada de 805,114.1 miles de pesos, considerando la autorización del oficio de liberación de inversión y las adecuaciones presupuestales entregadas.
- Falta de la documentación de soporte por un monto de 139,200.0 miles de pesos ministrados a la SEDENA para la gerencia de proyecto con cargo al Convenio de colaboración; ni se demostró haber enterado a la TESOFE los intereses generados en la cuenta concentradora.

Comisión Nacional del Agua**Rehabilitación y Modernización del Abastecimiento a Calakmul, en el Estado de Campeche**

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-5-16B00-22-0081-2023

Modalidad: Presencial

81

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	989,275.9
Muestra Auditada	989,275.9
Representatividad de la Muestra	100.0%

Del monto reportado como ejercido en la Cuenta Pública 2022 por 989,275.9 miles de pesos para la construcción y supervisión del proyecto “Rehabilitación y Modernización del Abastecimiento a Calakmul, en el Estado de Campeche”, se revisó el 100.0% de los recursos erogados en el año de estudio, como se detalla en la siguiente tabla:

CONVENIO Y CONTRATO REVISADOS (Miles de pesos y porcentajes)		
Convenio/número de contrato/gastos de operación	Importes ejercidos y revisados	Alcance de la revisión (%)
Convenio de colaboración	965,387.4	100.0
CNA-CGPEAS-FED-SUP-045/2014-LPN	23,079.0	100.0
Otros. Gastos de operación	809.5	100.0
Totales	989,275.9	100.0

FUENTE: Comisión Nacional del Agua, Organismo de Cuenca Península de Yucatán y la Dirección Local Campeche, tabla elaborada con base en los expedientes del Convenio de Colaboración del 17 enero de 2022 y del contrato de servicios relacionados con la obra pública, así como de la información y documentación proporcionada por la entidad fiscalizada.

El proyecto “Rehabilitación y Modernización del Abastecimiento a Calakmul, en el Estado de Campeche”, con clave de cartera núm. 2016B000046, contó con suficiencia presupuestal por un monto de 989,275.9 miles de pesos, reportado como ejercido en el apartado Información Programática, “Detalle de Programas y Proyectos de Inversión”, Medio Ambiente y Recursos Naturales del Tomo III, Poder Ejecutivo en la Cuenta Pública 2022, y en específico en el programa presupuestario “K007 Infraestructura de agua potable, alcantarillado y saneamiento” con las claves presupuestarias núms. 16.B00.2.2.03.003.K007.62302.3.1.04.2016B000046 y 16.B00.2.2.03.003.K007.62903.3.1.04.2016B000046, para cubrir los 989,275.9 miles de pesos ejercidos en 2022.

Resultados

Falta de autorización, actualización y acreditación del cambio del proyecto ejecutivo y de las especificaciones generales y particulares, toda vez que la ejecución de los trabajos de relleno y acarreo de las excavaciones para alojar la tubería no se llevaron a cabo como lo indicado en las especificaciones técnicas; Falta de la documentación

de soporte que acredite la estimación núm. 18 por un monto de 439,076.5 miles de pesos de un total de 965,387.4 miles de pesos ministrados a la SEDENA, toda vez que sólo se comprobaron 526,310.9 miles de pesos mediante 17 estimaciones; Incorrecta planeación y programación de los trabajos conforme al programa convenido debido a que al 31 de diciembre de 2022 no se cumplieron los alcances del primer convenio modificatorio formalizado el 14 de septiembre de 2022.

Además, se determinaron los siguientes pagos en exceso: 831.9 miles de pesos por trabajos pagados no ejecutados en el concepto núm. 17 "Analista de precios unitarios y de ajuste de costos"; 333.1 miles de pesos en el concepto núm. 34 "Ejecución de sondeos mixtos hasta 20 m de profundidad en zonas de estructuras...", toda vez que se consideró a un ingeniero responsable para la interpretación y elaboración de informes de quien no se acreditó su participación; 479.6 miles de pesos en el concepto núm. 36 "Estudio geotécnico para planta potabilizadora, tanques...", toda vez que en el precio unitario se consideró un ingeniero jefe de cuadrilla, un operador de equipo de perforación, un ayudante de operador y un equipo de perforación Acker montado sobre plataforma que no fueron requeridos y que ya habían sido estimados y pagados en otro concepto; 101.4 miles de pesos en el concepto núm. 19 "Camioneta pick-up de 3/4 de ton", toda vez que se consideraron para pago 8 camionetas pick-up de 3/4 de ton en lugar de las 7 presentadas por la supervisión y con los reportes fotográficos de los generadores se determinaron 4 camionetas pick-up de 3/4 de ton pagadas en demasía; y 19,289.5 miles de pesos en la integración de los costos indirectos, toda vez que se consideraron servicios de "Consultores, asesores, servicios y laboratorios (Pruebas)" que no se llevaron a cabo, no se erogaron "Gastos de licitación" por tratarse de una licitación pública y no se llevó a cabo la "Construcción y conservación de caminos de acceso" ya que los trabajos se desarrollan en el derecho de vía de la carretera.

Montos por Aclarar

Se determinaron 20,702,435.11 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 9 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 7 restantes generaron:

3 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 4 Pliegos de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos canalizados al proyecto Rehabilitación y Modernización del Abastecimiento a Calakmul, en el Estado de Campeche, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron y pagaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables; y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Comisión Nacional del Agua cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Falta de autorización, actualización y acreditación del cambio del proyecto ejecutivo y de las especificaciones generales y particulares, toda vez que la ejecución de los trabajos de relleno y acarreo de las excavaciones para alojar la tubería no se llevaron a cabo como lo indicado en las especificaciones técnicas.
- Falta de la documentación soporte que acredite la estimación núm. 18 por un monto de 439,076.5 miles de pesos, de un total de 965,387.4 miles de pesos, ministrados a la SEDENA, toda vez que sólo se comprobaron 526,310.9 miles de pesos mediante 17 estimaciones.
- Incorrecta planeación y programación de los trabajos conforme al programa convenido debido a que, al 31 de diciembre de 2022 no se cumplieron los alcances del primer convenio modificatorio formalizado el 14 de septiembre de 2022.

Además, se determinaron los siguientes pagos en exceso:

- 831.9 miles de pesos por trabajos pagados no ejecutados en el concepto núm. 17 "Analista de precios unitarios y de ajuste de costos".
- 479.6 miles de pesos en el concepto núm. 36 "Estudio geotécnico para planta potabilizadora, tanques...", toda vez que en el precio unitario se consideró un ingeniero jefe de cuadrilla, un operador de equipo de

perforación, un ayudante de operador y un equipo de perforación Acker montado sobre plataforma que no fueron requeridos y que ya habían sido estimados y pagados en otro concepto.

- 101.4 miles de pesos en el concepto núm. 19 "Camioneta pick-up de 3/4 de ton", toda vez que se consideraron para pago 8 camionetas pick-up de 3/4 de ton en lugar de las 7 presentadas por la supervisión y con los reportes fotográficos de los generadores se determinaron 4 camionetas pick-up de 3/4 de ton pagadas en demasía.
- 19,289.5 miles de pesos en la integración de los costos indirectos, toda vez que se consideraron servicios de "Consultores, asesores, servicios y laboratorios (Pruebas)" que no se llevaron a cabo, no se erogaron "Gastos de licitación" por tratarse de una licitación pública y no se llevó a cabo la "Construcción y conservación de caminos de acceso", ya que los trabajos se desarrollan en el derecho de vía de la carretera.

Procuraduría Federal de Protección al Ambiente

Gestión Financiera

Auditoría De Cumplimiento: 2022-5-16E00-19-0239-2023

Modalidad: Presencial

239

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera de la Procuraduría Federal de Protección Ambiente (PROFEPA), para verificar que los recursos asignados se ejercieron y registraron conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

		EGRESOS
		Miles de Pesos
Universo Seleccionado		921,698.7
Muestra Auditada		712,642.0
Representatividad de la Muestra		77.3%

La muestra de 712,642.0 miles de pesos representa el 77.3% del total de los recursos ejercidos de 921,698.7 miles de pesos por la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA) en el ejercicio 2022, con cargo a los capítulos 1000 “Servicios Personales”, 2000 “Materiales y Suministros” y 3000 “Servicios Generales”, como sigue:

INTEGRACIÓN DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA DE AUDITORÍA DE PROFEPA
(Miles de pesos)

Capítulo de gasto	Concepto	Universo	Muestra	Muestra %
1000	Servicios Personales	641,594.1	629,382.1	68.3
2000	Materiales y Suministros	25,878.9	1,835.6	0.2
3000	Servicios Generales	254,225.7	81,424.3	8.8
	Totales	921,698.7	712,642.0	77.3

FUENTE: Estado del Ejercicio del Presupuesto del ejercicio 2022, proporcionado por la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente.

Los recursos objeto de revisión en esta auditoría se encuentran reportados en la Cuenta Pública del ejercicio 2022, en el Tomo III, apartado “Información Presupuestaria”, en el “Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Funcional-Programática”, correspondiente al Ramo 16 Medio Ambiente y Recursos Naturales, en la Unidad Responsable (UR) E00 Procuraduría Federal de Protección al Ambiente.

Resultados

- La PROFEPA no acreditó que contó con la documentación justificativa y comprobatoria que sustente el ejercicio de los recursos aplicados mediante 135 CLC por 25,540.6 miles de pesos.
- Las cifras reportadas en la nómina de la PROFEPA en el ejercicio 2022 no son coincidentes con las presentadas en el Estado del Ejercicio del Presupuesto ya que presenta cantidades en demasía por 10,989.1 miles de pesos y de menos por 3,545.7 miles de pesos.
- La PROFEPA realizó pagos en demasía por los conceptos de aguinaldo, prima vacacional y quinquenio por 1,189.4 miles de pesos, así como por las Condiciones Generales de Trabajo por el concepto de pagos de días económicos no disfrutados a 365 empleados por 52.9 miles de pesos.
- Asimismo, no acreditó la entrega de vales electrónicos y en papel por 399.6 miles de pesos que la PROFEPA adquirió para la entrega a su personal de las prestaciones establecidas en las Condiciones

Generales de Trabajo de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, por concepto del Día del Padre, Día de la Secretaría, festejo de Fin de Año, Día de la Madre, Día del Niño, medidas de Fin de Año, Día del Trabajador de la Secretaría y del empleado del mes.

- En el caso de las aportaciones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), correspondientes al seguro de cesantía y edad avanzada, al Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), al Sistema de Ahorro para el Retiro, depósitos para el ahorro solidario, cuotas para el seguro de vida del personal civil y cuotas para el seguro colectivo de retiro, se observó que los registros en las partidas presupuestarias no coinciden con los recibos emitidos por dichas instancias y no se acreditó el entero de las retenciones del Impuesto sobre la Renta por 59.2 miles de pesos.
- La PROFEPA no acreditó la capacitación al personal de la Unidad de Administración y Finanzas en temas relacionados sobre control interno, administración de riesgos, ética y conducta, así como en los de servicios personales y contrataciones públicas; además, no cuenta con manuales de Organización y de Procedimientos Específicos, y su estructura orgánica no se corresponde con el Reglamento Interior de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Montos por Aclarar

Se determinaron 30,675,303.95 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 14 resultados, de los cuales, en 4 no se detectaron irregularidades y los 10 restantes generaron: 12 Recomendaciones, 7 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 4 Pliegos de Observaciones.

Dictamen

El presente se emite el 18 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue “Fiscalizar la gestión financiera de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA), para verificar que los recursos asignados se ejercieron y registraron conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.”, y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente, cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- La PROFEPA no acreditó que contó con la documentación justificativa y comprobatoria que sustente el ejercicio de los recursos aplicados mediante 135 CLC por 25,540.6 miles de pesos.
- Las cifras reportadas en la nómina de la PROFEPA en el ejercicio 2022 no son coincidentes con las presentadas en el Estado del Ejercicio del Presupuesto ya que presenta cantidades en demasía por 10,989.1 miles de pesos y de menos por 3,545.7 miles de pesos.
- La PROFEPA realizó pagos en demasía por los conceptos de aguinaldo, prima vacacional y quinquenio por 1,189.4 miles de pesos, así como por las Condiciones Generales de Trabajo por el concepto de pagos de días económicos no disfrutados a 365 empleados por 52.9 miles de pesos.
- Asimismo, no acreditó la entrega de vales electrónicos y en papel por 399.6 miles de pesos que la PROFEPA adquirió para la entrega a su personal de las prestaciones establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, por concepto del Día del Padre, Día de la Secretaría, festejo de Fin de Año, Día de la Madre, Día del Niño, medidas de Fin de Año, Día del Trabajador de la Secretaría y del empleado del mes.
- En el caso de las aportaciones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), correspondientes al seguro de cesantía y edad avanzada, al Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), al Sistema de Ahorro para el Retiro, depósitos para el ahorro solidario, cuotas para el seguro de vida del personal civil y cuotas para el seguro colectivo de retiro, se observó que los registros en las partidas presupuestarias no coinciden con los recibos emitidos por dichas instancias y no se acreditó el entero de las retenciones del Impuesto sobre la Renta por 59.2 miles de pesos.

- La PROFEPA no acreditó la capacitación al personal de la Unidad de Administración y Finanzas en temas relacionados sobre control interno, administración de riesgos, ética y conducta, así como en los de servicios personales y contrataciones públicas; además, no cuenta con manuales de Organización y de Procedimientos Específicos, y su estructura orgánica no se corresponde con el Reglamento Interior de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**Prevención y Control del Cáncer de la Mujer en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-19GYN-07-0152-2023

Modalidad: Presencial

152

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la prevención y control del cáncer de la mujer en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de verificar su diseño, y el cumplimiento de los objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión del diseño de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como de la eficiencia, la eficacia y la economía en la prevención y control de estas enfermedades. En la eficiencia, la capacitación impartida al personal de salud del ISSSTE involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino; la promoción de la salud para la prevención de estos padecimientos, así como la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las derechohabientes con cáncer de mama y con cáncer cérvico uterino. En la eficacia, los resultados del instituto en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes asociadas con el cáncer de mama y el cérvico uterino. En la economía, los recursos económicos ejercidos por el ISSSTE en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino.

Asimismo, se revisó la contribución del instituto, mediante la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y de la meta 3.4 “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”, así como la rendición de cuentas, respecto de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino.

La revisión comprendió el ejercicio fiscal 2022, y tuvo como referente el periodo 2018-2021.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ISSSTE fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión del grupo auditor de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de los objetivos y metas relacionados con la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes asociadas con el cáncer de mama y el cérvico uterino.

Resultados

Los resultados de la fiscalización de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en las derechohabientes del ISSSTE, fueron los siguientes:

- En el diseño en el que se enmarcaron, en 2022, las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, se identificó lo siguiente:
 - En el diseño normativo, existió consistencia entre la normativa general, en los ámbitos internacional y nacional, y la normativa específica, aplicable al ISSSTE, que reguló las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, vigente en 2022.

Por lo que se refiere a la revisión de las Normas Oficiales Mexicanas en materia del cáncer de mama y del cérvico uterino, el ISSSTE, en su carácter de miembro del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, participó en la actualización de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del

cáncer cérvico uterino, y no participó en la revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

- En el diseño programático, los objetivos de propósito de los Pp E043 y E044 se vincularon con los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2020-2024; del Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer 2021-2024, y del Programa Institucional 2019-2024 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establecidos en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentran el cáncer de mama y el cérvico uterino.
 - En el diseño presupuestal, el ISSSTE no contó con programas presupuestarios específicos sobre la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino; estas actividades se realizaron mediante los Pp E043 y E044, por medio de los que el instituto prestó servicios médicos para la atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles de sus derechohabientes, por lo que, en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2022, no se asignó un presupuesto específico para la ejecución de estas actividades.
 - En el diseño institucional, en 2022, el instituto contó, en su estructura orgánica, con la Dirección Médica; las Unidades Médicas; la Jefatura de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico Degenerativas; el Departamento de Programas para Enfermedades Crónico Degenerativas, y el Departamento de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, áreas administrativas con atribuciones relacionadas con las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentran el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino.
- En la capacitación del personal de salud involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, el ISSSTE:
- No estableció indicadores para evaluar la capacitación de este personal, en 2022.
 - No acreditó la detección de las necesidades de capacitación en materia del cáncer de mama y del cérvico uterino, correspondientes a 2022.
 - No elaboró un programa de capacitación en materia del cáncer de mama, ni un programa único de capacitación y actualización en materia del cáncer cérvico uterino.
 - Impartió dos cursos, en 2022, con los que capacitó a 44 profesionales de la salud, 9 en materia del cáncer de mama y 35 del cérvico uterino, sin que sustentara que estos cursos se programaron en función de las necesidades de capacitación del personal de salud que atendió dichos padecimientos.
- En la promoción de la salud en materia del cáncer de mama y del cérvico uterino, el instituto:
- No estableció indicadores relacionados con la promoción de la salud en materia de estas enfermedades, en 2022.
 - No contó con programas de promoción de la salud para la prevención de dichos padecimientos.
 - Reportó que, en 2022, realizó tres campañas de promoción de la salud en materia del cáncer de mama en la Ciudad de México, sin acreditar la realización de actividades de promoción en las otras 31 entidades federativas.
 - Informó que, en 2022, llevó a cabo 1,254,146 actividades de promoción de la salud en materia del cáncer cérvico uterino en las 32 entidades federativas: 6,801 cursos, 418,861 entrevistas, 703,778 mensajes y 124,706 pláticas, sin que especificara en qué consistieron los cursos, las entrevistas, los mensajes y las pláticas, ni sustentara la realización de estas actividades.
- En la detección del cáncer de mama y del cérvico uterino, el ISSSTE:
- No estableció indicadores para el seguimiento y la evaluación de las pruebas de detección del cáncer de mama y del cérvico uterino realizadas a sus derechohabientes, en 2022.
 - En materia del cáncer de mama, en el indicador “Porcentaje de mujeres en el grupo etario de 40 a 69 años a las que se les realizó mastografía de tamizaje”, realizó 71,561 mastografías, el 19.7% de las 364,000 programadas.
 - Por lo que se refiere al cáncer cérvico uterino, llevó a cabo 206,331 pruebas de citología exfoliativa (papanicolaou), el 56.0% de las 368,808 pruebas programadas.

- Respecto de la cobertura de las pruebas de detección del cáncer de mama, practicó 78,473 mastografías, que representaron el 20.4% de las derechohabientes que integraron a la población blanco susceptible de que se les realizara una mastografía (383,970 derechohabientes de 40 a 59 años de edad), sin que en la información disponible se identificaran las causas por las que se obtuvo este porcentaje de cobertura.
 - No sustentó que identificó a la población blanco susceptible de que se le realizaran pruebas de detección del cáncer cérvico uterino, por lo que no acreditó la cobertura de estas pruebas.
 - No contó con la información sobre las fechas en las que se realizaron las pruebas de detección del cáncer de mama y del cérvico uterino; las fechas en las que se entregaron, a las derechohabientes, los resultados de las pruebas, y el tipo de resultado de las pruebas de detección (con o sin sospecha de cáncer), a fin de dar seguimiento a las derechohabientes que debieron ser referidas para confirmación diagnóstica.
 - No estableció indicadores sobre la oportunidad en la entrega, a las derechohabientes, de los resultados de las pruebas de detección del cáncer de mama y del cérvico uterino realizadas, en 2022.
- En el diagnóstico del cáncer de mama y del cérvico uterino, el instituto:
- No estableció indicadores para el seguimiento y la evaluación del diagnóstico del cáncer de mama y del cérvico uterino, realizado a sus derechohabientes, en 2022.
 - Reportó 32,141 mujeres derechohabientes con consulta por diagnóstico de cáncer de mama y 4,465 mujeres derechohabientes con consulta por diagnóstico de cáncer cérvico uterino, en 2022.
 - No contó con la información del número de derechohabientes diagnosticadas con cáncer de mama y con cáncer cérvico uterino, relativa a los tipos de diagnóstico establecidos en la NOM-041-SSA2-2011 (valoración clínica, estudios de imagen o biopsia), y en la Modificación a la NOM-014-SSA2-1994 (examen histopatológico por medio de biopsia dirigida o pieza quirúrgica); la fecha en la que se realizó el diagnóstico; la fecha en la que se entregaron los resultados del diagnóstico, y el tipo de resultado obtenido en el diagnóstico (con o sin confirmación diagnóstica de cáncer), a fin de dar seguimiento a las derechohabientes que debieron ser referidas para el tratamiento de estas enfermedades.
- Asimismo, debido a que el instituto no contó con información del número de derechohabientes detectadas con sospecha de cáncer de mama y de cáncer cérvico uterino, en 2022, no identificó cuántas de estas derechohabientes fueron remitidas para la confirmación diagnóstica de estas enfermedades, en ese año.
- No formuló indicadores respecto de la oportunidad en la entrega de los resultados de los diagnósticos realizados en materia del cáncer de mama y del cérvico uterino, en 2022.
- En el tratamiento para el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino, el ISSSTE:
- No estableció indicadores para el seguimiento y la evaluación del tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino, realizado a sus derechohabientes, en 2022.
 - Realizó 31,269 procedimientos de cáncer de mama, en 2022, de los cuales el 99.0% fue por quimioterapias, y el otro 1.0% correspondió a tratamientos por medio de cirugías (0.9%) y radioterapia (0.1%).
 - Llevó a cabo 152 procedimientos para el tratamiento del cáncer cérvico uterino, en 2022, de los cuales el 71.0% fue por histerectomía, el 18.4% por quimioterapia, el 9.9% por radioterapia y el 0.7% por exenteración pélvica.
 - No contó con la información del número de derechohabientes con confirmación diagnóstica de cáncer de mama y de cáncer cérvico uterino que recibieron el tratamiento, en 2022, relativa al tipo de tratamiento realizado; la fecha en la que fueron referidas al tratamiento, y la fecha en la que iniciaron con el tratamiento, ni contó con la información de las derechohabientes bajo control médico o con neoplasias controladas, después de haber recibido tratamiento, a fin de dar seguimiento a las derechohabientes con cáncer de mama y con cáncer cérvico uterino.
 - No contó con información respecto de la oportunidad en la referencia a un centro oncológico y en el inicio del tratamiento de las derechohabientes con confirmación diagnóstica de cáncer de mama y de cáncer cérvico uterino, en 2022.
- En cuanto a la morbilidad y la mortalidad asociadas con el cáncer de mama y el cérvico uterino en las derechohabientes, el ISSSTE:

- No estableció indicadores en materia de morbilidad y de mortalidad asociadas a estas enfermedades, en 2022.
- No contó con información de las tasas de morbilidad y de mortalidad por cáncer de mama y por cáncer cérvico uterino, correspondientes a 2022 y a los años del periodo 2018-2021, lo que no le permitió evaluar ni dar seguimiento a la contribución de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes, asociadas a estos padecimientos.
- Durante la auditoría, el instituto calculó las tasas de morbilidad y mortalidad, correspondientes a 2022:
 - La tasa de morbilidad por cáncer de mama fue de 312.2 casos por cada 100,000 derechohabientes, en tanto que la tasa de morbilidad por cáncer cérvico uterino fue de 75.8 casos por cada 100,000 derechohabientes.
 - En cuanto a las tasas de mortalidad generales, las cuales consideran en su cálculo a la población derechohabiente en un rango de edad de entre 25 y 84 años, la tasa de mortalidad por cáncer de mama, calculada por el ISSSTE, fue de 1.44 defunciones por cada 100,000 derechohabientes, y la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino fue de 0.93 defunciones por cada 100,000 derechohabientes.
 - Respecto de las tasas de mortalidad específicas, las cuales consideran en su cálculo, exclusivamente, a la población derechohabiente diagnosticada con cáncer de mama o con cáncer cérvico uterino, la tasa de mortalidad por cáncer de mama, calculada por el ISSSTE, fue de 46.23 defunciones por cada 10,000 derechohabientes con cáncer, y la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino fue de 123.33 defunciones por cada 10,000 derechohabientes con cáncer.
- En el ejercicio de los recursos económicos en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, el instituto:
 - No contó con programas presupuestarios específicos sobre la materia por auditar, referente a la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino; estas actividades se realizaron por medio de los Pp E043 Prevención y control de enfermedades y E044 Atención a la Salud, mediante los que el instituto prestó servicios de salud para la atención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; por lo que, en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y en la Cuenta Pública, correspondientes al ejercicio 2022, no se asignó ni se ejerció un presupuesto específico para la ejecución de estas actividades.

