INFORME DE LABORES 2009-2010
Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010

INFORME DE LABORES 2009-2010
Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010

Primera edición, 2010.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma 476, Col. Juárez
06600 México, D.F.

Impreso y hecho en México.

Portada
Obra: Madona
Autor: Federico Cantú

El presente Informe puede ser consultado en la siguiente dirección de Internet:
www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm

INFORME DE LABORES 2009-2010
Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010

Gobierno federal

México 2010

IMSS

CENTÉSIMA PRIMERA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

www.imss.gob.mx
www.gobiernofederal.gob.mx

Vivir Mejor

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GLOSARIO

PRESENTACIÓN I

I. DIRECCIÓN DE FINANZAS 1

I.1. Estado de Resultados y Balance General a Diciembre de 2009 1
I.2. Suficiencia Financiera 12
I.3. Administración de las Reservas y el Fondo Laboral 15
I.4. Modelos de Costos 34
I.5. Riesgos Institucionales 36
I.6. Programa de Aseguramiento Integral del IMSS y Atención de Siniestros 37
I.7. Gestión Presupuestal 40
I.8. Ejercicio y Registro del Gasto 43
I.9. Estrategia de Información Directiva 44
I.10. Integración del Presupuesto de Ingresos de Operación y Flujo de Efectivo 44
I.11. Seguimiento a las Observaciones Derivadas de Auditorías Practicadas en el IMSS por Órganos Fiscalizadores 45

II. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN 47

II.1. Emisión Mensual Anticipada 47
II.2. Meta de Recaudación 49
II.3. Incorporación y Clasificación de Empresas 51
II.4. Reducción de Cartera en Mora 55
II.5. Diseño y Aplicación de una Estrategia de Fiscalización 59
II.6. Proyecto DELTA 65
II.7. Mejora Regulatoria 66

II.8. Acciones de Supervisión a la Operación 68
II.9. Programas de Apoyo a la Economía y el Empleo 69

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES 73

III.1. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES 74
III.1.1. Desarrollo de Infraestructura 74
III.1.2. Esquema de Distribución de Medicamentos 83
III.1.3. Estrategia de Compras y Contratación de Servicios 86
III.1.4. Imagen Institucional: Orden y Limpieza 91
III.1.5. Transcripción de Medicamentos 95
III.1.6. Personal 96

III.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE DELEGACIONES 102
III.2.1. Evaluación de Delegaciones, Giras y Ranquin Delegacional 102
III.2.2. Programa de Mejora de la Gestión (PMG) 105
III.2.3. Sistemas de Información Directiva 105
III.2.4. Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI) 106
III.2.5. Certificación de Establecimientos del Área Médica 107
III.2.6. Programa de Atención en Ventanilla 107
III.2.7. Investigación y Desarrollo en Calidad 108
III.2.8. Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos y de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios 109

IV. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS 113

IV.1. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS 113
IV.1.1. Equipamiento 113
IV.1.2. Impacto Médico de las Obras de Infraestructura 118
IV.1.3. Servicios Médicos Integrales 119
IV.1.4. Programa de Consulta de Medicina Familiar en 6º y 7º Día 120
IV.1.5. Mejorar la Atención en Urgencias 121
IV.1.6. Diferimiento en Cirugía Programada 123
IV.1.7. Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en Derechohabientes del IMSS 125
IV.1.8. Guías de Práctica Clínica 128
IV.1.9. Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células 129
IV.1.10. Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TITAN) 133

IV.1.11. Convenio de Subrogación con Hospitales Regionales de Alta Especialidad 134
IV.1.12. Orientación Médica Telefónica 136
IV.1.13. DIABETIMSS 137
IV.1.14. Educación en Salud-Formación de Médicos Especialistas 139
IV.1.15. Investigación en Salud 142
IV.1.16. Enfermería 144
IV.1.17. Reestructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas (JSPM) 148
IV.1.18. Economía de la Salud 151
IV.1.19. Información en Salud 156
IV.1.20. Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE) 158
IV.1.21. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) 161
IV.1.22. Vigilancia Epidemiológica y Apoyo a Contingencias 173
IV.1.23. Salud en el Trabajo 182
IV.1.24. Unidad Médica Segura 187

IV.2. UNIDAD IMSS-OPORTUNIDADES 188
IV.2.1. Desarrollo de Infraestructura 188
IV.2.2. Prioridades en Salud 191
IV.2.3. Encuentros Médico-Quirúrgicos 201
IV.2.4. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 203
IV.2.5. Formación de Médicos Especialistas para el Medio Rural 203

V. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES 207

V.1. Prestaciones Económicas 208
V.2. Prestaciones Sociales 216
V.3. Guarderías 225
V.4. Servicios de Ingreso 238

VI. DIRECCIÓN JURÍDICA 243

VI.1. DIRECCIÓN JURÍDICA 243
VI.1.1. Legislación y Consulta 244
VI.1.2. Asuntos Contenciosos 246
VI.1.3. Asuntos Laborales 251
VI.1.4. Investigación y Asuntos de Defraudación 255
VI.1.5. Control y Mejora Continua de Procesos Jurídicos 257

VI.1.6. Aspectos Jurídicos del Accidente Ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Sonora 261
VI.1.7. Contingencia por el Brote del Virus de Influenza A H1N1 265
VI.1.8. Participación en el Proceso de la Revisión Integral del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) 266
VI.1.9. Instrumentación de la Portabilidad de Derechos entre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 267
VI.1.10. Reformas a la Ley del Seguro Social 267
VI.1.11. Participación en la Elaboración de Diversos Acuerdos del H. Consejo Técnico, de Especial Relevancia 269
VI.1.12. Convenios con el Servicio de Administración y Enajenación de Bienes (SAE), Relacionado con Jubilados y Ex Trabajadores de Luz y Fuerza del Centro (LyFC) 271
VI.1.13. Convenio IMSS-AMIS 271
VI.1.14. Participación en la Iniciativa sobre la Ley de Guarderías 272

VI.2. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE 272
VI.2.1. Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente 272
VI.2.2. Fortalecimiento de la Atención al Derechohabiente 275
VI.2.3. Programa Nacional de Capacitación Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente 277
VI.2.4. Atención a Quejas Médicas, ante la CNDH y la CONAMED 277
VI.2.5. Mejora de los Servicios con Base en la Evaluación del Derechohabiente 279
VI.2.6. Transparencia y Acceso a la Información 280
VI.2.7. Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales (CAICE) en Hermosillo, Sonora 280

VII. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO 285

VII.1. Centro de Atención Telefónica-Centro de Contacto (*Call Center*) 287
VII.2. Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TITAN) 288
VII.3. Sistemas de Prestaciones Económicas 290
VII.4. Prealta Patronal (Registro y Asignación del Número de Registro Patronal ante el IMSS) 292
VII.5. Sistema de Prestación de Servicios (SIPRESS) 293
VII.6. Módulo de Registro de Incidencias (MRI) 294

VII.7. Guarderías 294
VII.8. Prestaciones Sociales 297
VII.9. Tiendas 299
VII.10. Centros Vacacionales 300
VII.11. Velatorios 301
VII.12. Sistema del Programa de Estadísticas y Resultados Sobre Encuestas Organizacionales (PERSEO) 302
VII.13. Sistema de Información para el Proceso Administrativo de Responsabilidades (SIPAR) 302
VII.14. Sistema de Seguimiento de Casos Jurídicos (SSC) 303
VII.15. Sistema de Información Delegacional para el Desarrollo Institucional (SIDDI) 304
VII.16. Administración de Recursos Institucionales 304
VII.17. Equipamiento 307

VIII. UNIDAD DE VINCULACIÓN 311

VIII.1. Vinculación con Organizaciones Públicas, Privadas y Sociales 311
VIII.2. Vinculación con Asuntos Internacionales 312

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL 315

IX.1. Coordinación Técnica de Difusión 315
IX.2. Coordinación Técnica de Información 319

ÍNDICE DE CUADROS

I. DIRECCIÓN DE FINANZAS

Cuadro I.1. Estado de Ingresos y Gastos Dictaminados por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2009 y 2008 4

Cuadro I.2. Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro por el Año Terminado al 31 de Diciembre de 2009 5

Cuadro I.3. Balance General Dictaminado al 31 de Diciembre de 2009 y 2008 7

Cuadro I.4. Flujo de Efectivo 2009 y Proyección 2010-2012 10

Cuadro I.5. Flujo de Efectivo 2009 y Proyección 2010-2012. Escenario de Mayores Ingresos 12

Cuadro I.6. Déficit/Superávit Estimado de los Seguros 13

Cuadro I.7. Escenarios de Políticas Endógenas 14

Cuadro I.8. Escenarios de Políticas Exógenas 15

Cuadro I.9. Régimen de Inversión 19

Cuadro I.10. Asignación Estratégica de Activos RGFA, 2009 25

Cuadro I.11. Asignación Estratégica de Activos RFA, 2009 25

Cuadro I.12. Asignación Estratégica de Activos RJPS1 del FCOLCLC, 2009 25

Cuadro I.13. Asignación Estratégica de Activos RJPS2 del FCOLCLC, 2009 25

Cuadro I.14. Posición de las Reservas y el FCOLCLC 26

Cuadro I.15. Productos Financieros por Tipo de Reserva y FCOLCLC 28

Cuadro I.16. Desempeño 29

Cuadro I.17. Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 37

Cuadro I.18. Siniestralidad Reportada y Atendida, de Mayo de 2009 a Mayo de 2010 38

Cuadro I.19. Principales Siniestros Reportados y Atendidos de Acuerdo con su Origen, de Mayo de 2009 a Mayo de 2010 39

Cuadro I.20. Inventario de Observaciones, 2009 45

Cuadro I.21. Inventario de Observaciones, Primer Trimestre de 2010 46

II. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Cuadro II.1. Meta de Ingresos, 2009 50
Cuadro II.2. Ingresos Obrero-Patronales, de Enero de 2009 a Mayo de 2010 50
Cuadro II.3. Ingresos por Fiscalización y Cumplimiento de la Meta 62
Cuadro II.4. Registros Patronales Inscritos y Trabajadores Registrados, 2007-2009 70
Cuadro II.5. Saldo del Fondo de Reserva del PPE, Mayo de 2010 71

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Cuadro III.1. Proyección Delegacional del Indicador de 2010 a 2012 76
Cuadro III.2. Programa de Obras, de 2010 a 2012 77
Cuadro III.3. Obras Terminadas en 2009 79
Cuadro III.4. Obras Terminadas, de Enero a Mayo de 2010 80
Cuadro III.5. Programa de Obras IMSS-Oportunidades, 2009 81
Cuadro III.6. Programa de Obras IMSS-Oportunidades, 2010 81
Cuadro III.7. Programa de Obras, de Junio a Diciembre de 2010 82
Cuadro III.8. Porcentaje de Unidades que Superaron la Meta 92
Cuadro III.9. Acciones a Realizar para la Etapa 3 de la Prueba Piloto e Implementación 96
Cuadro III.10. Crecimiento en Plazas Ocupadas, de Enero a Mayo de 2010 97
Cuadro III.11. Distribución de Plazas por Programa, 2009 100
Cuadro III.12. Distribución de Plazas por Programa, de Enero a Mayo de 2010 101
Cuadro III.13. Distribución del Presupuesto Extraordinario, 2009 y 2010 101

IV. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Cuadro IV.1. Imagen y Radiaciones, 2009-2010 115
Cuadro IV.2. Programa para la Certificación, Recertificación y Licenciamiento de Operación de las Unidades Médicas 116
Cuadro IV.3. Programas Especiales Diferentes a Imagen y Radiaciones 116
Cuadro IV.4. Resumen de la Distribución de los Recursos por Concepto de los Bienes de Inversión, 2009-2010 117
Cuadro IV.5. Número de Consultas Otorgadas en 6° y 7° Día 120
Cuadro IV.6. Medición de las Fases de Programación en el IMSS 125
Cuadro IV.7. Avance Sectorial Acumulado, de Enero de 2008 a Mayo de 2010 128
Cuadro IV.8. Sobrevida Estimada con Trasplante Renal 130
Cuadro IV.9. Costo del Tratamiento *vs*. Trasplante 131
Cuadro IV.10. Estimación de Costos por Tipo de Paciente 131

Cuadro IV.11. Procedimientos y Gasto Erogado de Referidos a los HRAE 136
Cuadro IV.12. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS).
Avances y Metas Estimadas para 2010 172
Cuadro IV.13. Pronóstico. Temporada de Huracanes 2010 180
Cuadro IV.14. Fases y Líneas de Acción del Plan Institucional
de Preparación y Respuesta 182
Cuadro IV.15. Actividades de Apoyo y Asesoría a las
Comisiones de Seguridad e Higiene 186
Cuadro IV.16. Actividades de Prevención en Empresas Afiliadas
y Centros Laborales IMSS 186
Cuadro IV.17. Actividades de Capacitación en Salud y Seguridad en el Trabajo 186
Cuadro IV.18. Encuentros Médico-Quirúrgicos 202
Anexo 1. Distribución en Delegaciones y UMAE del Equipamiento
Médico Adquirido 205

V. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Cuadro V.1. Comparativo de las Prestaciones Económicas, Número de Pensionados 209
Cuadro V.2. Comparativo de las Prestaciones Económicas, Montos de Pensión 210
Cuadro V.3. Actividades de Fomento Educativo 217
Cuadro V.4. Eventos Nacionales e Internacionales 220
Cuadro V.5. Impacto y Cobertura de los Eventos Deportivos 221
Cuadro V.6. Eventos y Actividades Artísticas 222
Cuadro V.7. Número de Ayudas Pagadas por Delegación 230
Cuadro V.8. Expansión de Guarderías 235
Cuadro V.9. Programa de Actividades 2010 del Sistema Nacional
de Tiendas IMSS-SNTSS 240
Cuadro V.10. Programa de Actividades 2010 de los Centros Vacacionales
y Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI” 241
Cuadro V.11. Programa de Actividades 2010 del Sistema de Velatorios 242

VII. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Cuadro VII.1. Calendario 2010 Previsto para los 33 Trámites Seleccionados 288
Cuadro VII.2. Total de Unidades con Operación del Sistema de Trámite
de Pensiones (SISTRAP) 289
Cuadro VII.3. Diagnóstico Integral de Guarderías 296
Cuadro VII.4. Servicios Funerarios Otorgados, de Enero a Junio de 2010 301

Cuadro VII.5. Situación Futura del ERP Institucional 306
Cuadro VII.6. Cantidades Autorizadas para Adquisición 307
Cuadro VII.7. Cantidades de Equipo Requerido en Delegaciones y Áreas Normativas con Presupuesto Propio 307
Cuadro VII.8. Cantidades de Equipo Validado en Direcciones Normativas 308
Cuadro VII.9. Cantidades de Equipo Requerido en Nivel Central 309
Cuadro VII.10. Cantidades de Equipo Requerido en Delegaciones 310

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Cuadro IX.1. Actividades del Área de Producción Editorial. Materiales Impresos, 2009-2010 318
Cuadro IX.2. Actividades Realizadas por la División de Vinculación con los Estados, de Mayo de 2009 a Mayo de 2010 320

ÍNDICE DE GRÁFICAS

I. DIRECCIÓN DE FINANZAS

Gráfica I.1. Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el FCOLCLC 21
Gráfica I.2. Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el FCOLCLC,1998-2009 23
Gráfica I.3. Evolución del Saldo Contable del FCOLCLC, Subcuenta 2 24
Gráfica I.4. Índice RGFA *vs. Benchmark* 29
Gráfica I.5. Índice RFA *vs. Benchmark* 30
Gráfica I.6. Índice RJPS1 *vs. Benchmark* 30
Gráfica I.7. Índice RJPS2 *vs. Benchmark* 31
Gráfica I.8. Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el FCOLCLC, 1998-2010 33

II. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Gráfica II.1. Tasas Anuales de Crecimiento de Cotizantes, SBC y EMA 49
Gráfica II.2. Tasas Anuales de Crecimiento de los Índices de Pago, 2009-2010 58

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Gráfica III.1. Evolución del Indicador de Camas Censables por 1,000 Derechohabientes, 2006-2012 75
Gráfica III.2. Incremento en Camas Censables, 2009-2010 78
Gráfica III.3. Surtimiento de Recetas en Delegaciones, 2008-2010 84
Gráfica III.4. Surtimiento de Recetas en UMAE, 2008-2010 84
Gráfica III.5. Nivel de Satisfacción en Guarderías 110
Gráfica III.6. Nivel de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Médicos del IMSS 110
Gráfica III.7. Porcentaje de Derechohabientes que Recomendarían su Unidad de Atención Médica 110

IV. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Gráfica IV.1. Disminución del Rezago Quirúrgico, marzo 2009 a mayo 2010 124
Gráfica IV.2. Disminución del Rezago Quirúrgico, marzo 2009 a julio 2010 124
Gráfica IV.3. Comportamiento de la Mortalidad Materna, Tasa por 100,000 Nacidos Vivos 127
Gráfica IV.4. Proyección a 2018 del Número de Pacientes Candidatos a Trasplante Renal *vs*. Trasplantes Realizados en el IMSS 130
Gráfica IV.5. Trasplantes Realizados, 2009-2010 132
Gráfica IV.6. Promedio Hora-Médico, Enero-Junio, Proyección Julio-Diciembre de 2010 138
Gráfica IV.7. Estructura Actual de las JSPM 149
Gráfica IV.8. Estructura Propuesta de las JSPM 150
Gráfica IV.9. Porcentaje de Cobertura del Programa por Grupos de Edad, 2008 y 2009 163
Gráfica IV.10. Tasa de Mortalidad en Niños Derechohabientes Menores de Cinco Años de Edad, 2000 a 2009 165
Gráfica IV.11. Tasa de Mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino por 100,000 Mujeres de 25 o Más Años de Edad, 2000 a 2009 166
Gráfica IV.12. Tasa de Cobertura de Protección Anticonceptiva Postparto y Postaborto, 2005 a 2009 169
Gráfica IV.13. Tasa de Partos por 1,000 Mujeres en Edad Fértil, 2003 a 2009 169
Gráfica IV.14. Comportamiento de la Epidemia en el IMSS. Distribución de los Casos Según Fecha de Inicio de Cuadro Clínico 174
Gráfica IV.15. Comportamiento de la Fiebre por Dengue en el IMSS, 2008-2010 177
Gráfica IV.16. Tendencia de la Mortalidad por SIDA, 1991 a 2009 178
Gráfica IV.17. Mapa de Riesgo por Huracanes 181
Gráfica IV.18. Tasa de Muerte Materna, 2001-2009 192
Gráfica IV.19. Vacunas Incluidas en el Esquema de Vacunación 196

V. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Gráfica V.1. Distribución de las Guarderías que Dejaron de Prestar el Servicio al IMSS en 2009 229
Gráfica V. 2. Operación del Mecanismo de Participación Social en Guarderías 232

VI. DIRECCIÓN JURÍDICA

Gráfica VI.1. Orientaciones Otorgadas por Trámite o Servicio, de Mayo de 2009 a Mayo de 2010 274
Gráfica VI.2. Quejas de Servicio Captadas por Trámite o Servicio, de Mayo de 2009 a Mayo de 2010 275

VII. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Gráfica VII.1. Solicitudes de Pensión Registradas en SISTRAP, de Junio de 2009 a Junio de 2010 290
Gráfica VII.2. Altas Patronales Realizadas, Enero 2009 a Mayo 2010 293

GLOSARIO

AA	Alcohólicos Anónimos
AAQR	Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades
ABC	Costeo Basado en Actividades
ACB/FTE	Análisis de Costo Beneficio y Factibilidad Técnica y Económica
AcceDer	Sistema de Acceso a Derechohabientes
ADIMSS	Acreditación como Derechohabiente del IMSS
AEA	Asignación Estratégica de Activos
AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro
ALSO	Soporte Vital Avanzado en Obstetricia
AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
APF	Administración Pública Federal
API	Atención Preventiva Integrada
ASF	Auditoría Superior de la Federación
BAM	Banda Ancha Móvil
BDU	Base Única de Datos
BUO	Bolsa Única de Ofertas
CaCu	Cáncer Cérvico-Uterino
CAICE	Centro de Atención Inmediata a Casos Especiales
CAPAF	Carátula de Captura para Actos de Fiscalización
CAQOD	Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente
CARI	Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCIMSS	Centro de Contacto IMSS
CCM	Controladora Comercial Mexicana
CCS	Coordinación de Comunicación Social
CCT	Contrato Colectivo de Trabajo
CEBIS	Centro de Bienestar y Seguridad Social
CEC	Centros de Extensión de Conocimientos
CECART	Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CENAPRED	Centro Nacional de Prevención de Desastres
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Evaluación Tecnológica en Salud
CFE	Comisión Federal de Electricidad
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CME	Cédula Médico Económica
CMN	Centro Médico Nacional
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
COCOA	Comité de Control y Auditoría
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
COFEPRIS	Comisión Federal de Prevención de Riesgos Sanitarios
CONACULTA	Comisión Nacional para la Cultura y las Artes
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADE	Comisión Nacional del Deporte
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COP	Cuotas Obrero-Patronales
CPA	Contadores Públicos Autorizados
CPSyC	Centros de Producción de Servicios y Costos
CRESTCAP	Centro Regional de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos
CSG	Consejo de Salubridad General
CSS	Centro de Seguridad Social

CTAQIP	Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública
CTSO	Coordinación Técnica de Supervisión Operativa
CTOI	Coordinación Técnica de Orientación e Información
CURP	Clave Única de Registro de Población
DAED	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
DF	Dirección de Finanzas
D. F.	Distrito Federal
DIDT	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DJ	Dirección Jurídica
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPA	Diálisis Peritoneal Automatizada
DPCA	Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
ECO	Emisión de Créditos por Omisión
EMA	Emisión Mensual Anticipada
ENARM	Encuesta Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas
ENCUENF	Encuesta de Enfermería
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
ENSAT	Encuesta Nacional de Satisfacción
ERI	Equipos de Respuesta Inmediata
ERIC	Equipo de Respuesta Inmediata Central
ERP	Sistema de Planeación de Recursos Empresariales
EsIAN	Estrategia Integral de Atención a la Nutrición
EVAS	Estilo de Vida Activo y Saludable
FEPAC	Folios Electrónicos para la Administración Central
FCOLCLC	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual
FIDEIMSS	Fideicomiso para el Desarrollo del Deporte del IMSS
FIEL	Firma Electrónica Avanzada
FOFOI	Fondo para el Fomento de la Investigación Médica
GI	Medicamentos Genéricos Intercambiables
GMP	Gastos Médicos de Pensionados
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRAA	Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
HCT	Honorable Consejo Técnico
HE	Hospital de Especialidades
HG	Hospital General
HGO	Hospital de Gineco Obstetricia
HGR	Hospital General Regional
HGS	Hospital General de Subzona
HGZ	Hospital General de Zona
HGZMF	Hospital General de Zona con Medicina Familiar
HO	Hospital de Oncología
HR	Hospital Rural
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
HSL	Hospital Sin Ladrillos
IAP	Institución de Asistencia Privada
ICERP	Informe de Créditos Enviados y Recibidos en Procuración de Cobro
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información
IMPI	Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
IINMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
IP1M	Índice de Pago al Primer Mes
IP2M	Índice de Pago al Segundo Mes
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IPO	Índice de Pago Oportuno
ISR	Impuesto Sobre la Renta
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JSPM	Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas
LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
LFT	Ley Federal del Trabajo
LFTAIPG	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
LIF	Ley de Ingresos de la Federación
LISSSTE	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LSS	Ley del Seguro Social
LyFC	Luz y Fuerza del Centro