Consecuencias Sociales

Los resultados de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, a cargo del ISSSTE, en 2022, mostraron que, mediante los Pp E043 Prevención y Control de Enfermedades y E044 Atención a la Salud, aplicó 464,722 pruebas de detección del cáncer de mama (386,249 exploraciones clínicas y 78,473 mastografías) y 206,331 pruebas de citología exfoliativa (papanicolaou) para la detección del cáncer cérvico uterino, registró 32,141 derechohabientes con consulta por diagnóstico de cáncer de mama y 4,465 derechohabientes con consulta por diagnóstico de cáncer cérvico uterino, y llevó a cabo 31,269 procedimientos para el tratamiento del cáncer de mama, y 152 procedimientos para el tratamiento del cáncer cérvico uterino, sin que el instituto acreditara el número de derechohabientes que fueron detectadas y diagnosticadas con cáncer de mama y con cáncer cérvico uterino, y que recibieron tratamiento para estas enfermedades, ni el establecimiento de indicadores sobre la oportunidad en la notificación de los resultados de las pruebas de detección y de los diagnósticos realizados, así como sobre la oportunidad en la referencia para confirmación diagnóstica y tratamiento, situaciones que no le permitieron dar seguimiento a estas derechohabientes, ni evaluar los resultados de las actividades de prevención y control de estos padecimientos. Asimismo, el ISSSTE calculó, durante la auditoría, que, en 2022, la tasa de morbilidad por cáncer de mama fue de 312.2 casos por cada 100,000 derechohabientes; la tasa de morbilidad por cáncer cérvico uterino, de 75.8 casos por cada 100,000 derechohabientes; la tasa de mortalidad general por cáncer de mama, de 1.44 muertes por cada 100,000 derechohabientes, y la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, de 0.93 muertes por cada 100,000 derechohabientes. La falta de información de estas tasas, correspondientes al periodo 2018-2021, no le permitió al instituto evaluar la contribución de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes, asociadas a estas enfermedades.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 10 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y 2 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 7 restantes generaron:

4 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión del grupo auditor de la Auditoría Superior de la Federación, en 2022, el ISSSTE llevó a cabo actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, mediante los Pp E043 Prevención y Control de Enfermedades y E044 Atención a la Salud, por medio de los que aplicó 464,722 pruebas de detección de cáncer de mama y 206,331 pruebas de citología exfoliativa (papanicolaou) para la detección de cáncer cérvico uterino; registró 32,141 derechohabientes con consulta por diagnóstico de cáncer de mama y 4,465 derechohabientes con consulta por diagnóstico de cáncer cérvico uterino, y realizó 31,269 procedimientos para el tratamiento del cáncer de mama y 152 procedimientos para el tratamiento del cáncer cérvico uterino. Debido a que el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF)²⁷ del ISSSTE “solo cuenta con la información estadística de consultas otorgadas, procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento realizados”,²⁸ y a que dicho sistema careció de “la especificación de la trazabilidad desde la detección hasta el término del tratamiento”,²⁹ el instituto no contó con información e indicadores para las actividades siguientes: a) dar seguimiento a las derechohabientes a las que se les aplicaron las pruebas de detección; a las que resultaron con sospecha de cáncer; a las que resultaron con sospecha de cáncer y se les realizaron los diagnósticos para confirmar la enfermedad; a las que se les confirmó el padecimiento y se les otorgaron los tratamientos, y a las que se encontraron bajo control de la enfermedad, después de recibir tratamiento; b) dar cuenta de la oportunidad en la entrega de los resultados de las pruebas de detección, de las confirmaciones diagnósticas y de las referencias para el tratamiento de la enfermedad, y c) analizar las tasas de morbilidad y de mortalidad del padecimiento, situación que no le permitió evaluar los resultados de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, y su contribución en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes asociadas a dichas enfermedades, para la toma de decisiones.

En la revisión, se identificaron áreas de mejora en la implementación de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, que se relacionaron con detectar las necesidades de capacitación del personal de salud involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, y desarrollar un programa de capacitación con base en dichas necesidades; elaborar e implementar un programa de promoción de la salud relacionado con la prevención de estas enfermedades, y contar con información y registros que le permitan al instituto evaluar y dar seguimiento a las actividades de capacitación, promoción de la salud, y detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino, así como a la morbilidad y mortalidad asociadas a estas enfermedades, a fin de rendir cuentas de las actividades realizadas por el instituto y su contribución a la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes ocasionadas por el cáncer de mama y el cérvico uterino.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán al ISSSTE:

- Detectar las necesidades de capacitación del personal involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, así como elaborar un programa de capacitación con base en dichas necesidades.
- Elaborar un programa de promoción de la salud para la prevención del cáncer de mama y del cérvico uterino.
- Definir indicadores que le permitan evaluar la capacitación otorgada al personal de salud involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cáncer cérvico uterino; la promoción de la salud relacionada con estas enfermedades; la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las derechohabientes con cáncer de mama y con cérvico uterino, y la morbilidad y mortalidad asociadas a dichos padecimientos.
- Contar con información para dar seguimiento a las derechohabientes a las que se les aplican pruebas de detección; se les realizan diagnósticos; reciben tratamiento y se encuentran bajo control del cáncer de mama y del cérvico uterino.

²⁷ Sistema en el que el instituto registra la información de medicina curativa y de los servicios que integran a las unidades médicas, como consultas, eventos quirúrgicos, hospitalización y estudios de diagnóstico o tratamiento otorgados al paciente, con objeto de monitorear la gestión administrativa y del personal.

²⁸ Información proporcionada por el ISSSTE, mediante el oficio núm. SP/AOF/0523/2023 del 6 de julio de 2023.

²⁹ Ibid.

- Dar cuenta de la oportunidad en la entrega de los resultados de las pruebas de detección, en la confirmación diagnóstica y en la referencia para el tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino.

En la revisión, se identificaron áreas de mejora en la implementación de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, que se relacionaron con detectar las necesidades de capacitación del personal de salud involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, y desarrollar un programa de capacitación con base en dichas necesidades; elaborar e implementar un programa de promoción de salud relacionado con la prevención de estas enfermedades, y contar con información y registros que le permitan al instituto evaluar y dar seguimiento a las actividades de capacitación, promoción de la salud, y detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino, así como a la morbilidad y mortalidad asociadas a estas enfermedades, a fin de rendir cuentas de las actividades realizadas por el instituto y su contribución a la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes ocasionadas por el cáncer de mama y el cérvico uterino.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán al ISSSTE:

- Detectar las necesidades de capacitación del personal involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, así como elaborar un programa de capacitación con base en dichas necesidades.
- Elaborar un programa de promoción de la salud para la prevención del cáncer de mama y del cérvico uterino.
- Definir indicadores que le permitan evaluar la capacitación otorgada al personal de salud involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino; la promoción de la salud relacionada con estas enfermedades; la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las derechohabientes con cáncer de mama y con cérvico uterino, y su morbilidad y mortalidad asociadas a dichos padecimientos.
- Contar con información para dar seguimiento a las derechohabientes a las que se les aplican pruebas de detección; se les realizan diagnósticos; reciben tratamiento y se encuentran bajo control de estas enfermedades.
- Dar cuenta de la oportunidad en la entrega de los resultados de las pruebas de detección, en la confirmación diagnóstica y en la referencia para el tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-19GYN-19-0150-2023

Modalidad: Presencial

150

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los recursos públicos federales administrados por el Instituto, para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de equipo e instrumental médico y de laboratorio se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	3,969,393.4
Muestra Auditada	1,656,210.7
Representatividad de la Muestra	41.7%

El universo, por 3,969,393.4 miles de pesos, correspondió al presupuesto pagado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del concepto presupuestal 5300 "Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio". Se integró por 3,861,632.8 miles de pesos de la partida 53101 "Equipo Médico y de Laboratorio", el 97.3%, y 107,760.6 miles de pesos de la partida 53201 "Instrumental Médico y de Laboratorio", el 2.7%.

La muestra por 1,656,210.7 miles de pesos, el 41.7% del universo, incluyó los importes pagados de 12 contratos por la adquisición de bienes con cargo a los recursos del ejercicio 2022, de los cuales 1,613,411.9 miles de pesos se registraron con cargo a la partida 53101 "Equipo Médico y de Laboratorio", que representa el 40.6%, y 42,798.8 miles de pesos, con cargo a la partida 53201 "Instrumental Médico y de Laboratorio", que conforma el 1.10%, como sigue:

EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO, 2022
(Miles de pesos)

Partida	Descripción	Universo	Muestra	Porcentaje
53101	Equipo Médico y de Laboratorio	3,861,632.8	1,613,411.9	40.6%
53201	Instrumental Médico y de Laboratorio	107,760.6	42,798.8	1.1%
	Total	3,969,393.4	1,656,210.7	41.7%

FUENTE: Elaborado con la información proporcionada por el ISSSTE y la reportada en la Cuenta Pública 2022.

Resultados

1. En el ejercicio fiscal de 2022, al ISSSTE se le asignaron 1,255,331.3 miles de pesos del concepto presupuestal 5300 "Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio", de los cuales 3,990,779.6 miles de pesos correspondieron al presupuesto modificado, 3,684,134.5 miles de pesos al presupuesto devengado, y 3,969,393.4 miles de pesos al presupuesto pagado.
2. De acuerdo con los registros contables, el ISSSTE no registró en la cuenta de activo la adquisición de 91 sistemas de digitalización de imágenes (radiografía computarizada) de alto desempeño para mastografía y rayos X de propósito general.
3. En los 12 contratos para la adquisición de equipo e instrumental médico revisados, 2 contratos se realizaron por licitación pública internacional y 10 por adjudicación directa, se comprobó que en las contrataciones el Instituto se ajustó a la normativa y garantizó las mejores condiciones para el Estado.

4. Se suscribieron cuatro contratos de 3 a 31 días naturales después del plazo de los 15 días naturales siguientes al de la fecha de notificación de la adjudicación directa y en tres contratos el pago del anticipo fue realizado por el ISSSTE entre siete y nueve días después del plazo establecido.
5. En cinco contratos se estableció la obligación del proveedor de entregar un plan de capacitación establecida en la cláusula décima “Lugar, plazos y condiciones de entrega de los bienes”; sin embargo, difieren de lo especificado en sus anexos, en donde se indicó que no era aplicable el plan. Después de la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el Instituto proporcionó información y documentación que acredita que instruyó a las Jefaturas de Servicios de Adquisición de Medicamentos, de Servicios de Adquisición de Material de Curación y de Servicios de Adquisición de Instrumental y Equipo Médico a que en el ámbito de sus respectivas competencias, verifiquen que los términos y condiciones establecidos en los anexos técnicos, coincidan con lo estipulado en los contratos formalizados, con la finalidad de que no existan discrepancias o condiciones contradictorias y reportó un nuevo modelo de contrato autorizado por el titular de la Unidad de Normatividad de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por lo que la observación se solventó.
6. En la ejecución de dos contratos, al 31 de julio de 2023 el Instituto no distribuyó 46 unidades “Sets Básica Pediátrica” y 169 unidades “Set Básico de Cirugía General” a las unidades médicas del ISSSTE, y ya habían transcurrido 217 días naturales desde la recepción de los bienes en el Almacén Central; asimismo, en tres contratos el pago del anticipo se realizó de siete a nueve días después del plazo establecido. Después de la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el Instituto proporcionó información y documentación que acredita que se contempla llevar a cabo mesas de trabajo en conjunto con las áreas técnica, requirente, contratante, administradora y el Almacén Central para determinar las áreas de oportunidad para mejorar los tiempos durante los procesos de recepción, distribución, instalación, puesta en marcha de los bienes y la capacitación. Así como, una presentación de los procesos de recepción y distribución de los bienes de inversión y de consumo, por lo que la observación se solventó.
7. Se verificaron físicamente 53 equipos en seis unidades médicas del ISSSTE: en 43 se comprobó su uso y destino, y en 10 se verificó que los bienes aún no habían sido recibidos por las unidades médicas ya que los contratos se encontraron vigentes.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 15 resultados, de los cuales, en 4 no se detectaron irregularidades y 3 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 8 restantes generaron:

3 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente se emite el 17 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar los recursos públicos federales administrados por el Instituto, para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables y específicamente respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- El ISSSTE no registró contablemente 91 sistemas de digitalización de imágenes de alto desempeño para mastografía y rayos “X” de propósito general en una cuenta de activo.
- Se suscribieron cuatro contratos de tres a 31 días naturales después del plazo de los 15 días naturales siguientes al de la notificación de la adjudicación directa.
- El ISSSTE realizó el pago del anticipo de los contratos números 220103 EM, 220115 EM y 220117 EM siete y nueve días después del plazo establecido.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**Servicios Personales**

Auditoría De Cumplimiento: 2022-1-19GYN-19-0153-2023

Modalidad: Presencial

153

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los recursos públicos federales administrados por el Instituto para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de servicios personales se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Alcance

	EGRESOS
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	51,148,680.7
Muestra Auditada	22,700,427.5
Representatividad de la Muestra	44.4%

El universo de egresos, por 51,148,680.7 miles de pesos, correspondió al presupuesto reportado por concepto de servicios personales en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación por Objeto del Gasto, de la Cuenta Pública 2022, integrado por 13,588,376.0 miles de pesos, el 26.6%, de la partida presupuestal 1100 “Remuneraciones al personal de carácter permanente”; 2,541,558.5 miles de pesos, el 5.0% de la partida 1200 “Remuneraciones al personal de carácter transitorio”; 12,033,938.1 miles de pesos, el 23.4% de la partida 1300 “Remuneraciones adicionales y especiales”; 4,384,052.8 miles de pesos, el 8.6% de la partida 1400 “Seguridad social”; 13,406,197.4 miles de pesos, el 26.2% de la partida 1500 “Otras prestaciones sociales y económicas”; y 5,194,557.9 miles de pesos, el 10.2% de la partida 1700 “Pago de estímulos a servidores públicos”. Se seleccionó una muestra por 22,700,427.5 miles de pesos, el 44.4% del universo, monto ejercido por 12 unidades administrativas y centros de trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como se muestra enseguida:

MUESTRA DEL CAPÍTULO 1000 “SERVICIOS PERSONALES” DEL ISSSTE,
2022
(Miles de pesos)

Núm.	Unidad responsable	Monto ejercido	% del Universo
1	Oficinas Centrales ^{1/}	8,789,640.3	17.2
2	Delegación Regional Sur CDMX	2,255,429.1	4.4
3	Delegación Regional Poniente CDMX	1,645,259.3	3.2
4	CMN 20 de Noviembre	1,593,000.5	3.1
5	Delegación Regional Norte CDMX	1,341,934.0	2.6
6	Delegación Estatal Veracruz	1,209,086.2	2.4
7	Delegación Regional Oriente CDMX	1,163,119.0	2.3
8	Delegación Estatal Estado de México	1,059,034.9	2.1
9	HR “1° de Octubre”	1,069,162.2	2.1
10	HR “Lic. Adolfo López Mateos”	1,056,639.0	2.1
11	HR “Gral. Ignacio Zaragoza”	992,300.8	1.9
12	Delegación Estatal Quintana Roo	<u>525,822.2</u>	<u>1.0</u>
	Muestra	22,700,427.5	44.4
	Universo	51,148,680.7	

FUENTE: Base de datos del capítulo 1000 “Servicios personales” del ejercicio 2022 emitida por el Sistema de Programación y Presupuesto del ISSSTE.

^{1/} 100 Dirección General, 107 Dirección de Comunicación Social, 110 Órgano Interno de Control en el ISSSTE, 120 Dirección de Finanzas, 130 Dirección de Delegaciones, 140 Dirección de Administración, 160 Dirección de Tecnología y Estrategia Digital, 180 Secretaría General, 200 Dirección Médica, 300 Dirección de Prestaciones Económicas Sociales y Culturales y 600 Dirección Jurídica.

Resultados

1. Con la evaluación del cuestionario de control interno y la documentación proporcionada se comprobó que el ISSSTE no homologó en el Sistema de Administración del Personal las claves de los puestos del personal conforme a los autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). No obstante, después de la reunión de resultados finales y observaciones preliminares la entidad acreditó mediante acta circunstanciada de hechos, que el Sistema institucional de nómina no admite modificar los límites de caracteres ya establecidos de siete posiciones y que las claves en este sistema se conforman con las primeras dos letras y los últimos cinco números del código de tabulador autorizado, por lo que los códigos de puesto de personal utilizados se corresponden con los de la SHCP.
2. El presupuesto asignado al ISSSTE para el capítulo 1000 “Servicios personales” correspondió a recursos fiscales y propios; las adecuaciones presupuestales que modificaron al presupuesto aprobado fueron autorizadas por la SHCP y las economías reportadas que se generaron en el presupuesto de recursos propios se reintegraron a la Tesorería del ISSSTE, de conformidad con su normativa.
3. En el Estado de Actividades de la Cuenta Pública 2022 y en la balanza de comprobación del ejercicio, el ISSSTE reportó un gasto en servicios personales por 51,084,743.0 miles de pesos, y en el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto en Clasificación por Objeto del Gasto de la Cuenta Pública 2022 y en el SPEP informó un total pagado por 51,148,680.7 miles de pesos, por lo que se determinó una diferencia de 63,937.7 miles de pesos. No obstante, después de la reunión de resultados finales y observaciones preliminares la Directora de Administración y Finanzas del Instituto instruyó a las Subdirecciones de Programación y presupuesto, Personal y Contaduría, a realizar acciones coordinadas para conciliar, la nómina institucional correspondiente al capítulo 1000 “Servicios Personales”, del presente ejercicio fiscal, así como de los subsecuentes. Asimismo, proporcionó la minuta de trabajo de la primera reunión realizada el 25 de septiembre de 2023, el proyecto del programa de actividades con las fechas y actividades por área responsable y los formatos para conciliar las cifras reportadas por las

Subdirecciones de Programación y presupuesto, Contaduría y Personal, por lo que, una vez analizada la información y documentación proporcionada, se atiende la observación.