MAS	Modelo Alternativo de Gestión y Atención en Zonas Urbanas
MEFHADIC	Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad
MEST	Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo
MIP	Modelo de Indicadores de Planeación
MOCERI	Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales
MORAI	Módulos de Recepción y Atención Integral
MRI	Módulo de Registro de Incidencias
NAFINSA	Nacional Financiera, Sociedad Anónima
NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
NEIFGSP-08	Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal. Reconocimiento de las Obligaciones Laborales al Retiro de los Trabajadores de las Entidades del Sector Paraestatal
NIF D-3	Norma de Información Financiera Beneficios a los Empleados
NIFG	Normas de Información Financiera Gubernamentales
NOM	Norma Oficial Mexicana
NSS	Número de Seguridad Social
NSSA	Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas
OIC	Órgano Interno de Control
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMT	Orientación Médica Telefónica
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSD	Ofertas Subsecuentes de Descuento
PAE	Procedimiento Administrativo de Ejecución
PARI	Programa de Administración de Riesgos Institucionales
PbR	Presupuesto Basado en Resultados
PCM	Pronóstico de Consumo Mensual
PCO	Procedimiento de Cirugía Oftalmológica
PCP	Pensiones en Curso de Pago
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PENACJ	Programa Nacional de Atención y Control de Juicios
PERSEO	Programa de Estadísticas y Resultados Sobre Encuestas Organizacionales
PLACE	Plan de Cuidados de Enfermería
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
POE	Procedimiento de Osteosíntesis y Endoprótesis
PPE	Programa de Primer Empleo
PREI	Planeación de Recursos Institucionales
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PROFEDET	Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo
PROCE	Promotora de Centros de Esparcimiento
PROCESAR	Procesadora de la Base de Datos Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
PROMADYP	Programa de Modernización de la Administración de los Derechohabientes y sus Prestaciones
RCV	Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
RENAPO	Registro Nacional de Población
RFA	Reservas Financieras y Actuariales
RFC	Registro Federal de Contribuyentes
RGFA	Reserva General Financiera y Actuarial
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones
RJPS1	Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 1
RJPS2	Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 2
RO	Reservas Operativas
ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
RRT	Reserva de Riesgos de Trabajo
RSSOTCOTD	Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado
SAE	Servicio de Administración y Enajenación de Bienes
SAOR	Sistema de Administración de Ofertas y Resoluciones
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SATIC	Sistema de Afiliación de Trabajadores de la Industria de la Construcción
SBC	Salario Base de Cotización
SCIAN	Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
SE	Secretaría de Economía
SEI	Sistema Ejecutivo de la Información de Abasto
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SEP	Secretaría de Educación Pública
SEPOMEX	Servicio Postal Mexicano
SFP	Secretaría de la Función Pública

SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIACOV	Sistema de Información y Administración Contable de Velatorios
SIAG	Sistema de Información y Administración de Guarderías
SIAGC	Sistema de Información y Administración de Guarderías Central
SICAPREX	Sistema de Carga y Procesamiento de Excel
SICEH	Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDDI	Sistema de Información Delegacional para el Desarrollo Institucional
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar
SINADI	Sistema Nacional de Dictamen
SINAPROC	Sistema Nacional de Protección Civil
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINOLAVE	Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica
SIPAR	Sistema de Información para el Proceso Administrativo de Responsabilidades
SIPARE	Sistema de Pago Referenciado
SIPRESS	Sistema de Prestación de Servicios
SIPSI	Sistema de Prestaciones Sociales Institucionales
SIRED	Sistema de Registro del Deporte Federado
SISTRAP	Sistema de Trámite de Pensiones
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SIN	Sistema Nacional de Investigadores
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SOA	Arquitectura Orientada a Servicios
SOMAAP	Sociedad Mexicana de Autores de las Artes Plásticas
SOPA	Sistema de Operación para la Planeación de Alimentos
SPES	Sistema de Pensiones
SPPSTIMSS	Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
SSA	Secretaría de Salud
SSC	Sistema de Seguimiento de Casos Jurídicos
SSFAM	Seguro de Salud para La Familia
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SUA-ENEO	Sistema de Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
SUAVE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
SUDI	Sistema Único de Dictamen
SUTERM	Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TAOD	Técnicas de Atención y Orientación al Derechohabiente
TELMEX	Teléfonos de México
TI	Tecnologías de Información
TITAN	Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad
TM	Transparencia Mexicana
UED	Unidad de Evaluación de Delegaciones
UIF	Unidad de Inversiones Financieras
UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UMR	Unidad Médica Rural
UMU	Unidad Médica Urbana
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UOPSI	Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales
VaR	Valor en Riesgo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

PRESENTACIÓN

En cumplimiento a lo dispuesto en los Artículos 261, 266 y 268 de la Ley del Seguro Social (LSS), el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presenta y pone a consideración de la Honorable Asamblea General el Informe de Labores y Programa de Actividades 2009-2010. El Informe está conformado por nueve capítulos en los cuales se hace una reseña sobre las principales acciones realizadas durante el periodo mayo de 2009 a mayo de 2010, así como el programa de actividades del segundo semestre de 2010, el cual se circunscribe a la Política Institucional 2009-2012.

En el Capítulo I del Informe se presenta el diagnóstico sobre la situación financiera, presupuestaria y sobre los principales riesgos que enfrenta el Instituto. Es importante señalar que los resultados contables y actuariales presentados en el Informe fueron dictaminados por auditores externos, mismos que fueron elaborados de conformidad con las instrucciones sobre la forma y términos en que las entidades federales deben llevar su contabilidad, contenidas en las Normas de Información Financieras Gubernamentales (NIFG), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Asimismo, describe

las principales acciones instrumentadas por la Dirección de Finanzas encaminadas a mejorar sus procesos y fortalecer las finanzas del Instituto.

Las acciones emprendidas en materia de incorporación y recaudación, enfocadas a lograr las metas planteadas, mejorar la calidad de la información relacionada con los patrones y derechohabientes, optimizar la cobranza e incrementar la recaudación, el diseño de acciones para fortalecer la estrategia de fiscalización, la aplicación de mejoras en la normatividad y la implementación de sistemas integrales de información, se detallan en el Capítulo II.

El Capítulo III da cuenta de las acciones desarrolladas por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, con el objeto de planear, programar, dirigir, controlar, difundir y llevar a cabo los procesos de administración, adquisición o suministro de los recursos materiales y obra pública, de manera eficiente y orientadas a alcanzar las metas operativas del Instituto.

En congruencia con las directrices trazadas en la Política Institucional, que se materializan en el Programa de Trabajo 2009-2012, los capítulos IV y V enlistan los avances alcanzados en los principales programas de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. En el área médica, destacan los programas de infraestructura médica; reducción en el diferimiento en cirugía programada; mejora de los servicios de Urgencias; consulta en 6º y 7º día, DIABETIMSS y PREVENIMSS; reducción de la mortalidad materna, expediente clínico electrónico, vigilancia epidemiológica, transformación y simplificación de trámites, investigación en salud, formación de médicos especialistas, entre otros.

Respecto a la Unidad IMSS-Oportunidades, se reportan avances en estrategias como: fortalecimiento del primer nivel de atención, encuentros médico-quirúrgicos, formación de médicos especialistas para el medio rural y reducción de la mortalidad materna.

Por su parte, de la DPES, destacan los avances en los programas para mejorar los procesos para el pago de pensiones, los servicios de Guarderías, Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas.

Dada la naturaleza del IMSS como organismo público descentralizado, así como de organismo fiscal autónomo, de su acción cotidiana se pueden derivar una diversidad de asuntos contenciosos en los que el Instituto es parte, y cuya atención es una de las responsabilidades de la Dirección Jurídica. Las actividades desarrolladas en este ámbito, la orientación y atención a quejas del derechohabiente y las respectivas acciones de mejora emprendidas y por instrumentar, se informan en el Capítulo VI.

En el Capítulo VII se informan las principales actividades de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico en diferentes programas estratégicos que serán el soporte de la mejora de procesos en diversas áreas del Instituto.

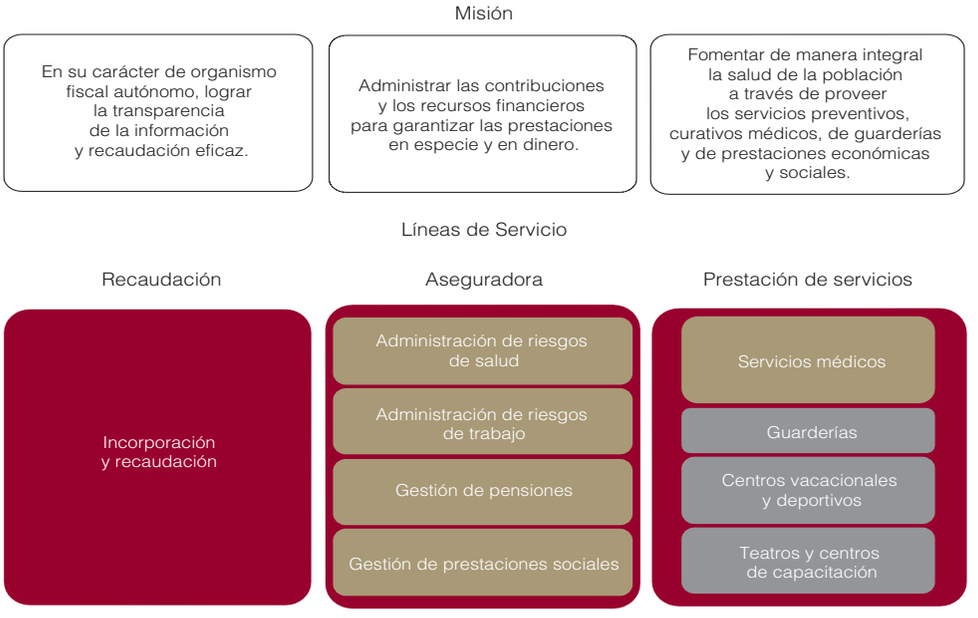
Finalmente, en los capítulos VIII y IX se reportan las actividades de la Unidad de Vinculación y de la Coordinación de Comunicación Social.

Política Institucional

Como se explica en el Capítulo I de este Informe, el Instituto presenta un panorama complejo respecto de su viabilidad financiera en los próximos años. En este sentido, la presente administración ha puesto en marcha una política institucional que responde en forma ágil y efectiva a los grandes retos internos y externos que enfrenta.

La misión del IMSS, de acuerdo con sus mandatos y estructura, se puede conceptualizar alrededor de tres líneas de servicio: i) aseguramiento; ii) prestación de servicios, y iii) recaudación. Por su parte, la visión del IMSS hacia 2012 se enmarca en un Instituto que transita –gradual y efectivamente– hacia una estructura organizacional que le permita contar con estas tres líneas de servicio, operativamente independientes, a la vez de eficientes y eficaces, tanto en su interactuar interno como externo.

CUADRO 1. POLÍTICA INSTITUCIONAL



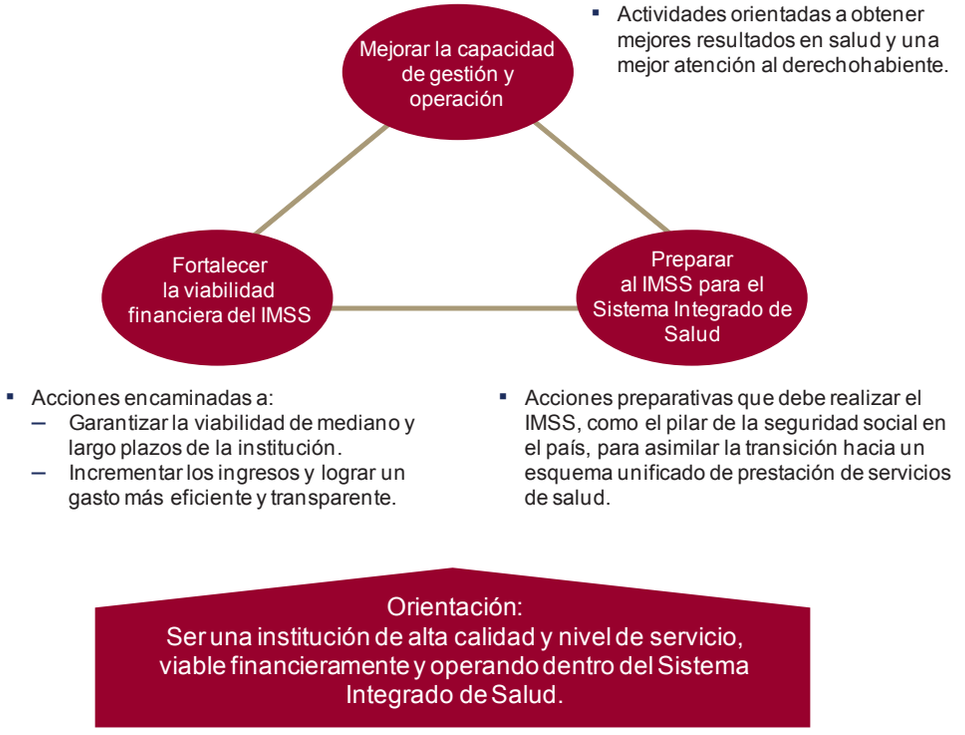
Fuente: IMSS.

El enfoque estratégico de la política institucional está conformado por tres ejes rectores, los cuales buscan atender los retos del quehacer institucional, y pueden circunscribirse como: i) mejorar la capacidad de gestión y operación; ii) fortalecer la viabilidad financiera del Instituto, y iii) preparar al IMSS para un Sistema Integrado de Salud, en el contexto de la cobertura universal en salud.

Eje Rector I: Mejorar la Capacidad de Gestión y Operación del Instituto

Los niveles de calidad y satisfacción en el servicio presentan áreas de oportunidad importantes. En este sentido, este eje se orienta hacia la mejora de la oferta de los servicios y la capacidad resolutiva en todos los niveles de atención, con el fin de cumplir con las demandas y expectativas de la población derechohabiente.

GRÁFICA 1. ENFOQUE ESTRATÉGICO: EJES RECTORES



Fuente: IMSS.

Todas las actividades del quehacer institucional están orientadas a brindar una mejor respuesta; lo anterior incluye contar con una infraestructura más adecuada, abasto de insumos médicos en niveles aceptables y capital humano más productivo. Esto deberá reflejarse en un servicio más oportuno, cálido y efectivo. De este eje rector se desprenden cuatro frentes de trabajo:

Mejorar la Calidad de los Servicios

Las acciones se enfocan a proporcionar a los derechohabientes, patrones, pensionados y jubilados un servicio integral, ágil y de calidad que responda a sus necesidades reales. Ello implica la consolidación de un modelo de atención concebido desde el punto de vista de la satisfacción del usuario y de sus adecuadas necesidades diagnósticas y terapéuticas, y no exclusivamente desde el mero cumplimiento de los protocolos de atención como procesos operativos.

Destacan acciones para: i) asegurar el abasto suficiente de medicamentos e insumos terapéuticos con entregas mejor calendarizadas, estables y con mayor grado de cumplimiento; ii) reducir el índice de mortalidad materna; iii) consulta de medicina familiar sábados y domingos; iv) proporcionar atención médica domiciliaria; v) atención para la rehabilitación de incapacitados e inválidos para su reinserción en el mercado laboral, y vi) diseño y control de planes de contingencia y vigilancia a la salud.

Mejorar la Calidez de la Atención

El Instituto se está poniendo en los zapatos del derechohabiente. Se trata sobre todo de mantener su confianza. En este sentido se busca permanentemente brindar un trato al derechohabiente con mayor sensibilidad humana, ampliando y fortaleciendo los canales de comunicación y de espacios físicos dignos y funcionales en los que esté al frente una especialista o técnica en atención y orientación al derechohabiente; pero sobre todo, fortaleciendo la calidez de la atención.

Las iniciativas en este frente de trabajo buscan facilitar los trámites y disminuir las molestias de los usuarios; incrementando el porcentaje de satisfacción y disminuyendo el número de quejas recibidas.

Fortalecer la Infraestructura

El Instituto está desplegando una serie de acciones para la actualización de la infraestructura inmobiliaria, tecnológica y de equipamiento médico a nivel nacional. Para ello, puso en marcha el Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento en Salud más ambicioso en décadas, con el propósito de avanzar en la solución del rezago actual en infraestructura que impide dar un mejor y más oportuno servicio en todos los niveles de atención.

Las iniciativas en esta materia se orientan a contar con un crecimiento óptimo en la infraestructura institucional, entre las que se encuentran: i) desarrollo de un sistema de planeación y diseño de obras nuevas y acciones de ampliación y remodelación, y ii) mejorar la utilización de los servicios actuales a través de programas como "Hospital sin Ladrillos", que reorienta el uso de espacios y camas en los hospitales.

Fortalecer los Recursos Humanos y la Organización

Este frente de trabajo se refiere a la instrumentación de un proyecto de capacitación institucional, dirigido al personal que tiene contacto directo con el derechohabiente, para sensibilizarlo y dotarlo de las técnicas, habilidades y conocimientos necesarios para el óptimo desempeño de sus labores.

El objetivo es contar con servidores públicos que desarrollen capacidades que les permitan brindar un servicio cálido, amable y de calidad; que refuercen su capacidad de respuesta frente a situaciones tales como la sobredemanda, la molestia de los usuarios o la procedencia de un trámite en específico.

Eje Rector II: Fortalecer la Viabilidad Financiera del IMSS

Este eje se centra en la búsqueda continua de una administración transparente y eficiente de los recursos. Incluye acciones encaminadas a fortalecer los ingresos, a lograr un gasto más eficiente y asignar prioritariamente recursos hacia acciones de atención preventiva que permitan mejorar el escenario epidemiológico de la población usuaria. Se trata, además, de encontrar el balance óptimo entre mejorar la cantidad y calidad de la atención al derechohabiente con un Instituto financieramente viable en el mediano y largo plazos. De este eje rector se desprenden cuatro frentes de trabajo:

Fortalecer los Ingresos

Está orientado a mejorar la recaudación mediante iniciativas que permitan una mayor eficacia y eficiencia en su accionar, entre ellas destacan: i) diseño y aplicación de una mejor estrategia de fiscalización; ii) desarrollo de un sistema informático integral de los procesos de incorporación y recaudación; iii) facilitar el cumplimiento voluntario de las obligaciones como, por ejemplo, el sistema de pago referenciado a través de Internet, y iv) reducción de la cartera en mora.

Realizar un Gasto más Eficiente y Transparente

Se refiere a las acciones de mejora enfocadas a ganar eficiencia interna y una optimización continua de los procesos sustantivos. Se centra en una mayor flexibilidad presupuestal para facilitar el quehacer diario, dentro de un marco de rendición clara de cuentas.

Entre otras medidas de carácter administrativo para realizar un gasto más eficiente y transparente se encuentran: i) los ahorros en abasto a través de la adopción de múltiples estrategias como subastas en reversa, compras multianuales, compras centralizadas y regulación de compras descentralizadas, entre otras; ii) mayor transparencia y rendición de cuentas, a través de la participación de la figura del testigo social en las licitaciones; iii) ampliación del número de servicios brindados, previa identificación del derechohabiente mediante la credencial de Acreditación como Derechohabiente del IMSS (ADIMSS) con la función de huella digital; iv) instrumentación de mecanismos de medición y gestión del producto hospitalario, a través de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) que permiten comparar costos de producción en las unidades de servicio y homogeneizar los servicios. Este mismo razonamiento se aplica para los servicios ambulatorios a través del uso de Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA), y v) la implementación de un sistema de información para el control y fiscalización de las incapacidades, que evite el uso fraudulento de las mismas.

Fortalecer la Atención Preventiva

La transición epidemiológica del país repercute gravemente sobre las finanzas del Instituto. La población envejece y sus padecimientos crónicos resultan ser mucho más costosos. Como medidas de solución se asignan recursos suficientes para el fortalecimiento de la estrategia de los Programas Integrados de Salud, prioritariamente PREVENIMSS, DIABETIMSS, y el Plan Gerontológico, cuyas acciones se basan en la prevención, la curación y la rehabilitación. Asimismo, se refuerza la entrega informada de Cartillas de Salud y Guías para el Cuidado de la Salud.

Mejorar la Suficiencia Presupuestal

Está conformado por una serie de medidas endógenas y exógenas que impactan los ingresos y gastos del Instituto. Éstas se encaminan a incrementar los recursos –propios y externos–, así como a disminuir los gastos no prioritarios y reorientar los recursos hacia el financiamiento de actividades de alto impacto en los derechohabientes.

Es necesario propiciar un debate serio y a fondo entre Ejecutivo Federal, el H. Congreso de la Unión y la sociedad en general de aquellas acciones que implicarían una modificación a la LSS y el uso de recursos fiscales. El logro de un consenso es básico para alcanzar el fortalecimiento del Instituto.

Eje Rector III: Preparar al Instituto para el Sistema Integrado de Salud

El IMSS, como pilar de la seguridad social y principal proveedor de servicios de salud en México, se prepara para insertarse de manera eficiente al Sistema Integrado de Salud que se está forjando en el país. En este sentido, el Instituto está trabajando en acciones específicas que le ayuden a transitar hacia ese Sistema unificado de servicios de salud. De este eje rector se desprenden tres frentes de trabajo:

Promover la Portabilidad de Derechos

El acceso a los servicios básicos de salud es un derecho fundamental de los ciudadanos; por ello, el IMSS, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (SSA) en esta materia, coordina acciones para lograr que los derechohabientes y los usuarios tengan cobertura de atención en salud en cualquiera de las instituciones proveedoras de servicios en el país.

La portabilidad consiste en que todo ciudadano que cuente con algún seguro de salud, tenga el derecho de acudir a cualquier institución para su atención. Así, las tareas que realiza el IMSS en esta materia se encaminan, por un lado, a estructurar los mecanismos de intercambio de información para lograr un Sistema Integrado de Salud, lo que considera: i) estandarizar el padrón de derechohabientes del IMSS con otras instituciones; ii) concretar el padrón de IMSS-Oportunidades; iii) dar cumplimiento a las metas de credencialización y reexpedición en el marco del programa ADIMSS; iv) hacer compatible el uso del Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE), para que en cualquier clínica o Unidad Médica de los tres niveles de atención, a nivel nacional, se pueda consultar el historial del paciente, y v) contar con una base nacional de datos de salud.

Promover la Convergencia de Servicios de Salud

La convergencia entre las instituciones de los servicios de salud requiere establecer mecanismos de colaboración para que la atención médica se preste de forma unificada o estandarizada, sin distinción entre instituciones públicas o privadas, federales o estatales. Ello significa mayor y mejor coordinación en el uso compartido de los recursos, dados los costos administrativos de operación en cada una de las instituciones.

En este sentido, el IMSS junto con otras instancias del Sistema Nacional de Salud, trabaja en: i) el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC) para que exista un estándar mínimo de atención semejante en todas las instituciones; ii) en el establecimiento de "paquetes de servicios" respaldados con un "modelo de costeo" por actividad o proceso, por GRD y por GRAA, y iii) en un programa integral de inversión física en salud, que implique el intercambio de información respecto de la infraestructura existente, su ubicación, condiciones y capacidad instalada, para poder dimensionar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como planear el monto de las inversiones futuras.

Desarrollar un Mercado de Servicios de Salud

El Instituto debe participar en la creación de un mercado interinstitucional de servicios de salud, profundo y robusto que haga tangibles los beneficios de la portabilidad y la convergencia antes referidas. Su maduración radica en la definición de un esquema de intercambio o compra-venta de servicios médicos, como resultado del acceso nacional al Sistema Integrado de Salud.

Este frente de trabajo requiere clarificar aspectos como: i) la separación del financiamiento de la prestación de los servicios; ii) la separación del aseguramiento contra riesgos de salud personales, de otro tipo de seguros y beneficios de la seguridad social; iii) la separación de la provisión de servicios de otro tipo de bienes públicos (como la promoción y prevención comunitaria); iv) la solución de dilemas básicos, en el marco de los derechos individuales, como definir el alcance de la cobertura, y v) en el largo plazo, integrar todos los subsistemas de salud en uno.

La materialización de las acciones definidas en la Política Institucional se da dentro del Programa de Trabajo 2009-2012 del IMSS. Los principales avances alcanzados en cada una de las actividades antes citadas, son descritos en los capítulos subsecuentes del presente Informe.

DIRECCIÓN DE FINANZAS

La Dirección de Finanzas (DF) es el órgano encargado de dirigir los procesos específicos en materia de presupuesto, contabilidad y evaluación financiera. Asimismo, tiene a su cargo la operación financiera, el desarrollo de políticas para la planeación, las inversiones y la administración de riesgos institucionales.

Dentro de este contexto, en este capítulo se reseña el panorama general de la situación financiera que enfrenta el Instituto, así como el informe de actividades desarrolladas y el programa de trabajo en el ámbito de la DF.

I.1. ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL A DICIEMBRE DE 2009[1]

Los estados financieros dictaminados por el auditor externo al 31 de diciembre de 2009 fueron elaborados de conformidad con las instrucciones sobre la forma y términos en que las entidades federales deben llevar su

[1] Los resultados presentados en esta sección pueden consultarse con más detalle en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2009-2010.

contabilidad, contenidas en las Normas de Información Financiera Gubernamentales (NIFG), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), conforme a lo dispuesto por la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Conviene mencionar que de acuerdo con las disposiciones de la Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal (NEIFGSP-08) "Reconocimiento de las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores de las entidades del sector paraestatal", la contabilidad institucional sólo reconoce una parte del costo total de las obligaciones laborales, y sólo a través de notas a los estados financieros dictaminados se revelan los montos totales de los pasivos laborales.

Estado de Resultados

Los ingresos de operación del ejercicio 2009 ascendieron a 225,479 millones de pesos[2]. Por su parte, el gasto de operación fue de 225,279 millones de pesos, por lo que se obtuvo, sin considerar el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales, un excedente de operación o devengado de 200 millones de pesos.

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: i) de las aportaciones tripartitas que el Instituto recibe por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de sus reservas y disponibilidades, y iii) de ingresos derivados de las ventas y servicios en Tiendas, Centros Vacacionales y Velatorios. De los 225,479 millones de pesos de ingresos totales, 70.3% corresponden a las cuotas obrero-patronales (COP), 20.8% a las contribuciones a cargo del Gobierno Federal y el restante 8.9% a productos de inversiones y otros ingresos.

El gasto de operación comprende todas aquellas erogaciones que el Instituto realiza para llevar a cabo la prestación de sus servicios, ello incluye el pago de la nómina a trabajadores del Instituto; las prestaciones económicas a los derechohabientes (subsidios, ayudas y sumas aseguradas); el consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros; el gasto por mantenimiento y conservación de los bienes

[2] Los ingresos de operación incluyen las COP que el Instituto debe pagar en su calidad de patrón. Quedan excluidos de estos ingresos los flujos por transferencias del Gobierno Federal para las pensiones en curso de pago, en virtud de que con la LSS, a partir del 1° de julio de 1997, el Gobierno Federal asumió ese pasivo y el Instituto sólo actúa como pagador de las pensiones por cuenta y orden del mismo.

muebles e inmuebles; el gasto en los servicios generales y subrogación de servicios; el pago de la nómina al personal jubilado y las provisiones de gasto constituidas durante el ejercicio para la reserva contable del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) con base en la NEIFGSP-08; los pasivos de las reservas financieras y actuariales, así como otros gastos[3].

La composición del gasto de operación se puede apreciar en el cuadro I.1, que muestra el estado de resultados por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2009. Del total del gasto, que ascendió a 225,279 millones de pesos, se destinaron para servicios de personal 107,666 millones de pesos; para el consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros, 31,659 millones de pesos; para el conjunto de gastos que agrupan el mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles y para los servicios generales y subrogación de servicios se erogaron 20,596 millones de pesos; para el pago de prestaciones económicas, 17,375 millones de pesos; para otros gastos, 4,925 millones de pesos; 6,275 millones de pesos para provisionar las reservas financieras y actuariales; 30,456 millones de pesos correspondieron al pago de la nómina asociada al RJP, es decir, pagos de pensiones, jubilaciones y primas de antigüedad a favor del personal retirado del Instituto, y 6,325 millones de pesos fueron aplicados como provisión del ejercicio para la reserva contable del RJP con base en la NEIFGSP-08; estas dos últimas cifras integran el costo de las obligaciones laborales reconocidas en el periodo.

[3] El concepto de otros gastos incluye intereses financieros, castigos, depreciaciones y reversión de cuotas. Excluye el gasto de las pensiones en curso de pago, que constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal.

CUADRO I.1. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS DICTAMINADOS POR LOS AÑOS TERMINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009 Y 2008

(MILLONES DE PESOS)

	2009	2008
Ingresos		
COP	158,526	155,659
Contribución federal	46,920	45,746
Productos de inversiones y otros ingresos	20,033	14,290
Total de ingresos	**225,479**	**215,694**
Gastos		
Servicios de personal	107,666	99,207
Pagos al personal jubilado	30,456	26,307
Costo de obligaciones laborales	6,325	12,546
Prestaciones en dinero	17,375	16,611
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	31,659	28,049
Mantenimiento	2,970	2,591
Servicios generales y subrogación de servicios	17,627	16,900
Intereses financieros y actuariales	340	487
Castigos	1,804	1,801
Depreciaciones	1,884	1,845
Reversión de COP	897	906
Reservas financieras y actuariales	6,275	8,218
Total de gastos	**225,279**	**215,469**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**200**	**226**

Fuente: IMSS.

Estado de Resultados por Ramo de Seguro

De conformidad con lo que establece el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social (LSS), los ingresos y gastos de cada uno de los seguros se deben registrar contablemente por separado y los gastos indirectos comunes se deberán sujetar a las reglas de carácter general para la distribución de gastos, de acuerdo con las bases metodológicas establecidas por el Instituto.

En cumplimiento del precepto anterior, en el cuadro I.2 se presentan los estados de ingresos y gastos por ramo de seguro del ejercicio 2009.

CUADRO I.2. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS POR RAMO DE SEGURO POR EL AÑO TERMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009
(MILLONES DE PESOS)

	SRT	SEM	SIV	SGPS	SSFAM	Total
Ingresos						
COP y contribución federal	21,198	141,233	29,472	11,667	1,876	205,446
Productos de inversiones y otros ingresos	4,456	8,744	6,207	498	128	20,033
Total de ingresos	**25,654**	**149,977**	**35,679**	**12,165**	**2,004**	**225,479**
Gastos						
Servicios de personal	5,058	95,344	684	3,356	3,224	107,666
Pagos al personal jubilado	1,431	26,970	194	949	912	30,456
Costo de obligaciones laborales	303	5,501	55	282	185	6,325
Consumos	1,336	29,073	12	182	1,057	31,659
Mantenimiento	118	2,486	3	274	89	2,970
Servicios generales	448	9,326	283	7,233	337	17,627
Prestaciones económicas	4,201	7,447	5,727	0	0	17,375
Intereses financieros y actuariales	45	227	45	16	8	340
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	255	1,084	327	138	0	1,804
Depreciaciones	0	1,369	494	21	0	1,884
Reversión de cuotas	103	794	0	0	0	897
Traslado de la depreciación	104	-69	-145	97	14	0
Reservas financieras y actuariales	5,292	31	952	0	0	6,275
Total de gastos	**18,693**	**179,583**	**8,632**	**12,546**	**5,826**	**225,279**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**6,961**	**-29,606**	**27,048**	**-381**	**-3,822**	**200**

Fuente: IMSS.

En el cuadro se aprecia que los Seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) y de Invalidez y Vida (SIV) tuvieron excedentes de operación. Por otra parte, se observa que los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM), Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS), y el de Salud para la Familia (SSFAM) fueron deficitarios, a pesar de no haber incluido en su resultado el total del costo neto de las obligaciones laborales del periodo.

Balance General

Al 31 de diciembre de 2009 el Balance General del Instituto, como se muestra en el cuadro I.3, refleja un activo total de 288,720 millones de pesos, conformado por las inversiones físicas y en instrumentos financieros, por el activo circulante y por otros activos. El activo en inversiones ascendió a 182,260 millones de pesos y está integrado por instrumentos financieros a largo plazo, inmuebles de dominio público de la federación, mobiliario y equipo, así como créditos hipotecarios y préstamos al personal. El activo circulante suma 105,652 millones de pesos, que incluyen efectivo y equivalentes, instrumentos financieros a corto plazo, cuentas y documentos por cobrar e inventarios, y se tienen 808 millones de pesos en otros activos.

El patrimonio del Instituto ascendió a 74,669 millones de pesos y está constituido por 200 millones de pesos excedentes de ingresos sobre gastos y por 74,469 millones de pesos de superávit por revalorización, donaciones y resultados de ejercicios anteriores. El pasivo ascendió a 214,051 millones de pesos y se desagrega en 22,976 millones de pesos de pasivo circulante; 89,453 millones de pesos del costo de las obligaciones laborales registradas; 7,597 millones de pesos de retenciones para jubilaciones; 92,992 millones de pesos de las reservas financieras y actuariales, y 1,033 millones de pesos del fondo de reserva constituido para cumplimiento del Programa de Primer Empleo (PPE), con base en el Decreto emitido por el Poder Ejecutivo en enero de 2008.

La crisis económica internacional de 2009 afectó significativamente la creación de empleos, a la cual México no fue ajeno, propiciando la disminución de cotizantes que son la fuente de ingreso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, a la vez, un mayor gasto por el incremento en la demanda de servicios, principalmente de salud.

Dentro de este contexto, el Ejecutivo Federal emitió tres decretos a fin de apoyar a las empresas y a los trabajadores para aminorar los efectos de la compleja situación económica que incidieron de manera directa en las operaciones y finanzas del Instituto.

CUADRO I.3. BALANCE GENERAL DICTAMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009 Y 2008

(MILLONES DE PESOS)

Activo	**2009**	**2008**
Activo circulante		
Efectivo y equivalentes	16,536	11,182
Instrumentos financieros	45,203	53,280
Gobierno Federal (contribuciones por cobrar, neto)	5,593	5,889
COP por cobrar, neto	20,591	18,900
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	12,995	10,152
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	4,734	4,107
Total del activo circulante	**105,652**	**103,510**
Activo no circulante		
Instrumentos financieros	83,927	76,048
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	13,818	11,451
Inversión en acciones Afore XXI, S. A. de C. V.	394	354
Inmuebles de dominio público de la federación, mobiliario y equipo, neto	84,121	81,484
Otros activos, neto	808	615
Total del activo no circulante	**183,068**	**169,952**
Total del activo	**288,720**	**273,462**
Pasivo y patrimonio		
Pasivo a corto plazo		
Proveedores, contratistas y otros	13,528	12,358
Gastos acumulados y retenciones por pagar	9,448	8,808
Total del pasivo a corto plazo	**22,976**	**21,166**
Pasivo a largo plazo		
Reservas financieras y actuariales	92,992	87,333
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	8,630	5,486
Beneficios a los empleados	1’853,709	1’199,606
Total del pasivo a largo plazo	**1’955,331**	**1’292,425**
Total del pasivo	**1’978,307**	**1’313,591**
Patrimonio		
Donaciones	1,256	1,182
Superávit por revaluación	66,113	66,318
Déficit de ingresos sobre gastos del ejercicio	-649,777	-470,454
Déficit de ejercicios anteriores por pasivo laboral	-1’114,279	-644,050
De ingresos sobre gastos de ejercicios anteriores	7,100	6,875
Total del patrimonio	**-1’689,587**	**-1’040,129**
Total del patrimonio y pasivo	**288,720**	**273,462**

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2009 y 2008, al reporte de la Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la metodología de la NIF D-3 al 31 de diciembre de 2009.

- El 27 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.140109/2.P.DG., relativo a la ampliación del periodo de conservación de derechos por 16 semanas adicionales a las ocho señaladas en el Artículo 109 de la LSS, a los asegurados que hayan quedado o llegasen a quedar privados de su trabajo remunerado durante el lapso comprendido del 1° de enero al 30 de junio de 2009.
- El 7 de mayo de 2009 se publicó en el DOF el Decreto por el cual se eximió parcialmente a los patrones hasta por el importe equivalente a 20% mensual del pago de las COP causadas en los meses de mayo y junio de 2009, con la finalidad de apoyar a los diversos sectores productivos que se vieron afectados por la suspensión temporal de labores, con motivo de la epidemia de la Influenza ocasionada por el virus denominado A H1N1 que se presentó a partir de la tercera semana del mes de abril de 2009.
- El 14 de mayo de 2009 se publicó en el DOF el Decreto del Ejecutivo Federal por el que se autoriza a los patrones a realizar el pago en parcialidades de 50% de las COP de mayo y junio, disminuidas en todos los casos en 20% a que se refiere el primer párrafo del Artículo Segundo del Decreto, de fecha del 7 de mayo.

Es importante precisar que el Instituto no recibió del Gobierno Federal en forma anticipada los recursos necesarios para financiar los costos adicionales por los servicios médicos otorgados, ni los fondos correspondientes al subsidio otorgado a los patrones. Por ello, la aplicación de estas medidas necesarias y convenientes en el marco de la economía nacional afectaron de forma temporal el flujo de liquidez del IMSS. Por otra parte, los ingresos propios del IMSS resultaron inferiores en 5,760 millones de pesos a los originalmente presupuestados.

Por el diferimiento de los ingresos se dispuso, en calidad de préstamo, de 10,000 millones de pesos (6,000 y 4,000 millones de pesos en julio y diciembre, respectivamente) de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) para financiar las Reservas Operativas (RO) de los seguros y resolver la falta de liquidez temporal del Instituto, para garantizar la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo de la población beneficiaria.

Respecto a la caída de ingresos por 5,760 millones de pesos, el Instituto dispuso de sus reservas y fondos; transfirió 616 millones de pesos de la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA) a la RO para reintegrar a esta última las erogaciones extraordinarias derivadas del otorgamiento de prestaciones del SEM, con motivo de la afectación originada

por el virus A H1N1[4]; utilizó también 4,403 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) para cubrir el déficit del RJP.

De acuerdo con la Primera Evaluación Trimestral de los Ingresos y el Gasto Incurrido con respecto al Presupuesto 2009, el Gobierno Federal registró adeudos por 3,754 millones de pesos, los cuales se incrementaron en la Tercera Evaluación Trimestral en mención a 8,396 millones de pesos[5]. En diciembre el Instituto recibió la cantidad de 7,711 millones de pesos, quedando pendiente el pago de 685 millones de pesos correspondientes a la recuperación del gasto de administración de Pensiones en Curso de Pago (PCP). Estas cifras son, al cierre de 2009, los montos que registraron ajustes conforme a las cifras de cierre de enero de 2010.

Las proyecciones del modelo de corto plazo muestran una situación financiera complicada para el Instituto, ya que los ingresos no serán suficientes para cubrir el gasto, por lo que para el presente ejercicio y los próximos dos años es probable que se requiera utilizar la totalidad de fondos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC. Para completar la nómina de jubilaciones y pensiones, así como fondos de la ROCF, en el marco del Artículo 277 A de la LSS y para el Programa de Inversión Física, se utilizarán los ingresos excedentes de ejercicios anteriores, registrados en la ROCF, de conformidad con el Artículo 277 C de la LSS. Asimismo, la proyección para 2012 muestra también una situación financieramente complicada, toda vez que los ingresos estimados no cubrirán el gasto proyectado, por lo que se registrará un déficit de 34,160 millones de pesos. No será posible cubrir este déficit con recursos de la ROCF por dos razones: i) esta reserva, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 283 de la LSS se constituye, incrementa o reconstituye con el objetivo de proveer estabilidad y certidumbre a la operación cotidiana del propio Instituto, y facilita la planeación de mediano plazo, ya que al agotarla no se cumpliría con dicho propósito, y ii) en este ejercicio los recursos disponibles serán del orden de 16,954 millones de pesos, que sigue siendo un monto insuficiente.

El cuadro I.4 contiene el flujo de efectivo registrado en 2009, detallando los principales conceptos de egresos y el uso de las reservas, así como las proyecciones entre 2010 y 2012.

[4] Lo anterior con base en las autorizaciones que emitió el H. Consejo Técnico (HCT) con los acuerdos ACDO.AS3. HCT.110809/170.R.DF y ACDO.AS3. HCT.281009/216.R.DF.

[5] Este último se integra por los siguientes conceptos y montos: 3,340 millones de pesos de obligaciones estatutarias de 2008; 480 millones de pesos del subsidio de 5% a las COP; 2,600 millones de pesos de ampliación de derechos; 685 millones de pesos de administración de PCP y 1,291 millones de pesos del Decreto 20% de COP.

CUADRO I.4. FLUJO DE EFECTIVO 2009 Y PROYECCIÓN 2010-2012

(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

	2009	2010	2011	2012
Saldo inicial de RO	**0**	**0**	**0**	**0**
Ingresos (1)[1/]	310,832	331,644	351,663	379,783
Egresos (2)[2/]	304,341	348,351	374,431	406,397
Servicios de personal[3/]	107,135	118,419	126,603	137,983
RJP	33,150	37,718	43,205	48,767
Subsidios y ayudas, y pensiones temporales y provisionales	11,203	12,404	13,320	14,320
Sumas aseguradas	6,097	6,956	8,189	9,318
Inversión física	4,160	11,915	7,531	5,178
Materiales y suministros	31,654	32,657	34,558	36,582
Servicios generales	20,788	24,047	25,534	27,124
Operaciones ajenas	-1,688	-2,733	-3,301	-3,975
Pensiones en curso de pago y pensiones garantizadas	91,842	106,970	118,792	131,101
Excedente (déficit) del año (3) = (1) - (2)	6,491	-16,707	-22,768	-26,614
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)[4/]	5,476	5,243	6,541	6,196
Excedente (déficit) del año después de la creación de las reservas (5) = (3) - (4)	1,015	-21,950	-29,309	-32,810
Movimientos de la ROCF[5/]	-3,364	-4,623	-2,872	-3,718
Uso de la ROCF Artículo 277 A de la LSS[6/]	0	1,454	5,403	0
Uso de la ROCF para programas de inversión[7/]	0	10,493	0	0
Uso del FCOLCLC[8/]	1,733	14,626	26,778	2,368
Uso de la RGFA[9/]	616	0	0	0
Transferencia neta entre reservas (6)	-1,015	21,950	29,309	-1,350
Saldo del año en RO después de transferencias (7) = (5) + (6)[10/]	0	0	0	-34,160

[1/] El Presupuesto 2010 registra 331,135 millones de pesos, a los cuales se les adicionan 509 millones de pesos correspondientes a productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

[2/] La proyección 2010 registra 348,351 millones de pesos, la cual incluye 348,334 millones de pesos de presupuesto 2010, más 509 millones de pesos correspondientes a productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC y disminución de 492 millones de pesos en el capítulo de personal.

[3/] El Presupuesto del IMSS 2010 en el capítulo de servicios de personal registra un importe de 118,911 millones de pesos. Para efectos de la proyección se estima una disminución de 492 millones de pesos, debido al periodo que transcurre a partir de que la plaza queda vacante a la contratación del personal.

[4/] Los ejercicios 2009 y 2010 se consideran cifra real y meta establecida en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), respectivamente. En 2011 y 2012 se presenta el incremento estimado sólo por la acumulación de productos financieros y aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

[5/] En 2009 se consideran ingresos excedentes de la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) del SIV por 2,163.3 millones de pesos y 1,200.6 millones de pesos correspondientes a productos generados durante el ejercicio fiscal. Para el periodo 2010-2012 se estiman ingresos excedentes de las RFA del SIV y SRT por un total de 3,699.1, 2,083.4 y 2,976.5 millones de pesos, respectivamente, y productos de 924.1, 788.4 y 741.2 millones de pesos para dicho periodo.

[6/] En caso de comportarse el ingreso y el gasto conforme a estas proyecciones, para los ejercicios 2010 y 2011 se tendrán que utilizar fondos de la ROCF por 1,454 y 5,403 millones de pesos, respectivamente, en el marco del Artículo 277 A de la LSS; los montos antes citados son adicionales al uso de 14,626, 26,778 y 2,368 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC en el periodo 2010-2012.

[7/] Los ingresos excedentes a los presupuestados de años anteriores acumulados en la ROCF ascienden a 10,493 millones de pesos, los cuales podrían utilizarse para programas prioritarios de inversión, de conformidad con el Artículo 277 C de la LSS.

[8/] En 2009 se dispusieron de un total de 4,403 millones de pesos, 1,733 millones de pesos del capital y 2,670 millones de pesos correspondientes a productos generados en el ejercicio. Se contempla el uso de 14,626, 26,778 y 2,368 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para los ejercicios 2010, 2011 y 2012, a fin de apoyar el gasto del RJP; con estas disposiciones se terminarían los recursos de la Subcuenta referida.

[9/] Durante el 2009, debido a la contingencia sanitaria para atacar el virus de Influenza A H1N1, se utilizaron recursos por 616 millones de pesos de la RGFA para reintegrar a las RO el gasto del SEM.

[10/] Fondos disponibles de las RO al cierre del año. No considera saldos iniciales, sólo lo reportado durante el ejercicio.

Fuente: IMSS.

Entre los rubros con incrementos significativos en los egresos respecto a 2008, destaca el pago corriente del RJP con 22.5%. En las proyecciones de 2010 la inversión física muestra un crecimiento de 186.4% respecto a 2009, con el fin de cubrir los requerimientos de equipamiento y expansión de la capacidad de las Unidades Hospitalarias, mientras que los servicios de personal se incrementaron en 10.5%. La proyección 2012 respecto a 2010 muestra crecimientos significativos en los capítulos de Personal y RJP por 16.5% y 29.3%, respectivamente.

En 2010 se estima un déficit de 21,950 millones de pesos después de la creación de las reservas y fondos; dicha cifra podría incrementarse en caso de que el Gobierno Federal no liquide 5,427 millones de pesos correspondientes a adeudos pendientes. Dicho adeudo se integra por los siguientes montos y conceptos: 515 millones de pesos de obligaciones estatutarias, 1,899 millones de pesos de ampliación de derechos y 3,013 millones de pesos de administración de PCP. Por lo antes expuesto, el Instituto dispondrá de 14,626 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para apoyar el gasto del RJP y de 11,948 millones de pesos de la ROCF en el marco de los Artículos 277 A y 277 C de la LSS. La diferencia de 4,623 millones de pesos se acumulará en la ROCF; 3,699 millones de pesos corresponden a ingresos excedentes de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) de los SIV y SRT, y 924 millones de pesos a productos financieros.

Para 2011 y 2012 se estima un déficit después de la creación de reservas y fondos por 29,309 y 32,810 millones de pesos, debido a la evolución de la nómina del RJP, la cual en 2010 se incrementa 13.8% respecto a 2009, y 14.5% en 2011 respecto a 2010, lo que representa una presión de gasto por 4,568 millones de pesos adicionales en el primer año y 5,487 millones de pesos en el segundo. La acumulación de reservas y fondos proyectados para 2011 y 2012 de las RFA, de la RGFA y del FCOLCLC sólo se constituirán con los intereses generados y las aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2, cifra que se estima en 6,541 y 6,196 millones de pesos, respectivamente. Es importante señalar que en 2012 se utilizaría la totalidad de recursos disponibles de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para apoyar el gasto del RJP con una transferencia de 2,368 millones de pesos.

Si bien es cierto que la proyección presenta una situación complicada, es importante señalar que al mes de mayo del presente año la recaudación registra un incremento de 2,700 millones de pesos, derivado del crecimiento de la actividad económica del país y, por ende, ha permitido la creación de 381 mil empleos al mes de abril. De continuar con este comportamiento, al final del ejercicio los ingresos alcanzarán 163,132 millones de pesos, es decir, 4,800 millones de pesos adicionales a lo presupuestado.