4. Se constató que ningún empleado de la muestra percibió una remuneración mayor que la establecida para el Presidente de la República Mexicana, los sueldos coincidieron con los montos autorizados en los tabuladores autorizados por la SHCP y no se realizaron pagos durante las licencias sin goce de sueldo, ni posteriores a la fecha de su baja, de conformidad con la normativa.
5. Se realizaron visitas para verificar el registro de asistencia de 206 trabajadores en dos centros de trabajo. Se revisaron 63 expedientes de personal adscritos a 12 centros de trabajo y se validó el registro de las cédulas profesionales de 247 empleados seleccionados en el Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública, con lo cual se constató que 59 expedientes revisados no incluyeron la totalidad de los documentos requeridos en los profesiogramas. Además, un expediente de personal con puesto de Apoyo administrativo en salud "A6" no contó con el profesiograma de puesto, y de ocho médicos especialistas no se proporcionaron los documentos de las especialidades actualizados, en incumplimiento del numeral 5.3.4.4 "Departamento de Selección de Personal", funciones 1, 4 y 7; de los profesiogramas de médicos especialistas "A", "B" y "C" del Manual de Organización General del ISSSTE y de la Tabla de requisitos generales de las ramas médica, paramédica y grupos afines del Instituto.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 5 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y 2 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. El restante generó:

- 1 Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada, de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar los recursos públicos federales administrados por el Instituto para verificar que las erogaciones realizadas por concepto de servicios personales se incluyeron en el presupuesto autorizado, determinaron, administraron, controlaron, registraron, ejercieron, pagaron y se presentaron en los estados financieros y en la Cuenta Pública, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cumplió las disposiciones legales y normativas que son aplicables, relacionadas con las operaciones vinculadas con el capítulo 1000 "Servicios Personales", excepto por lo siguiente:

- I) Se identificaron 59 expedientes que no incluyeron la totalidad de los documentos requeridos en los profesiogramas.
- II) Un expediente de personal no contó con el profesiograma de puesto.
- III) No se proporcionaron los documentos actualizados que acreditaran su especialidad de ocho médicos especialistas.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Construcción de la Clínica de Medicina Familiar con Especialidades en Pachuca, en el Estado de Hidalgo

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-1-19GYN-22-0149-2023

Modalidad: Presencial

149

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	101,942.9
Muestra Auditada	101,942.9
Representatividad de la Muestra	100.0%

Se revisó un monto de 101,942.9 miles de pesos que correspondió al total reportado como erogado en la Cuenta Pública 2022 en el proyecto denominado "Construcción de la Clínica de Medicina Familiar con Especialidades en Pachuca, Hgo.", como se detalla en la tabla siguiente:

CONTRATOS Y PAGOS REVISADOS
(Miles de pesos y porcentajes)

Número de contrato/Pagos	Importe		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Revisados	
DNAyF-SOC-PA-001-2022	97,239.8	97,239.8	100.0
DNAyF-SOC-SP-011-2022	4,063.7	4,063.7	100.0
Pago licencia de construcción	639.4	639.4	100.0
Totales	101,942.9	101,942.9	100.0

FUENTE: Dirección Normativa de Administración y Finanzas y la Subdirección de Obras y Contratación, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos proporcionados por la entidad fiscalizada.

El proyecto "Construcción de la Clínica de Medicina Familiar con Especialidades en Pachuca, Hgo." contó con suficiencia presupuestal por un monto de 101,942.9 miles de pesos de recursos federales que se reportaron en la Cuenta Pública 2022, en el Tomo VII, Sector Paraestatal, Ramo 51 Instituciones públicas de la Seguridad Social, información programática, Apartado Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, Programa Presupuestario K-011 Proyectos de infraestructura social, con clave de cartera núm. 2251GYN0001, y claves presupuestarias núms. GYN 013 2 3 02 005 K011 62201 1 4 13 2251GYN0001 y GYN 013 2 3 02 005 K011 62903 1 4 13 2251GYN0001.

Resultados

Falta de acreditación del permiso sanitario de construcción por parte de la COFEPRIS en relación con los trabajos del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022; Inadecuada adjudicación del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, toda vez que el contratista no demostró contar con la experiencia profesional relativa a la realización de "trabajos de obra civil y acabados en obra, así como trabajos de instalaciones y señalización, de características, complejidad y magnitud similares o superiores al presente proceso de contratación", lo que ha repercutido en el avance de los trabajos que presentan un retraso significativo del 52%

con respecto del plazo de ejecución de la obra; pagos en exceso por 6,673.1 miles de pesos en el contrato núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, por diferencias entre las cantidades estimadas y pagadas contra las realmente ejecutadas como resultado de la visita de verificación física; pagos en exceso por 1,977.3 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022 por la falta de acreditación de la participación de 12 especialistas durante la ejecución de la obra en: elementos arquitectónicos, acabados, estructura, gases medicinales, instalación eléctrica, telecomunicaciones, instalación de aire acondicionado, instalaciones, mecánica de suelos, impacto ambiental, administración y seguridad e higiene, todas ellas en obra; falta de acreditación de la amortización del anticipo por 14,000.2 miles de pesos del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, con respecto del anticipo otorgado por 29,697.8 miles de pesos; falta de aplicación de penas convencionales por 14,848.9 miles de pesos por el incumplimiento de la fecha de conclusión del programa de trabajo (conforme al convenio de diferimiento autorizado al 20 de marzo de 2023) las cuales corresponden al 10% del monto del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022 ya que las penas convencionales no pueden ser superiores a la garantía de cumplimiento las cuales se calcularon al 14 de julio de 2023 (fecha de la visita de verificación física) por 46,475.5 miles de pesos; y falta de seguridad estructural y trabajos de mala calidad en la colocación de la trabe prefabricada TPC01 de concreto, en el contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, ubicada en el eje 16, entre los ejes O y R del primer nivel del módulo vestíbulo general, debido a que el elemento estructural no cumplió con las dimensiones del proyecto, específicamente la longitud adecuada, lo anterior derivado de la visita de verificación física realizada de manera conjunta entre personal de la ASF y la entidad fiscalizada del 11 al 14 de julio de 2023.

Montos por Aclarar

Se determinaron 8,650,375.70 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y los 5 restantes generaron: 3 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 2 Pliegos de Observaciones.

Adicionalmente, en el transcurso de la auditoría se emitió(eron) oficio(s) para solicitar la intervención del Órgano Interno de Control y de la(s) autoridad(es) recaudatoria(s) con motivo de 2 irregularidad(es) detectada(s).

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto "Construcción de la Clínica de Medicina Familiar con Especialidades en Pachuca, Hgo.", a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables, y específicamente respecto del universo revisado que se establece en el apartado relativo de alcance, se concluye, que en términos generales, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cumplió las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

- Falta de acreditación del permiso sanitario de construcción por parte de la COFEPRIS en relación con los trabajos del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022.
- Inadecuada adjudicación del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, toda vez que el contratista no demostró contar con la experiencia profesional relativa a la realización de "trabajos de obra civil y acabados en obra, así como trabajos de instalaciones y señalización, de características, complejidad y magnitud similares o superiores al presente proceso de contratación", lo que ha repercutido en el avance de los trabajos que presentan un retraso significativo del 54.3% respecto del plazo de ejecución de la obra.
- Pagos en exceso por 6,673.1 miles de pesos en el contrato núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, por diferencias entre las cantidades estimadas y pagadas contra las realmente ejecutadas como resultado de la visita de verificación física.
- Pagos en exceso por 1,977.3 miles de pesos en el contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022 por la falta de acreditación de la participación de 12 especialistas durante la ejecución de la obra en: elementos arquitectónicos, acabados, estructura, gases medicinales, instalación eléctrica,

telecomunicaciones, instalación de aire acondicionado, instalaciones, mecánica de suelos, impacto ambiental, administración y seguridad e higiene, todas ellas en obra.

- Falta de acreditación de la amortización del anticipo por 14,000.2 miles de pesos del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, con respecto del anticipo otorgado por 29,697.8 miles de pesos.
- Falta de aplicación de penas convencionales por 14,848.9 miles de pesos por el incumplimiento de la fecha de conclusión del programa de trabajo (conforme al convenio de diferimiento autorizado al 20 de marzo de 2023) las cuales corresponden al 10% del monto del contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022.
- Trabajos de mala calidad en la colocación de una trabe prefabricada TPC01 de concreto, en el contrato de obra pública núm. DNAyF-SOC-PA-001-2022, debido a que el elemento estructural no cumplió con las dimensiones del proyecto, específicamente la longitud adecuada.

Instituto Mexicano del Seguro Social**Prevención y Control del Cáncer de la Mujer en el Instituto Mexicano del Seguro Social**

Auditoría de Desempeño: 2022-1-19GYR-07-0168-2023

Modalidad: Presencial

168

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la prevención y control del cáncer de la mujer en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de verificar su diseño, y el cumplimiento de los objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión del diseño de la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como de la eficiencia, la eficacia y la economía en la materia. En la eficiencia, la capacitación impartida al personal de salud del IMSS involucrado en la prevención y control de estas enfermedades; la promoción de la salud para la prevención de estos padecimientos, así como la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las derechohabientes con cáncer de mama y con cáncer cérvico uterino. En la eficacia, los resultados del instituto en la disminución de la morbilidad y la mortalidad asociadas con los dos tipos de cáncer en sus derechohabientes. En la economía, los recursos económicos ejercidos por el IMSS en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino.

Asimismo, se revisó la contribución del instituto, mediante la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y la meta 3.4; los mecanismos de control interno implementados para garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas relacionados con la materia auditada, y la rendición de cuentas.

La revisión comprendió el ejercicio fiscal 2022, y tuvo como referente el periodo 2018-2021.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por la entidad fiscalizada fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión del grupo auditor de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de los objetivos y metas de la prevención y control del cáncer de la mujer en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resultados

Los resultados de la fiscalización a la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en las derechohabientes del IMSS, fueron los siguientes:

- En el diseño en el que se enmarcó, en 2022, la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino:
 - En el diseño normativo existió consistencia entre la normativa general, en los ámbitos internacional y nacional, y la normativa específica aplicable al IMSS, referente a las Guías Técnicas para la Atención Integral del cáncer de mama y del cérvico uterino que regularon la prevención y control de esas enfermedades.

Por lo que se refiere a la participación del instituto en la revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, y de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino,³⁰ a fin de confirmarlas, modificarlas o cancelarlas, el instituto acreditó que el Secretario Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública (CCNNSP), mediante el oficio DGES-DG-2203-2022

³⁰ Publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 9 de junio de 2011 y del 31 de mayo de 2007, respectivamente.

del 17 de noviembre de 2022, convocó a los miembros de dicho comité para su instalación, y que con fecha 28 de noviembre, de ese mismo año, dicho comité fue instalado.³¹

- En el diseño programático, los objetivos de los Pp E001 y E011, incluidos en los diagnósticos, fueron consistentes con los de la planeación nacional, sectorial e institucional del periodo 2019-2024, ya que en éstos se establecieron acciones específicas relacionadas con la promoción de la salud, la capacitación del personal médico, así como con la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se encuentran el cáncer de mama y el cérvico uterino.
 - En el diseño presupuestal, en 2022, el IMSS no contó con programas presupuestarios específicos sobre la materia por auditar, referente a la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, sino que estas actividades se realizaron por medio de los Pp E001 y E011, en los que se asignaron recursos para la atención, en general, de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
 - En el diseño institucional-organizacional, en materia de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, el IMSS, en 2022, contó, en su estructura orgánica, con la Dirección de Prestaciones Médicas, la cual se integró con cinco coordinaciones (de Vigilancia Epidemiológica, de Unidades de Primer Nivel, de Unidades de Segundo Nivel, de Unidades Médicas de Alta Especialidad y de Atención Oncológica), con atribuciones específicas para efectuar la promoción de la salud, y la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino.
- En la capacitación del personal de salud involucrado en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino:
- El instituto contó, en 2022, con la cédula “Identificación de necesidades de educación continua y capacitación”, para detectar las necesidades de capacitación del personal de salud y, con base en esa cédula, elaboró, por unidad médica, los diagnósticos de capacitación, con las necesidades detectadas, entre ellas las referentes al cáncer de mama y al cérvico uterino.
 - En cuanto a la realización, en 2022, de los cursos de capacitación, el instituto efectuó 343 cursos en materia de cáncer de mama. Al respecto, el IMSS no sustentó el número de profesionales de la salud que asistieron a dichos cursos, ya que, en la “Nota Informativa Numeral 104.pdf”, informó la participación de 1,425 profesionales, 43 personas más que las 1,468 que reportó en el “Anexo_21”, en el que también indicó que esas 1,468 personas habían acreditado los cursos, cifra que difiere en 143 personas más que las 1,325 registradas, con cursos acreditados, en el formato EC-3.
 - Asimismo, en 2022, el IMSS realizó 939 cursos en materia de cáncer cérvico uterino. Al respecto, no sustentó el número de profesionales de la salud que asistieron a esos cursos, ya que, en la “Nota Informativa Numeral 104.pdf”, informó la participación de 3,774 profesionales, 126 personas más que las 3,648 que reportó en el “Anexo_21”, en el que también indicó que esas 3,648 personas habían acreditado los cursos, cifra que difiere en 75 personas más que las 3,723 registradas, con cursos acreditados, en el formato EC-3.
- En la promoción de la salud relacionada con la prevención del cáncer de mama y del cérvico uterino:
- En 2022, el IMSS, mediante el modelo educativo “Ella y Él con PrevenIMSS” y de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud del Programa de salud PrevenIMSS, proporcionó información a 48,310 mujeres derechohabientes para prevenir y detectar enfermedades no transmisibles, entre ellas, el cáncer de mama y el cérvico uterino, e incorporó a 257,485 derechohabientes a la estrategia “Nutrimss Aprendiendo a comer bien”, en la que se promovieron estilos de vidas sanos que, de acuerdo con el instituto, contribuyeron a la detección temprana del cáncer de mama.
 - En 2022, mediante los materiales informativos “Calendario de Promoción de la Salud PrevenIMSS”; “Guía para el Cuidado de la Salud PrevenIMSS Familiar”, e infografías de salud, difundió, a sus derechohabientes, información y recomendaciones para prevenir y detectar el cáncer de mama y el cérvico uterino.
- En la detección del cáncer de mama y del cérvico uterino en las derechohabientes del IMSS:
- En cuanto al cáncer de mama:

³¹ Información proporcionada por el IMSS, mediante el oficio núm. 0952 8061 4B30/01/0783/2023 del 27 de septiembre de 2023.

- El IMSS reportó, con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS)³² que, con la aplicación de 6,717,466 pruebas, se detectó a 65,335 derechohabientes con sospecha a padecer cáncer de mama, en 2022. Al respecto:
 - El instituto no acreditó la información que sustenta los datos del SIAIS sobre las derechohabientes detectadas y las pruebas aplicadas.
 - En el caso de las derechohabientes de 25 a 69 años de edad, el instituto informó que 16,198,299 derechohabientes fueron susceptibles de que se les aplicara una prueba de detección de cáncer de mama, en 2022, mediante exploración clínica, de las cuales, a 5,470,355 derechohabientes (33.7%) les aplicó, en 2022, dicha prueba, y de ellas, 34,328 derechohabientes (0.6%) dieron, como resultado de la prueba, sospecha a cáncer de mama.
 - En el caso de las derechohabientes de 40 a 69 años de edad, el instituto reportó que 9,950,522 fueron susceptibles de que se les aplicara una prueba de detección de cáncer de mama, por medio de mastografía de tamizaje, de las cuales, les aplicó esa prueba a 1,247,111 derechohabientes (12.5%), de las que el 2.4% (31,007 derechohabientes) tuvo, como resultado de la prueba, sospecha a cáncer de mama.
 - La cifra de 5,470,355 derechohabientes a las que se les aplicó, en 2022, la prueba de exploración clínica, reportadas por el instituto en el SIAIS, difiere en 3,803,807 derechohabientes (69.5%) más que las 1,666,548 derechohabientes con prueba de exploración clínica reportadas en el Registro Institucional de Cáncer (RIC)³³ en ese año.
- El instituto estableció tres indicadores para valorar la cobertura de detección del cáncer de mama, mediante mastografía de tamizaje:
 - “Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años”, en el que reportó, con información del SIAIS, que, de las 6,086,809 derechohabientes de 50 a 69 años de edad adscritas a médico familiar, a 910,296 les realizó una mastografía, con una cobertura de tamizaje del 14.9%, porcentaje 2.5 puntos porcentuales mayor que la meta de 12.4%. Al respecto, en las bases de datos del RIC proporcionadas por el instituto, se identificaron 895,898 derechohabientes a las que se les realizó una mastografía de tamizaje, 1.6% menos que las 910,296 derechohabientes reportadas en el indicador.
 - “CAMAMA 01 Cobertura de mastografía de tamizaje de primera vez en mujeres entre 40 y 49 años”, para el cual, el IMSS informó, con base en el SIAIS, que en 2022, aplicó mastografías de tamizaje a 336,815 derechohabientes de ese grupo etario, lo que significó una cobertura de 8.7%, respecto de las 3,863,713 mujeres de ese grupo de edad, adscritas a médico familiar, superior a la meta de obtener un porcentaje mayor o igual que 7.0%. Al respecto, en la base de datos que el instituto proporcionó, con información del RIC, para dar cuenta de las derechohabientes de ese grupo etario a las que les aplicó, al menos, una mastografía de tamizaje, se identificó a 470,906 derechohabientes, esto es, 134,091 (39.8%) más que las 336,815 derechohabientes reportadas en el indicador.
 - “CAMAMA 03 Porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mastografías de tamizaje de Cáncer de Mama con clasificación BIRADS 3 a 5 (sospecha de cáncer)”, en el que reportó, con base en el SIAIS que, de las 84,885 derechohabientes de entre 50 y 69 años de edad, a las que se les aplicó una mastografía de tamizaje, el 3.5% (2,949 derechohabientes) obtuvo, como resultado de la prueba, sospecha de cáncer de mama, porcentaje que se encontró dentro del rango definido por el instituto como meta (3.0% a 7.0%). Al respecto, en la base de datos del RIC remitida por el instituto, se identificó que, en 2022, el IMSS registró a 29,437 derechohabientes de 50 y 69 años de edad con mastografía de tamizaje con clasificación BIRADS 3, cifra que difiere en 26,488 derechohabientes (798.2%) más que las 2,949 derechohabientes reportadas en el indicador.
- Las bases de datos proporcionadas por el instituto, relacionadas con la detección del cáncer de mama presentaron registros duplicados en la variable “nss” (número de seguridad social) y no se incorporó

³² SIAIS: Sistema de cómputo desarrollado para automatizar el proceso de registro, procesamiento, explotación y difusión de las actividades médicas en las unidades del instituto.

³³ RIC: Sistema de registro para las neoplasias malignas, elaborado por la Dirección de Prestaciones Médicas para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con neoplasias malignas.

información, en su totalidad, para las variables “curp”; “cve_resul_mas” (correspondiente a los resultados de las mastografías en la escala BI-RADS); “fe_toma_mastografia” (fecha de toma de mastografía), y “fe_resultado_mastografia” (fecha de resultado de la mastografía), por lo que el instituto no acreditó el registro de las derechohabientes que reportó con mastografías de tamizaje para la detección del cáncer de mama; la oportunidad con la que les entregó los resultados a las derechohabientes detectadas con sospecha de cáncer, ni si, en su caso, las refirió al segundo o tercer nivel de atención para su evaluación diagnóstica.

- Por lo que respecta al cáncer cérvico uterino:

- El instituto reportó, con datos absolutos del SIAIS, que 13,304,817 derechohabientes de 25 a 64 años de edad fueron susceptibles, en 2022, de que se les aplicara una prueba de citología para la detección del cáncer cérvico uterino, de las cuales, a 2,941,987 derechohabientes (22.1%) les aplicó dicha prueba, y de ellas, 10,310 derechohabientes (0.3%) dieron, como resultado de la prueba, sospecha a cáncer cérvico uterino.

Al respecto, en la información proporcionada por el instituto, para dar cuenta del número de derechohabientes adscritas a médico familiar, se identificó que la población derechohabiente de 25 a 64 años de edad, en 2022, fue de 14,034,102, cifra que difiere en 5.5% (729,285 mujeres) más que las 13,304,817 derechohabientes reportadas como susceptibles de aplicación de papanicolaou.

- El instituto estableció, en la MIR 2022 del Pp E001, el indicador “Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años”, para el que reportó que, de las 13,304,817 mujeres derechohabientes de 25 a 64 años de edad, a 2,941,999 les realizó, en 2022, una prueba de citología cervical, lo que significó una cobertura del 22.1%, superior a la meta (15.7%), e informó que “el logro obtenido permitió identificar 10,021 casos con alteraciones en la citología”.

Las 2,941,999 mujeres derechohabientes con prueba de citología cervical reportadas en el indicador difieren en 12 mujeres derechohabientes menos que las registradas por el instituto (2,941,987), con base en el SIAIS, y los 10,021 casos con alteraciones en la citología detectados, señalados en dicho indicador, difieren en 289 casos menos que los registrados por el instituto (10,310) en los datos absolutos remitidos, con base en el SIAIS, sobre las derechohabientes con sospecha de cáncer.

- En la base de datos proporcionada por el instituto, con información del RIC, para dar cuenta de las derechohabientes de 25 a 64 años de edad a las que se les aplicó una prueba de citología cervical, se identificó que:
 - Se registró a 1,957,075 mujeres derechohabientes a las que se les realizó una prueba de papanicolaou, cifra que difiere en 984,924 mujeres derechohabientes (33.5%) menos que las 2,941,999 reportadas en el resultado del indicador “Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años”.
 - La base de datos presentó las inconsistencias siguientes: 1,145,813 registros de la variable “nss” (número de seguridad social) se encontraron duplicados; 291,660 registros de la variable “curp” estuvieron vacíos; en 1,459 registros de la variable “resultado_citologia” (correspondiente al resultado de la citología) no se registró el resultado de las pruebas, y 729,092 registros de la variable “fe_dx_citologico” (fecha de resultado de citología) se refirieron a años diferentes al 2022 (2004, 2018, 2020, 2021 y 2023). Por tanto, el IMSS no acreditó: las 2,941,987 derechohabientes reportadas, con base en el SIAIS, a las que se les aplicó la prueba de papanicolaou para detección del cáncer cérvico uterino; las 2,941,999 derechohabientes que se reportaron en el indicador con aplicación de dicha prueba; las 10,310 derechohabientes reportadas, con base en el SIAIS, con resultado de sospecha a cáncer cérvico uterino; las 10,021 derechohabientes, reportadas en el indicador, como detectadas con alteraciones en la citología; la oportunidad con la que se entregaron los resultados de las pruebas y, en su caso, si se refirieron al segundo o tercer nivel de atención, los casos con sospecha de cáncer por citología cervical, para su evaluación diagnóstica, ni el registro de dicha información en el RIC.