En el cuadro I.5 se presentan las proyecciones en caso de generarse mayores ingresos al cierre de 2010 y ejercer el gasto en el monto proyectado. Bajo este escenario,

CUADRO I.5. FLUJO DE EFECTIVO 2009 Y PROYECCIÓN 2010-2012.
ESCENARIO DE MAYORES INGRESOS
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

	2009	2010	2011	2012
Saldo inicial de reservas operativas	**0**	**0**	**0**	**0**
Ingresos (1)[1/]	310,832	336,444	357,223	385,716
Egresos (2)	304,341	348,351	374,431	406,397
Excedente (déficit) del año (3) = (1) - (2)	6,491	-11,907	-17,208	-20,681
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	5,476	5,243	6,878	6,196
Excedente (déficit) del año después de la creación de las reservas (5) = (3) - (4)	1,015	-17,150	-24,086	-26,877
Movimientos de la ROCF	-3,364	-4,623	-2,945	-3,723
Uso de la ROCF, Artículo 277 A de la LSS	0	0	6,833	0
Uso de la ROCF para programas de inversión	0	10,493	0	0
Uso del FCOLCLC	1,733	11,280	20,197	13,030
Uso de la RGFA	616	0	0	0
Transferencia neta entre reservas (6)	-1,015	17,150	24,086	9,307
Saldo del año en RO después de transferencias (7) = (5) + (6)	0	0	0	-17,570

[1/] A diferencia del monto reportado en el cuadro I.4, los ingresos incluyen 4,800 millones de pesos adicionales a lo presupuestado en 2010.
Fuente: IMSS.

el uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC disminuiría de 14,626 a 11,280 millones de pesos y no se utilizaría la ROCF por 1,947 millones de pesos, de conformidad con lo establecido en el Artículo 277 A de la LSS, mientras que en 2011 y 2012 el uso se estima en 20,197 y 13,030 millones de pesos, respectivamente, agotando los recursos disponibles en la Subcuenta referida.

I.2. SUFICIENCIA FINANCIERA

La suficiencia financiera del IMSS –definida como años en los cuales los ingresos son mayores a los egresos– presenta un panorama complicado.

Como se menciona en los apartados anteriores, desde 2009 se comenzaron a utilizar recursos de las reservas para enfrentar el desbalance que hay entre ingresos y gastos. Aun bajo los supuestos de que el Instituto no tenga que destinar recursos para fondear sus reservas durante los próximos años y no utilice recursos de sus reservas para el financiamiento de sus gastos, el Instituto presenta insuficiencia financiera desde 2010.

En un escenario en el que el Instituto dispone de las reservas constituidas para cubrir los déficits que se presentarán en el periodo de proyección[6], se aprecia que

[6] Este último se integra por lo siguiente: 3,340 millones de pesos de obligaciones estatutarias de 2008; 480 millones de pesos del subsidio de 5% a las COP; 2,600 millones de pesos de ampliación de derechos; 685 millones de pesos de administración de PCP y 1,291 millones de pesos del Decreto 20% de COP.

sólo podría extender los años de suficiencia financiera hasta el año 2014.

Los resultados financieros por ramo de seguro que se presentan en el cuadro I.6 hacen evidente que los ingresos obtenidos a partir de los actuales esquemas de financiamiento de los seguros que prestan servicios médicos y sociales son insuficientes para hacer frente a los gastos derivados de este tipo de prestaciones. Es importante mencionar que una política de aumento a las COP no se considera conveniente en estos momentos, ya que puede repercutir en la competitividad de las actividades productivas del país, así como en la propia afiliación de trabajadores.

La insuficiencia financiera que se proyecta para el Instituto obliga a evaluar escenarios y a considerar la eventual adopción de algunas políticas –internas y externas– que permitan subsanar en alguna medida el déficit esperado, para garantizar su operación.

Como se muestra a lo largo del presente Informe, a pesar de que algunas medidas internas han tenido un impacto positivo en las finanzas del Instituto, tales como los programas de austeridad, la reducción de costos en la compra de medicamentos y la reducción en diversos rubros de gasto corriente, es fundamental que se sigan redoblando esfuerzos para extender los beneficios de estas medidas y de otras más a las finanzas institucionales.

En el supuesto de continuar con las políticas internas descritas en el cuadro I.7, la suficiencia financiera del Instituto no cambiaría respecto a la que se presenta en el escenario en el que se mantiene la tendencia registrada en las principales variables macroeconómicas que condicionan los ingresos y los egresos institucionales (escenario base).

CUADRO I.6. DÉFICIT/SUPERÁVIT ESTIMADO DE LOS SEGUROS
(MILLONES DE PESOS DE 2010)

Año de estimación	2008		2009		2010	
	Superávit/ Déficit Acumulado	% PIB 2010	Superávit/ Déficit Acumulado	% PIB 2010	Superávit/ Déficit Acumulado	% PIB 2010
Seguros deficitarios:						
SEM, SSFAM, SGPS[1/]	-4’556,043	35.6	-5’232,353	40.9	-5’791,459	45.3
Seguros superavitarios:						
SIV, SRT	1’147,352	9.0	1’568,674	12.3	2’172,169	17.0
Total	**-3’408,691**	**26.6**	**-3’663,679**	**28.6**	**-3’619,290**	**28.3**

[1/] Con la distribución del gasto por seguro ramo del presupuesto devengado 2010, el SGPS presenta déficit en todo el periodo de proyección.
Fuente: IMSS.

CUADRO I.7. ESCENARIOS DE POLÍTICAS ENDÓGENAS

1. Política de recaudación de COP	Las COP se incrementan 3% en términos reales por arriba de lo presupuestado en los años 2011 y 2012.
2. Política de precio de medicamentos	En los años 2011 y 2012 los precios de los medicamentos se reducen en 4% en términos reales con respecto a los proyectados en el escenario base.
3. Política de subsidios para el personal institucional	A partir de 2011 se registra una disminución de un día por año en el número de días subsidiados por Enfermedad General en los trabajadores del IMSS, hasta igualar en 2014 el promedio de días subsidiados por trabajador asegurado.
4. Política de gasto corriente	En los años 2011 y 2012 se adoptan diferentes medidas de eficiencia que permitan lograr ahorros de 3% en términos reales en los siguientes rubros de gasto corriente: Conservación y Servicios Personales.

Fuente: IMSS.

Si la trayectoria financiera del Instituto se mantiene como hasta la fecha, y en el supuesto de que las políticas endógenas produjeran los resultados esperados, la capacidad financiera del Instituto se ve seriamente comprometida. Esta situación hace evidente la necesidad de evaluar escenarios que consideren cambios de fondo a la actual LSS.

En este Informe se presenta una serie de políticas externas divididas en dos categorías, la primera presenta una medida que carece de costo fiscal y la segunda engloba tres medidas cuya materialización requeriría de aportaciones adicionales por parte del Gobierno Federal. Tomando en cuenta que el seguro que presenta la mayor problemática financiera es el SEM y que el déficit proyectado en este seguro representa casi 92% del déficit total, este seguro se consideró como el eje central de las políticas.

En cuanto a la revisión de las cuotas del SSFAM –política exógena sin costo fiscal– que se basa en fijar a partir del 2011 cuotas de afiliación suficientes que permitan equilibrar ingresos y gastos de este seguro, eliminando así el déficit recurrente que presenta, los resultados no se traducirían en años adicionales de suficiencia financiera respecto del escenario base y solamente representaría una reducción del déficit en valor presente neto calculado originalmente.

Por otro lado, si se llevaran a cabo las reformas necesarias a la LSS para adoptar conjuntamente dos de las tres políticas que representan un costo fiscal[7], la suficiencia financiera se extendería en dos años respecto del escenario base.

[7] En esta política se incluyen las medidas señaladas en las políticas exógenas con costo fiscal 3 y 4. Lo anterior se debe a que éstas son incompatibles con la política exógena con costo fiscal 2.

CUADRO I.8. ESCENARIOS DE POLÍTICAS EXÓGENAS

1. Política en el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM)	Se revisa el esquema de financiamiento del SSFAM durante 2010 y a partir del año 2011 se abate el déficit registrado en este seguro.
2. Política en el financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) con cargo al Gobierno Federal	A partir de 2011 se recibe en el SEM una aportación del Gobierno Federal equivalente a 50% del costo de seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS.
3. Política en el financiamiento del SEM	A partir de 2011, el Gobierno Federal aporta en el ramo de GMP del SEM, además de su contribución actual a ese ramo de 0.075% del Salario Base de Cotización (SBC), una cuota fija por cada pensionado igual a la que aporta en el SEM por cada asegurado.

Fuente: IMSS.

I.3. ADMINISTRACIÓN DE LAS RESERVAS Y EL FONDO LABORAL

Dentro del ámbito de operación del IMSS se enfrentan riesgos como cambios en sus ingresos, cambios estructurales en la economía, desempleo, aumento en los gastos de invalidez de largo plazo, crecimiento futuro en los costos del tratamiento de las enfermedades y aumento generalizado de la longevidad de la población, entre otros. Asimismo, se debe asegurar el fondeo del pago de los pasivos originados por derechos a prestaciones, efectos por catástrofes, así como evitar cambios recurrentes en el nivel de las tasas de las contribuciones requeridas para su financiamiento.

Con el propósito de procurar la solvencia a mediano y largo plazos, así como el cumplimiento debido y oportuno de las obligaciones que contraiga el IMSS derivadas del pago de beneficios y de la prestación de servicios, se constituye y contabiliza por ramo de seguro la provisión y el respaldo financiero de reservas con metas anuales de fondeo fijadas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Por otro lado, la LSS –Artículo 286 K– establece la constitución del FCOLCLC para que el IMSS haga frente a las obligaciones que tiene con sus trabajadores.

De esta manera se establecen dos fuentes independientes y de naturaleza jurídica distinta para el cumplimiento de los compromisos del Instituto: una en su carácter de entidad aseguradora y otra en su papel de patrón.

Reservas y Fondos para Enfrentar Pasivos de Distinta Naturaleza

La LSS estipula las obligaciones del IMSS como asegurador y como patrón, así como la fuente de recursos para llevarlas a efecto. Con el fin de cumplir con sus obligaciones, el Instituto cuenta con una estructura completa

de cuatro niveles de reservas –que no forman parte de su patrimonio– y con el FCOLCLC mencionado anteriormente[8].

Estructura y Propósito de las Reservas y el FCOLCLC

El propósito y la constitución de las reservas se establecen de la siguiente manera:

- Las RO son el capital de trabajo de cada seguro y la vía de fondeo para las demás reservas. A ellas se destinan todos los ingresos por COP, las contribuciones y aportaciones federales, además de las cuotas de los seguros voluntarios que se establezcan y otros que de forma adicional deba otorgar el Instituto, y cualquier otro ingreso de los seguros. Las RO se invierten globalmente y cubren las diferencias de corto plazo entre los ingresos y los gastos presupuestados.
- La ROCF se establece a fin de procurar estabilidad y certidumbre en la operación cotidiana del Instituto y facilitar su plan de acción de mediano plazo, así como para alcanzar las metas de reservas y fondos señalados en el PEF, en el caso de que se prevea que no es posible cumplirlas. Esta reserva se constituye, además de los ingresos ordinarios del Instituto que al respecto establezca el H. Consejo Técnico (HCT), con los de carácter extraordinario que reciba u obtenga. El monto que debe mantenerse en esta reserva está limitado hasta 60 días de los ingresos promedio totales del año anterior y puede utilizarse para cualquier seguro que necesite un apoyo o para hacer frente a los riesgos que redunden en fluctuaciones menores y aleatorias en los ingresos o egresos. El monto máximo de un préstamo para cualquier seguro es de 90 días de ingreso promedio del año anterior del mismo seguro y se debe reembolsar en un plazo máximo de tres años con intereses, previa aprobación del HCT. Además, los ingresos excedentes a los presupuestados que en su caso tuviere el Instituto en un ejercicio anual deberán aplicarse a esta reserva y, posteriormente, se podrán destinar en forma excepcional a programas prioritarios de inversión, en cuyo caso no es necesario su reintegro a la ROCF.
- Las RFA tienen como propósito hacer frente al riesgo de los problemas económicos persistentes, normalizar el flujo de efectivo en caso de que haya fluctuaciones aleatorias, o bien, financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (prefondeo). La Ley determina que se constituyan reservas para cada uno de los seguros y coberturas, a través de una aportación trimestral calculada sobre los ingresos de los mismos, que consideren estimaciones de sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el Informe Financiero y Actuarial. Los recursos de cada una de estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron

[8] Artículo 278 de la LSS.

establecidas y previo acuerdo del HCT a propuesta del Director General, en los términos del Reglamento en la materia, en cuyo caso no se requiere reembolsar los montos utilizados.

- La RGFA está diseñada para enfrentar efectos catastróficos o variaciones de carácter financiero de significación en los ingresos o incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia de cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el Informe Financiero y Actuarial.
- FCOLCLC. El Artículo 277 D de la LSS ordena la obligación institucional de depositar en este Fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del RJP, que origine la creación, sustitución o contratación de plazas.
- Conforme al Artículo 286 K de la propia Ley, este Fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto en dos cuentas denominadas Cuenta Especial para el RJP y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales.
- La Cuenta Especial para el RJP se integra por dos Subcuentas:
  - Subcuenta 1 (RJPS1). Se integra con los recursos acumulados en el FCOLCLC hasta el 11 de agosto de 2004 y se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base, trabajadores de Confianza “B” y de los jubilados y pensionados que ostenten esta condición hasta el 16 de octubre de 2005.
  - Subcuenta 2 (RJPS2). Se constituye e incrementa con la aportación al RJP excedente a 3%, establecida para los trabajadores en activo, de Base y Confianza “B” que ostenten esta condición hasta el 16 de octubre de 2005, así como de los trabajadores de Confianza “A” contratados antes del 21 de diciembre de 2001, lo que conforma la Subcuenta 2A.
- La aportación de 4% al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza “B” que ingresen al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005 se incrementará en un punto porcentual en cada revisión anual hasta alcanzar 10% del salario, lo que conforma la Subcuenta 2B.
- La Cuenta de Otras Obligaciones Laborales se integra por la Subcuenta 3 y la Subcuenta 4, mismas que a la fecha no cuentan con recursos acumulados.

Marco Normativo

Para la inversión de las reservas y el FCOLCLC, el Instituto se rige por la LSS –que señala el régimen de inversión aplicable–; por el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS, emitido por el Ejecutivo Federal –que de manera general establece la inversión de las reservas–; por la Norma de Inversiones Financieras –que estipula las políticas,

estrategias, régimen, límites y requisitos de inversión y el esquema de evaluación del desempeño–, así como por todos aquellos acuerdos aprobados por la Comisión de Inversiones Financieras, que es el órgano del HCT facultado para proponer ante dicho Consejo las políticas y directrices de inversión, además de la evaluación y supervisión de su aplicación.

Con el propósito de contar con los lineamientos para la inversión de las reservas y del FCOLCLC se han establecido las siguientes políticas y estrategias:

Políticas

- Inversión de los recursos financieros institucionales bajo criterios de prudencia, seguridad, liquidez, rendimiento, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las prácticas sanas, y usos del medio financiero nacional e internacional con instrumentos y valores de alta calidad crediticia en los términos establecidos en la Ley, el Reglamento, los acuerdos que dicte el HCT y la Norma aplicable, procurando una revelación plena de información.
- La Comisión revisa las políticas y estrategias de inversión, supervisa y da puntual seguimiento a las inversiones institucionales y elabora los reportes periódicos y especiales para su envío a las instancias correspondientes, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Cumplimiento de los límites y requisitos de inversión establecidos en la Norma antes mencionada.

Estrategias

- La Asignación Estratégica de Activos (AEA) contempla las expectativas de mediano y largo plazos de los mercados financieros, las políticas de constitución y uso de la RGFA, las RFA y las Subcuentas que componen el FCOLCLC, los estudios actuariales de las RFA y de las Subcuentas que componen el FCOLCLC, así como su relación riesgo-rendimiento.
- La asignación táctica de activos con base en las expectativas de corto plazo de los mercados financieros a través de la inversión en instrumentos establecidos en la Norma.
- La autorización de operaciones especiales en caso de necesidades urgentes o movimientos inesperados de los mercados financieros y la obligación de informar al respecto en la sesión próxima inmediata a la Comisión.
- La inversión de los recursos de las RO y de la ROCF en los montos y plazos que estipule la DF, a través de la Coordinación de Tesorería (CT).
- La compra de dólares para proveer la cobertura cambiaria a los pasivos para la adquisición de materiales y equipo, según los requerimientos de la CT de la DF. La inversión de esta posición será definida por la Unidad de Inversiones Financieras (UIF), tomando en cuenta las fechas comprometidas para su uso, de acuerdo con el flujo de efectivo que proporciona semanalmente dicha Coordinación.

- Las operaciones de fondeo y compra de instrumentos de deuda bancaria y deuda gubernamental a plazos menores a 90 días, con excepción de las notas estructuradas, deben efectuarse mediante sistemas de posturas electrónicas.
- Los activos financieros en que se encuentran invertidas las reservas y las Subcuentas del FCOLCLC pueden ser sujetos de venta, conforme a la AEA autorizada y a situaciones particulares, previa autorización de la Comisión, de acuerdo con el análisis correspondiente.

Régimen de Inversión

El régimen de las operaciones de inversión de las reservas y Subcuentas del FCOLCLC se especifica en el cuadro I.9.

Límites y Requisitos de Inversión

Conforme a la Norma se especificaron sublímites en notas estructuradas y se consideró la calificación crediticia mínima de las contrapartes y su límite conforme a la calificación crediticia e información financiera, así como los límites para operaciones en reporto. Para las inversiones en deuda corporativa se reportaron los límites por sector económico y el límite por emisión, con lo que se redujo la concentración de los emisores en cada una de las reservas y el FCOLCLC, además de aplicar como requisito de inversión contar con al menos dos calificaciones crediticias. Durante el año se consideraron los criterios de homologación de calificaciones crediticias aprobados por la Comisión en diciembre de 2008.

CUADRO I.9. RÉGIMEN DE INVERSIÓN
(LÍMITES, PORCENTAJE)

Clase de Activo	RO	ROCF	RGFA	RFA	RJPS1	RJPS2
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25
Notas estructuradas	—	—	25	25	25	25
Notas de mercado accionario	—	—	15	15	15	15
Moneda extranjera	—	—	30	30	30	30
Plazo máximo	**Determina la DF**[1/]					
Horizonte de inversión			1 año			
Duración máxima				5 años	4 años	Sin límite

[1/] Dirección de Finanzas.
Fuente: IMSS.

Transparencia y Rendición de Cuentas

De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, la UIF y la Comisión elaboraron:

- Informes mensuales de actividades.
- Informes mensuales de operaciones financieras y rendimientos.
- Informes trimestrales sobre la composición y situación financiera de las inversiones del Instituto.
- Presentación especial previa a la celebración de la Asamblea General del Instituto.
- Presentación, desarrollo y resultados de la Afore XXI.

Se llevó a cabo la revisión del control 216/08 Mejoramiento de Controles Internos, del Comité Institucional de Inversiones Financieras, por el Órgano Interno de Control del Instituto, que sugirió las siguientes acciones de mejora:

- Llevar a cabo un análisis de la integración y operación de la Comisión con la finalidad de determinar las situaciones o casos que sean necesarios detallar y especificar por escrito en un documento.
- Autorizar y registrar un manual de organización del órgano administrativo del Instituto.

El 2 de diciembre de 2009 la División de Auditoría a la Eficiencia de los Servicios Médicos concluyó cancelar la acción de mejora, debido a que no se cumplió con la fecha-compromiso programada; no obstante la cancelación, la DF instruyó a la UIF concluir la elaboración del Manual de Integración y Funcionamiento de la Comisión, con el fin de implementarlo durante la primera quincena de febrero de 2010.

La Comisión aprobó el manual en la 11ª sesión extraordinaria del 13 de enero de 2010; asimismo, se sometió a consideración del HCT el 27 de enero, donde se solicitó presentar el Proyecto de Actualización del Reglamento antes mencionado, con la finalidad de analizar la compatibilidad del documento con el manual citado.

Proceso Integral de Inversión y Gobierno Corporativo

Consejo Técnico, Comisión de Inversiones Financieras y Proceso Integral de Inversión

El proceso integral de inversión de las reservas y del FCOLCLC se ha modernizado y realizado con base en las mejores prácticas internacionales, tal como se describe en la gráfica I.1. A partir de 2007 este proceso se efectúa mediante etapas complementarias que integran la UIF, considerando la estructura de gobierno corporativo institucional. Dentro de este proceso cada etapa conlleva a la siguiente, teniendo como objetivo su revisión y renovación periódica, involucrando a las operaciones de inversión en una dinámica de actualización. El proceso considera el régimen, los objetivos y las políticas de inversión definidas por el HCT bajo la supervisión de la Comisión.

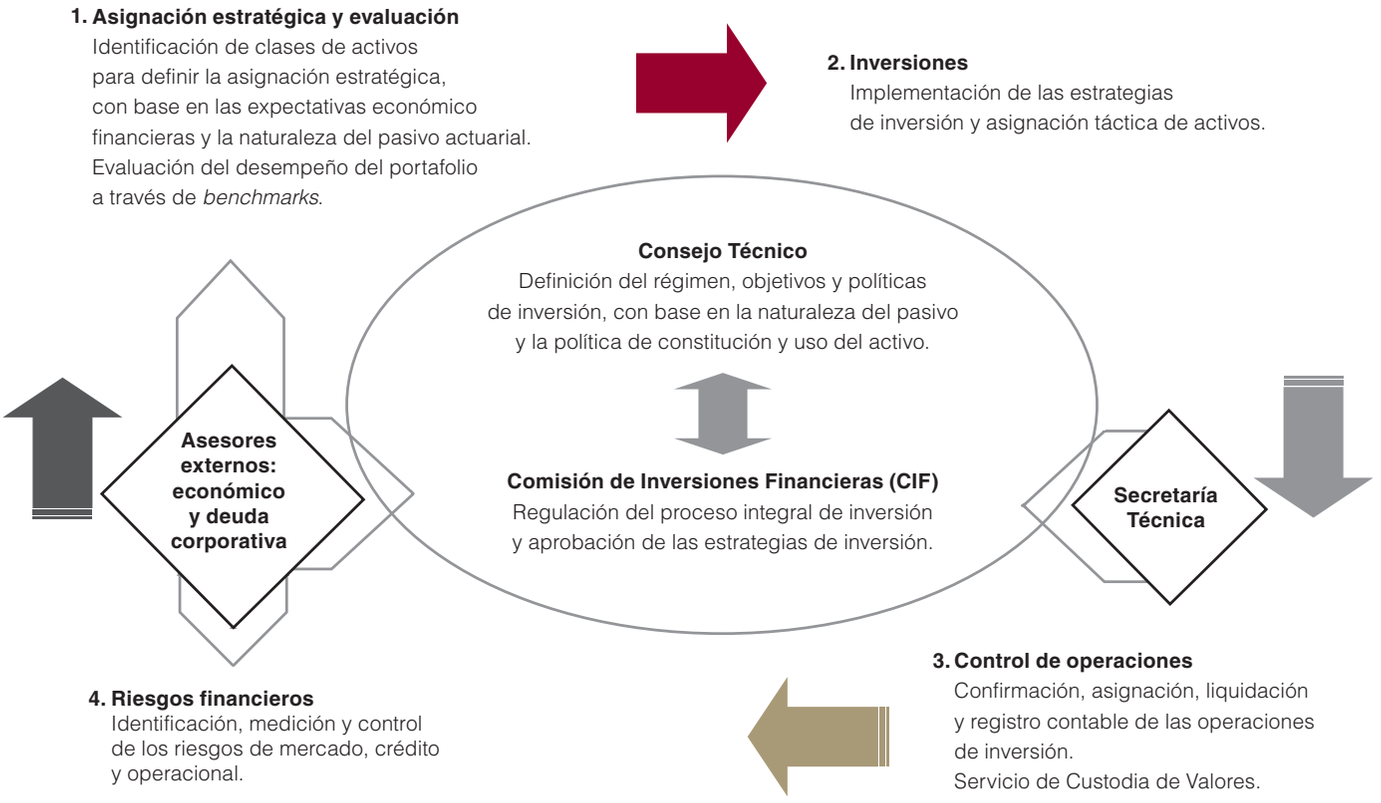
Asignación Estratégica y Evaluación

La UIF propone a la Comisión el establecimiento de la AEA y las mejores alternativas de inversión para la RGFA, las RFA y las Subcuentas del FCOLCLC, considerando objetivos de creación, constitución y uso; la naturaleza de las obligaciones; las políticas y estrategias de inversión autorizadas, y las expectativas del mercado financiero en escenarios.