- En el diagnóstico del cáncer de mama y del cérvico uterino en las derechohabientes del IMSS:

- En cuanto al cáncer de mama:

- El IMSS reportó, con información del SIAIS, que 65,335 derechohabientes fueron detectadas, en 2022, con “sospecha de cáncer” de mama. Asimismo, informó que 49,013 derechohabientes recibieron

evaluación diagnóstica de cáncer de mama, en ese año, mediante estudios de valoración clínica (18,415 derechohabientes), biopsia (8,949 derechohabientes), mastografía (11,822 derechohabientes) y ultrasonido (9,827 derechohabientes), de las cuales, el 17.2% (8,450 derechohabientes) obtuvo resultados positivos, y el 82.8% (40,563 derechohabientes) resultados negativos, sin que el instituto sustentara cuántas de las 65,335 derechohabientes que informó como detectadas, en 2022, con “sospecha de cáncer” de mama se incluyeron en las 49,013 derechohabientes que reportó con evaluación diagnóstica y, en su caso, las causas por las que no recibieron una evaluación diagnóstica las otras 16,322 derechohabientes, ni evidenció que la información reportada, referente a la valoración clínica, biopsia y ultrasonido provino del RIC.

Además, en la base de datos “Numeral 51”, que el instituto proporcionó para acreditar a las derechohabientes que recibieron evaluación diagnóstica con mastografía, con base en el RIC, se identificaron 32,847 mastografías más (277.8%) que las 11,822 reportadas. Asimismo, la base de datos presentó las inconsistencias siguientes: en la variable “nss” (número de seguridad social), 2,132 registros se encontraron duplicados; en la variable “curp”, 5,109 registros carecieron del dato, y respecto del campo “resultado_masto” (correspondiente a los resultados obtenidos en las mastografías), en 436 registros no se integró la información del resultado.

- El instituto reportó, con datos absolutos del RIC, que, en 2022, confirmó el diagnóstico de cáncer de mama de 12,781 derechohabientes, mediante estudio histopatológico, y para sustentar los diagnósticos confirmatorios, proporcionó la base datos “Numeral 57”. Al respecto, se identificó que, en ese año, el IMSS diagnosticó, con cáncer de mama, a 7,273 derechohabientes, cifra que difiere en 5,508 derechohabientes (43.1%) menos que las 12,781 derechohabientes que informó, con datos absolutos del RIC.

Asimismo, la base de datos “Numeral 57” presentó 141 registros duplicados para la variable de “nss” (número de seguridad social); careció de información para 962 registros de la CURP, y para 8 registros se reportó, como edad de las derechohabientes, “0 años”. Debido a esta situación, el instituto no sustentó la consistencia entre las 65,335 derechohabientes reportadas con sospecha de cáncer de mama, en 2022, respecto de las 49,013 derechohabientes que recibieron una evaluación diagnóstica y las 12,781 derechohabientes reportadas a las que se les confirmó dicho padecimiento, mediante estudio histopatológico, en ese año, así como su registro en el RIC, a fin de dar seguimiento en la detección y diagnóstico de sus derechohabientes.

- El instituto estableció, para 2022, dos indicadores para valorar la confirmación y la oportunidad en el diagnóstico del cáncer de mama:
 - “CAMA 04 Índice de confirmación diagnóstica de Cáncer de Mama”, en el cual registró que, de las 9,398 mujeres con resultados de mastografía de detección BI-RADS 4 y BI-RADS 5, confirmó el diagnóstico de 6,127 mujeres con cáncer de mama, mediante estudio histopatológico, lo que representó un desempeño “medio” para el instituto, al obtener el 65.2% de confirmación diagnóstica, porcentaje inferior en 14.8 puntos porcentuales al programado de mayor o igual que 80.0%. El instituto precisó que el resultado se debió a que “no había un llenado consistente en la plataforma del Registro Institucional de Cáncer (RIC), lo cual no permitió tener un resultado fidedigno de los indicadores”, y se presentaron “retardos en el reporte histopatológico”.
 - “CAMA 05 Oportunidad del diagnóstico de Cáncer de Mama”, en el que reportó que, de las 2,949 mujeres de 40 años a 69 años, con diagnóstico de cáncer de mama por histopatología, el 42.9% (1,264 mujeres) contó con antecedente de mastografía de detección y diagnóstico histopatológico de cáncer de mama en un periodo menor o igual a 30 días calendario, lo que representó un desempeño “bajo”, en la oportunidad del diagnóstico, ya que el resultado fue inferior en 37.1 puntos porcentuales a la meta de obtener un porcentaje mayor o igual que 80.0%. El instituto informó que el resultado se debió a que “no había un llenado consistente en la plataforma del Registro Institucional de Cáncer (RIC), lo cual no permitió tener un resultado fidedigno de los indicadores”, y se presentaron “retardos en el reporte histopatológico e inmunohistoquímica por falta de infraestructura”.
- Por lo que respecta al cáncer cérvico uterino:
 - El instituto reportó, con información del SIAIS, que 10,310 derechohabientes fueron detectadas, en 2022, con “sospecha de cáncer” cérvico uterino; asimismo, indicó, con datos absolutos del RIC, que, en 2022, confirmó el diagnóstico de cáncer cérvico uterino a 1,628 derechohabientes, mediante examen

histopatológico. El instituto no sustentó la correlación citológica, colposcópica e histopatológica con la que, en su caso, diagnosticó a las 10,310 derechohabientes con resultado anormal de citología cervical, ni el diagnóstico definitivo de las 1,628 derechohabientes que registró como diagnosticadas con dicho padecimiento.

Debido a esa situación, el instituto no acreditó la consistencia entre la cifra de 10,310 derechohabientes reportadas, con base en el SIAIS, con sospecha de cáncer cérvico uterino, y la de las 1,628 derechohabientes a las que se les confirmó dicho padecimiento, mediante examen histopatológico, así como su registro en el RIC, a fin de dar seguimiento en la detección y diagnóstico de sus derechohabientes.

- El instituto estableció, para 2022, dos indicadores para valorar la confirmación y la oportunidad en el diagnóstico del cáncer cérvico uterino:
 - “CACU 03 Índice de confirmación diagnóstica de cáncer cérvico uterino”, en el cual registró que, de las 107 mujeres con resultado citológico de adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso, carcinoma epidermoide, carcinoma neuroendocrino, y neoplasia maligna no clasificada, diagnosticó a 46 mujeres con cáncer cérvico uterino, mediante examen histopatológico, lo que representó el 43.0%, resultado inferior en 37.0 puntos porcentuales a la meta de obtener un porcentaje mayor o igual que 80.0%. El instituto precisó que el resultado se debió a que “no había un llenado consistente en la plataforma del Registro Institucional de Cáncer (RIC), lo cual no permitió tener un resultado fidedigno de los indicadores”, y a que se presentaron “retardos en el reporte histopatológico”.
 - “CACU 02 Oportunidad diagnóstica de Cáncer Cérvico Uterino”, en el que reportó que, de las 221 mujeres con antecedente de citología cervical de detección con resultado anormal, el 33.5% (74 derechohabientes) contó con diagnóstico histopatológico de cáncer cérvico uterino en un periodo menor o igual a 30 días calendario, lo que representó un desempeño “bajo” para el instituto, e inferior en 46.5 puntos porcentuales a la meta de obtener un porcentaje mayor o igual que 80.0%. El instituto precisó que el resultado se debió a que “no había un llenado consistente en la plataforma del Registro Institucional de Cáncer (RIC), lo cual no permitió tener un resultado fidedigno de los indicadores”, y a que presentaron “retardos en el reporte histopatológico”.

- En el tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino en las derechohabientes del IMSS:

- En cuanto al cáncer de mama:

- El IMSS reportó que 12,781 derechohabientes fueron diagnosticadas con cáncer de mama, en 2022, mediante estudio histopatológico, e informó que 13,772 derechohabientes recibieron tratamiento, en ese año, de las cuales 6,520 derechohabientes (47.3%) recibieron tratamiento quirúrgico; 6,134 derechohabientes (44.6%) quimioterapia, y 1,118 derechohabientes (8.1%) tratamiento con radioterapia.

Las 13,772 derechohabientes que el instituto informó que recibieron tratamiento difieren en 991 derechohabientes (7.7%) más que las 12,781 derechohabientes reportadas con diagnóstico definitivo de cáncer de mama, sin que acreditará las causas de la diferencia, ni sustentara que la información reportada provino del RIC, y si bien remitió la base de datos “Numeral 71” para acreditar el número de derechohabientes diagnosticadas, y que recibieron tratamiento, incorporadas en el RIC, en esa base de datos se identificó a 5,976 derechohabientes con diagnóstico definitivo de cáncer de mama, en 2022, de las cuales 4,987 derechohabientes (83.4%) recibieron tratamiento en ese año, cifras que difieren en 6,805 derechohabientes (53.3%) menos que las 12,781 derechohabientes reportadas como diagnosticadas con cáncer de mama y 8,785 derechohabientes (63.8%) menos que las 13,772 derechohabientes que el instituto reportó, con datos absolutos, del RIC, que recibieron tratamiento.

También, en el análisis de la base de datos “Numeral 71,” se identificó a 3,142 derechohabientes con tratamiento quirúrgico, cifra inferior en 3,378 derechohabientes (51.8%) a las 6,520 derechohabientes reportadas por el instituto con dicho tratamiento; con quimioterapia a 1,801 derechohabientes, cifra que difiere en 4,333 derechohabientes (70.6%) menos que las 6,134 reportadas con ese tratamiento, y con radioterapia a 44 derechohabientes, cifra inferior en 1,074 derechohabientes (96.1%) a las 1,118 reportadas por el instituto con dicho tratamiento, sin que se identificaran las causas de las diferencias. Además, la base de datos presentó inconsistencias en sus registros, ya que la variable “nss” (número de seguridad social) presentó 116 registros duplicados; en la variable “curp”, 749 registros carecieron

del dato; en el campo “edad”, en 6 registros se reportó, como edad de la derechohabiente, “0 años”, y en la variable “fe_ini_tratamiento” (fecha de inicio del tratamiento), en 622 registros la fecha de inicio del tratamiento fue anterior al año 2022 (de 1989 a 2021), en el que se emitió el diagnóstico definitivo de cáncer de mama de la derechohabiente.

- El instituto, estableció, para 2022, el indicador “CAMA 07 Oportunidad en el inicio del tratamiento de Cáncer de Mama”, con el objetivo de “medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar tratamiento oncológico a la mujer con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama”, en el cual registró que, de las 6,691 mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama, el 53.5% (3,582 mujeres) inició su tratamiento en un periodo menor o igual a 21 días, lo que representó un desempeño “bajo” del instituto, en la oportunidad con la que inició los tratamientos, ya que el resultado fue inferior en 26.5 puntos porcentuales a la meta de obtener un porcentaje mayor o igual a 80.0%. El instituto precisó que el resultado se debió al “diferimiento en el inicio de tratamiento quirúrgico y sistémico y de radioterapia”.
- El instituto informó, con datos absolutos, que, en 2022, se encontraron en control 1,545 derechohabientes por causa del cáncer de mama, sin sustentar que ese dato provino del RIC, ni que estas derechohabientes se correspondieron con las 13,772 derechohabientes reportadas con tratamiento, en ese año, ni con las 12,781 derechohabientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama.

Debido a esta situación, el instituto no sustentó la consistencia entre la cifra de 12,781 derechohabientes diagnosticadas con cáncer de mama, en 2022, respecto de las 13,772 derechohabientes que recibieron tratamiento, en ese año, y las 1,545 derechohabientes en control, así como su registro en el RIC, a fin de dar seguimiento en el diagnóstico y tratamiento de sus derechohabientes.

- Por lo que respecta al cáncer cérvico uterino:
 - El IMSS reportó que 1,628 derechohabientes fueron diagnosticadas, mediante examen histopatológico, con cáncer cérvico uterino, en 2022, e informó que 214 derechohabientes recibieron tratamiento, en ese año, de las cuales, 125 derechohabientes (58.4%) recibieron tratamiento con quimioterapia, 66 derechohabientes (30.8%) con radioterapia, y 23 derechohabientes (10.8%) con una combinación de quimioterapia y radioterapia.

Las cifra de 214 derechohabientes que el instituto informó que recibieron tratamiento difiere en 1,414 derechohabientes (86.9%) menos que las 1,628 derechohabientes reportadas con diagnóstico definitivo de cáncer cérvico uterino, sin que el instituto acreditara las causas de la diferencia, ni sustentara que la información provino del RIC, y si bien remitió la base de datos “Numeral 100” para acreditar el número de derechohabientes diagnosticadas que recibieron tratamiento, incorporadas en el RIC, en esa base de datos se identificó a 115 derechohabientes con diagnóstico definitivo de cáncer cérvico uterino, en 2022, de las cuales 89 derechohabientes (77.4%) recibieron tratamiento en ese año, cifras que difieren en 1,513 derechohabientes (93.0%) menos que las 1,628 derechohabientes reportadas como diagnosticadas con cáncer cérvico uterino y 125 derechohabientes (58.4%) menos que las 214 que el instituto reportó, con datos absolutos, en tratamiento.

También, en la base de datos “Numeral 100”, se identificó lo siguiente: 65 derechohabientes con tratamiento quirúrgico; 18 derechohabientes con quimioterapia, cifra que difiere en 107 derechohabientes (85.6%) menos que las 125 reportadas por el instituto con ese tratamiento, mediante datos absolutos del RIC, y 6 derechohabientes con radioterapia, cifra que difiere en 60 derechohabientes (90.9%) menos que las 66 reportadas por el instituto con dicho tratamiento, con datos absolutos del RIC, sin que se identificaran las causas de las diferencias, ni los motivos por los cuales el instituto, en la información reportada con datos absolutos, no incluyó a las derechohabientes con tratamiento quirúrgico.

Además, la base de datos presentó inconsistencias en sus registros, ya que en la variable “curp”, 8 registros carecieron de ese dato, y en el campo “fe_ini_tratamiento” (fecha de inicio de tratamiento), en 5 registros la fecha de inicio del tratamiento fue anterior al año 2022 (2021), en el que se emitió el diagnóstico definitivo de cáncer cérvico uterino.

- El instituto, estableció, para 2022, el indicador “CACU 07 Oportunidad en el inicio del tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino”, con el objetivo de “medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en

otorgar tratamiento oncológico a la mujer con diagnóstico histopatológico de cáncer cérvico uterino, para mejorar su calidad de vida”, en el cual registró que, de las 137 mujeres de 20 años y más con diagnóstico histopatológico de cáncer cérvico uterino, el 21.2% (29 mujeres) inició su tratamiento en un periodo menor o igual a 21 días, lo que representó un desempeño “bajo” del instituto, en la oportunidad con la que inició los tratamientos, ya que el resultado fue inferior en 58.8 puntos porcentuales a la meta de obtener un porcentaje mayor o igual a 80.0%. El instituto precisó que el resultado se debió a “la falta de infraestructura de radioterapia”.

- El IMSS informó, con datos absolutos, del RIC, que, en 2022, se encontraron en control 108 derechohabientes a causa del cáncer cérvico uterino. Al respecto, en la base de datos “Numeral 108”, proporcionada por el instituto para dar cuenta del número de derechohabientes que fueron tratadas y se mantuvieron en control, se identificó que el número de derechohabientes en control fue de 23, cifra que difiere en 85 derechohabientes (78.7%) menos que las 108 reportadas, con datos absolutos en el RIC, sin que se identificaran las causas de la diferencia.

Debido a esta situación, el instituto no acreditó la consistencia entre la cifra de las 1,628 derechohabientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, mediante examen histopatológico, en 2022, y las 214 derechohabientes que recibieron tratamiento, en ese año, y las 108 derechohabientes en control, así como su registro en el RIC, a fin de dar seguimiento en el diagnóstico y tratamiento de sus derechohabientes.

- En el ejercicio de los recursos económicos en la prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino:
 - El IMSS estimó que, en 2022, el costo total del tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino fue de 5,802,000.0 miles de pesos, de los cuales el 75.8% (4,399,000.0 miles de pesos) correspondió al gasto en la atención médica del cáncer de mama y el 24.2% (1,403,000.0 miles de pesos) en la atención del cáncer cérvico uterino.
 - El instituto dispuso de una metodología autorizada y vigente, en ese año, para estimar el costo directo de la atención médica del cáncer de mama y del cérvico uterino, y sustentó, de manera general, los costos estimados de la atención de esas enfermedades.
- En la morbilidad asociada con el cáncer de mama y el cérvico uterino en las derechohabientes:
 - En cuanto al cáncer de mama:
 - En 2022, de las 20,084,475 derechohabientes de 25 años y más que, se encontraron adscritas a médico familiar, el instituto registró 9,136 casos nuevos de cáncer de mama, con una tasa de incidencia de 45.5 casos nuevos por cada 100,000 derechohabientes de ese rango de edad, lo que significó 0.1 derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de cáncer de mama por cada 100,000 mujeres de 25 años y más, adscritas a médico familiar, por arriba del límite superior establecido en el rango del valor de referencia, correspondiente a una tasa de 45.4 casos.
 - Al respecto, en la base de datos “61.a.CVE_DAS_AICS_Numeral61_morbilidad_act230616”, que contiene el número de derechohabientes con cáncer de mama diagnosticadas, mediante estudio histopatológico, proporcionado por el IMSS, con base en los registros del SIAVE, se identificó que, en ese año, se registraron 9,136 casos nuevos de derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de cáncer de mama. Con base en los registros del RIC, se identificó que, en 2022, se registraron 12,781 derechohabientes con diagnóstico definitivo de cáncer de mama, cifra que difiere en 3,645 casos (39.9%) más que los 9,136 reportados en el indicador.
 - El instituto sustentó el análisis de la morbilidad, a causa de ese padecimiento, realizado en 71 unidades médicas (28.5%) de las 249 que integraron el segundo nivel de atención del instituto, así como en 6 (24.0%) de las 25 unidades médicas de alta especialidad. Al respecto, no acreditó que, en 2022, se informaron los resultados de los análisis de la morbilidad de las derechohabientes con cáncer de mama a las autoridades de las unidades médicas del segundo y del tercer nivel de atención; que dicha información se dio a conocer a los OOAD correspondientes, y cómo la información de los análisis fue utilizada para orientar la toma de decisiones que permitiera encauzar y sistematizar las medidas de prevención y control, así como coadyuvar en la mejora de la atención médica de la población derechohabiente.
 - Por lo que respecta al cáncer cérvico uterino:

- El instituto, en el “Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2022”, estableció tres indicadores para valorar la incidencia de esta enfermedad:
 - “CACU 04 Tasa de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más”, en el que reportó, con datos absolutos, 1,653 casos nuevos de derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, respecto de las 20,084,475 derechohabientes de ese grupo etario que se encontraron adscritas a médico familiar, por lo que la tasa de incidencia fue de 8.2 casos nuevos por cada 100,000 derechohabientes de 25 años y más adscritas a médico familiar, lo que significó 2.5 mujeres derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de cáncer cérvico uterino por cada 100,000 mujeres de 25 años y más, adscritas a médico familiar, por arriba de la meta de 5.7 casos nuevos.
 - “CACU 05 Tasa de incidencia de displasia cervical leve o moderada, en mujeres de 25 años y más”, en el que el instituto, con datos absolutos, reportó 8,438 casos nuevos de derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de displasia cervical leve o moderada, respecto de las 20,084,475 derechohabientes de 25 años y más que se encontraron adscritas a médico familiar, por lo que obtuvo una tasa de incidencia para ese padecimiento de 42.1 casos nuevos por cada 100,000 derechohabientes de 25 años y más adscritas a médico familiar, lo que representó 6.0 mujeres derechohabientes de 25 años y más, con diagnóstico de displasia cervical leve o moderada por cada 100,000 mujeres de 25 años y más adscritas a médico familiar, superior a la meta de menor o igual a 36.1 casos nuevos.
 - “CACU 06 Tasa de incidencia de displasia cervical severa y carcinoma in situ, en mujeres derechohabientes de 25 años y más”, para el que reportó, con datos absolutos, 2,022 casos nuevos de derechohabientes de 25 años y más con diagnóstico de displasia cervical severa y cáncer in situ, respecto de las 20,084,475 derechohabientes de 25 años y más que se encontraron adscritas a médico familiar, lo que significó una tasa de 10.1 casos por cada 100,000 derechohabientes de 25 años y más adscritas a médico familiar, cifra superior en 5.1 mujeres derechohabientes de 25 años y más, con diagnóstico de displasia cervical severa y cáncer in situ por cada 100,000 mujeres de 25 años y más, adscritas a médico familiar, a la meta de menor o igual a 5.0 casos nuevos.

El instituto no acreditó cómo orientó las acciones de mejora en los procesos de prevención y control del cáncer cérvico uterino, con base en la medición de dichos indicadores y precisó que “el efecto esperado del incremento en las coberturas de detección, se traduciría de manera inicial en un incremento de la incidencia que, con el transcurso de los años, tendería a estabilizarse e incluso, a disminuir [...]”.