La AEA se revisa anualmente o cuando se prevea un cambio en sus supuestos. La AEA de la Subcuenta 2 del FCOLCLC procura el calce de activos y pasivos.

La evaluación del desempeño de los portafolios tiene el objetivo de explicar variaciones en el valor de mercado de los activos que los conforman y el impacto de las decisiones de inversión. La UIF compara los portafolios estratégicos *versus benchmarks* (portafolios de referencia), considerando el rendimiento y riesgo asumido a través de indicadores estadísticos.

GRÁFICA I.1. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y EL FCOLCLC
(MILLONES DE PESOS, AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

Inversiones

La UIF efectúa las inversiones necesarias para dar cumplimiento a la implementación de la AEA mediante operaciones en los mejores términos disponibles en el mercado al momento del cierre; para ello se apoya en los sistemas de información financiera, sistemas de posturas electrónicas y de captura de inversiones.

En la inversión de las RO, la ROCF y otros recursos financieros institucionales se consideran las mejores alternativas de rentabilidad en apego a lo dispuesto en la Ley, el Reglamento y demás disposiciones normativas aplicables.

Control de Operaciones

Con el objeto de fortalecer el control interno y minimizar los riesgos implícitos en el sistema de entrega contra pago, se utiliza el Sistema de Custodia y Administración de Valores y procedimientos centralizados que protegen las inversiones del Instituto; asimismo, el registro contable de las inversiones se realiza automáticamente en el módulo de Inversiones Financieras del sistema *Peoplesoft* y el control se efectúa por medio del análisis de las pólizas diarias de los movimientos de las operaciones financieras y de las conciliaciones de las cuentas contables, lo que permite llevar a cabo un registro y control eficiente, ágil y transparente de los recursos financieros del Instituto.

Riesgos Financieros

Con el propósito de cuantificar la pérdida potencial de las RFA, RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC ante cambios en las condiciones de mercado que inciden sobre la valuación de sus inversiones y/o por falta de pago de alguna de las contrapartes en las operaciones de inversión que se efectúen con ellas, la UIF estima los riesgos financieros de mercado y de crédito de las operaciones de inversión. Derivado de lo anterior, la UIF establece las estrategias a seguir con la finalidad de mantener un portafolio defensivo ante eventualidades.

- Riesgo de mercado. El cálculo de riesgo de mercado, medido por el valor en riesgo (VaR), se desarrolla a través de métodos cuantitativos y estocásticos que modelan, a través de simulación Monte Carlo, el efecto de cambios en los factores o variables de riesgo sobre el valor de mercado de los portafolios de inversión. Asimismo, se analiza el cambio en el valor de mercado de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC considerando escenarios extremos en los factores de riesgo (pruebas de estrés) y su sensibilidad ante fluctuaciones en las tasas de interés.
- Riesgo de crédito. De acuerdo con la AEA se establecieron los límites de riesgo de crédito, con el fin de controlar las pérdidas potenciales por la falta de cumplimiento de los emisores de instrumentos de

deuda corporativa de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC. Para estimar el riesgo de crédito se consideró la probabilidad de que en un periodo determinado el papel emitido migre de la calificación asignada hacia la calificación de incumplimiento. La UIF da seguimiento a la calificación crediticia de las emisiones que forman parte de los instrumentos de deuda corporativa de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC y se apoya en la opinión de un asesor externo en la materia. Igualmente, informa a la Comisión cualquier cambio en el perfil de riesgo de crédito, con el objetivo de plantear las estrategias a seguir.

Estrategias de Inversión

Con base en el régimen de inversión y de acuerdo con el análisis de las condiciones y expectativas del escenario económico y financiero, la Comisión estableció para 2009 estrategias de inversión prudentes para las RFA, la RGFA y el FCOLCLC, que se basaron en modelos de optimización de portafolios que maximizan los rendimientos y aprovechan los beneficios de diversificación.

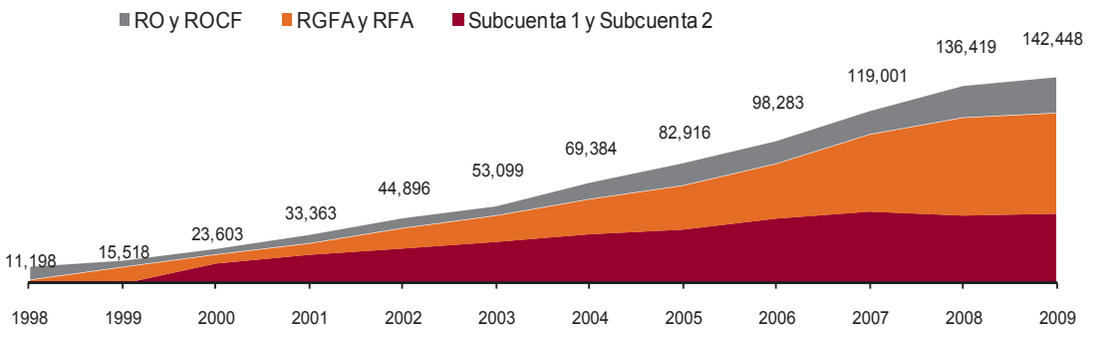
Evolución del Portafolio de Inversión

En la gráfica I.2 se presenta la evolución del saldo contable de las RO, la ROCF, las RFA, la RGFA y el FCOLCLC que incluye la RJPS1 y la RJPS2.

Como se puede apreciar, desde su creación hasta 2009, el saldo de las reservas y Subcuentas del FCOLCLC creció en un factor de 12.7, resultado del esfuerzo de constitución de reservas aprobado por el HCT a través de fondeos anuales a las RFA y al FCOLCLC, y de los productos financieros generados por medio de la inversión de los recursos.

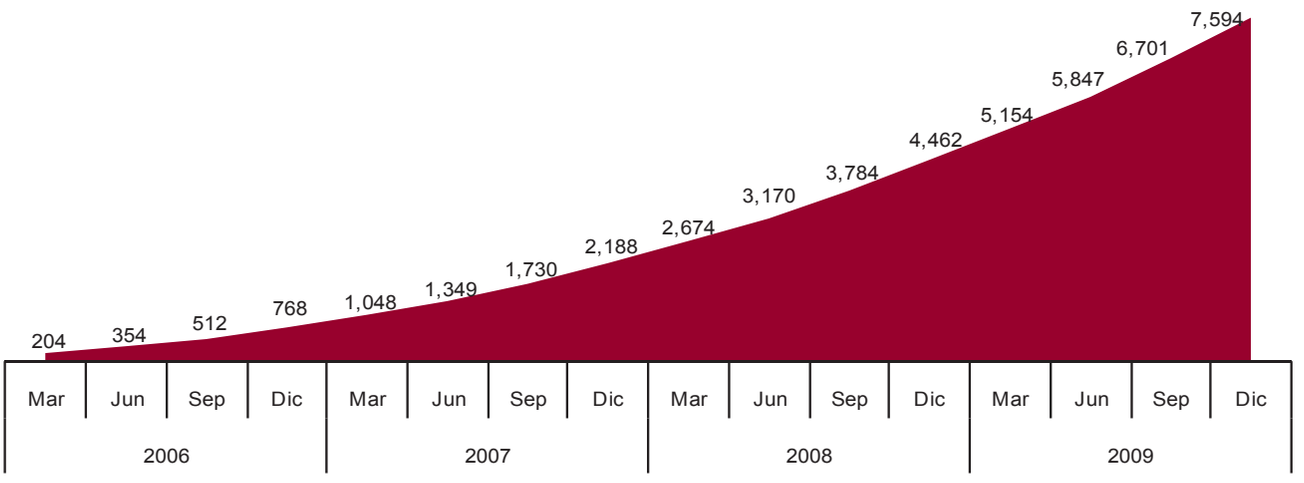
Considerando la reciente creación de la RJPS2, en la gráfica I.3 se presenta la evolución del saldo contable. Desde su creación hasta 2009 el saldo de la RJPS2 creció en un factor de 37.2, resultado de las aportaciones quincenales y el rendimiento de las inversiones financieras.

GRÁFICA I.2. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y EL FCOLCLC, 1998-2009
(MILLONES DE PESOS, AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.3. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DEL FCOLCLC, SUBCUENTA 2
(MILLONES DE PESOS, AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

Asignación Estratégica de Activos

Considerando la naturaleza de las obligaciones, las expectativas económicas y financieras, y las medidas prudenciales de inversión establecidas por la Comisión, se aprobó la AEA 2009, que fue revisada en octubre, derivado de los cambios en las expectativas económicas, de las modificaciones de la Norma y de la estimación de usos de recursos para los próximos años.

Asignación Estratégica de Activos, 2009

La AEA 2009 para la RGFA, las RFA y el FCOLCLC se aprobó por la Comisión el 11 de febrero de 2009, y consideró la clasificación de activos en clases y subclases de acuerdo con su relación riesgo-rendimiento; el incremento de las sobretasas de deuda corporativa y bancaria, resultado de las restricciones de liquidez y el incremento en la percepción de riesgo derivadas de la crisis; el traspaso de instrumentos de la RJPS1 del FCOLCLC a las RFA realizado a fines de 2008 y las medidas prudenciales establecidas por la Comisión, con el fin de mitigar el riesgo de crédito; asimismo, consideró la tasa técnica de descuento de los estudios actuariales de 3.5% real para las RFA y Subcuenta 1 del FCOLCLC, y 3.7% real para la RJPS2 del FCOLCLC.

Revisión de la Asignación Estratégica de Activos, Octubre 2009

La revisión de la AEA de 2009 se aprobó el 21 de octubre de 2009 por la Comisión. Con respecto a la asignación establecida en febrero de 2009, consideró los cambios en las expectativas macroeconómicas a corto y mediano plazos, el programa de uso de recursos e ingresos excedentes de la RGFA, las RFA y la Subcuenta 1 del FCOLCLC,

así como el traspaso de instrumentos de la RJPS1 del FCOLCLC a las RFA para cubrir los requerimientos de liquidez de dicha Subcuenta.

Estas asignaciones, así como sus modificaciones se presentan en los siguientes cuadros.

CUADRO I.10. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE ACTIVOS RGFA, 2009
(PORCENTAJE)

Clase de activo	AEA 2009	AEA octubre 2009
Deuda gubernamental	73	20
Deuda bancaria	27	80
Deuda corporativa	-	-
Notas estructuradas	-	-
Tipo de cambio	-	-
Tasa de interés	-	-
Bursatilizaciones	-	-
Mercado accionario	-	-
Fondeo	-	-

Fuente: IMSS.

CUADRO I.11. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE ACTIVOS RFA, 2009
(PORCENTAJE)

Clase de activo	AEA 2009	AEA octubre 2009
Deuda gubernamental	52.0	52.0
Deuda bancaria	22.4	22.4
Deuda corporativa	11.0	11.0
Notas estructuradas	1.6	1.6
Tipo de cambio	-	-
Tasa de interés	-	-
Referencias a crédito	-	-
Estructuras conjuntas	0.2	0.2
Bursatilizaciones	1.4	1.4
Mercado accionario	**9.0**	**9.0**
Fondeo	**4.0**	**4.0**

Fuente: IMSS.

CUADRO I.12. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE ACTIVOS RJPS1 DEL FCOLCLC, 2009
(PORCENTAJE)

Clase de activo	AEA 2009	AEA octubre 2009
Deuda gubernamental	37.0	37.0
Deuda bancaria	24.6	24.6
Deuda corporativa	14.0	14.0
Notas estructuradas	3.2	3.2
Tipo de cambio	-	-
Tasa de interés	-	-
Referencias a crédito	-	-
Estructuras conjuntas	0.7	0.7
Bursatilizaciones	2.5	2.5
Mercado accionario	**12.4**	**12.4**
Fondeo	**8.8**	**8.8**

Fuente: IMSS.

CUADRO I.13. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE ACTIVOS RJPS2 DEL FCOLCLC, 2009
(PORCENTAJE)

Clase de activo	AEA 2009	AEA octubre 2009
Deuda gubernamental	78.0	80.0
Deuda bancaria	5	5
Deuda corporativa	10.0	10.0
Notas estructuradas	1	1
Tipo de cambio	-	-
Tasa de interés	-	-
Referencias a crédito	-	-
Estructuras conjuntas	-	-
Bursatilizaciones	1.0	1.0
Mercado accionario	**6.0**	**4.0**
Fondeo	-	-

Fuente: IMSS.

El 27 de agosto de 2009 el HCT autorizó el uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hasta por un máximo de 23,367 millones de pesos para hacer frente (en la proporción respectiva) al gasto del RJP. Ello derivado de la caída en ingresos y el incremento en gastos por la contingencia sanitaria de la Influenza A H1N1, el déficit creciente en las RO del SEM, SSFAM y SGPS, así como los compromisos institucionales por cubrir, por ejemplo, las pensiones en curso de pago. Asimismo, con base en el perfil de vencimientos y la proyección de uso, el 25 de noviembre de 2009 el HCT autorizó el traspaso de instrumentos financieros a valor contable entre la RJPS1 del FCOLCLC y las RFA, en la inteligencia de que las RFA pueden apoyar los requerimientos de liquidez de la RJPS1 del FCOLCLC, sin necesidad de realizar la venta de sus activos a mercado con posibles minusvalías.

Posición del Portafolio de Inversión

La posición financiera de las reservas y el FCOLCLC, al cierre de 2009, alcanzaron los 142,448 millones de pesos, lo que representa un incremento de 6,029 millones de pesos, equivalentes a 4.4% más respecto a diciembre de 2009, como se muestra en el cuadro I.14.

CUADRO I.14. POSICIÓN DE LAS RESERVAS Y EL FCOLCLC[1/,2/]
(MILLONES DE PESOS)

	2008	2009
RO	8,126	15,059
ROCF	13,518	9,443
RFA	65,569	67,707
RGFA	2,096	1,816
FCOLCLC	47,110	48,423
Subcuenta 1	42,648	40,829
Subcuenta 2	4,462	7,594
Total	**136,419**	**142,448**

[1/] En el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) no se incluyen los valores invertidos en la Afore XXI, S. A. de C. V., tampoco se incluyen los recursos recibidos del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) 92 para reclamaciones de derechos de los trabajadores. Por lo que respecta a las RO, la diferencia contra Estados Financieros se refiere a los fondos fijos en Delegaciones y Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), así como a otros fondos ajenos y disponibilidades que no se tipifican como inversiones financieras.

[2/] El saldo de las RFA-RIV no incluye el vencimiento de la inversión por 181.4 millones de pesos y los intereses devengados no cobrados por 8.1 millones de pesos, de la emisión COMERCI 01808 de Controladora Comercial Mexicana (CCM) por incumplimiento en febrero 2009. El total de la posición se registró en la cuenta contable "Inversiones en Litigio RIV". El saldo del RJPS2 no incluye los intereses devengados no cobrados del pago de dos cupones por 2.9 millones de pesos de la emisión COMM270 300327 de CCM por incumplimiento en marzo y septiembre de 2009. Dicho monto se registró en la cuenta contable "Inversiones en Litigio RJPS2A". Los saldos de las RFA-RRT y RJPS1 no incluyen el vencimiento de la inversión por 250.0 millones de pesos y los intereses devengados no cobrados por 2.1 millones de pesos, respectivamente, de la emisión METROFI 00509 de Metrofinanciera por incumplimiento en abril de 2009. Los totales de las posiciones se registraron en las cuentas contables "Inversiones en Litigio RRT" e "Inversiones en Litigio RJPS1".

Fuente: IMSS.

Cabe señalar que las cifras de la posición financiera se refieren a recursos de inversión en instituciones financieras de acuerdo con sus estados de cuenta y también incluyen los intereses devengados no cobrados, que son aquellos recursos generados por las inversiones a plazo y que se encuentran vigentes al cierre de cada periodo, pero que aún no han sido cobrados; sin embargo, se registran en la contabilidad institucional como parte de los rendimientos obtenidos.

Cumplimiento de Límites

Entre las medidas que se han tomado para salvaguardar las reservas financieras del Instituto y con el propósito de cumplir con lo que estipula la Ley respecto a los criterios de prudencia, diversificación de riesgo, transparencia, respeto a las mejores prácticas del medio financiero y a la revelación plena de información, se realizó la adecuación e implementación de diferentes límites contenidos en la Norma de Inversiones Financieras.

La precisión de estos límites y requisitos de inversión forma parte importante de la administración de riesgos financieros, ya que contribuyen a controlar la exposición del portafolio de inversión de las reservas y el FCOLCLC; adicionalmente, representan una respuesta a los cambios que se han venido realizando, tanto en el régimen de inversión como en la AEA.

Durante 2009 se vigiló y dio seguimiento a los diferentes límites de inversión plasmados en la Norma y se informó semanalmente su estado a la Comisión a partir de la conformación del portafolio de inversiones, así como mensualmente al HCT a través de los Informes de Rendimientos respectivos.

Estos límites tienen el objetivo de evitar la concentración de las inversiones en emisores específicos, monedas, regiones, sectores económicos, tipos de deuda e instrumentos, y mitigar al mismo tiempo la probabilidad de pérdidas al establecer criterios mínimos de calidad crediticia para las contrapartes.

Para el control y monitoreo de los riesgos de mercado y crédito en la inversión de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC, el HCT estableció en la Norma límites del valor en riesgo, medidos a través del VaR de mercado y del VaR de crédito.

Debido a la crisis financiera del año anterior, se registraron excesos en los límites del VaR de mercado de las RFA y de las RJPS1 y 2 del FCOLCLC, por lo que la Comisión dispuso permitir el exceso de los límites de VaR de mercado en los portafolios institucionales hasta el 30 de abril de 2009. La Comisión acordó establecer los límites vigentes de VaR de mercado sólo como referencia e implementar el portafolio de Udibonos en circulación como referencia de mercado para las RFA, RJPS1 y RJPS2, a partir del 1° de mayo de 2009.

En marzo de 2009 las posiciones de las RFA estaban cerca del límite de duración y tomando en cuenta la AEA, la Comisión acordó incrementar el límite de duración de las RFA a cinco años y reducir a cuatro años el correspondiente a la RJPS1, a partir del 1° de abril de 2009.

Evaluación del Desempeño

Durante 2009 se obtuvieron los ingresos por productos financieros que se muestran en el cuadro I.15.

Las tasas de rendimiento expresadas en términos reales, como es el caso de las RFA y las Subcuentas del FCOLCLC, se calculan tomando en cuenta el rendimiento obtenido, descontando la inflación durante el mismo periodo.

A fin de evaluar el desempeño de los portafolios de inversión de la RGFA, las RFA y las Subcuentas del FCOLCLC, la Comisión ha establecido portafolios de referencia (*benchmarks*) que incluyen instrumentos de deuda, notas estructuradas referenciadas a índices accionarios y tasas de interés; los *benchmarks* capturan las características, los movimientos y los rendimientos de diferentes mercados y, en consecuencia, funcionan como una medida de referencia para las inversiones institucionales respecto al valor de mercado de las mismas. Los *benchmarks* de la RGFA, las RFA y la RJPS1 del FCOLCLC fueron autorizados por la Comisión en octubre de 2007, y el de la RJPS2 del FCOLCLC, en abril de 2008, con base inicial en octubre de 2007.

De acuerdo con los resultados mostrados en el cuadro I.16, el rendimiento de todos los portafolios superó el rendimiento de sus respectivos *benchmarks*, dadas las diferencias en la composición por clases y subclases de activos.

CUADRO I.15. PRODUCTOS FINANCIEROS POR TIPO DE RESERVA Y FCOLCLC[1/]
(MILLONES DE PESOS)

Reservas y FCOLCLC	2008	2009
RO	855	532
ROCF	1,396	1,052
RFA	3,904	4,631
RGFA	154	136
FCOLCLC	3,745	3,285
Subcuenta 1	3,486	2,840
Subcuenta 2	259	455
Total	**10,054**	**9,635**

[1/] Incluye rendimiento en dólares acumulados en el año y también la provisión contable por revaluación de posiciones del principal en moneda extranjera. Excluye los dividendos cobrados de 112.5 millones de pesos por la participación accionaria del Instituto en Afore XXI, S.A. de C.V.
Fuente: IMSS.

CUADRO I.16. DESEMPEÑO

Portafolio	Tasa	Tasa referencia	Histórico	Últimos				Año actual			Desempeño últimos 12 meses		
				5 años	3 años	2 años	12 meses	Acumulada	Efectiva	Inflación	IMSS	Benchmark	Inflación
RGFA	Nominal		7.36	7.53	7.00	6.96	6.24	6.24	6.24		6.50	5.90	
RFA	Real	3.5	3.04	2.90	2.35	2.06	3.13	3.13	3.13	3.57	4.87	2.02	3.57
RJPS1	Real	3.5	3.25	3.07	2.31	1.69	2.84	2.84	2.84	3.57	2.76	2.19	3.57
RJPS2	Real	3.7	3.06		3.03	3.00	3.86	3.86	3.86	3.57	6.95	6.37	3.57

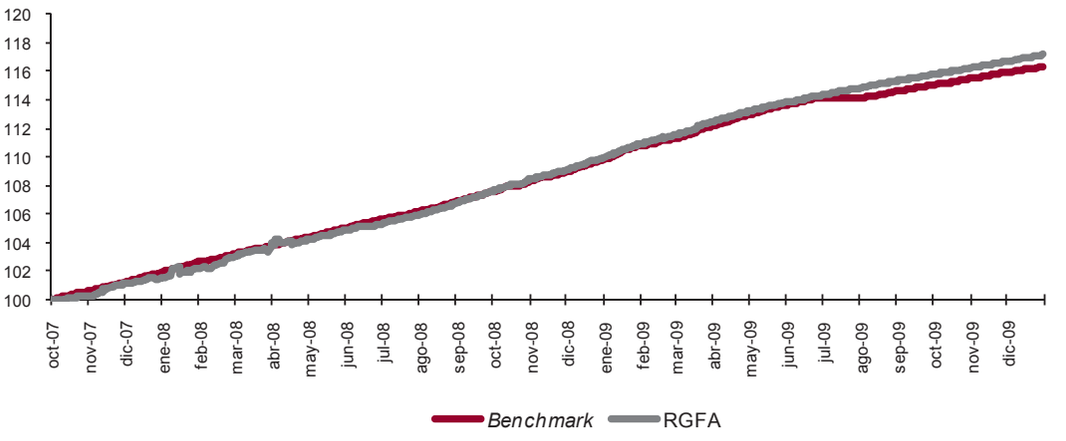
Fuente: IMSS.

El desempeño de los portafolios *versus* los *benchmarks*, al cierre de este ejercicio, se muestra en las gráficas I.4, I.5, I.6 y I.7, en donde se observa que los portafolios institucionales tienen un mayor crecimiento en valor de mercado que sus *benchmarks*.

De acuerdo con la gráfica I.4, aunque la RGFA disminuyó su ritmo de crecimiento, se mantuvo por arriba del *benchmark* y presentó la mayor ventaja en rendimiento, en relación con la referencia durante el segundo semestre de 2009, asociado a la sustitución de deuda corporativa por deuda bancaria, en donde se concentró el portafolio, dadas las medidas prudenciales de inversión establecidas por la Comisión.

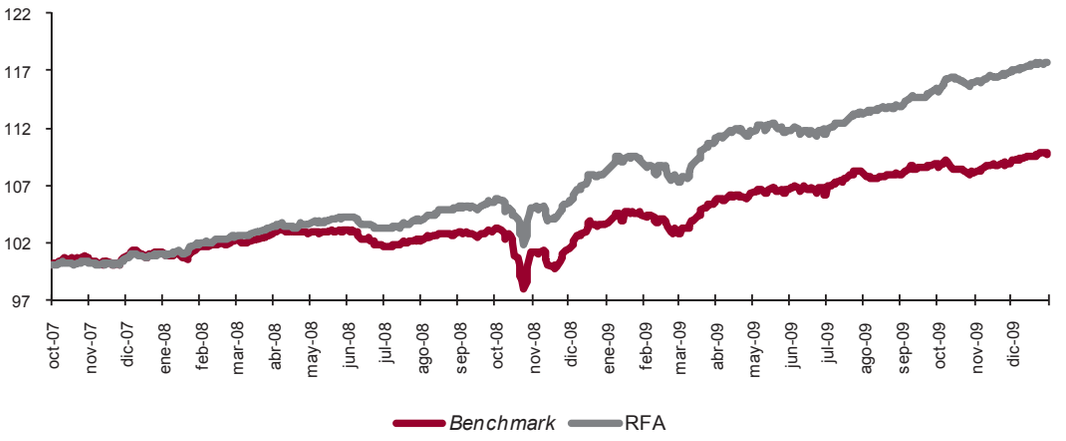
De acuerdo con la gráfica I.5, las RFA y el *benchmark* muestran una tendencia positiva en su valor de mercado durante 2009, dada la baja en las tasas de rendimiento gubernamentales y la recuperación de los mercados accionarios. Las principales diferencias de las RFA respecto a la referencia se deben a una menor concentración en deuda corporativa y en mercado accionario; asimismo, el incremento en deuda gubernamental de largo plazo propició el mayor crecimiento de las RFA.

GRÁFICA I.4. ÍNDICE RGFA *VS. BENCHMARK*



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.5. ÍNDICE RFA *VS. BENCHMARK*

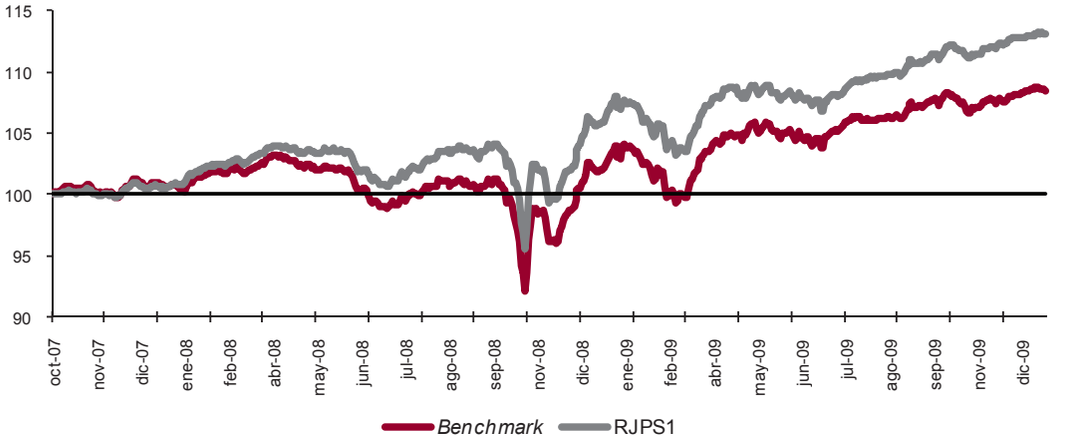


Fuente: IMSS.

En la gráfica I.6 se muestra una mejoría en el desempeño de la Subcuenta 1 del FCOLCLC *versus benchmark* 2008, misma que fue mayor en el primer caso. Las principales diferencias respecto al *benchmark* se explican por la concentración de la inversión de la Subcuenta en fondeo y menor posición en deuda corporativa y notas estructuradas. La disminución en el rendimiento de la RJPS1 al cierre de año se debió a la salida de recursos por los usos de la Subcuenta registrados en diciembre de 2009.

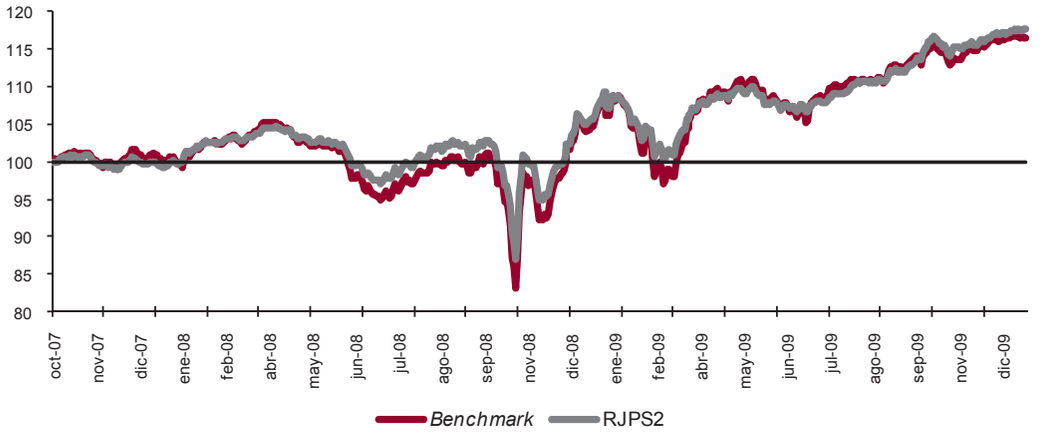
Como se observa en la gráfica I.7, el RJPS2 del FCOLCLC y el *benchmark* también presentaron una recuperación de su valor de mercado que aceleró su ritmo en el segundo semestre de 2009; la baja en las tasas intensificó las plusvalías en la RJPS2, dada su concentración en Udibonos, mientras que la recuperación del mercado accionario local favoreció más el *benchmark* debido a su mayor posición en esta clase de activo.

GRÁFICA I.6. ÍNDICE RJPS1 *VS. BENCHMARK*



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.7. ÍNDICE RJPS2 *VS. BENCHMARK*



Fuente: IMSS.

Manejo de las Reservas Frente a las Consecuencias de la Crisis Financiera

Medidas Prudenciales de Inversión

Dados los eventos en los mercados financieros internacionales, la Comisión acordó una serie de medidas prudenciales adicionales a los límites establecidos en la Norma, que incluyen lo siguiente:

- Límite prudencial de inversión en emisiones hipotecarias, octubre de 2007.
- No incrementar la exposición en banca extranjera, abril de 2008.
- Evitar incrementar la exposición en mercado hipotecario, julio de 2008.
- Modificaciones a la Norma, vigentes a partir de septiembre de 2008, con base en las medidas prudenciales propuestas por la Comisión.
- Rebalanceo de la exposición de banca nacional con mayor énfasis en deuda gubernamental, septiembre de 2008.
- Reducir la exposición en deuda corporativa nacional, septiembre de 2008.

Estas medidas prudenciales se continuaron aplicando durante todo 2009.

Acciones de Mejora Implementadas

A continuación se describen las acciones que durante 2008 implementó la UIF, con el propósito de hacer más eficiente el proceso integral de inversión y sus resultados.

- La Coordinación de Control de Operaciones implementó de forma automática el Reporte Diario de Operaciones y la Interfase de Riesgos a través del módulo Inversiones Financieras del Sistema *Peoplesoft*, para ser consultados por las diferentes Coordinaciones que integran la UIF.
- La Coordinación de AEA realizó desarrollos en el sistema de administración de riesgos financieros de inversión *Analytics*, en el

módulo de Desempeño, a fin de validar la composición de los *benchmarks* de los portafolios de inversión utilizados para la evaluación del desempeño y que sirven como referencia y apoyo para la toma de decisiones de inversión.

- La Norma fue modificada en una ocasión durante 2009, con la finalidad de establecer: lineamientos en caso de exceder los límites o los requisitos de inversión; lineamientos en caso de incumplimiento en el pago de capital o intereses de las inversiones financieras; lineamientos de venta de instrumentos financieros, clasificación de activos, homologación de calificaciones y límites, y Referencias de Valor en Riesgo. Dicha Norma fue aprobada en 2009, sin embargo surtió efecto el 1° de enero de 2010.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Al cierre de 2009 la posición contable de las Reservas y el Fondo Laboral fue de 142,448.4 millones de pesos[9]. Los rendimientos obtenidos fueron de 9,747.9 millones de pesos, incluyendo el dividendo por 112.5 millones de pesos recibido por la participación del Instituto en Afore XXI. Estos rendimientos equivalen a una tasa nominal anualizada de 6.57%. Del saldo de la posición, 10.57% corresponde a la RO, 6.63% a la ROCF, 47.53% a la RFA, 1.27% a la RGFA y 34.00% a la RJPS1 y 2.

A mayo de 2010 el saldo fue de 156,207 millones de pesos, e incluye la recuperación de una de las inversiones en litigio por 189.5 millones de pesos[10]. Los rendimientos obtenidos durante los primeros cinco meses del año sumaron 3,981.5 millones de pesos, que representan una tasa nominal anualizada de 6.17%, incluyendo el dividendo de 129.0 millones de pesos recibido por la participación en Afore XXI.

Por primera vez y con el acuerdo previo del HCT, en diciembre de 2009 se usaron 616 millones de pesos de la RGFA, con el fin de hacer frente a la contingencia sanitaria por la Influenza A H1N1, así como 4,403.4 millones de pesos de la RJPS1 para apoyar el pago del RJP.

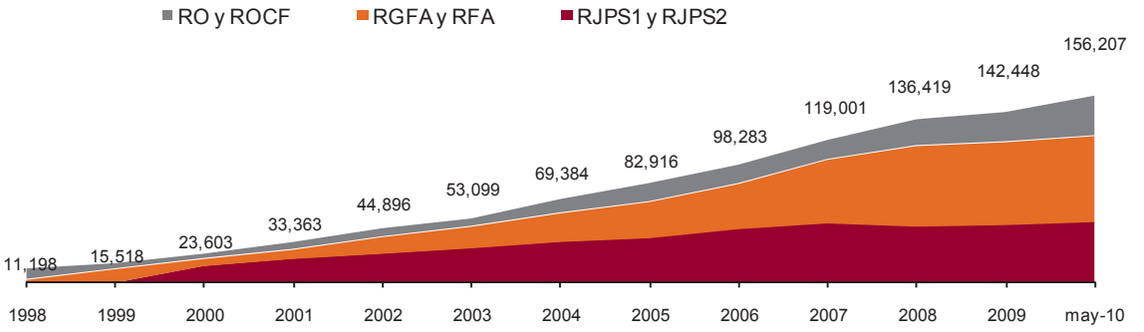
Ante la gran volatilidad que desde 2008 ha afectado a los mercados financieros, en noviembre de 2009 se reformó la Norma con el fin de especificar los lineamientos para enfrentar estas circunstancias extremas, reforma que fue aprobada por el HCT.

En atención a las recomendaciones del Análisis y Evaluación de la Administración de Riesgos de Inversión practicada por un despacho externo a la Coordinación de Riesgos y Evaluación en diciembre de 2008 y al acuerdo del HCT de enero de 2010, dicha Coordinación se desincorporó de la UIF para reportar de manera directa a la DF, con el

[9] La posición contable no incluye las inversiones en litigio por incumplimiento al vencimiento por 696.6 millones de pesos.

[10] El saldo de inversión a mayo de 2010 no considera las inversiones que permanecen en litigio por 508.6 millones de pesos.

GRÁFICA I.8. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y EL FCOLCLC 1998-2010
(MILLONES DE PESOS, AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

fin de aplicar las mejores prácticas para que exista independencia en la administración de riesgos de inversión.

Programa de Actividades para 2010

Se pondrá a consideración del HCT el proyecto de reforma al Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS, el cual, una vez aprobado por dicho órgano de gobierno, se turnará al área normativa correspondiente para que gestione su expedición por el Ejecutivo Federal.

Para 2010 el HCT autorizó el uso de hasta un máximo de 23,367 millones de pesos de la RJPS1 para hacer frente al gasto del RJP. Con el fin de evitar que para cumplir con los requerimientos de uso se tengan que vender activos del Fondo Laboral con posibles minusvalías, de ser necesario, dichos requerimientos serán cubiertos mediante el intercambio de instrumentos financieros a valor contable entre la RJPS1 y las RFA, con lo que se podrá obtener gradualmente la liquidez necesaria. Se propondrá a la Comisión y al HCT la autorización de la estrategia de traspaso de instrumentos para 2011, en caso de que la autorización de usos para ese año supere las condiciones de liquidez de la Subcuenta.

Se revisará permanentemente la Norma, con la finalidad de que ésta sea reformada de acuerdo con las necesidades de los portafolios institucionales.

Se desarrollará un modelo de gestión para la medición y control del riesgo operacional, tanto para la Unidad como para la Coordinación de Riesgos y Evaluación.

I.4. MODELOS DE COSTOS

Al inicio de esta administración, ante el reto y compromiso de las dependencias e instituciones que integran el Sector Salud de avanzar hacia un Sistema Único de Salud, y al interior del IMSS de fortalecer la viabilidad financiera a través de la generación de un gasto más eficiente y transparente, se detectó la necesidad de conocer los costos de las actividades sustantivas y de los productos o servicios que el Instituto proporciona. Hasta ese momento se contaba únicamente con costos unitarios promedio de conceptos médicos en forma general, tales como día cama, consultas, estudios de diagnóstico, sin especificar el padecimiento del que se tratara.

Por tal motivo, en el año de 2008, la Dirección General determinó adoptar en el Instituto la metodología de Costeo Basado en Actividades (ABC) y con ello iniciar los trabajos para el cálculo de los costos de los productos y servicios generados en las áreas sustantivas: Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, e Incorporación y Recaudación.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante 2009 y el primer semestre de 2010 el Instituto implementó la primera etapa del modelo de ABC en sus tres áreas sustantivas.

En colaboración con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) y las áreas normativas correspondientes se desarrolló un sistema automatizado para la obtención de los costos de los productos y servicios otorgados por el Instituto a nivel unidad de información (Unidades Médicas y No Médicas), logrando identificar el costo total y unitario, así como su integración por actividad, por capítulo de gasto y su clasificación por costo fijo y variable. Para el análisis oportuno de los resultados se trabajó en la creación de cubos de información, así como en el diseño y elaboración de los reportes ejecutivos.

Modelo de Costeo de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA)

El modelo de costeo de prestaciones médicas se divide en producto hospitalario clasificado en GRD y en producto ambulatorio clasificado en GRAA. Se determinó en una primera etapa trabajar en el modelo de costeo del producto hospitalario.

Para tal efecto, el área médica proporcionó el detalle de los 483 GRD correspondientes al año 2006 y de los 509 GRD del año 2007. Para cada uno de los GRD se elaboró una Cédula Médico Económica (CME) para su costeo, en ellas se detallan los insumos y capacidad instalada necesaria para brindar la atención médica para cada GRD.

A finales de 2009 se obtuvo la primera versión de los costos por GRD para el presupuesto de 2006 y 2007 con las CME 2006, a través de la herramienta de costeo ABC *Metify*. Se obtuvo que del gasto médico total 50% corresponde al producto hospitalario y 50% al producto ambulatorio. En la primera etapa se logró asignar 99% del gasto hospitalario.

Se está trabajando en el costeo de los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para concluir con el costeo de las CME correspondientes al año 2007.

Modelo de Costeo por Actividad de las Áreas de Prestaciones Económicas

Se costearon las actividades de subsidios, ayudas, pensiones y rentas vitalicias. Se definieron 12 productos que se derivan de dichas actividades. Se logró identificar y asignar a los productos 55% del gasto global de Prestaciones Económicas.

A finales de 2009 se obtuvo la primera versión de los costos por actividad y producto para el ejercicio 2008.

Modelo de Costeo por Actividad de las Áreas de Prestaciones Sociales

Se costearon tres actividades: servicios de ingreso, guarderías y prestaciones sociales. Se definieron 260 productos que derivan de dichas actividades. Se logró identificar y asignar a los productos 100% del gasto global de Prestaciones Sociales.

A finales de 2009 se obtuvo la primera versión de los costos por actividad y producto para el ejercicio 2008.

Modelo de Costeo por Actividad de las Áreas de Incorporación y Recaudación

Se costearon tres actividades: incorporación, recaudación y fiscalización. Se definieron 73 productos que derivan de dichas actividades. Se logró identificar y asignar a los productos 60% del gasto global de Incorporación y Recaudación.

A finales de 2009 se obtuvo la primera versión de los costos por actividad y producto para el ejercicio 2008.

Programa de Actividades para 2010

Para el segundo semestre de 2010 se tiene programada la migración del modelo de costeo a una nueva herramienta tecnológica, debido a que la herramienta con la que actualmente se trabaja resultó limitada para trabajar con grandes bases de datos, así como para la generación de reportes ejecutivos personalizados.

Modelo de Costeo de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA)

Simultáneamente a la migración del Sistema se trabajará en la actualización del modelo. Esto incluye las CME 2007 de 509 GRD con presupuesto 2007 y 2008. Para efectos

de lo anterior, en este periodo se concluirá con el costeo de los estudios auxiliares de diagnóstico, así como el tratamiento para la actualización de los ponderadores incluyendo aquellas mejoras que se han identificado con la evaluación del primer modelo de costeo.

Modelo de Costeo por Actividad de las Áreas de Prestaciones Económicas, Prestaciones Sociales e Incorporación y Recaudación

En paralelo con la migración del Sistema se trabajará en la actualización del modelo. Esto implica la actualización del periodo de costeo a 2009, la actualización de actividades, productos y/o servicios y los ponderadores. Se pretende incrementar el porcentaje de gasto asignado a los productos e identificar el origen de los gastos. Para mejorar el modelo se incorporarán criterios de productividad del personal, así como la estandarización de los ponderadores.

I.5. RIESGOS INSTITUCIONALES

En cumplimiento del Artículo 25 del Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS, la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI) elabora cada año el Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI), en el cual se identifican los riesgos que pueden tener para el IMSS un impacto importante en sus finanzas y en la prestación de los servicios a la población derechohabiente.

Con base en el PARI, durante el cuatrimestre junio-septiembre de 2009 se integró el documento Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2009, el cual se sometió en octubre a la aprobación del HCT, para su posterior publicación en la página de Internet del Instituto.

En dicho documento se evaluaron diez riesgos clasificados en tres grupos: 1) Riesgos de salud; 2) Riesgos operativos, y 3) Riesgos en las prestaciones económicas otorgadas. En el cuadro I.17 se relacionan los riesgos identificados en el PARI 2009 y que se evaluaron en el documento antes referido.

Programa de Actividades para 2010

- Se continuarán evaluando las iniciativas de reforma a la LSS que sean presentadas por los diputados y senadores de las diferentes fracciones parlamentarias.
- Se elaborará el documento Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2010, para su presentación al HCT en el mes de octubre.
- Se constituirá el Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales, con objeto de que todas las instancias normativas participen en la identificación de los riesgos a los que está expuesto el Instituto, así como en la definición de políticas para su tratamiento.

CUADRO I.17. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS CONSIDERADOS EN EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

1. Riesgos de salud	Costo de los tratamientos y sus efectos en el gasto de padecimientos de alto impacto finaciero para el IMSS. Enfermedades emergentes y nuevas patologías. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral. Impacto financiero de los partos por cesárea.
2. Riesgos operativos	Incorporación a la seguridad social de grupos. Costos-beneficios de los convenios de reversión de cuotas.
3. Riesgos en las prestaciones económicas otorgadas	Iniciativas de reforma a la Ley del Seguro Social relacionadas con los subsidios de maternidad y paternidad. Empresas con alta siniestralidad. Minusvalías de las cuentas individuales. Pensiones de incapacidad permanente con valuación menor o igual a 25%.

Fuente: IMSS.

- Se revisarán conjuntamente con las Coordinaciones de la DF, en especial con la Coordinación de Planeación y de Presupuesto e Información Programática, los trabajos que se han elaborado en materia de costos unitarios, a efecto de enriquecer y complementar los que se han realizado.
- Se realizará la evaluación financiera anual de los riesgos inmobiliarios a partir de los dictámenes de riesgos inmobiliarios elaborados por las áreas de Conservación Delegacionales y que integran el Atlas de Principales Riesgos Inmobiliarios del IMSS.

I.6. PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO INTEGRAL DEL IMSS Y ATENCIÓN DE SINIESTROS

Siniestros Reportados y Atendidos

En el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010 se atendieron 1,143 siniestros reportados por las Delegaciones, las UMAE, IMSS-Oportunidades y nivel central, los cuales afectaron el patrimonio institucional en 352.0 millones de pesos.

De los 1,143 siniestros, 774 (67.7%) fueron procedentes de reclamo de indemnización a las compañías aseguradoras con las que se tienen contratadas las pólizas de aseguramiento

del PARI. Las reclamaciones ascendieron a 314.8 millones de pesos, de los cuales 244.6 millones de pesos (77.7%) correspondieron a 173 siniestros cubiertos por la "póliza integral de incendio, calderas, recipientes sujetos a presión, rotura de maquinaria, responsabilidad civil general y responsabilidad civil arrendatario".

Los 369 siniestros restantes (32.2%) fueron improcedentes de reclamo y el importe de los daños que originaron al patrimonio del Instituto ascendió a 37.2 millones de pesos.

Las cifras anteriores se muestran en el cuadro I.18.

Los siniestros más importantes, de acuerdo con la causa que les dio origen fueron: i) sismo, con 19 casos y 132.8 millones de pesos en daños, destacando el sismo ocurrido el 4 de abril de 2010 en Baja California, cuyas pérdidas cuantificadas al mes de junio ascendieron a 123 millones de pesos; ii) variaciones de voltaje, con 101 casos y 61.2 millones de pesos en daños; iii) lluvias, con 50 casos y 56.1 millones de pesos en daños, y iv) robos, con 431 casos y 43.7 millones de pesos en daños. En conjunto, el número de siniestros agrupados en estas categorías fue de 601, con un importe de daños de 293.8 millones de pesos, como se aprecia en el cuadro I.19.

CUADRO I.18. SINIESTRALIDAD REPORTADA Y ATENDIDA DE MAYO DE 2009 A MAYO DE 2010
(IMPORTES EN MILES DE PESOS)

Concepto	Siniestralidad					
	Reportada		Procedente		Improcedente	
	No. Casos	Importe de pérdidas	No. Casos	Importe de pérdidas	No. Casos	Importe de pérdidas
Siniestralidad patrimonial por tipo de póliza						
1) Autos	11	3,300	11	3,300		
2) Marítimo y transporte nacional	7	946	5	929	2	17
3) Robo de contenidos	187	20,698	43	16,367	144	4,331
4) Robo de dinero	34	806	18	386	16	420
5) Aviones	1	2,000	1	2,000		
6) Integral de Incendio	274	267,826	173	244,551	101	23,275
7) Robo y daños de equipo electrónico	474	26,828	378	21,433	96	5,395
8) Responsabilidad civil Centros Vacacionales	4	56	4	56		
Total Patrimonial	**992**	**322,460**	**633**	**289,022**	**359**	**33,438**
Siniestralidad no patrimonial						
1) Vida e invalidez total y permanente de trabajadores con créditos hipotecarios	98	22,854	90	19,267	8	3,586
2) Daños a inmuebles de trabajadores con créditos hipotecarios	45	1,888	45	1,888		
3) Vida de trabajadores con créditos de mediano plazo o enganche para casa-habitación.	6	1,057	4	827	2	230
4) Vida e invalidez total y permanente de trabajadores adscritos a la nómina de mando	2	3,763	2	3,763		
Total No Patrimonial	**151**	**29,562**	**141**	**25,745**	**10**	**3,816**
Siniestralidad Total	**1,143**	**352,022**	**774**	**314,767**	**369**	**37,254**

Fuente: IMSS.