- Por lo que se refiere al análisis efectuado por el IMSS, en 2022, de la morbilidad del cáncer cérvico uterino, en las unidades médicas, el instituto acreditó que en 32 unidades médicas (2.1%) de las 1,535 que integraron el primer nivel de atención, se realizó dicho análisis, así como en 31 (12.4%) de las 249 unidades médicas del segundo nivel de atención, y en una (4.0%) de las 25 unidades médicas de alta especialidad. Al respecto, no acreditó que, en ese año, el Director de la Unidad Médica identificó la morbilidad por enfermedades cérvico vaginales, lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino, ni cómo la información del análisis fue utilizada para orientar las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento.

Debido a las inconsistencias de las cifras de las tasas de incidencia del cáncer de mama y del cérvico uterino en mujeres derechohabientes de 25 años y más, reportadas en los indicadores, con información del SIAVE, respecto de la información estadística y la base de datos proporcionada, con información del RIC, así como a la falta de evidencia que sustente cómo la medición de dichos indicadores y los análisis de la morbilidad, a causa de esos padecimientos, fue utilizada para orientar la toma de decisiones que permitiera encauzar y sistematizar las medidas de prevención y control relacionadas con esos padecimientos, y coadyuvar en la mejora de la atención médica de la población derechohabiente con cáncer de mama y cérvico uterino, el instituto no acreditó en qué medida las acciones de prevención y control de dichos padecimientos incidieron en la disminución de la morbilidad asociada.

- En la mortalidad asociada con el cáncer de mama y el cérvico uterino en las derechohabientes:
 - En cuanto al cáncer de mama:
 - En 2022, el instituto dispuso de dos indicadores para valorar la mortalidad de sus derechohabientes:

- “Tasa de mortalidad por cáncer de mama”, establecido en la MIR 2022 del Pp E001, en el que registró, con información del SEED, que, en 2022, de las 20,084,475 derechohabientes de 25 y más años de edad adscritas a médico familiar, fallecieron 2,705 a causa del cáncer de mama, por lo que la tasa fue de 13.5 defunciones por cada 100,000 derechohabientes de 25 años y más adscritas a médico familiar, lo que significó 5.2 defunciones más por cada 100,000 derechohabientes, que la meta de 8.3 defunciones por cada 100,000 derechohabientes.
 - “CAMAm 09 Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más”, incluido en el “Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2022” de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, para el que reportó que, de las 20,084,475 derechohabientes de 25 años y más, que se encontraron adscritas a médico familiar, con información del SEED, el instituto registró 2,228 derechohabientes fallecidas a causa del cáncer de mama, por lo que la tasa de mortalidad fue de 11.1 defunciones por cada 100,000 derechohabientes de ese rango de edad, lo que significó 1.6 defunciones más por cada 100,000 derechohabientes de ese grupo de edad, que la meta de 9.5 defunciones. Al respecto, el instituto, mediante el oficio núm. 0952 8061 4B30/0312/2023 del 10 de julio de 2023, rectificó la cifra de las 2,705 defunciones reportadas en el indicador de la MIR, informando que “el total de defunciones con corte definitivo del SEED 2022” fueron 2,228, establecidas en el indicador “CAMAm 09 Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres derechohabientes de 25 años y más”, incluido en el “Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2022”.
 - Asimismo, se identificó que, en la base de datos “129 Defunciones cama 2022 RIC”, remitida por el instituto con información del RIC, sobre el número de derechohabientes de 25 años y más de edad que fallecieron, a causa del cáncer de mama, se registraron 430 defunciones, cifra que difiere en 1,798 decesos (80.7%) menos que las 2,228 defunciones reportadas, como definitivas.
 - El instituto sustentó el análisis de la mortalidad, a causa de ese padecimiento, realizado en 65 unidades médicas (26.1%) de las 249 que integraron el segundo nivel de atención del instituto, así como en 5 (20.0%) de las 25 unidades médicas de alta especialidad. Al respecto, no acreditó que, en 2022, se informaron los resultados de los análisis de la morbilidad de las derechohabientes del instituto con cáncer de mama a las autoridades de las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención; que dicha información se dio a conocer a los OOAD correspondientes, y cómo la información de los análisis fue utilizada para orientar la toma de decisiones que permita encauzar y sistematizar las medidas de prevención y control del cáncer de mama, así como coadyuvar en la mejora de la atención médica de la población derechohabiente.
- Por lo que respecta al cáncer cérvico uterino:
 - El instituto, en la MIR 2022 del Pp E001, estableció el indicador “Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino”, para el que reportó que, en ese año, de las 20,084,475 derechohabientes de 25 y más años de edad adscritas a médico familiar, fallecieron 1,231 por causa del cáncer cérvico uterino, lo que significó una tasa de 6.1 defunciones por cada 100,000 derechohabientes de 25 años y más, cifra superior en 1.8 defunciones más por cada 100,000 derechohabientes de ese grupo etario, a la meta de una tasa de 4.3 defunciones por cada 100,000 derechohabientes. Al respecto, mediante el oficio núm. 0952 8061 4B30/0312/2023 del 10 de julio de 2023, el IMSS rectificó las 1,231 defunciones por cáncer cérvico uterino ocurridas en derechohabientes de 25 años y más, de 2022, informando que “el total de defunciones con corte definitivo del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2022” fue de 982, cifra 20.2% (249 defunciones) menor que la reportada en el indicador.
- Al respecto, en la base de datos “143 base defunciones cacu”, proporcionada con información del RIC, sobre el número de derechohabientes de 25 años y más, fallecidas a causa de ese padecimiento, el instituto registró 127 defunciones, cifra que difiere en 1,104 derechohabientes fallecidas (89.7%) menos que las 1,231 reportadas en el indicador y 855 defunciones (87.0%) menos que las 982 rectificadas por el instituto.
- Por lo que se refiere al análisis efectuado por el IMSS, en 2022, de la mortalidad del cáncer cérvico uterino, en las unidades médicas, el instituto acreditó que en 32 (2.0%) de las 1,535 unidades médicas, que integraron el primer nivel de atención, se realizó dicho análisis, así como en 25 (10.0%) de las 249 unidades médicas del segundo nivel de atención, sin que acreditara las causas por las que en las 174 unidades médicas del primer nivel de atención y las 160 unidades del segundo nivel de atención restantes no se contó con el análisis de la mortalidad a causa de ese padecimiento, ni sustentara el

análisis de dicha mortalidad efectuado por las 25 unidades médicas de alta especialidad, por lo que el instituto no evidenció que, en ese año, el director de esas unidades identificó la mortalidad por enfermedades cérvico vaginales, lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino.

Debido a las inconsistencias de las cifras relacionadas con la tasa de mortalidad del cáncer de mama y del cérvico uterino en derechohabientes de 25 años y más, reportadas en los indicadores y rectificadas con información del SEED, respecto de las cifras de la base de datos proporcionada, con información del RIC, así como a la falta de la evidencia que sustente cómo la medición de dichos indicadores y los análisis de la morbilidad, a causa de esos padecimientos, fue utilizada para orientar la toma de decisiones que permitiera encauzar y sistematizar las medidas de prevención y control relacionadas con esos padecimientos, y coadyuvar en la mejora de la atención médica de la población derechohabiente con cáncer de mama y cérvico uterino, el instituto no acreditó en qué medida las actividades de prevención y control de dichos padecimientos contribuyeron en la disminución de la mortalidad asociada con los mismos, ni sustentó la confiabilidad y oportunidad de la información del Registro Institucional de Cáncer" (RIC), respecto del seguimiento en la detección, diagnóstico y tratamiento de las pacientes con cáncer de mama y con cáncer cérvico uterino.

Consecuencias Sociales

Los resultados de la prevención y control, a cargo del IMSS, mostraron que, en 2022, mediante los Pp E001 "Prevención y control de enfermedades" y E011 "Atención a la Salud", el instituto llevó a cabo actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, por medio de las que difundió, a 48,310 derechohabientes, información y recomendaciones para prevenir y detectar estas enfermedades, y realizó 343 cursos de capacitación en materia de cáncer de mama y 939 relacionados con el cáncer cérvico. Asimismo, aplicó pruebas de detección; realizó diagnósticos a derechohabientes con estos padecimientos, y otorgó tratamientos, pero, debido a que el IMSS no sustentó la confiabilidad y oportunidad de la información sobre la prevención y el control del cáncer de mama y del cérvico uterino, no acreditó el seguimiento nominal a las derechohabientes detectadas, diagnosticadas, tratadas y que se encontraron en control de estas enfermedades; no dio cuenta de la oportunidad en la entrega de los resultados de las pruebas de detección, de las confirmaciones diagnósticas y de las referencias para el tratamiento de dichos padecimientos, y no evaluó la contribución de la prevención y control en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes, a causa de estas enfermedades.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 11 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 7 restantes generaron:

7 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión del grupo auditor de la Auditoría Superior de la Federación, en 2022, el IMSS, mediante los Pp E001 "Prevención y control de enfermedades" y E011 "Atención a la Salud", llevó a cabo actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, por medio de las que difundió, a 48,310 derechohabientes, información y recomendaciones para prevenir y detectar estas enfermedades, y realizó 343 cursos de capacitación en materia de cáncer de mama y 939 relacionados con el cáncer cérvico uterino. Asimismo, aplicó pruebas de detección; realizó diagnósticos a derechohabientes con estos padecimientos, y otorgó tratamientos. Debido a las diferencias entre la información de la prevención y control del cáncer de mama y del cáncer cérvico uterino, reportada por el IMSS en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS), en el Registro Institucional de Cáncer (RIC), en el Sistema Institucional Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SIAVE) y en el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), así como en los datos utilizados por el instituto para el cálculo de los indicadores establecidos en materia de prevención y control de estas enfermedades, el IMSS no sustentó la confiabilidad y oportunidad de esta información, por lo que no acreditó: a) dar seguimiento nominal a las derechohabientes a las que se les aplicaron las pruebas de detección; a las que resultaron con sospecha de cáncer de mama; a las que resultaron con sospecha de cáncer cérvico uterino y que se les realizaron los diagnósticos para confirmar la enfermedad; a las que se les confirmó el padecimiento y se les otorgaron los tratamientos, y a las que se encontraron bajo control de la enfermedad, después de recibir el tratamiento; b) dar cuenta de la oportunidad en la entrega de los resultados de las pruebas de detección, de las confirmaciones diagnósticas y de las referencias para el tratamiento de la enfermedad, y c) evaluar la contribución de los resultados de las actividades de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de sus derechohabientes, a causa de dichas enfermedades, para la toma de decisiones.

En la revisión, se identificaron áreas de mejora en la implementación de las acciones de prevención y control del cáncer de mama y del cérvico uterino, relacionadas con asegurar que la información de la detección, del diagnóstico y del tratamiento se reporten en el Registro Institucional del Cáncer (RIC); garantizar que se lleve a cabo el análisis de la morbilidad y de la mortalidad asociadas con estas enfermedades, y contar con información y registros que le permitan al instituto evaluar y dar seguimiento a las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino, a fin de rendir cuentas sobre, en qué medida, las actividades realizadas por el instituto coadyuvaron a la disminución de la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino.

En cuanto al valor de la fiscalización, se prevé que los resultados de la auditoría permitirán al IMSS:

- Garantizar que la exploración clínica, la mastografía de tamizaje y las tomas de citología cervical (papanicolaou), para la detección del cáncer de mama y del cáncer cérvico uterino en las derechohabientes del instituto; así como el registro de los casos con sospecha de dichas enfermedades, se capturen en el Registro Institucional del Cáncer (RIC).
- Asegurar que los resultados de los estudios histopatológicos para el diagnóstico del cáncer de mama; la correlación citológica, colposcópica e histopatológica, para el diagnóstico de confirmación de cáncer cérvico uterino, y el registro de los casos confirmados para dichas enfermedades, se capturen en el RIC.
- Garantizar que las actividades realizadas para otorgar el tratamiento a sus derechohabientes diagnosticadas con cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, así como, para el seguimiento de las derechohabientes con dichos padecimientos, se capturen en el RIC.
- Asegurar que la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con sus divisiones, y las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención médica, realicen el análisis de la morbilidad de sus derechohabientes por causa de cáncer de mama, a fin de que se dé a conocer a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del instituto; se informe a las autoridades de las unidades médicas y se difunda al personal de salud.
- Garantizar que los directores de las unidades médicas del instituto realicen la identificación de la morbilidad por enfermedades cérvico vaginales, lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino, a fin de que se orienten las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento y, con ello, contribuir a la reducción de la morbilidad por cáncer cérvico uterino.
- Asegurar que la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, con sus divisiones, y las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención médica, realicen el análisis de la mortalidad de sus derechohabientes por causa de cáncer de mama, a fin de que se dé a conocer a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del instituto; se informe a las autoridades de las unidades médicas, y se difunda al personal de salud.
- Garantizar que los directores de las unidades médicas del instituto realicen la identificación de la mortalidad por enfermedades cérvico vaginales, lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino, a fin de que se orienten las acciones de mejora en los procesos de prevención y control de este padecimiento y, con ello, contribuir a la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino.
- Contar con información y registros que le permitan al instituto evaluar y dar seguimiento a las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y del cérvico uterino, a fin de rendir cuentas sobre, en qué medida, estas actividades coadyuvaron a la disminución de la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino.

Instituto Mexicano del Seguro Social**Construcción del HGZ de 170 Camas en el Municipio de Pachuca, en el Estado de Hidalgo**

Auditoría De Cumplimiento a Inversiones Físicas: 2022-1-19GYR-22-0165-2023

Modalidad: Presencial

165

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	211,027.8
Muestra Auditada	210,910.0
Representatividad de la Muestra	99.9%

De los 211,027.8 miles de pesos que el Instituto Mexicano del Seguro Social reportó como pagados en la Cuenta Pública 2022 en el proyecto "Construcción del HGZ de 170 camas en el municipio de Pachuca, Hidalgo", se revisó un monto de 210,910.0 miles de pesos que representó el 99.9% del monto reportado como erogado en el año de estudio, como se detalla en la siguiente tabla.

Contrato núm./Diferencia por aclarar	CONTRATOS REVISADOS (Miles de pesos y porcentajes)		
	Importes		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Revisado	
Contrato de obra pública			
1-15130001-4-13086	10,140.1	10,140.1	100.0
Contratos de adquisiciones			
040E01022-001	296.5	296.5	100.0
040E01022-004	28.2	28.2	100.0
040E01022-007	3,233.6	3,233.6	100.0
040E01022-008	1,513.6	1,513.6	100.0
040E01022-013	2,369.3	2,369.3	100.0
040E01022-016	5,818.0	5,818.0	100.0
040E01022-018	1,483.3	1,483.3	100.0
040E01022-020	25.3	25.3	100.0
040E01022-021	878.7	878.7	100.0
040E01122-003	1,208.8	1,208.8	100.0
040E01122-006	452.0	452.0	100.0
21BI0103	3,040.5	3,040.5	100.0
21BI0104	525.7	525.7	100.0
21BI0106	2,894.2	2,894.2	100.0
21BI0107	1,195.4	1,195.4	100.0
21BI0108	459.4	459.4	100.0
21BI0111	6,960.0	6,960.0	100.0
21BI0112	2,900.0	2,900.0	100.0
21BI0113	592.9	592.9	100.0
21BI0114	701.8	701.8	100.0

Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022

Contrato núm./Diferencia por aclarar	Importes		Alcance de la revisión (%)
	Ejercido	Revisado	
Contrato de obra pública			
21BI0115	1,303.8	1,303.8	100.0
21BI0116	2,889.2	2,889.2	100.0
21BI0117	1,073.6	1,073.6	100.0
DC22S341	19,488.0	19,488.0	100.0
DC22S347	1,475.3	1,475.3	100.0
DC22S350	749.7	749.7	100.0
DC22S351	2,944.5	2,944.5	100.0
DC22S371	5,997.2	5,997.2	100.0
DC22S372	634.5	634.5	100.0
DC22S373	975.6	975.6	100.0
DC22S374	7,044.9	7,044.9	100.0
DC22S375	2,273.6	2,273.6	100.0
DC22S377	1,918.6	1,918.6	100.0
DC22S379	2,626.7	2,626.7	100.0
DC22S380	139.2	139.2	100.0
DC22S381	1,142.6	1,142.6	100.0
DC22S382	1,829.1	1,829.1	100.0
DC22S384	4,176.0	4,176.0	100.0
DC22S385	4,844.3	4,844.3	100.0
DC22S386	14,244.8	14,244.8	100.0
BI21009	337.6	337.6	100.0
BI21024	11.0	11.0	100.0
BI21033	1,863.8	1,863.8	100.0
BI21034	542.1	542.1	100.0
BI21035	140.9	140.9	100.0
BI21036	512.0	512.0	100.0
BI21037	90.0	90.0	100.0
BI21043	291.3	291.3	100.0
BI21048	1,682.0	1,682.0	100.0
BI21049	32.7	32.7	100.0
BI21052	560.6	560.6	100.0
BI21055	1,935.7	1,935.7	100.0
BI21056	4,782.7	4,782.7	100.0
BI21058	132.1	132.1	100.0
BI21060	81.0	81.0	100.0
BI21061	55.7	55.7	100.0
BI21062	873.5	873.5	100.0
BI21063	381.4	381.4	100.0
BI21064	8,357.8	8,357.8	100.0
BI21065	930.3	930.3	100.0
BI22001	689.2	689.2	100.0
BI22019	77.5	77.5	100.0
BI22025	4,782.7	4,782.7	100.0
BI22028	2,900.0	2,900.0	100.0
BI22029	2,595.5	2,595.5	100.0
BI22030	45,054.4	45,054.4	100.0
BI22032	1,076.5	1,076.5	100.0
BI22034	365.4	365.4	100.0
BI22035	5,286.1	5,286.1	100.0
Diferencia por aclarar	*117.8	0.0	0.0
Total	211,027.8	210,910.0	99.9

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social, tabla elaborada con base en los expedientes de los contratos revisados y en la información y documentación proporcionados por la entidad fiscalizada.

*Nota: Monto observado en el resultado núm. 3.

El proyecto “Construcción del HGZ de 170 camas en el municipio de Pachuca, Hidalgo” contó con suficiencia presupuestal por un monto de 211,027.8 miles de pesos de recursos federales reportados como pagados en la Cuenta Pública de 2022, específicamente en el Tomo VII, Sector Paraestatal, Ramo 50, Instituciones Públicas de la Seguridad Social, Información Programática, apartado Detalle de Programas y Proyectos de Inversión, con la clave

de cartera núm. 1650GYR0061 y las claves presupuestarias núms. 50-GYR-2-3-02-004-K012-62201-3-4-13-1650GYR0061, 50-GYR-2-3-02-004-K012-51101-2-4-13-1650GYR0061, 50-GYR-2-3-02-004-K012-51501-2-4-13-1650GYR0061, 50-GYR-2-3-02-004-K012-51901-2-4-13-1650GYR0061, 50-GYR-2-3-02-004-K012-52901-2-4-13-1650GYR0061, 50-GYR-2-3-02-004-K012-53101-2-4-13-1650GYR0061 y 50-GYR-2-3-02-004-K012-56201-2-4-1-1650GYR0061.

Resultados

Se identificaron diferencias entre lo reportado en la Cuenta Pública de 2022 y lo acreditado documentalmente por la entidad fiscalizada.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 5 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. El restante generó:

1 Recomendación.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 16 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar y verificar la gestión financiera de los recursos federales canalizados al proyecto “Construcción del HGZ de 170 camas en el municipio de Pachuca, Hidalgo”, a fin de comprobar que las inversiones físicas se planearon, programaron, presupuestaron, contrataron, ejecutaron, pagaron y finiquitaron de conformidad con la legislación y normativa aplicables, y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, el Instituto Mexicano del Seguro Social, cumplió las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia.

Secretaría de Bienestar

Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Desarrollo Social

Auditoría de Desempeño: 2022-0-20100-07-0249-2023

Modalidad: Presencial

249

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados de la Secretaría de Bienestar en la entrega de apoyos económicos y en especie a las personas con discapacidad permanente, a fin de determinar su contribución en la mejora de sus ingresos y en su derecho al desarrollo social para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Alcance

La auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022 y se utilizó como periodo de referencia 2019-2021. El alcance temático comprendió la revisión de los resultados de la Secretaría de Bienestar en la cobertura de apoyos económicos y en especie a las personas con discapacidad (PCD) permanente; la coordinación institucional; su contribución en la mejora de sus ingresos y en su derecho al desarrollo social para favorecer su desarrollo integral e inclusión a la sociedad; el análisis de la aplicación de los recursos aprobados al programa presupuestario, así como de la Matriz de Indicadores para Resultados, en el marco del SED, del ejercicio fiscal 2022.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del Pp S286 para promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos, así como el desarrollo integral e inclusión de las personas con discapacidad.

Resultados

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2022, en materia del diseño normativo, programático y presupuestario, aunque la secretaría vinculó el Pp S286 con las prioridades definidas en la planeación nacional y sectorial, la MIR del programa presentó áreas de mejora para medir el avance, cumplimiento y contribución en la inclusión de las personas con discapacidad en el desarrollo social, aunado a que no dispuso de una unidad responsable con las competencias y atribuciones correspondientes para atender a las personas con discapacidad beneficiarias del programa.

Respecto a la cobertura de atención, la dependencia otorgó apoyos a 1,231,335 personas con discapacidad, que representaron el 81.2% de las 1,515,841 definidas como población objetivo, pero no comprobó de qué manera se otorgaron los apoyos en especie y tampoco el proceso que realizó con los apoyos no cobrados.