CUADRO I.19. PRINCIPALES SINIESTROS REPORTADOS Y ATENDIDOS DE MAYO DE 2009 A MAYO DE 2010, DE ACUERDO CON SU ORIGEN
(IMPORTES EN MILES DE PESOS)

Origen	No. de casos	% del total	Importe de pérdidas	% del total
Sismo	19	1.66	132,760	37.71
Variación de voltaje	101	8.84	61,223	17.39
Lluvias	50	4.37	56,086	15.93
Robo	431	37.71	43,724	12.42
Subtotal	**601**	**52.58**	**293,793**	**83.46**
Otros	542	47.42	58,229	16.54
Total de siniestros procedentes e improcedentes	**1,143**	**100.00**	**352,022**	**100.00**

Fuente: IMSS.

Por lo que respecta a las indemnizaciones recuperadas en el periodo que se informa, éstas ascendieron a 307.4 millones de pesos, de los que 36.9 millones correspondieron a siniestros ocurridos en 2010, 246.4 millones a los ocurridos en 2009, 24.0 millones a los de 2008 y 231 mil pesos a los de 2007.

Licitación del Programa de Aseguramiento Integral para el Ejercicio 2010

De julio a noviembre de 2010 se preparó el proceso de licitación pública nacional para la formalización de los contratos de seguro que están dando cobertura al patrimonio del IMSS a partir del 1º de enero de 2010. El número de contratos adjudicados fue de 19 con un costo de 430.6 millones de pesos. Los resultados de todo el proceso licitatorio se dieron a conocer al HCT en su sesión ordinaria del 27 de enero de 2010, en la cual se dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270110/4.PDF en el que se establece que la DF y la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED) deben elaborar un programa para reducir la siniestralidad en el IMSS.

Atendiendo al Acuerdo anterior, de abril a mayo de 2010 se inició. conjuntamente con la Coordinación Técnica de Seguridad y Resguardo de Inmuebles, dependiente de la Coordinación de Conservación y Servicios Generales, el diseño de la estrategia para reducir la siniestralidad por robo en el Instituto, que en los últimos años ha mostrado crecimiento, con su consecuente incremento de las primas de aseguramiento de las pólizas que dan cobertura a ese riesgo.

Programa de Actividades para 2010

- De junio a diciembre de 2010 se continuarán atendiendo los siniestros que ocurran en el Instituto y se reforzará la comunicación con las Delegaciones, las UMAE e IMSS-Oportunidades para que reporten y documenten oportunamente

sus siniestros para las reclamaciones de indemnizaciones conducentes.

- Asimismo, junto con la Coordinación Técnica de Seguridad y Resguardo de Inmuebles se aplicará el Programa para Reducir la Siniestralidad por Robo en el IMSS.
- En el segundo semestre de 2010 se integrará la información necesaria para preparar la licitación pública nacional para la contratación de las pólizas del Programa de Aseguramiento Integral que dará cobertura al patrimonio del IMSS en el ejercicio 2011, y se revisarán las condiciones técnicas de dichas pólizas.
- En el mismo lapso se preparará la reunión del Grupo de Trabajo de Seguros en la cual se someterá a las instancias normativas institucionales, para su aprobación, la propuesta de cambio de las condiciones de los contratos del Programa.
- Se diseñará el portal de la División de Control de Seguros, el cual se tomará como referencia para el diseño de los portales de las otras divisiones de la CARI.

Convenio de Colaboración Interinstitucional IMSS-ISSSTE

Atendiendo a lo dispuesto en el Artículo 142 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como al Convenio de Colaboración Interinstitucional suscrito el 17 de febrero de 2009 por el ISSSTE y el IMSS, de agosto a septiembre de 2009 se elaboró el Anexo Técnico 4 Transferencia de recursos para proporcionar servicios de atención a la salud de pensionados y sus familiares derechohabientes.

El objetivo del Anexo es documentar el procedimiento a seguir para que el ISSSTE transfiera al IMSS los recursos necesarios para que se proporcione atención médica a los pensionados que tengan derecho a la portabilidad y que de acuerdo con la Ley del ISSSTE vayan a recibir esa atención en el IMSS, y viceversa.

Como complemento a dicho Anexo, en el último trimestre de 2009 y el primero de 2010 se elaboró el Acuerdo de Intercambio de Información entre ambos Institutos para realizar dicha transferencia.

I.7. GESTIÓN PRESUPUESTAL

La Coordinación de Presupuesto e Información Programática es la unidad responsable de administrar el proceso presupuestario en el Instituto, por lo que la gestión presupuestal se desarrolla desde la programación, formulación, control, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas del ejercicio presupuestario, armonizando las disposiciones que en la materia establece la LSS con la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la normatividad emanada de ésta.

La buena gestión presupuestal se da en el ámbito de calidad y oportunidad en el

desarrollo del proceso presupuestario que permita la toma de decisiones en todos los niveles institucionales, dentro y fuera del IMSS.

La problemática consustancial de la gestión presupuestal son los recursos finitos que deben adecuarse constantemente para cubrir las crecientes necesidades operativas orientadas a atender las prestaciones y servicios institucionales.

La estrategia definida para mejorar la calidad del gasto en el ámbito federal es el Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño, la cual ha sido gradualmente incorporada por el Instituto en la determinación de sus programas, indicadores y metas que compromete anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

- Se proporcionó información mensual y trimestral del IMSS de los Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, de junio a diciembre de 2009 y de enero a abril de 2010, a la H. Cámara de Diputados.
- Se elaboraron el Informe de Avance de la Gestión Financiera por el periodo de enero a junio de 2009 y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del Instituto por el ejercicio 2009, ambos de acuerdo con los lineamientos y plazos establecidos por la SHCP.
- Se elaboraron las notas y cuadros que conforman el Dictamen Presupuestal 2009 emitido por el despacho de auditoría externa y designado por la Secretaría de la Función Pública (SFP).
- Se elaboraron los avances bimestrales en la atención de las recomendaciones a las metas programáticas presupuestales de junio a octubre de 2009, así como el Tercer Informe de Gobierno, el Tercer Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo y la Memoria Estadística del ejercicio 2009.
- Se coordinó con el Instituto Nacional para las Mujeres (INMUJERES), la evaluación de la perspectiva de género de los programas presupuestarios incluidos en el Programa Anual de Evaluación 2009.
- Se elaboró la Estructura Programática del 2010 y el Presupuesto Basado en Resultados conforme a la LSS y los lineamientos de la SHCP.
- Se realizó la determinación, seguimiento y gestión de cobro de los pagos pendientes a cargo del Gobierno Federal por apoyos del IMSS a programas federales, así como los derivados de sus obligaciones legales con el Instituto, por los ejercicios 2005 a 2009.
- Se elaboró el Presupuesto Operativo Anual (POA) para el ejercicio 2010 con la participación de las Delegaciones y las UMAE.

- Se elaboró el Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos del IMSS del ejercicio 2010, el cual fue autorizado por el HCT, la SHCP y la H. Cámara de Diputados.
- Se elaboró el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas del ejercicio fiscal 2010, el cual contiene la programación mensual y trimestral de los montos que se acumularán para alcanzar la meta de 5,243 millones de pesos establecida en el Decreto del PEF.
- Se comunicó a las Unidades Responsables del Gasto su presupuesto para 2010, aprobado por el HCT.
- Se coordinó con las Direcciones Normativas la metodología y determinación del Presupuesto de Metas para el ejercicio 2010.
- Se elaboraron las evaluaciones trimestrales a junio, octubre y diciembre del ejercicio 2009 y la correspondiente al mes de marzo de 2010, así como las adecuaciones presupuestarias para aprobación del HCT.
- Se solicitó al HCT autorización para iniciar anticipadamente los procesos de licitaciones para los ejercicios 2010 y 2011.
- Se realizaron las gestiones presupuestarias conducentes para apoyar las contingencias de la Influenza A H1N1 y el siniestro de la Guardería ABC.
- Se integró y presentó para autorización del HCT el presupuesto de inversión física 2010 y sus adecuaciones, que alcanzó la cantidad histórica de 11,915 millones de pesos.
- Se desarrollaron las fases de diseño futuro e identificación de brechas para la actualización del sistema PREI a la versión 9.0 de la plataforma *Peoplesoft*, así como en su migración al *software* de soporte denominado HE11.
- Se coordinó el seguimiento y atención de los Informes de Resultados de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2008 y del Informe de Avance de Gestión Financiera 2009, así como de los Informes Trimestrales emitidos por la Auditoría Superior de la Federación (ASF).
- Se gestionó la aprobación del HCT y publicación en el DOF de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica 2010 para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes.
- Se integraron los Estados Financieros Institucionales del ejercicio 2009, así como de enero y febrero de 2010 para su presentación al HCT.
- De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 277 B de la LSS, para el ejercicio 2010, a petición del IMSS, la SHCP autorizó un monto máximo de línea de crédito de 140 millones de dólares americanos, para cubrir compromisos de cartas de crédito o coberturas cambiarias que se destinarán a liquidar compromisos con proveedores de insumos (vacunas y reemplazos enzimáticos).

Programa de Actividades para 2010

- Se proporcionará la información mensual y trimestral institucional para los Informes sobre la Situación Económica, Finanzas Públicas y Deuda Pública de los meses de junio a diciembre de 2010, y se publicará la trimestral en el portal del IMSS.
- Se elaborarán bimestralmente los avances en la atención a las recomendaciones de las metas programáticas presupuestales por el periodo de mayo a octubre de 2010.
- Se elaborará la Estructura Programática de 2011 y el Presupuesto Basado en Resultados (PbR) con los indicadores definidos por las normativas del IMSS, según los lineamientos de la SHCP.
- Se continuará con las gestiones para la regularización del Cobro de la Administración de las Pensiones en Curso de Pago a cargo del Gobierno Federal.
- Se actualizará la metodología de cálculo que se utiliza para la determinación de la presupuestación del POA, por Delegación, UMAE, Centros Vacacionales y Direcciones Normativas, a través de la utilización del Modelo Financiero.
- Se elaborará la propuesta de adecuaciones al Presupuesto de Ingresos y Egresos para el HCT.
- Se dará seguimiento al proceso de adquisición de equipo médico y administrativo, así como al ejercicio del presupuesto 2010.
- Se elaborará el Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos 2011 del IMSS, para aprobación del HCT y envío a la SHCP y la H. Cámara de Diputados.
- Se actualizará y difundirá la Norma de Disposiciones Presupuestarias del IMSS.
- Se coordinará con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) la evaluación al desempeño de los programas presupuestarios incluidos en el Programa Anual de Evaluación 2009.
- Se establecerá el seguimiento con las áreas responsables del Instituto para atender las acciones promovidas por la ASF en el Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización de la Cuenta Pública 2009, así como de los Informes Trimestrales y del Informe de Avance de Gestión Financiera 2010.

I.8. EJERCICIO Y REGISTRO DEL GASTO

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Dentro del programa de Cadenas Productivas con Nacional Financiera S. A. (NAFINSA), el IMSS publicó en el portal 739,400 documentos por 37,593 millones de pesos, 46% de los cuales fueron negociados, es decir, 198,847 casos por 17,312 millones de pesos.

Programa de Actividades para 2010

- Mantener actualizada la normatividad y las guías funcionales de los módulos del sistema PREI.

- Preparar y presentar a la SHCP los libros diario y mayor, así como el de inventarios y balances correspondientes al ejercicio de 2009.
- Instrumentar la aplicación de la nueva Ley General de Contabilidad Gubernamental.

I.9. ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN DIRECTIVA

La Coordinación de Planeación concentra la información estadística y directiva para su difusión. Dentro de los documentos difundidos podemos mencionar la Agenda del Consejero, el Reporte de Gestión, el Cubo de Información y el Modelo de Indicadores de Planeación (MIP).

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

- Se dispuso en el portal del IMSS la consulta interactiva de la Agenda del Consejero.
- Se avanzó en la consolidación del MIP.
- Se desarrolló la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Programa de Actividades para 2010

- Integración y validación de la Memoria Estadística 2009.
- Difusión de la Encuesta Nacional de Seguridad Social 2009.
- Emisión periódica de los distintos reportes y documentos de la Agenda del Consejero.
- Consolidación del MIP.
- Participar en los trabajos dirigidos a la implantación de la nueva versión de los módulos de Presupuesto, Marcador Balanceado y Proyectos del Sistema PREI-Millenium.

I.10. INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y FLUJO DE EFECTIVO

La DF, a través de la Coordinación de Planeación, elabora, integra y da seguimiento al Presupuesto Anual de Ingresos de Operación y Flujo de Efectivo de cada ejercicio fiscal.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

- Integración del Presupuesto de Ingresos de Operación y Flujo de Efectivo 2010.
- Seguimiento al Presupuesto de Ingresos 2009 y generación de los reportes para la SHCP, en cumplimiento a la Ley de Ingresos de la Federación 2009.

Programa de Actividades para 2010

Se continuará participando en la actualización de los reportes de ingresos en PREI-Finanzas dentro del proceso de migración a la nueva versión del Programa.

I.11. SEGUIMIENTO A LAS OBSERVACIONES DERIVADAS DE AUDITORÍAS PRACTICADAS EN EL IMSS POR ÓRGANOS FISCALIZADORES

La Dirección General del IMSS designó a la DF para coordinar la atención de las auditorías que ordenan la ASF, la SFP o el Órgano Interno de Control (OIC) en el IMSS, así como para atender los requerimientos formulados por estos fiscalizadores. En este contexto, el saldo de las observaciones pendientes de solventar en el Instituto al 31 de diciembre de 2008 fue de 1,521, de las cuales 1,186 corresponden a Delegaciones y 335 a nivel central.

En el año 2009 se generaron 1,287 deserciones, de las cuales 1,102 corresponden a Delegaciones y 185 a nivel central. Se atendieron 1,506 de ellas (1,162 en Delegaciones y 344 en nivel central). El saldo es de 1,302 observaciones (1,126 en Delegaciones y 176 en nivel central) al cierre de 2009.

En diciembre de 2009, por acuerdo del Comité de Control y Auditoría (COCOA), se instruyó a la DF para que conjuntamente con el OIC estableciera un programa de trabajo para atender las observaciones pendientes, dando prioridad a las de mayor antigüedad.

CUADRO I.20. INVENTARIO DE OBSERVACIONES, 2009

	Saldo al 31 de diciembre de 2008	Solventadas	Determinadas	Saldo al 31 de diciembre de 2009
Delegaciones	1,186	1,162	1,102	1,126
Nivel Central	335	344	185	176
Total	**1,521**	**1,506**	**1,287**	**1,302**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Derivado del acuerdo del COCOA, así como de los compromisos generados en la VI Reunión con Delegados y Directores de UMAE, se establecieron mecanismos de coordinación entre la DF, el OIC y la Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED) para abatir el rezago en el inventario de observaciones a nivel institucional.

- El OIC, a través de los titulares del área de Auditoría Interna y de las áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades de las Delegaciones del IMSS (AAQR), determinará las observaciones pendientes de solventar al cierre del primer trimestre de 2010, así como las propuestas de solución.

La DF solicitó a las Direcciones Normativas, Delegaciones y UMAE un diagnóstico de observaciones pendientes de solventar y se registraron en una herramienta informática de seguimiento diseñada para este efecto.

En el cuadro I.21 se muestra el inventario de observaciones registradas durante el primer trimestre de 2010.

En el primer trimestre de 2010 se generaron 309 observaciones (194 en Delegaciones y 115 en nivel central) y se atendieron 377 (330 en Delegaciones y 47 en nivel central).

El saldo es de 1,234 observaciones (990 en Delegaciones y 244 en nivel central), al cierre del primer trimestre de 2010.

CUADRO I.21.
INVENTARIO DE OBSERVACIONES, PRIMER TRIMESTRE DE 2010

	Saldo al cuarto trimestre de 2009	Solventadas	Determinadas	Saldo al primer trimestre de 2010
Delegaciones	1,126	330	194	990
Nivel Central	176	47	115	244
Total	**1,302**	**377**	**309**	**1,234**

Fuente: IMSS.

DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Las estrategias que ha desplegado la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) durante el lapso que cubre el presente Informe se han orientado a promover el cumplimiento voluntario de los patrones y demás sujetos obligados, al establecimiento de una gestión eficaz en materia de fiscalización, a la reducción de la cartera en mora, a la mejora de la normatividad aplicable y a la implantación de nuevos sistemas de información integrales.

II.1. EMISIÓN MENSUAL ANTICIPADA

La Emisión Mensual Anticipada (EMA) contiene las propuestas para el pago de las cuotas obrero-patronales (COP) determinadas con base en el número de cotizantes afiliados ante el Instituto, su Salario Base de Cotización (SBC) y el número de días trabajados. En este sentido, su evolución es un reflejo de la situación económica nacional y de las acciones que el Instituto realiza para promover el cumplimiento voluntario.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Cotizantes

En promedio, durante 2009 se registraron 13'847,610 cotizantes, cifra inferior en 3.96% a la observada durante 2008, como resultado de la situación económica adversa sobre la demanda del mercado laboral. No obstante lo anterior, a partir de julio de 2009 se observó una recuperación en el registro de cotizantes en el IMSS.

Desde febrero de 2010 se presentaron tasas de crecimiento positivas, con lo cual, en el periodo de enero a mayo de 2010, el promedio de cotizantes registrados se incrementó a 14'144,692, cifra superior en 2.16% a la observada en el mismo lapso del año anterior.

Salario Base de Cotización

Durante el año 2009, el SBC promedió 231.65 pesos, cifra 4.21% superior a la registrada en el año anterior. Sin embargo, el efecto de la situación económica, principalmente sobre los cotizantes de mayores salarios, ha originado que desde enero de 2009 la tasa de crecimiento anual de este indicador fuera decreciente.

En el periodo de enero a mayo de 2010 se registró un SBC promedio de 238.97 pesos diarios, lo que representa un incremento de 2.94% respecto al valor del indicador en el mismo periodo del año previo.

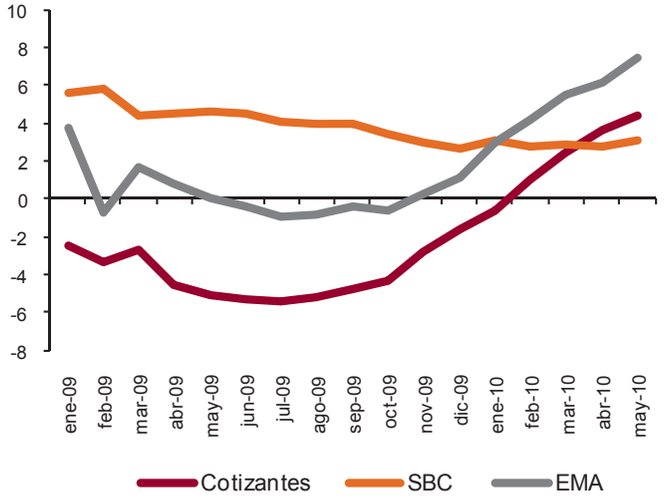
Emisión Mensual Anticipada

El efecto combinado del comportamiento de cotizantes y SBC dio lugar a una disminución en las tasas de crecimiento anual de la EMA, efecto que se empezó a revertir a partir de julio de 2009. De esta manera, al cierre de 2009 el importe acumulado de la EMA ascendió a 144,530.7 millones de pesos, cifra superior en 0.32% a la observada el año anterior. De enero a mayo de 2010, la EMA alcanzó los 62,855.3 millones de pesos, monto superior en 5.27% al registrado en igual periodo del año anterior.

Programa de Actividades para 2010

Para el 2010 las metas autorizadas por el H. Consejo Técnico del IMSS (HCT) son de 13'768,351 cotizantes registrados en promedio, lo que representaría un decremento de 0.57% respecto al dato observado al cierre de 2009; la meta del SBC es de 242.66 pesos diarios, cifra superior en 4.75% al promedio de 2009, y en el caso de la EMA se considera una cifra acumulada de 150,567.1 millones de pesos, monto superior en 4.18% al del año previo.

GRÁFICA II.1. TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE COTIZANTES, SBC Y EMA
(PORCENTAJES)



Fuente: IMSS.

II.2. META DE RECAUDACIÓN

La meta de recaudación del Instituto se integra por las cuotas en efectivo derivadas del pago de las COP, así como por otros ingresos que se derivan de estas mismas cuotas, por conceptos de capitales constitutivos, multas, recargos, actualizaciones, gastos por ejecución y comisiones cobradas a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) y al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit).

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

El HCT autorizó para 2009 una meta inicial de recaudación de ingresos obrero-patronales de 152,913.4 millones de pesos. Posteriormente, en las segunda y tercera evaluaciones trimestrales, autorizó modificaciones a la meta de recaudación, ante el cambio en las expectativas de cotizantes registrados durante todo el año.

En la evaluación del segundo trimestre se autorizó una reducción de 6,865.7 millones de pesos en la meta de ingresos, asociada a una disminución de 937 mil cotizantes en promedio al año, y en la tercera evaluación se determinó un incremento de 1,407.0 millones de pesos, debido a que la expectativa de cierre se incrementó en 141 cotizantes mensuales, en promedio.

CUADRO II.1. META DE INGRESOS, 2009 [1/]
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	Monto	Variación respecto a la meta original
Original. Ley de Ingresos	152,913.4	
Segunda evaluación (11 de agosto)	146,047.6	-6,865.7
Tercera evaluación (28 de octubre)	147,454.7	-5,458.7
Cuenta Pública	148,557.1	-4,356.2

[1/] No incluye al IMSS como patrón.
Fuente: IMSS.

Al cierre de 2009 la recaudación registrada en Cuenta Pública fue de 148,557.1 millones de pesos, lo que representó un cumplimiento de 100.7% de la meta de la tercera evaluación y generó un excedente de 1,102.5 millones de pesos, respecto a la meta modificada.

Al mes de mayo de 2010, contablemente se registraron ingresos obrero-patronales por 63,826.8 millones de pesos sin incluir al IMSS como patrón, cifra superior en 5.96% al monto observado durante el mismo periodo del año anterior.

CUADRO II.2. INGRESOS OBRERO-PATRONALES DE ENERO DE 2009 A MAYO DE 2010 [1/]
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2009	HCT	Primera evaluación	2010	Variación anual (%)	Cump. de la meta (%)
Total Ingresos	**60,235.2**	**61,103.3**	**61,603.3**	**63,826.8**	**6.0**	**103.6**
Cuotas en Efectivo	**59,272.7**	**60,021.1**	**60,521.1**	**62,737.5**	**5.8**	**103.7**
Capitales Constitutivos	36.7	36.9	36.9	30.7	-16.3	83.2
Multas	199.5	210.0	210.0	217.3	8.9	103.5
Recargos Moratorios	234.6	233.7	233.7	311.0	32.6	133.1
Actualizaciones	61.9	73.7	73.7	68.0	9.8	92.3
Gastos por Ejecución	109.1	134.3	134.3	116.0	6.3	86.3
Comisiones de Afore e Infonavit	320.7	393.6	393.6	346.4	8.0	88.0

[1/] No incluye las cuotas del IMSS como patrón.
Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Para 2010 el HCT autorizó una meta anual de recaudación de 153,327.2 millones de pesos, cifra superior en 3.21% a la del cierre del ejercicio de 2009, es decir, 4,770.1 millones de pesos adicionales. En la revisión de la primera evaluación y ante la recuperación en el número de cotizantes registrados, el HCT autorizó un incremento en la meta de COP en efectivo por 500 millones de pesos, con lo que la meta anual de ingresos obrero-patronales actualmente es de 153,827.2 millones de pesos, monto 3.55% superior al del cierre de 2009.