Asimismo, se presentaron áreas de oportunidad en la integración, actualización y validación del padrón de beneficiarios, ya que no incluyó el registro del certificado de la discapacidad para acreditar la condición de la persona; en 44 de las 89 columnas que lo componen no contó con al menos un dato; presentó registros de beneficiarios sin su respectiva CURP; inconsistencias entre la CURP y el identificador único de cada derechohabiente, así como en los montos emitidos, cobrados y reportados como subsidios en la Cuenta Pública 2022, aunado a las diferencias entre el número de pagos de marcha, las bajas y los apoyos otorgados, lo que no permitió asegurar la integridad del padrón de beneficiarios y de los sistemas para garantizar la obtención de información auténtica y de calidad sobre la operación del programa.

En términos de la coordinación, si bien en el marco del Convenio de Universalización de la Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente, la secretaría benefició a 149,976 personas de entidades federativas con bajos niveles de marginación, así como a 63,669 personas con grados de marginación altos y muy altos, la dependencia no realizó convenios de colaboración con otras dependencias y entidades de la APF, con el CONADIS, ni con la Junta de Gobierno de ese organismo, lo que impidió disponer de información sobre la transferencia de

bases de datos de personas beneficiarias; el establecimiento de un formato o documento base con el dictamen médico que acredite la discapacidad permanente de las personas, y la realización de acciones en el marco del Sistema Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (SNDIPD).

En 2022, la dependencia operó el programa sin las herramientas y mecanismos para corroborar su contribución en la atención de la problemática que enfrentan las personas con discapacidad y sus familias, así como en la ejecución de las acciones, programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza que garanticen el desarrollo de las personas con discapacidad.

Consecuencias Sociales

A 2022, la Secretaría de Bienestar otorgó apoyos económicos y en especie en beneficio de las 6,179,890 ³⁴ personas con discapacidad permanente; no obstante, presentó áreas de mejora para garantizar el derecho al desarrollo social, ya que las estrategias no se diseñaron y aplicaron bajo criterios de mejora continua de las condiciones de vida, la protección social y de reducción de la pobreza.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, 6 generaron:

6 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, la Secretaría de Bienestar, con el ejercicio de 18,944,837.1 miles de pesos, mostró avances en la atención de las personas con discapacidad mediante el otorgamiento de apoyos económicos y en especie, pero presentó áreas de mejora en cuanto a disponer de una unidad responsable específica para operar el Pp S286 ocasionando que su diseño y alcance fuera limitado para atender la problemática que dio origen al programa, lo que provocó que no se garantizara el derecho al desarrollo social de las personas con discapacidad permanente para favorecer su desarrollo integral e inclusión en la sociedad.

Con la auditoría se contribuirá a que la entidad fiscalizada diseñe y ejecute acciones de protección y desarrollo social, así como estrategias de reducción de la pobreza de las personas con discapacidad permanente, definiendo una unidad responsable para su atención, delimitando el alcance del Pp S286 y mejorando los mecanismos para generar información confiable en cuanto al otorgamiento de los apoyos económicos y en especie, que le permitan medir su contribución en mejorar los ingresos y el desarrollo integral e inclusión a la sociedad de ese sector poblacional y sus familias.

Asimismo, las recomendaciones al desempeño aportarán elementos para que la Secretaría de Bienestar elabore e implemente una estrategia integral y transversal en el sector, que derive de la elaboración de un diagnóstico en el que se identifique la problemática de las personas con discapacidad en cuanto a su derecho al desarrollo social; el diseño de los procedimientos para que sus sistemas permitan la obtención de información auténtica y de calidad para asegurar la integración del padrón de beneficiarios; el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación para ejecutar los programas, estrategias y acciones asociados a la política de inclusión de las personas con discapacidad, así como los procedimientos, metas o indicadores para medir su contribución en la atención de la problemática que enfrentan las personas con discapacidad y sus familias, a efecto de garantizar el derecho de las personas con discapacidad, a un mayor índice de desarrollo humano, así como el de sus familias y a la mejora continua de sus condiciones de vida, sin discriminación, en los términos que se establecen en las atribuciones que le fueron otorgadas en la LGIPD y su reglamento y, con ello, favorecer la definición de programas de protección social y las estrategias para la reducción de la pobreza de ese grupo poblacional, que favorezcan el logro del objetivo de la inclusión de las personas con discapacidad relativo a la promoción, protección y aseguramiento del ejercicio pleno de los derechos de segunda generación de las personas con discapacidad; su desarrollo integral e inclusión social.

34 Censo Nacional de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Geografía y Estadística: Población con discapacidad o limitación en la actividad cotidiana por entidad federativa y tipo de actividad realiza según sexo, 2020. [consulta: 21 de julio de 2023] Disponible en https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_02_2c111b6a-6152-40ce-bd39-6fab2c4908e3&idrt=151&opc=t.

Secretaría de Bienestar

Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras

Auditoría De Cumplimiento: 2022-0-20100-19-0252-2023

Modalidad: Presencial

252

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera para verificar que el presupuesto asignado al "Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras" se ejerció y registró conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

EGRESOS	
	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	2,566,276.0
Muestra Auditada	2,566,276.0
Representatividad de la Muestra	100.0%

La muestra revisada de 2,566,276.0 miles de pesos representa el total de los recursos ejercidos por la Secretaría de Bienestar durante el ejercicio 2022 con cargo en la partida de gasto 43301 "Subsidios para Inversión", correspondientes al programa presupuestario S174 "Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras".

Los recursos objeto de revisión en esta auditoría se encuentran reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2022, en el Tomo III, apartado "Información Presupuestaria", en el "Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación Funcional-Programática" correspondiente al Ramo 20 Bienestar, en cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Resultados

La Secretaría de Bienestar no realizó la actualización del Manual de Organización General acorde a la estructura orgánica autorizada, además no contó con la actualización, autorización y publicación de los manuales de organización y de procedimientos específicos de las áreas involucradas en la operación del programa; y no acreditó que realizó el seguimiento para atender las recomendaciones comprometidas con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

La entidad fiscalizada no reportó en la Cuenta Pública el monto real ejercido en el programa ya que no incluyó reintegros realizados por apoyos económicos no entregados a los beneficiarios.

La Unidad responsable del programa otorgó apoyos económicos por 1,180.8 miles de pesos a 157, personas correspondientes a ejercicios anteriores sin que acreditarla la procedencia de su entrega con recursos del ejercicio 2022.

No contó con 32 expedientes de beneficiarios, y 380 expedientes carecen de la solicitud de incorporación, además en 647 expedientes carecen de al menos un documento que acredite que cumplieron con todos los criterios y requisitos de elegibilidad.

El Padrón de Beneficiarios del programa del ejercicio 2022, no contiene todos los datos establecidos en la normativa, además no fue reportado en el plazo respectivo y los datos de los beneficiarios no fueron consistentes con la base de datos de las personas que recibieron un apoyo económico ni con el Padrón Único de Beneficiarios.

Montos por Aclarar

Se determinaron 1,180,800.00 pesos pendientes por aclarar.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 11 resultados, de los cuales, en 3 no se detectaron irregularidades y los 8 restantes generaron: 11 Recomendaciones, 1 Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y 1 Pliego de Observaciones.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 13 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera para verificar que el presupuesto asignado al "Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras" se ejerció y registró conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas; y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Secretaría de Bienestar cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

La Secretaría de Bienestar no realizó las actualizaciones pertinentes para que la estructura orgánica autorizada coincida con la contenida en el Manual de Organización General, no contó con la actualización, autorización y publicación de los manuales de organización y de procedimientos específicos de las áreas involucradas en la operación del programa.

Asimismo, no acreditó que realizó el seguimiento para atender las recomendaciones y acciones comprometidas con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, las cuales inciden en la operación del programa.

En la Cuenta Pública no se reportó el monto real ejercido en el programa toda vez que no se incluyeron en éste los reintegros realizados por las instancias dispersoras respecto de los apoyos que no se entregaron a los beneficiarios.

Además, la entidad fiscalizada otorgó apoyos económicos por 1,180.8 miles de pesos a 157 personas correspondientes a ejercicios anteriores sin que acreditará, con la documentación respectiva, la procedencia de cubrir dichos apoyos con recursos del ejercicio 2022.

No realizó una adecuada integración de los expedientes de los beneficiarios toda vez que 647 expedientes, carecen de al menos un documento que acredite que cumplieron con todos los criterios y requisitos de elegibilidad; además, no contó con los expedientes de 32 beneficiarios.

En las Reglas de Operación del programa no se establecieron mecanismos para realizar los levantamientos de campo por parte del personal de apoyo y para las incorporaciones de los beneficiarios al programa, así como los períodos de registro y los medios en que se les daría a conocer a los solicitantes el resultado de la evaluación de sus solicitudes, o bien, los motivos en caso de rechazo, y no establecen, para la modalidad "B", que los apoyos se entregarán hasta cumplir la edad establecida o hasta un día antes de cumplir el límite de edad; asimismo, no establecen el límite máximo de niñas o niños por hogar para recibir el apoyo económico en el mismo periodo, y tampoco establecen la periodicidad en que se realizarán las visitas de seguimiento ni el formato en el que se describen los resultados de dicha actividad.

El Padrón de Beneficiarios del programa correspondiente al ejercicio 2022 que se integra en el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales no contó con todos los datos establecidos como obligatorios; asimismo, dicho padrón no fue reportado con oportunidad en el plazo establecido, y los datos no fueron consistentes con la base de datos de los beneficiarios que recibieron un apoyo ni con el Padrón Único de Beneficiarios.

Secretaría de Bienestar

Programa de Microcréditos para el Bienestar

Auditoría De Cumplimiento: 2022-0-20100-19-0253-2023

Modalidad: Presencial

253

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar la gestión financiera para verificar que los recursos del Fideicomiso de Microcréditos para el Bienestar se ejercieron y registraron conforme a los montos aprobados por el Comité Técnico, así como verificar que se efectuaron los reembolsos de los beneficiarios del Programa de Microcréditos para el Bienestar, de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

Alcance

	INGRESOS	EGRESOS
	Miles de Pesos	Miles de Pesos
Universo Seleccionado	699,535.4	955,749.0
Muestra Auditada	699,535.4	955,749.0
Representatividad de la Muestra	100.0%	100.0%

La muestra auditada representa el total de los ingresos del Fideicomiso de Microcréditos para el Bienestar en 2022 por 699,535.4 miles de pesos, los cuales corresponden a reembolsos realizados por los beneficiarios del programa y rendimientos generados, así como el total de los egresos por 955,749.0 miles de pesos destinados al otorgamiento de apoyos económicos del programa, al pago de honorarios al fiduciario, devoluciones de reembolsos y reintegros a la Tesorería de la Federación por los rendimientos generados, como se muestra a continuación:

PATRIMONIO DEL FIDEICOMISO DE MICROCRÉDITOS PARA EL BIENESTAR		
EJERCICIO 2022		
(Miles de pesos)		
Concepto	Importe	Total
Disponibilidad al 31/12/2021		803,710.9
Reembolsos de apoyos otorgados	612,922.7	
Rendimientos generados	72,946.4	
Depósitos en tránsito	13,666.3	
	Total de ingresos	699,535.4
Patrimonio más Ingresos		1,503,246.3
Entrega de apoyos a los beneficiarios	862,996.0	
Honorarios al fiduciario, devoluciones de reembolsos en demasia y reintegros a la TESOFE por rendimientos	92,753.0	
	Total de egresos	955,749.0
Patrimonio al 31 de diciembre de 2022		547,497.3

FUENTE: Estados de cuenta bancarios y Estados Financieros del Fideicomiso de Microcréditos para el Bienestar, ejercicio 2022.

Los recursos objeto de revisión en esta auditoría se encuentran reportados en la Cuenta Pública del ejercicio 2022, en el Tomo III, apartado “Anexos”, en la información sobre Fideicomisos, Mandatos y Análogos que no son entidades, con registro vigente al 31 de diciembre de 2022, correspondiente al Ramo 20 Bienestar.

Resultados

Las cifras presentadas en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2022 no se corresponden con las reportadas en los estados de cuenta bancarios del Fideicomiso de Microcréditos para el Bienestar, toda vez que presentan una variación en el rubro ingresos.

La Secretaría de Bienestar no acreditó los motivos por los cuales otorgó primeros apoyos a 43 beneficiarios de la Modalidad “Consolidación” que no cumplieron con la edad mínima de 30 años requerida para ser beneficiarios del programa.

La entidad fiscalizada no validó que los expedientes electrónicos de los beneficiarios del programa se encontraban debidamente integrados con la documentación e información que acredite que antes de la autorización del otorgamiento de los apoyos económicos, los beneficiarios del programa cumplieron con los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en las Reglas de Operación del Programa vigentes para el ejercicio 2022, ni contaron con 145 expedientes electrónicos de los beneficiarios.

El padrón de beneficiarios fue integrado por 32,019 registros de beneficiarios que corresponden al ejercicio fiscal 2021, por lo que no se encuentra actualizado con la información de las personas que fueron beneficiarias en 2022.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 13 resultados, de los cuales, en 9 no se detectaron irregularidades y los 4 restantes generaron: 4 Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria.

Dictamen

El presente dictamen se emite el 12 de octubre de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada y de cuya veracidad es responsable. Con base en los resultados obtenidos en la auditoría practicada, cuyo objetivo fue fiscalizar la gestión financiera para verificar que los recursos del Fideicomiso de Microcréditos para el Bienestar se ejercieron y registraron conforme a los montos aprobados por el Comité Técnico, así como verificar que se efectuaron los reembolsos de los beneficiarios del Programa de Microcréditos para el Bienestar, de acuerdo con las disposiciones legales y normativas; y, específicamente, respecto de la muestra revisada que se establece en el apartado relativo al alcance, se concluye que, en términos generales, la Secretaría de Bienestar cumplió con las disposiciones legales y normativas que son aplicables en la materia, excepto por los aspectos observados siguientes:

La Secretaría de Bienestar presentó cifras en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2022, en el rubro de ingresos, que no se corresponden con las reportadas en los estados de cuenta bancarios del Fideicomiso de Microcréditos para el Bienestar.

La entidad fiscalizada otorgó apoyos a 43 personas que no cumplieron con la edad requerida para ser beneficiarios del programa, de acuerdo con la Reglas de Operación de Microcréditos para el Bienestar para el ejercicio 2022.

Además, la entidad fiscalizada no contó con los expedientes electrónicos de algunos de los beneficiarios ni acreditó que validó que éstos se encontraban debidamente integrados con la documentación e información que acredite que los beneficiarios de los apoyos económicos del programa, cumplieron con los criterios de elegibilidad y requisitos que establecen las Reglas de Operación del programa para el ejercicio 2022, antes de la autorización de su apoyo.

Por otra parte, el padrón único de beneficiarios del programa que se encuentra en el portal de la Secretaría de Bienestar presentó variaciones en la cantidad de beneficiarios respecto de los que recibieron el apoyo.

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad

Diseño de la Política de Inclusión de las Personas con Discapacidad

Auditoría de Desempeño: 2022-1-20VRW-07-0094-2023

Modalidad: Presencial

94

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el diseño, ejecución, coordinación, seguimiento y evaluación de las estrategias gubernamentales aplicadas, a fin de determinar su contribución para promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos, así como el desarrollo integral e inclusión de las personas con discapacidad.

Alcance

La auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022 y se utilizó como periodo de referencia 2019-2021. El alcance temático comprendió la revisión de los resultados del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, en el diseño y ejecución; coordinación; seguimiento y evaluación de las estrategias gubernamentales aplicadas; su contribución para promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y el desarrollo integral e inclusión de las personas con discapacidad; el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; el análisis de la aplicación de los recursos aprobados al programa presupuestario, así como de la Matriz de Indicadores para Resultados, en el marco del SED, en el ejercicio fiscal 2022.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado no fueron suficientes ni consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de los objetivos y metas de la política y del Pp P004 para promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos, así como el desarrollo integral e inclusión de las personas con discapacidad.

Resultados

Una persona con discapacidad (PCD) es aquella que, por razón congénita o adquirida, presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.³⁵

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad se reconoce la participación del Estado como encargado de promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.

En los documentos de planeación de mediano plazo, correspondientes al periodo 2020-2024, vinculados con la inclusión de las personas con discapacidad, se identificó que la problemática que enfrenta este grupo poblacional consiste en que “En México, la inclusión social de las personas con discapacidad se ha planeado y conducido de manera desarticulada y asimétrica, carente de una política con enfoque transversal en los programas gubernamentales, lo que ha limitado la promoción, protección y el pleno ejercicio de sus derechos aumentado con ello las barreras del entorno social e impidiendo su inclusión efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones”.

35 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [en línea]. Diario Oficial de la Federación 30 de mayo de 2011. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf>.

En este marco, la intervención gubernamental del Gobierno Federal se orientó a dos aspectos: a) desarrollo integral, relativo a la consolidación de una política de Inclusión de Personas con Discapacidad con enfoque transversal que favorezca una planeación y conducción articulada de los actores pertinentes para la promoción, protección y el ejercicio de sus derechos, y b) derechos humanos de segunda generación, relacionada con la instrumentación de acciones para generar las condiciones que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos en materia de salud y asistencia social; trabajo y empleo; educación; transporte y comunicaciones, y desarrollo social,³⁶ a fin de contribuir al fortalecimiento de su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

Por lo anterior, la fiscalización en materia de inclusión de las personas con discapacidad implicó la revisión de 8 Pp, de los que 1³⁷ se relacionó con el desarrollo integral de las personas con discapacidad y 7³⁸ con los derechos humanos de segunda generación de ese grupo poblacional.

Efectos de la inclusión de las personas con discapacidad

De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, del total de la población en el país equivalente a 126,014,024 personas, el 4.9% (6,179,890) registró alguna discapacidad y/o algún problema o condición mental.³⁹

Asimismo, con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)⁴⁰ y la Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana (ENPDis), se identificó que una tercera parte de las PCD expresan que no han sido respetados sus derechos; seis de cada diez no realizan actividades recreativas; siete de cada diez perciben que el transporte carece de las condiciones necesarias para su traslado, además de que las PCD presentan carencia en los servicios de salud y educativos.⁴¹ Asimismo, el Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, señaló que prácticamente existe una ausencia de planes de prevención y de protección de las personas con discapacidad.⁴²

Si bien el Gobierno Federal implementó un programa específico para el otorgamiento de subsidios a las personas con discapacidad permanente, así como el Programa Nacional de Trabajo y Empleo para las Personas con Discapacidad 2021-2024, careció del diseño de medidas que contribuyeran al pleno ejercicio de los derechos de ese grupo vulnerable en el rubro de transporte y comunicaciones, y del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, el cual estuvo a cargo del CONADIS, en su carácter de organismo responsable de establecer y coordinar la Política Pública de Inclusión de las Personas con Discapacidad, situación que implicó que ésta operara de manera asimétrica y desarticulada en menoscabo de sus derechos.

Por lo anterior, fue de interés de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios (DGADPP) realizar un conjunto de auditorías relacionadas con el desarrollo integral y la atención de los derechos humanos de segunda generación para la inclusión social de ese grupo vulnerable.

36 Íbid.

37 Programa presupuestario: P004 “Diseño integral de las personas con discapacidad”.

38 Programas presupuestarios: E040 “Servicios de asistencia social integral”; S039 “Programa de atención a personas con discapacidad”; P001 “Instrumentación de la política laboral”; S295 “Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial”; S298 “Atención de Planteles Federales de Educación Media Superior con estudiantes con discapacidad”; P001 “Definición, conducción y supervisión de la política de comunicaciones y transportes”, y S286 “Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente”.

39 Censo Nacional de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Geografía y Estadística: Población con discapacidad o limitación en la actividad cotidiana por entidad federativa y tipo de actividad realiza según sexo, 2020. [consulta: 21 de julio de 2023] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_02_2c111b6a-6152-40ce-bd39-6fab2c4908e3&idrt=151&opc=t.

40 Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, Principales resultados [en línea], Instituto Nacional de Estadística y Geografía [consulta: 17 de noviembre de 2022] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_resultados.pdf

41 Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana (ENPDis) 2010. Informe final de resultados [en línea], Instituto Nacional de Salud Pública [consulta: 17 de noviembre de 2022] Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131011_ENPDis.pdf

42 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2022 [en línea], Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [consulta: 28 de febrero de 2023] Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=es&TreatyID=4&CountryID=112

Responsables de la atención de los derechos humanos para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

De acuerdo con la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (LGIPD), el Poder Ejecutivo Federal debe establecer las políticas públicas para las personas con discapacidad, a fin de cumplir las obligaciones derivadas de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado Mexicano, adoptando medidas legislativas, administrativas y de otra índole, para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad.⁴³

Con el análisis de las atribuciones definidas en LGIPD y su reglamento, la DGADPP definió las acciones puntuales y los programas presupuestarios asociados con la atención de estos derechos, conforme al cuadro siguiente:

DERECHOS HUMANOS DE SEGUNDA GENERACIÓN Y RESPONSABLES, 2022

Derecho	Acciones puntuales	Programas presupuestarios asociados	Ente responsable
Desarrollo Integral			
Desarrollo Integral	Diseñar, ejecutar, coordinar, dar seguimiento y evaluar las estrategias gubernamentales aplicadas en la política de Inclusión de Personas con Discapacidad.	P004 "Desarrollo integral de las personas con discapacidad"	CONADIS
Atención de los derechos humanos de segunda generación			
Salud y Asistencia Social	Prestar servicios de salud para la rehabilitación de las personas con discapacidad.	E040 "Servicios de asistencia social integral".	SNDIF
	Otorgar subsidios para la ejecución de proyectos en materia de ayudas funcionales, equipamiento e infraestructura y desarrollo.	S039 "Programa de atención a personas con discapacidad"	
Trabajo y Empleo	Incluir en el ámbito laboral a las personas con discapacidad.	P001 "Instrumentación de la política laboral"	STPS
Educación	Otorgar subsidios en los Servicios de Educación Especial Básica.	S295 "Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (PFSEE)"	SEP
	Otorgar subsidios en los Servicios de Educación Especial en planteles de educación media superior.	S298 "Atención de Planteles Federales de Educación Media Superior con estudiantes con discapacidad (PAPFEMS)"	
Transporte Público y Comunicaciones	Ejecutar los mecanismos de accesibilidad para las personas con discapacidad.	P001 "Definición, conducción y supervisión de la política de comunicaciones y transportes"	SICT
Desarrollo Social	Otorgamiento de apoyos económicos y en especie a las personas con discapacidad permanente.	Pp S286 "Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente"	BIENESTAR

FUENTE: Elaborado por la DGADPP con base en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y su reglamento.

CONADIS: Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

SNDIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

STPS: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

SEP: Secretaría de Educación Pública.

SICT: Secretaría de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes.

BIENESTAR: Secretaría de Bienestar.

43 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [en línea]. Diario Oficial de la Federación 30 de mayo de 2011.

Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf>.

Fiscalización en materia de inclusión de las personas con discapacidad

La fiscalización en materia de inclusión de las personas con discapacidad comprendió el análisis del ejercicio fiscal 2022, en dos aspectos: a) desarrollo integral, relativo a la consolidación de una política de Inclusión de Personas con Discapacidad con enfoque transversal que favorezca una planeación y conducción articulada de los actores pertinentes para la promoción, protección y el ejercicio de sus derechos, y b) derechos humanos de segunda generación, relacionada con la instrumentación de acciones para generar las condiciones que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos en materia de salud y asistencia social; trabajo y empleo; educación; transporte y comunicaciones, y desarrollo social.

Desarrollo integral

En cuanto al desarrollo integral, los resultados mostraron que, en 2022, el CONADIS, en su carácter de organismo responsable de establecer y coordinar la Política Pública de Inclusión de las Personas con Discapacidad, no dispuso de un diagnóstico actualizado en la materia, a fin de conocer la situación de ese grupo de personas en el país, para establecer objetivos, estrategias y acciones adecuadas para su atención. Si bien, el consejo elaboró el proyecto del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (PNDIPD) para 2022, en el que incluyó los elementos necesarios para la ejecución y coordinación de la política pública respectiva, éste no fue publicado y, en consecuencia, no se contó de un marco operativo que definiera las acciones y pautas para su aplicación.

Respecto de la ejecución y coordinación de la política, el organismo no acreditó que, para 2022, contara con la evidencia de la totalidad de las actividades asociadas a la promoción de los derechos de las PCD, ni ejecutó el PNDIPD, lo que implicó que el consejo operara sin directrices; además de que no definió mecanismos de coordinación, ni estableció convenios interinstitucionales para ejecutar la política pública, ni para consolidar la operación del Sistema Nacional de Información en Discapacidad.

En cuanto al seguimiento y evaluación, el organismo no contó con los lineamientos o criterios respectivos, así como de la evidencia documental que acreditara la realización de esos procesos, por lo que, en 2022, el CONADIS desconoció la aportación del PNDIPD y del Pp P004.

Derechos humanos de segunda generación

➤ *Salud y asistencia social*

En materia de salud y asistencia social, mediante el Pp E040 “Servicios de asistencia social integral”, el SNDIF realizó acciones en cumplimiento de sus atribuciones relativas a la emisión de certificados de discapacidad y credenciales para la identificación de personas con discapacidad; la prestación de los servicios de preconsultas; de consultas médicas y paramédica; sesiones de terapia física, ocupacionales y de lenguaje mediante 21 centros de rehabilitación ubicados en 17 entidades federativas, y por medio del Pp S039 “Programa de Atención a Personas con Discapacidad” otorgó subsidios en 32 entidades federativas para la implementación de 33 proyectos con acciones en salud, en equipamiento e infraestructura y de desarrollo; no obstante, se identificaron deficiencias programáticas y normativas que revelaron la insuficiencia de los programas para contribuir a las atribuciones señaladas en la LGIPD, una inadecuada alineación con los compromisos sectoriales y nacionales, así como la falta de coordinación con la Secretaría de Salud y sus instancias estatales y municipales, aspectos que limitaron la transversalidad de las intervenciones para la atención de las personas con discapacidad y dificultaron la implementación de medidas que permitieran mejorar las condiciones para el ejercicio pleno del derecho de este grupo poblacional a la salud y asistencia social, su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

➤ *Trabajo y empleo*

En lo referente al trabajo y empleo, en 2022, si bien el marco normativo de la STPS se alineó con la inclusión de las personas con discapacidad; formuló el Programa de Apoyo al Empleo para las Personas con Discapacidad (PNTEPD) 2021-2024, y contó con las estrategias Abriendo Espacios, Red Nacional de Vinculación Laboral, Distintivo de Responsabilidad Laboral y aplicó evaluaciones VALPAR para atender a este grupo vulnerable; la secretaría presentó áreas de mejora en cuanto a la definición de objetivos e indicadores que contribuyan a medir el avance de la inclusión en el ámbito laboral de ese grupo poblacional; en la vinculación de las estrategias del PNTEPD 2021-2024 con los objetivos prioritarios de la política laboral; en la generación de información integral sobre la atención de las PCD, y en la coordinación con el sector público, privado y social, lo que le permitiría garantizar el derecho al trabajo digno y al empleo, en igualdad de oportunidades, equidad y no discriminación de ese grupo poblacional.

➤ *Educación*

En materia de educación, la SEP contó con los programas S298 “Atención de Planteles Federales de Educación Media Superior con estudiantes con discapacidad (PAPFEMS)” y S295 “Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (PFSEE)”, en relación con el primero se identificaron deficiencias en el otorgamiento de subsidios en los Servicios de Educación Especial en planteles de educación media superior, en cuanto a su diseño normativo; en su diseño programático presupuestario; en la selección de los planteles federales de educación media superior; en los proyectos institucionales de los planteles federales de educación media superior; y en materia de economía. En cuanto al segundo, se detectó que de 2020 a 2022, la SEP no ejerció los recursos asignados para el otorgamiento de los subsidios, por medio del Pp S298, lo que significó que en tres años se dejó de atender a los planteles federales de educación media superior que tenían matriculados a personas con discapacidad mediante el programa.

➤ *Transporte Público y Comunicaciones*

En el derecho al transporte público y comunicaciones, la SICT no contó con un mecanismo para destinar recursos para la atención de este grupo poblacional, aunado a la desactualización y desarmonización de su marco normativo y programático con las atribuciones que le fueron otorgadas en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, factores que dificultaron el diseño de las intervenciones que se requieren para favorecer la accesibilidad de las PCD a los servicios de transporte aéreo, terrestre y las comunicaciones en un entorno de seguridad, comodidad, calidad y funcionalidad, por lo que no contribuyó al ejercicio pleno del derecho de las personas con discapacidad al transporte público y las comunicaciones para su desarrollo integral e inclusión a la sociedad.

➤ *Desarrollo Social*

En el derecho al desarrollo social, aunque la Secretaría de Bienestar vinculó el Pp S286 con las prioridades definidas en la planeación nacional y sectorial y otorgó apoyos a 1,231,335 personas, que representaron el 81.2% de la población objetivo de 1,515,841 personas; no comprobó el otorgamiento de los apoyos en especie, ni el estatus de los apoyos no cobrados; no acreditó el proceso para la integración del padrón de beneficiarios; ni contó con una unidad responsable con las competencias y atribuciones para atender a las personas con discapacidad beneficiarias del programa, y operó el programa sin las herramientas y mecanismos para corroborar su contribución en la atención de la problemática que enfrentan las personas con discapacidad y sus familias.

Consecuencias Sociales

A 2022, la falta del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad representó para el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad un área de oportunidad para ejecutar, coordinar, vigilar y evaluar la política en materia de inclusión de las personas con discapacidad, lo que implicó un riesgo en la promoción, protección y aseguramiento del ejercicio pleno de los derechos de las 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad en México,⁴⁴ así como en su desarrollo integral e inclusión social.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 8 resultados, de los cuales, 3 fueron solventados por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 5 restantes generaron:

5 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

Con base en los elementos expuestos, en opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, al no publicar el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, el CONADIS evidenció limitaciones para realizar el seguimiento y evaluación de la política pública, a fin de consolidarla con un enfoque transversal para su operación, lo que implicó que la intervención gubernamental del SNDIF, la STPS, la SEP, la SICT y la Secretaría de Bienestar fueran insuficientes y se aplicaran de manera desarticulada, lo que limitó la promoción, protección y garantía de los derechos humanos de segunda

44 Censo Nacional de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Geografía y Estadística: Población con discapacidad o limitación en la actividad cotidiana por entidad federativa y tipo de actividad realiza según sexo, 2020. [consulta: 21 de julio de 2023] Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_02_2c111b6a-6152-40ce-bd39-6fab2c4908e3&idrt=151&opc=t.

generación de las personas con discapacidad relativos a la salud y asistencia social; trabajo y empleo; educación; transporte público y comunicaciones, y desarrollo social, y en consecuencia, el fortalecimiento del desarrollo integral e inclusión de las personas con discapacidad a la sociedad.

Con las auditorías se contribuirá, en materia de desarrollo integral, a contar con un marco operativo que defina las acciones y pautas para la aplicación del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, así como a fortalecer los mecanismos del CONADIS para la coordinación, seguimiento y evaluación de la política. Asimismo, se coadyuvará a que las dependencias y entidades encargadas de garantizar los derechos humanos de segunda generación armonicen su diseño normativo, programático y presupuestal con la LGIPD y su reglamento; implementen sistemas para la generación de información integral sobre la atención de las PCD; establezcan instrumentos de coordinación con el sector público, privado y social, mejoren los procesos para el otorgamiento de subsidios en el tema, y definan objetivos e indicadores que contribuyan a medir el avance de la inclusión de las PCD en cada uno de los ámbitos evaluados, a fin de contar con los elementos que les permitan dar cumplimiento a lo dispuesto en la ley y la Convención para promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos, así como su desarrollo integral e inclusión social.

Instituto Mexicano de Cinematografía

Servicios Cinematográficos

Auditoría de Desempeño: 2022-1-48MDC-07-0159-2023

Modalidad: Presencial

159

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar que por medio del Programa presupuestario E022 se prestaron servicios cinematográficos, a efecto de determinar la efectividad en la atención del problema público y en el cumplimiento de los objetivos comprometidos.

Alcance

La auditoría correspondió al ejercicio fiscal 2022, y comprendió la revisión de los resultados del IMCINE, específicamente, los mecanismos de evaluación; la operación del Pp E022, en términos de los procesos para la prestación de servicios cinematográficos; su contribución en el desarrollo de la industria en la materia; el ejercicio de los recursos y su costo-efectividad, y la competencia de los actores.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. Los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron, en lo general, suficientes, de calidad, confiables y consistentes para aplicar todos los procedimientos establecidos y para sustentar los hallazgos y la opinión de la Auditoría Superior de la Federación sobre el cumplimiento de objetivos y metas del Pp E022.

Resultados

Para el ejercicio fiscal 2022, el IMCINE contó con diversos instrumentos normativos; no obstante, en ninguno de éstos se establecieron los procedimientos para la prestación de servicios de producción, formación, ni promoción. Asimismo, la modalidad del Programa presupuestario no fue acorde con las principales actividades desarrolladas.

En materia de producción cinematográfica, se emitieron 4 convocatorias, se recibieron 774 solicitudes y fueron seleccionadas 488, lo que significó un cumplimiento menor a la meta programada; otorgó 44 apoyos económicos a proyectos para la producción cinematográfica por un monto de 4,732.5 miles de pesos; también se otorgaron 5 premios económicos por 250.0 miles de pesos para el Concurso de guiones de cortometraje, Nárralo en primera persona: "La maternidad y la doble o triple jornada de trabajo", y se otorgaron 13 estímulos económicos para la Creación Audiovisual en México y Centroamérica para Comunidades Indígenas y Afrodescendientes por 8,610.0 miles de pesos, de los cuales 7,850.0 miles de pesos se entregaron a los beneficiarios y 760.0 miles de pesos al personal que prestó servicios de orientación a los proyectos.

En relación con la formación cinematográfica, se publicó una convocatoria dirigida al "Estímulo para la Formación Audiovisual Independiente" con la cual se entregaron 13 apoyos económicos al mismo número de proyectos enfocados a la formación audiovisual independiente por un monto de 1,194.0 miles de pesos; reportó la implementación de 44 talleres; impartió dos en línea orientados a la conformación de acervos regionales con una asistencia de 67 participantes, y realizó 13 talleres en línea con el Centro de Apoyo a la Post-Producción (CAPP), lo que significó un cumplimiento menor en 18.8% (3) respecto de los 16 programados.

Respecto de la promoción cinematográfica, participó en 102 eventos nacionales realizados en 28 entidades federativas, para promocionar películas, lo que significó un cumplimiento mayor en 36.0% (27) respecto de 75 comprometidos, y en 592 eventos internacionales realizados en 90 países, para impulsar 314 películas mexicanas, esto representó un cumplimiento mayor en 55.4% (211) respecto de los 381 programados.

En lo referente al ejercicio de los recursos, el Instituto ejerció 113,746.3 miles de pesos, monto igual al modificado y 29.0% (25,596.4 miles de pesos) más que los 88,149.9 miles de pesos aprobados, debido a la instrumentación de 91 adecuaciones presupuestarias. En ese año, se registró un gasto de 114,400.7 miles de pesos, de los cuales

38,941.8 miles de pesos (34.0%) correspondieron a servicios personales; 650.1 miles de pesos (0.6%) a materiales y suministros; 49,348.5 miles de pesos (43.1%) a servicios generales, y 25,460.2 miles de pesos (22.3%) a transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas, lo que mostró que la mayor parte del presupuesto se orientó, entre otros conceptos, a la subcontratación de servicios con terceros.

En cuanto al cumplimiento del objetivo del Pp E022, se considera que el IMCINE no dispuso de elementos que le permitieran medir su contribución en el desarrollo de la industria cinematográfica y audiovisual, debido a que no definió ni cuantificó a la población a la que se dirigió el programa, tampoco de una metodología para definirla; respecto del cumplimiento del objetivo, el porcentaje alcanzado superior al 100.0% se puede deber a una deficiencia en su programación o que no se determinaron con base en una serie histórica, además su diseño no correspondió en su totalidad a la prestación de servicios.

Consecuencias Sociales

En 2022, con la operación del Pp E022, el IMCINE ejerció 113,746.3 miles de pesos, a efecto de prestar servicios cinematográficos, que se enfocaron principalmente en cinco actividades, de las cuales, capacitación, formación y promoción se vincularon con las características de la modalidad del Pp; mientras que lo relacionado con la emisión y selección de convocatorias, así como el otorgamiento de premios y apoyos económicos, correspondieron a las características de un Pp de modalidad "S" o "U"; además, se desconoció en qué medida el instituto, como uno de los responsables del programa presupuestario, contribuyó al desarrollo de la industria cinematográfica y audiovisual, debido a que no definió ni cuantificó las poblaciones a las que se dirigió el programa, no contó con una metodología que le permitiera definirla, y la programación de sus metas no denota que se hayan realizado con base en una serie histórica, por lo que se considera que, de prevalecer las deficiencias identificadas, podrían implicar la falta de certeza en los resultados de su operación, así como afectar la atención del problema público que se pretende abatir, el logro de los objetivos del programa, los institucionales y los de mediano plazo.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y los 6 restantes generaron:

7 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, por medio del Pp E022 "Servicios Cinematográficos", el IMCINE ejerció 113,746.3 miles de pesos que fueron destinados al otorgamiento de apoyos económicos para 44 proyectos de producción cinematográfica y 13 proyectos dirigidos a la formación audiovisual independiente, así como a la promoción de películas mexicanas en 102 eventos nacionales y 592 internacionales; sin embargo, se identificaron áreas de mejora relacionadas con la definición, clasificación y desarrollo de actividades vinculadas con la entrega de apoyos económicos, las cuales no se correspondieron con la modalidad "E"; con el diseño de indicadores orientados al otorgamiento de apoyos económicos y no a la prestación de servicios, conforme lo establece la modalidad del Pp; la falta de cuantificación de la población objetivo; de la determinación y difusión de los procedimientos de sus actividades prioritarias; la definición de las metas con base en una serie histórica, y la falta de mecanismos de control para la recopilación, procesamiento y presentación de los datos que evidencien los resultados de sus actividades, lo que puede limitar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la atención del problema público en el que se pretende incidir.

De atender las recomendaciones emitidas para mejorar el desempeño del Pp E022, el IMCINE dispondrá de información que le permita contar con una normativa clara y puntual que permita identificar áreas de oportunidad; proponer mejoras para una mayor eficiencia y manejo de los recursos; evaluar la efectividad del programa en el cumplimiento de su objetivo e incidir en la problemática que se pretende atender.

Instituto Nacional de Antropología e Historia

Investigación Científica, Arqueológica y Antropológica

Auditoría de Desempeño: 2022-5-48D00-07-0175-2023

Modalidad: Presencial

175

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados de la investigación en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación, a fin de que los resultados contribuyan a incrementar el conocimiento de la diversidad cultural, la historia y el patrimonio de México.

Alcance

La auditoría comprende la revisión de los resultados del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) en la implementación del programa presupuestario (Pp) E021 "Investigación Científica, Arqueológica y Antropológica", en el ejercicio fiscal 2022, tomando como periodo de referencia 2018-2021. Específicamente, se evaluó el Sistema de Evaluación del Desempeño; el desarrollo de las investigaciones en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación, en términos de su planeación, ejecución y seguimiento; la incidencia del programa en el incremento del conocimiento, mediante la difusión de los resultados alcanzados, y el ejercicio de los recursos presupuestarios aprobados.

Asimismo, y en atención a la circular DG32ADPP/001/2021 del 29 de marzo de 2021, donde se señala la pertinencia de incluir los resultados de Control Interno y Objetivos de Desarrollo Sostenible, y considerando que la revisión se enfoca en la operación de un programa que contribuyen de manera indirecta al cumplimiento de la política pública en materia cultural, se determinó no incluirlos como resultados para esta auditoría, ya que el control interno hace referencia a la base organizativa de la institución bajo la que debe operar todas sus actividades conferidas, y para el caso de los ODS, los resultados del programa representan únicamente una aportación para el cumplimiento de las estrategias sectoriales, por lo que no necesariamente se puede determinar su nivel de contribución en el logro de los compromisos internacionales.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecido. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, sobre el cumplimiento de objetivos y metas del diseño y conducción de la política de gasto público respecto de la prestación de los servicios para la investigación en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación.

Resultados

Mediante los trabajos de fiscalización, la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios identificó deficiencias en la prestación de los servicios para realizar las investigaciones en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación, en cuanto a la definición de políticas de investigaciones, líneas prioritarias y nuevas orientaciones en esas materias; el seguimiento de los proyectos, y la difusión del conocimiento generado con las investigaciones, mismas que deben ser subsanadas para evitar su recurrencia.

En 2022, la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) para el Pp E021 careció de un diagnóstico actualizado que justificara la intervención gubernamental y no permitió evaluar los servicios otorgados por el programa. Como hecho posterior, el INAH actualizó el diagnóstico, los árboles de problemas y objetivos, así como los indicadores de la MIR, con el propósito de que ésta permita evaluar el desempeño del programa.

En cuanto a la planeación de las investigaciones, para 2022, el INAH contó con un mecanismo que le permitió programarlas, en el que registró 802 proyectos para realizarse, de los cuales el 93.2% (748) atendieron los requisitos para ser autorizados. Pero no definió las políticas de investigación, las líneas prioritarias y las nuevas

orientaciones en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación, por lo que no se pudo determinar si los 748 proyectos se vincularon con las temáticas específicas de cada área.

Respecto de la ejecución de los proyectos de investigación, para 2022, el INAH contó con el Sistema Institucional de Proyectos (SIP), mismo que le permitió registrar las investigaciones, así como analizar su viabilidad, a fin de asegurar su ejecución. Al respecto, se revisaron y dictaminaron 748 proyectos, mediante el SIP, los cuales fueron validados por las áreas administrativas y normativas, una vez que fueron analizados y revisados.

De los 748 proyectos de investigación que fueron validados, 449 fueron financiados con recursos fiscales del INAH; 249 se desarrollaron sin financiamiento directo, lo cual significa que, si bien en estos proyectos no se utilizan recursos financieros del instituto, estos fueron realizados por los investigadores del INAH, y 50 con aportaciones de terceros, es decir, con fondos obtenidos de organizaciones o entidades gubernamentales distintas del instituto.

Por lo que se refiere al seguimiento de las investigaciones, de los 748 proyectos validados, los investigadores debieron capturar en el SIP 2,992 informes trimestrales, de los cuales se capturaron 2,814, lo que significó el 94.0% y un rezago de 178 informes.

Respecto de la difusión del nuevo conocimiento, el INAH reportó que concluyó 39 investigaciones en 2022, de las cuales publicó los resultados de 14, pero de 25 no se comprobó la difusión. Además, no contó con un mecanismo que le permitiera concentrar, de manera digital o física, los resultados de las investigaciones concluidas durante 2022.

En cuanto al ejercicio de los recursos, en 2022, para el Pp E021, el INAH reportó un presupuesto ejercido por 169,785.2 miles de pesos, 24.0% más que el presupuesto originalmente asignado. Además, en ese año, registró el pago de 169,900.3 miles de pesos y el reintegro a la TESOFE de 115.1 miles de pesos, lo que significó un total de 169,785.2 miles de pesos, cifra que coincidió con los recursos reportados como erogados por el programa en la Cuenta Pública 2022.

Con los hallazgos detectados, el instituto requiere definir las políticas de investigación, las líneas prioritarias y las nuevas orientaciones en la materia, con el fin de que los proyectos sean pertinentes; establecer una estrategia para que se elaboren y registren los informes trimestrales de todas las investigaciones; así como difundir el conocimiento generado con los proyectos; todo ello, para contribuir a garantizar que se disponga de conocimiento en la materia.

Consecuencias Sociales

En 2022, el INAH operó el Pp E021 “Investigación Científica, Arqueológica y Antropológica”, destinado al desarrollo de los proyectos de investigación en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación, y aun cuando revisó y dictaminó 748 proyectos de investigación, mediante el Sistema Institucional de Proyectos (SIP), los cuales fueron validados por los titulares de las áreas administrativas y normativas correspondientes, presentó deficiencias en su implementación, en tanto que no estableció las líneas de investigación prioritarias y las nuevas orientaciones; reportó la captura de 2,814 de los 2,992 (94.0%) informes trimestrales de las investigaciones realizadas ese año y aun cuando la plataforma permite visualizar y descargar los reportes generados por los investigadores, es necesario que se establezcan mecanismos de control para que los investigadores registren los avances de sus investigaciones de manera trimestral, conforme a la temporalidad establecida en la normativa; y reportó la elaboración y difusión de 1,097 productos (artículos, revistas, capítulos de libros, libros, reseñas, guiones, cedularios, documentos museológicos, audiovisuales, entre otros), de los cuales acreditó el 96.2% (1,055), pero la información presentó deficiencias, toda vez que en 62 casos se detectaron diferencias en el año de publicación, lo que podría afectar la forma en que se transmite el nuevo conocimiento generado derivado de las investigaciones en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en 2 no se detectaron irregularidades y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 3 restantes generaron:

3 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, el INAH mediante el programa presupuestario (Pp) E021 “Investigación Científica, Arqueológica y Antropológica” realizó la prestación de servicios para llevar a cabo las investigaciones en materia antropológica, arqueológica,

paleontológica, histórica y para la conservación, toda vez que, contó con el SIP, mediante el cual programó, revisó y validó sus investigaciones; registró 802 proyectos para realizarse, de los cuales 746 (93.0%) atendieron los requisitos para ser autorizados y ejecutados en ese año, y capturó en el SIP el 94.0% (2,814) de los informes trimestrales sobre los avances de las investigaciones desarrolladas. Sin embargo, es necesario que defina las políticas de investigación, las líneas prioritarias y las nuevas orientaciones en la materia; mejore el seguimiento del desarrollo de las investigaciones, y difunda los resultados de todas sus investigaciones, ya que no se logró constatar que dio a conocer el nuevo conocimiento generado derivado de sus proyectos, para que la comunidad disponga de una oferta de nuevo conocimiento en esas materias, a fin de fortalecer la identidad y la memoria de la sociedad respecto del patrimonio arqueológico, antropológico, histórico y paleontológico de la nación.

De atender las recomendaciones que se emiten para mejorar el desempeño del Pp E021, el INAH definirá las políticas de investigación, las líneas prioritarias y las nuevas orientaciones en materia antropológica, arqueológica, paleontológica, histórica y para la conservación; realizará el seguimiento de todas las investigaciones, y difundirá el conocimiento generado con los proyectos.

Instituto Nacional de Antropología e Historia**Servicios de Educación Superior y Posgrado**

Auditoría de Desempeño: 2022-5-48D00-07-0176-2023

Modalidad: Presencial

176

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados de la prestación de los servicios educativos en las escuelas a cargo del INAH, a fin de determinar la atención de los alumnos y con ello contribuir a mantener su ingreso, permanencia y conclusión de sus estudios.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión de los resultados del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), en la implementación del programa presupuestario (Pp) E010 "Servicios de Educación Superior y Posgrado", en el ejercicio fiscal 2022, tomando como periodo de referencia 2018-2021. Específicamente, se evaluó el Sistema de Evaluación del Desempeño; la prestación de los servicios educativos en las escuelas a cargo del instituto, en términos de la capacitación, actualización, formación y adjuntías del personal docente; la evaluación y actualización de los planes de estudio; la realización de prácticas de campo para la formación de los alumnos; el seguimiento a los programas específicos de tutorías; la incidencia del programa en la atención del alumnado para lograr su ingreso, permanencia y conclusión de sus estudios, y el ejercicio de los recursos presupuestarios aprobados.

Asimismo, y en atención a la circular DGADPP/001/2021, del 29 de marzo de 2021, donde se señala la pertinencia de incluir los resultados de Control Interno y Objetivos de Desarrollo Sostenible, y considerando que la revisión se enfoca en la operación de un programa que contribuye de manera indirecta al cumplimiento de la política pública en materia cultural, se determinó no incluirlos como resultados para esta auditoría, ya que el control interno hace referencia a la base organizativa de la institución bajo la que debe operar todas sus actividades conferidas, y para el caso de los ODS, los resultados del programa representan únicamente una aportación para el cumplimiento de las estrategias sectoriales, por lo que no necesariamente se puede determinar su nivel de contribución en el logro de los compromisos internacionales.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecido. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, respecto del cumplimiento de objetivos y metas del diseño y conducción de la política de gasto público respecto de la prestación de los servicios educativos en las escuelas adscritas al INAH con el propósito de asegurar su ingreso, permanencia y conclusión de sus estudios.

Resultados

Mediante los trabajos de fiscalización, la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios identificó deficiencias en la prestación de los servicios educativos culturales, en términos de la falta de un diagnóstico y una programación que defina las prioridades en la capacitación, actualización, formación y adjuntías de la planta docente; la definición de la temporalidad con la que se evaluará y actualizará los planes de estudio; la programación y acreditación de las prácticas de campo y de las tutorías realizadas, y la definición de indicadores que evalúen el ingreso, la permanencia y la eficiencia terminal de los alumnos, las cuales deben ser subsanadas para evitar su recurrencia.

En 2022, la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) para el Pp E010 careció de un diagnóstico que justificara el problema al que se quería dar solución, y no permitió evaluar los servicios otorgados por el programa. Como hecho posterior, el INAH actualizó el diagnóstico, los árboles de problemas y objetivos, así como los indicadores de la MIR, con el propósito de que ésta permita evaluar el desempeño del programa.

En cuanto a la capacitación, actualización, formación y adjuntías del personal docente, si bien para 2022 el instituto reportó que realizó 17 actividades en sus 3 escuelas, no acreditó contar con una programación integral. El porcentaje de personal docente que fue formado, capacitado y actualizado, fue de 8.6% en el caso de los profesores de la ENAH, de 54.1% en la ENCRym y de 16.9% en la EAHNM, sin que dichas actividades se realizaran con base en un diagnóstico de necesidades, ni se acreditara un indicador para evaluar su cobertura.

Respecto de la evaluación y actualización de los planes de estudio de las 36 carreras, el INAH reconoció la necesidad de efectuar una evaluación “periódica”, pero no se acreditó una planeación, ni la temporalidad en la que se realizarían las actividades. Asimismo, realizó la evaluación y actualización de 2 planes de estudios, el 5.5% de los 36 ofertados en sus escuelas.

En cuanto a las prácticas de campo, para 2022, las escuelas adscritas al INAH programaron realizar 348 prácticas de campo, pero reportó que realizó 376, 8.0% más que las programadas en ese año, sin que se evidenciara la documentación soporte que acreditara la participación de los alumnos en esas actividades.

En el caso de las tutorías, el INAH informó que otorgaría 606 tutorías en ese año, pero reportó que otorgó 813 y evidenció que realizó 907, 11.6% más de las reportadas como realizadas y 49.7% más respecto de las programadas.

Por lo que se refiere a la atención de los alumnos, para 2022, el INAH aceptó a 576 alumnos en sus planteles, el 51.2% respecto de las 1,124 solicitudes de ingreso; se registró una tasa de permanencia de 85.2%; así como una eficiencia terminal de 39.9%, debido a que se reportó que concluyeron los estudios en tiempo y forma 317 alumnos, respecto de los 795 que ingresaron en la oferta académica, lo que significó que 3 de cada 10 alumnos que iniciaron sus estudios los concluyeron satisfactoriamente. Sin embargo, el instituto no contó con indicadores que le permitieran evaluar la atención otorgada, en términos del ingreso, la permanencia y la conclusión de los estudios de los alumnos.

En cuanto al ejercicio de los recursos del Pp E010, el INAH registró el pago de 695,398.9 miles de pesos y el reintegro a la TESOFE de 190.2 miles de pesos, lo que significó un total de 695,208.7 miles de pesos, cifra que coincidió con los recursos reportados como ejercidos mediante el programa en la Cuenta Pública 2022.

Con los hallazgos detectados, el instituto requiere elaborar un diagnóstico que le permita definir la planeación de la capacitación, actualización, formación y adjuntías de la planta docente, así como definir un indicador para evaluar la cobertura en esas acciones; establecer la periodicidad en la que evaluará y actualizará los planes de estudio; planear y acreditar la ejecución de las prácticas de campo y las tutorías; además, de definir indicadores para evaluar el ingreso, la permanencia y la conclusión de los estudios de los alumnos, para contribuir a garantizar un óptimo proceso enseñanza-aprendizaje, mediante los servicios educativos otorgados en las escuelas del INAH, que asegure la transmisión de conocimientos para la adecuada formación de profesionistas, con altos estándares de calidad, de forma que se contribuya a incentivar el ingreso, la permanencia y la conclusión de los estudios de manera satisfactoria.

Consecuencias Sociales

En 2022, el INAH operó el Pp E010 “Servicios de Educación Superior y Posgrado”, destinado a la prestación de los servicios educativos en las tres escuelas a su cargo, pero presentó deficiencias en su implementación, toda vez que capacitó, actualizó y formó al 13.2% de su personal docente; evaluó y actualizó 2 planes de estudio de los 36 que conformó su oferta académica; presentó inconsistencias en la información reportada sobre las prácticas de campo realizadas y las tutorías otorgadas a los alumnos, y aun cuando se determinó que, en ese año, los porcentajes de aceptación, permanencia y eficiencia terminal fueron de 51.2%, 85.2% y de 39.9%, respectivamente, no contó con indicadores que le permitieran evaluar los resultados obtenidos en el ejercicio, lo que aunado a la falta de mecanismos de control para acreditar el desarrollo de las actividades del programa, limitó evaluar el grado de atención que se le otorgó a los alumnos para la conclusión de sus estudios.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 7 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 5 restantes generaron:

5 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, el INAH mediante el programa presupuestario (Pp) E010 “Servicios de Educación Superior y Posgrado” realizó la prestación de los servicios educativos culturales en las 3 escuelas a cargo del instituto, toda vez que llevó a cabo actividades

de formación, actualización y capacitación docente, evaluó y actualizó 2 planes de estudio, realizó 376 prácticas de campo, otorgó 813 tutorías y reportó niveles de ingreso, permanencia y eficiencia terminal de 51.2%, 85.2% y de 39.9%, respectivamente; sin embargo, requiere mejorar la programación, ejecución y confiabilidad de la información sobre la capacitación, actualización, formación y adjuntías del personal docente, así como respecto de la evaluación y actualización de sus planes de estudio, y de las prácticas de campo y las adjuntías; además de contar con parámetros que le permitan evaluar la contribución de los servicios educativos otorgados mediante el Pp E010, en la atención de los alumnos, en términos de su ingreso, su permanencia y la conclusión de sus estudios.

De atender las recomendaciones que se emiten para mejorar el desempeño del Pp E010, el INAH dispondrá de mecanismos para programar las acciones que realizará mediante el programa, así como para generar información de calidad que documente las actividades realizadas, y contará con indicadores que le permitan evaluar la efectividad del Pp en el cumplimiento de sus objetivos.

Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura

Servicios Educativos Culturales y Artísticos

Auditoría de Desempeño: 2022-5-48E00-07-0178-2023

Modalidad: Presencial

178

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2022 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

Objetivo

Fiscalizar los resultados en la prestación de los servicios educativos en las escuelas y en los Centros Nacionales de Investigación a cargo del INBAL, a fin de determinar la atención de los alumnos y contribuir a mantener su ingreso, permanencia y conclusión de sus estudios.

Alcance

La auditoría comprendió la revisión de los resultados del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura (INBAL) en la implementación del programa presupuestario (Pp) E042 “Servicios educativos culturales y artísticos”, en el ejercicio fiscal 2022, tomando como periodo de referencia 2018-2021. Específicamente, se evaluó el Sistema de Evaluación del Desempeño; la formación y actualización del personal académico; la evaluación y actualización de los planes de estudio; la planeación, ejecución y difusión de las investigaciones realizadas; la incidencia del programa en la atención del estudiantado para lograr el ingreso, la permanencia y la conclusión de sus estudios, y el ejercicio de los recursos presupuestarios aprobados.

Asimismo, y en atención a la circular DGADPP/001/2021, del 29 de marzo de 2021, donde se señala la pertinencia de incluir los resultados de Control Interno y Objetivos de Desarrollo Sostenible, y considerando que la revisión se enfoca en la operación de un programa que contribuyen de manera indirecta al cumplimiento de la política pública en materia cultural, se determinó no incluirlos como resultados para esta auditoría, ya que el control interno hace referencia a la base organizativa de la institución bajo la que debe operar todas sus actividades conferidas, y para el caso de los ODS, los resultados del programa representan únicamente una aportación para el cumplimiento de las estrategias sectoriales, por lo que no necesariamente se puede determinar su nivel de contribución en el logro de los compromisos internacionales.

La auditoría se realizó de conformidad con la normativa aplicable a la fiscalización superior de la Cuenta Pública para asegurar el logro del objetivo y el alcance establecidos. En el desarrollo de la auditoría, no en todos los casos, los datos proporcionados por el ente fiscalizado fueron suficientes, de calidad, confiables y consistentes, lo cual se expresa en la opinión de la Auditoría Superior de la Federación, sobre el cumplimiento de objetivos y metas del diseño y conducción de la política de gasto público respecto de la prestación de los servicios educativos en las escuelas y en los centros de investigación a cargo del INBAL.

Resultados

Mediante los trabajos de fiscalización, la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios identificó deficiencias en la prestación de los servicios educativos en las escuelas y centros de investigación a cargo del INBAL, en materia de formación y actualización del personal docente; evaluación y actualización de los planes de estudio, y respecto del establecimiento de parámetros para evaluar el programa, y el ingreso, la permanencia y la eficiencia terminal de su alumnado.

En 2022, la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), para el Pp E042, careció de un diagnóstico del programa en el que se definiera el problema público que dio origen a la intervención gubernamental y no permitió evaluar los servicios otorgados por el programa.

En cuanto a la formación y actualización del personal docente, si bien se acreditó el diagnóstico de necesidades de capacitación, con la participación de 9 de los 35 centros educativos, y se capacitó al 68.1% de su planta docente, no contó con un parámetro para evaluar si fue adecuada su cobertura. Como hecho posterior, el INBAL instrumentó acciones para incrementar la participación de los profesores en la identificación de sus necesidades

de formación y actualización, así como para separar los registros entre el personal docente y de apoyo a la docencia, que formó y actualizó.

Respecto de la evaluación y actualización de los planes de estudio, evaluó 6 planes y actualizó 3, de los cuales, sólo 2 (33.3%) se programaron para revisarse ese año. Además, se determinó que, de los 51 planes de estudio del instituto, el 60.8% (31) debió estar actualizado en 2022 o ejercicios anteriores.

Por lo que se refiere a las investigaciones artísticas, para 2022, el INBAL programó realizar 93 investigaciones, de las cuales, desarrolló 58, 34 (58.6%) programadas y 24 (41.4%) adicionales. Como hecho posterior, el INBAL realizó ajustes a su normativa, con lo que garantizó que, para ejercicios subsecuentes, se realicen todos los proyectos de investigación que se programen. En ese año, se concluyeron 32 investigaciones y se acreditaron sus resultados, pero sólo se contó con los informes trimestrales de 27 (81.4%). Como hecho posterior, el instituto definió un sistema de información que le permitirá integrar, reportar, registrar, controlar y cuantificar las investigaciones, de forma que se reporten conforme a lo establecido en su normativa.

En cuanto a la atención de los alumnos, se determinó un porcentaje de aceptación en las escuelas y centros del instituto del 96.2%, al matricular a 2,362 alumnos respecto de las 2,456 que cumplieron con los requisitos; en la permanencia, el 97.3% de los alumnos registraron continuidad en sus estudios; y en el caso de la eficiencia terminal, se reportó un porcentaje del 43.6%, lo que significó que 4 de cada 10 alumnos que iniciaron sus estudios los concluyeron en tiempo y forma. Pero, se reportaron inconsistencias en los registros y en la definición de las metas de los indicadores establecidos por el instituto, lo que limitó conocer si fue adecuada la atención que se otorgó a los alumnos.

Para 2022, el INBAL, mediante la operación del Pp E042, acreditó el pago de 1,090,957.0 miles de pesos, así como el reintegro a la TESOFE de 4,428.4 miles de pesos, lo que coincidió con el presupuesto ejercido reportado en la Cuenta Pública 2022 de 1,086,528.6 miles de pesos.

Con los hallazgos detectados, el instituto requiere ajustar los mecanismos mediante los cuales evalúa el desempeño de sus actividades, definiendo la necesidad pública a la que requiere dar solución y los objetivos e indicadores que permitan valorar sus avances, incluyendo parámetros adecuados para evaluar la cobertura de la formación y actualización de su personal docente, así como el ingreso, la permanencia y la eficiencia terminal de su alumnado; realizar las revisiones y actualizaciones de los planes de estudio que se requieran, para garantizar la calidad y actualización de sus contenidos, y modificar sus mecanismos de control con el propósito de que sus registros den certeza respecto de todas sus actividades sustantivas; todo ello, para contribuir a garantizar un óptimo proceso enseñanza-aprendizaje, mediante los servicios educativos otorgados en las escuelas y centros del INBAL, que asegure la transmisión de conocimientos para la adecuada formación de profesionistas en las bellas artes, con altos estándares de calidad, de forma que se contribuya a incentivar el ingreso, la permanencia y la conclusión de los estudios de manera satisfactoria.

Consecuencias Sociales

En 2022, el INBAL operó el Programa presupuestario E042 "Servicios Educativos Culturales y Artísticos", destinado a la prestación de los servicios educativos en las escuelas y centros adscritos a ese instituto, pero presentó deficiencias en su implementación, ya que, en materia de formación y actualización del personal docente, impartió 120 cursos con una cobertura de 68.1% respecto de sus 2,000 profesores; si bien evaluó 6 planes de estudio y actualizó 3, se determinó que de los 51 planes del instituto, el 60.8% (31) debió estar actualizado en ese año o en ejercicios anteriores; se concluyeron 32 investigaciones, de las cuales se divulgó el 43.8%; y aun cuando se identificó un porcentaje de aceptación del 96.2%, la permanencia del 97.3% de su alumnado, así como el egreso de 1,274 alumnos, una eficiencia terminal del 43.6% respecto de los 2,920 alumnos que ingresaron en la oferta académica, lo que significó que 4 de cada 10 alumnos que iniciaron sus estudios los concluyeron satisfactoriamente en tiempo y forma, presentó deficiencias en la definición de parámetros que le permitan valorar la efectividad del programa, lo que puede afectar el grado de atención que se le otorgó a los alumnos que cursaron sus estudios en sus escuelas y centros.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinaron 6 resultados, de los cuales, en uno no se detectó irregularidad y uno fue solventado por la entidad fiscalizada antes de la emisión de este Informe. Los 4 restantes generaron:

3 Recomendaciones al Desempeño.

Dictamen

En opinión de la Dirección General de Auditoría de Desempeño a Programas Presupuestarios, en 2022, el INBAL, mediante el programa presupuestario (Pp) E042 “Servicios Educativos Culturales y Artísticos”, realizó la prestación de los servicios educativos artísticos en las 33 escuelas y centros a su cargo, toda vez que contó con un mecanismo que le permitió identificar las necesidades de formación y actualización de su planta docente y llevó a cabo 120 actividades en esos rubros; evaluó 6 planes de estudio y realizó la actualización de 3, y elaboró 58 investigaciones artísticas. Sin embargo, debe mejorar el diseño de su MIR; realizar la evaluación y actualización de los planes de estudio que lo requieran; además de contar con parámetros que le permitan evaluar la formación y actualización docente y la contribución de los servicios educativos artísticos, otorgados mediante el Pp E042, en la atención de los alumnos, en términos del ingreso, la permanencia y la conclusión de los estudios.

De atender las recomendaciones emitidas para mejorar el desempeño del Pp E042, el INBAL realizará la evaluación y actualización de los planes de estudio; programará las acciones que realizará mediante el programa; generará información de calidad que documente las actividades realizadas, y contará con parámetros que le permitan evaluar la efectividad del Pp en el cumplimiento de sus objetivos. En este contexto, las recomendaciones coadyuvarán a que el INBAL fortalezca su desempeño en la formación de los alumnos en el área artística, para contar con personal docente capacitado, acorde con las necesidades del sector y planes de estudio con contenidos adecuados y actualizados, con el propósito de contribuir a la formación de profesionistas de alto nivel en las disciplinas artísticas, mediante la prestación de los servicios educativos otorgados por el instituto.