II.3. INCORPORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS

En materia de Incorporación y Clasificación de Empresas, destacan los esfuerzos realizados para contar con mejor información de patrones y asegurados, así como de los catálogos con que opera la DIR, para lo cual se han llevado a cabo procesos de análisis y mejora de los datos contenidos en las bases de datos institucionales, lo que ha permitido mejorar su calidad e integridad. Este proceso ha incluido, por primera ocasión, el análisis y solución de inconsistencias en el registro de datos, así como la identificación e incorporación del Registro Federal de Contribuyentes (RFC) y la Clave Única de Registro de Población (CURP), entre otros elementos de mejora. Adicionalmente, se ha ampliado la cobertura del Sistema de Acceso a los Derechohabientes (AcceDer), y se ha mejorado el marco normativo en materia de Afiliación y Clasificación de Empresas.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Calidad e Integridad de las Bases de Datos Institucionales

Con relación a la identificación e incorporación del RFC y la CURP en la base de datos de patrones, se observa una mejora considerable. Al mes de mayo de 2009, 88.6% del total de patrones vigentes y 37.6% de los patrones persona física contaban con información del RFC y la CURP, respectivamente, en tanto que al mismo mes de 2010 estos porcentajes se ubican en 95.8% y 92.2%, respectivamente.

En relación con el Padrón de Asegurados, se ha avanzado de manera importante en la identificación e incorporación de la CURP. Al mes de mayo de 2009 se habían registrado 49.8 millones de números de Seguridad Social (NSS) únicos con la CURP y a mayo de 2010 esta cifra se ha incrementado a 53.0 millones, de los cuales 43.8 millones son CURP únicas.

Al 31 de mayo de 2010, cuentan con CURP: 84.1% de los 18.8 millones de asegurados únicos vigentes; 55.0% de los 17.7 millones de beneficiarios de asegurados únicos vigentes; 70.2% de los 2.5 millones de pensionados únicos vigentes y 30.8% de los 2.4 millones de beneficiarios de pensionados únicos vigentes.

Registro de Derechohabientes en la Unidad Médica Familiar

En el periodo que se informa se instaló el Sistema AcceDer en 180 Unidades de Medicina Familiar (UMF), con lo que se alcanzó una cobertura de 86.6% del total de Unidades, mientras que a mayo de 2009 se tenía 73.6% de cobertura.

Para hacer más eficiente la certificación de la vigencia de derechos, en abril de 2010 se liberó la versión de AcceDer en línea, en la cual por primera vez se incorporó la CURP para beneficiarios y la elección de médico, lo que representa un avance sustancial que permitirá mejorar la atención a los derechohabientes.

Clasificación de Empresas

En el marco de la iniciativa del Gobierno Federal para promover un sistema para la apertura rápida de las empresas, se llevó a cabo la unificación de los trámites y formatos de inscripción patronal inicial e inscripción de las empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), con lo cual se simplificó el trámite que los patrones y demás sujetos obligados deben llevar a cabo ante el Instituto en materia de Afiliación y Clasificación de Empresas y se redujeron los datos solicitados a los patrones.

Asimismo, se dio de alta el Sistema de Alta Patronal, a través del portal tuempresa.gob.mx, administrado por la Secretaría de Economía (SE), por medio del cual el patrón puede realizar por Internet, desde la comodidad de su empresa, la primera fase del proceso de alta patronal y obtener una cita, para presentarse en la subdelegación de control que le corresponde a efecto de concluir el trámite de manera presencial. Con lo anterior, se optimiza sustancialmente la atención que se brinda a los patrones y se eleva la calidad e imagen de los servicios que proporciona el Instituto.

En relación con el Catálogo de Actividades Económicas para la Clasificación de Empresas en el SRT, con el fin de contar con fracciones que incluyan actividades que han surgido en los últimos años, descripciones con mayor nivel de detalle, y codificación comparable con instituciones que ya utilizan catálogos con base en el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (Catálogo SCIAN), se inició el estudio para su actualización, lo que permitirá determinar con mayor precisión la clasificación de las empresas y con ello las clases de riesgo que efectivamente representan las actividades que éstas desarrollan.

En el segundo semestre de 2009 se concluyeron las últimas dos etapas del estudio para la actualización del Catálogo, con base en la adaptación del referido SCIAN. De este modo, se cuenta ya con una versión preliminar del Nuevo Catálogo de Actividades Económicas para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, así como con las equivalencias entre ambos clasificadores, aspecto fundamental para facilitar la transición al Nuevo Catálogo de Actividades Económicas.

Determinación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo

En lo que corresponde a la presentación de la determinación de la prima en el SRT correspondiente a la revisión de la siniestralidad del ejercicio 2009, se recibieron 489,241 declaraciones. De este total, 324,907 declaraciones fueron presentadas a través de Internet y 164,334 en las ventanillas de las Subdelegaciones correspondientes.

Resultado de la estrategia de comunicación interna y las acciones de promoción llevadas a cabo por las unidades administrativas del Instituto, que incluyeron la distribución de carteles y volantes –tanto en instalaciones del Instituto como en Cámaras y Asociaciones del sector patronal–, la emisión de mensajes a través de las pantallas de los Módulos de Recepción y Atención Integral (MORAI) y por medio de los conmutadores institucionales, y la realización de eventos de difusión en las Delegaciones y Subdelegaciones, se ha incentivado el uso de Internet para la presentación de las declaraciones. Las declaraciones presentadas a través de Internet se incrementaron 17.0% respecto al año anterior y en los últimos tres años su utilización se ha multiplicado por tres.

Asimismo, durante el proceso de determinación de la prima en el SRT correspondiente al periodo de revisión de 2009 se emitieron un total de 159,378 resoluciones por concepto de rectificación y determinación de la prima, cifra 4.5% superior respecto a las resoluciones emitidas en 2008, además de 30,227 multas a patrones omisos o con datos incompletos.

Actualización del Marco Normativo

El 9 de julio de 2009 se publicó, en el DOF, la reforma a la LSS respecto de las empresas prestadoras de servicios de personal (*outsourcing*). Posteriormente, el 8 de octubre del mismo año se publicó el Acuerdo ACDO. AS2.HCT.300909/194.P.DIR del HCT relativo a la aprobación de las Reglas Generales para el cumplimiento de la obligación establecida en el quinto párrafo del Artículo 15-A de la LSS.

El 17 de marzo de 2010 se puso a disposición de los patrones y sujetos obligados a que se refiere el tercer párrafo del Artículo 15-A de la LSS, el sistema de cómputo mediante el cual los patrones deben informar la asignación de todos y cada uno de sus trabajadores a uno o varios beneficiarios de los servicios.

Adicionalmente, el 17 de marzo de 2010 se publicó en el DOF el Acuerdo ACD.SA1. HCT.240210/42.P.DIR por el que se aprueba modificar el anexo único del Acuerdo número 290/2005, contenido en la nota aclaratoria publicada el 24 de febrero de 2006 y los formatos de Aviso de Registro Patronal Persona Moral, Aviso de Registro Patronal Persona Física y Aviso de Modificación de las empresas para el SRT, mismo que entró en vigor el 18 de marzo de 2010 junto con la liberación del nuevo Sistema de Alta Patronal e Inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo.

Programa de Actividades para 2010

Calidad e Integridad de las Bases de Datos Institucionales

Durante el lapso de junio a diciembre de 2010 se continuarán desarrollando las siguientes acciones: incorporación masiva e individual de RFC y CURP resultantes de la confronta de datos contra las bases de datos del Servicio de Administración Tributaria (SAT) y del Registro Nacional de Población (RENAPO), respectivamente, así como con otras bases de datos internas y externas; aplicación de criterios automatizados para la solución de inconsistencias de datos; aplicación de las reglas de limpieza a los padrones de patrones y derechohabientes y, en general, reforzamiento de las acciones destinadas a promover la actualización de las bases de datos institucionales.

Registro de Derechohabientes en la Unidad Médica Familiar

En el marco del proceso de credencialización de los derechohabientes, que se lleva a cabo dentro del Programa de Modernización para la Administración de Derechohabientes y las Prestaciones del IMSS (PROMADYP), se avanzará durante el segundo semestre de 2010 en la integración de los datos de los derechohabientes al proyecto de la base de datos única del sistema de información de incorporación y recaudación.

Clasificación de Empresas

Es prioritario continuar con el seguimiento a la aplicación de las nuevas disposiciones normativas a través del Sistema de Alta Patronal, especialmente a las prestadoras de servicios de personal y los registros patronales por clase, y se continuará brindando capacitación a las áreas desconcentradas para la correcta operación de las nuevas disposiciones del Alta Patronal e Inscripción en el SRT.

Asimismo, se avanzará en el proceso de autorización de la estructura de las Oficinas de Clasificación de Empresas a nivel delegacional y subdelegacional, a efecto de simplificar los procesos de clasificación de empresas y determinación de la prima en el SRT, y mejorar la accesibilidad de los servicios del Instituto a los patrones.

Con relación al Nuevo Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el SRT, se finalizarán las etapas de análisis, integración y autorización del mismo para implementar su liberación.

Determinación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo

Durante el segundo semestre del año en curso continuará el proceso de revisión de la fórmula para calcular la prima del SRT, con lo cual en 2011 se determinará si la fórmula

debe modificarse para restituir o mantener el equilibrio financiero en dicho seguro. Este proceso podría implicar modificaciones a la LSS, en virtud de que actualmente los gastos médicos de pensionados por riesgos de trabajo y sus beneficiarios son cubiertos por el Seguro de Enfermedades y Matenidad (SEM), no por el SRT.

Adicionalmente, se iniciará el desarrollo de una nueva herramienta que permita incorporar nuevas funcionalidades para gestionar y controlar de manera más eficiente los casos de impugnaciones en materia de clasificación de empresas y determinación de la prima del SRT, buscando establecer, por primera vez, mecanismos de intercomunicación entre los sistemas informáticos de las áreas involucradas.

II.4. REDUCCIÓN DE CARTERA EN MORA

Las acciones para consolidar una administración eficiente de la cartera en mora se han dirigido a mejorar los mecanismos de cobro, asegurar la correcta identificación y clasificación de los créditos, la automatización de los procesos, así como la revisión del marco jurídico y del sustento legal de las acciones de cobranza. Con estas acciones se busca revertir el crecimiento de la cartera y asegurar la correcta aplicación de los criterios normativos en los procedimientos operativos.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Emisión y Reposición de Créditos Fiscales

Se continuó aplicando el proceso de Emisión de Créditos Fiscales (ECO) a Patrones Omisos para dar mayor sustento jurídico a los derechos de cobro del Instituto, ampliar la certidumbre de los patrones respecto de los actos emitidos por el IMSS y reducir la interposición de recursos de inconformidad y juicios sobre la procedencia legal de las multas por no pago.

Para fortalecer su aplicación, a partir de marzo de 2010 se estableció el proceso denominado ECO Estratégico, mediante el cual se promueve el pago oportuno de los créditos fiscales de los patrones, con base en su historial de incumplimiento de pago.

Asimismo, se desarrolló una herramienta de reposición de créditos fiscales, la cual fue liberada en una primera fase el 8 de octubre de 2009, y de manera integral el 31 de mayo de 2010. Actualmente todas las Subdelegaciones del Instituto cuentan con esta aplicación.

Clasificación de la Cartera

Con base en el procedimiento para la recuperación de créditos fiscales enviados y recibidos en procuración de cobro y la herramienta de gestión denominada Informe de Créditos Enviados y Recibidos en Procuración de Cobro (ICERP), una parte sustancial de los ingresos obtenidos por las Delegaciones emisoras son reasignados contablemente a las Delegaciones que realizan el esfuerzo de cobranza y consiguen la recuperación de los referidos créditos. Durante 2009 se recaudaron 34.5 millones de pesos y se reasignaron 24.1 millones de pesos, mientras que en los meses de enero a mayo de 2010 se recaudaron 19.3 millones de pesos y se reasignaron 13.5 millones de pesos.

Acciones de Cobranza

En el mes de agosto de 2009 se estableció un programa de trabajo específico para mejorar la recuperación de la cartera, mediante el cual se establecieron acciones por incidencia para la clasificación y reordenamiento de la cartera, la sustitución de adeudos basados en propuestas, el impulso del embargo de depósitos de cuentas bancarias y el procedimiento para la determinación de capitales constitutivos.

En materia de localización de patrones, el 17 de septiembre de 2009 se publicó el procedimiento para la localización, reinicio de acciones de cobro y, en su caso, cancelación de créditos fiscales por la no localización del deudor o responsable solidario.

Se promovió la suscripción de convenios de pago en plazos diferidos con los patrones que enfrentan problemas financieros, pero que tienen la voluntad de regularizar su situación fiscal ante el Instituto. Así, durante 2009 se formalizaron 1,680 convenios de pago en parcialidades por un monto de 127.7 millones de pesos. Durante el periodo de enero a mayo de 2010 se formalizaron 582 convenios de pago en parcialidades por un monto de 129.7 millones de pesos.

Durante el periodo de junio de 2009 a mayo de 2010 se continuó trabajando en la implementación de la primera fase del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), mediante el cual se facilitará el proceso de pago de los patrones a través de Internet. En el lapso indicado se llevó a cabo el análisis y definición de los procesos del Sistema, se avanzó en su construcción y en la redefinición de su alcance, y se realizaron las primeras pruebas funcionales. Adicionalmente, se iniciaron las negociaciones con las Entidades Receptoras.

De conformidad con lo previsto en el segundo párrafo, del Artículo 291 de la LSS, y con el fin de impulsar la enajenación de los bienes adjudicados al Instituto derivado de la aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución (PAE), las Direcciones Jurídica, de Administración y Evaluación de Delegaciones, y de Incorporación y Recaudación, iniciaron

la elaboración del proyecto del Reglamento de la LSS en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con Motivo de la Aplicación del PAE. La aplicación del referido Reglamento coadyuvará a mejorar la administración de los bienes adjudicados al Instituto y a solventar la saturación de las bodegas de las Subdelegaciones del Instituto.

En materia de capacitación, entre mayo de 2009 y el mismo mes de 2010 se realizaron ocho cursos de capacitación a los que asistieron 783 personas, y se llevaron a cabo dos videoconferencias en las que se orientó al personal sobre los siguientes temas: emisión de créditos fiscales, localización de patrones, capitales constitutivos, PAE, y manejo y uso de los sistemas de cobranza y sus aplicaciones.

Resultados de la Gestión

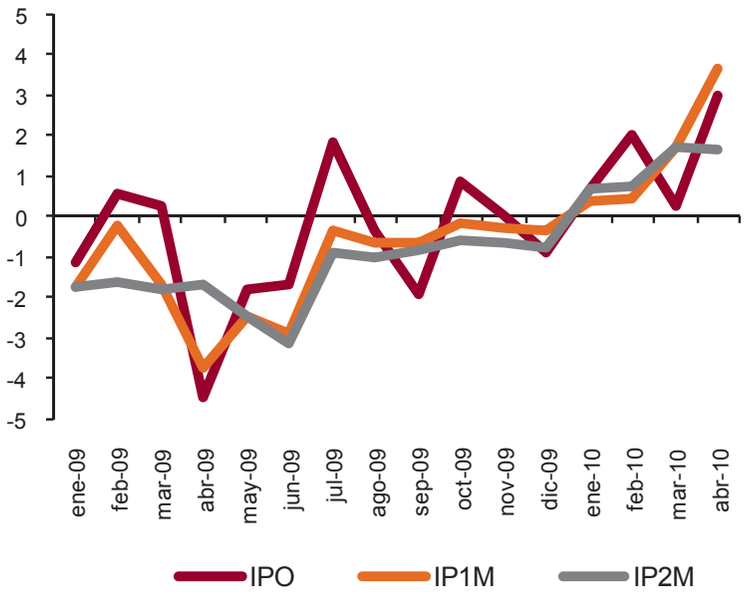
Para el ejercicio de 2010 se enfatizó la recuperación de la cartera de años anteriores, estableciéndose ante el HCT una meta de recaudación por este concepto de 981.6 millones de pesos, cifra superior en 93.8% a la registrada al cierre de 2009. De enero a mayo de 2010 la recuperación por este concepto ascendió a 451.5 millones de pesos, lo que representa 73.0% de la meta del periodo.

Por su parte, la cartera en mora al cierre de 2009 se ubicó en 16,379.7 millones de pesos, cifra 12.43% superior a la observada en diciembre del año anterior. Medida en días de emisión, ésta fue de 32.10 días. Al cierre de mayo de 2010 se observó una mora de 16,949 millones de pesos y de 32.69 en días de emisión.

Entre enero y diciembre de 2009 se registraron índices promedio de pago de: 90.00 en el Índice de Pago Oportuno (IPO), 93.94 en el Índice de Pago a Primer Mes (IP1M) y 97.48 en el Índice de Pago a Segundo Mes (IP2M).

Las acciones en materia de cobranza y la recuperación de la actividad económica han permitido la mejora de los índices promedio de pago. De enero a abril de 2010 los índices observados fueron de 90.92 para el IPO, 1.31 puntos mayor al índice observado en el mismo periodo de 2009; en el IP1M se registró un nivel de 95.20, cifra superior en 1.93 puntos a la observada en 2009, y para el IP2M se observó un nivel promedio de 98.63, lo que refleja un crecimiento de 1.16 puntos con respecto a la cifra de 2009.

GRÁFICA II.2. TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE LOS ÍNDICES DE PAGO, 2009-2010
(PORCENTAJES)



Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Emisión y Reposición de Créditos Fiscales

A partir del 31 de mayo de 2010 la herramienta de reposición de créditos fiscales se encuentra liberada y funcionando a nivel nacional, lo que permitirá mejorar la calidad de la información de la cartera y optimizar su proceso de cobro.

Clasificación de la Cartera

En el segundo semestre de 2010 se continuará dando seguimiento al cumplimiento de la Circular 12 de la Coordinación de Cobranza, que contiene instrucciones para las áreas operativas de efectuar acciones específicas de reclasificación de la cartera por cada tipo de incidencia de cobranza.

Acciones de Cobranza

Para fortalecer la gestión de cobranza, a partir del mes de julio dará inicio la contratación de recursos humanos con funciones específicas para la recuperación de la cartera de créditos de años anteriores. Asimismo, se continuarán enviando a las Subdelegaciones los listados de los patrones no localizados de mayor adeudo, a los cuales se les dará seguimiento hasta el reinicio del cobro o, en su caso, la cancelación del adeudo, de conformidad con lo establecido en los procedimientos normativos.

Con relación al SIPARE, en el lapso que cubre este Informe se realizarán las pruebas funcionales y de estrés para estar en condiciones de llevar a cabo la última prueba integral del Sistema.

Respecto al proyecto de Reglamento de la LSS en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con Motivo de la Aplicación del PAE, durante el segundo semestre de 2010 se iniciarán los trámites respectivos para proceder a su autorización y publicación.

Entre las acciones a desarrollar para actualizar el marco normativo se encuentra la actualización de las reglas que deben observar las áreas operativas en materia de cobranza, fiscalización, dictamen y corrección para 2010.

Resultados de la Gestión

Para el cierre de 2010 se espera cumplir con la meta de 981.6 millones de pesos de recuperación de años anteriores, mantener el crecimiento de los índices de pago y depurar y reducir el saldo de la cartera en mora.

II.5. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE FISCALIZACIÓN

La iniciativa en materia de fiscalización tiene por objetivo diseñar y aplicar una estrategia que considere la programación y selección de actos con base en criterios de riesgo y costo-beneficio, el incremento de la presencia fiscal del Instituto, la sistematización de los procesos de fiscalización, la optimización de la ejecución de los actos de fiscalización y el incremento de la cobranza de dichos actos.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Programación y Selección de Actos de Fiscalización

En el mes de agosto de 2009 se envió a las Subdelegaciones la primera programación centralizada de actos de fiscalización para visita domiciliaria y revisión de gabinete, a los cuales se les da seguimiento continuo para supervisar su ejecución, rechazo o sustitución.

Asimismo, entre septiembre de 2009 y mayo de 2010 inició la celebración de reuniones de trabajo con los Jefes de Servicios de Afiliación y Cobranza y los Jefes de Departamento y/o de Oficina de las Áreas de Auditoría a Patrones, para analizar, evaluar y dar seguimiento a los casos de programación en sus entidades federativas, con el fin de revisar y mejorar de manera permanente los criterios y políticas de selección de patrones a fiscalizar.

Optimización de la Ejecución de los Actos de Fiscalización

Con el objetivo de contar con mayor información de dependencias externas que contribuya a incrementar la presencia fiscal del Instituto, se está trabajando de manera conjunta con el SAT en el proyecto de un nuevo Convenio de Colaboración e Intercambio de Información, el cual contempla la definición de nuevos criterios que amplían el alcance de la colaboración entre el referido organismo y el Instituto.

Asimismo, con el fin de sentar las bases para contar con un Convenio Marco de Intercambio de Información con Gobiernos Estatales que posibilite el intercambio de bases de datos e información fiscal, se elaboró conjuntamente con el SAT un proyecto de convenio, el cual será puesto a disposición de diversas entidades federativas que han manifestado su interés en suscribir dicho convenio.

Adicionalmente, en el mes de febrero de 2010 iniciaron contactos con el SAT, la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y el Infonavit, con el objeto de sentar las bases para compartir información que permita enriquecer las estrategias de fiscalización e inspección que lleva a cabo el Instituto.

Entre los meses de marzo y mayo de 2010 iniciaron las primeras auditorías concatenadas entre el SAT, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y el IMSS, enfocadas principalmente a los patrones prestadores de servicios de personal. En ese contexto, por invitación de la STPS, personal del Instituto ha iniciado su participación en inspecciones ordenadas por dicha Secretaría, como invitados expertos o peritos en materia de seguridad social, lo que permitirá identificar irregularidades en los centros de trabajo; la primera inspección se llevó a cabo en el mes de abril de 2010.

En materia de capacitación, entre junio de 2009 y mayo de 2010 se realizaron cuatro cursos de capacitación en distintas Delegaciones del país, con la participación de 240 personas, en las que se orientó al personal sobre los temas de aplicación de los Artículos 46A y 50 del Código Fiscal de la Federación, integración de salario, búsqueda en base de datos públicos, compulsas, procedimientos de los Artículos 17 de la LSS y 12A del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado (RSSOTCOTD), aspectos generales de los delitos de defraudación, y productividad y seguimiento de los actos de fiscalización. Asimismo, se transmitieron dos videoconferencias en las que se orientó al personal sobre los temas de seguimiento y control de los actos de fiscalización y fortalecimiento del ingreso por fiscalización de la prima de riesgo de trabajo y clase, respectivamente.

Seguimiento y Control de los Actos de Fiscalización

En el mes de febrero de 2010 se emitió la circular 04, relativa al seguimiento y control de los actos de fiscalización, y en el mes de marzo de 2010 se liberaron diversas adecuaciones a la Carátula de Captura para Actos de Fiscalización (CAPAF), con el fin de actualizar y dar mayores elementos de seguridad en la información de las bases de datos de las áreas de Auditoría a Patrones, con el objeto de mejorar el control y supervisión de los actos de fiscalización a nivel desconcentrado.

Adecuación de la Estructura Orgánica y Funcional

Con el propósito de fortalecer la estructura de las áreas de Auditoría a Patrones del Instituto, durante el periodo que se informa se iniciaron los trabajos para conformar un equipo de expertos en materia fiscal, que permita anticipar estrategias y localización de nichos de oportunidad recaudatoria y presencia fiscal, así como un equipo de auditores elite que se concentren en los esfuerzos de detección de irregularidades en los actos de fiscalización, con el fin de inhibir el incumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social.

Corrección y Dictamen

Se avanzó en la implementación del Sistema Único de Dictamen (SUDI) y del Sistema Nacional de Dictamen (SINADI), mediante la conclusión del desarrollo de los siguientes módulos: registro de contadores públicos autorizados y sus modificaciones, presentación del aviso para dictaminar, presentación del dictamen y sanciones a contadores públicos autorizados. Asimismo, dio inicio el desarrollo del proyecto SUDI-WEB, por el que será posible la presentación del dictamen en línea.

Con el fin de dar a conocer y difundir la utilización del SUDI entre la contaduría pública organizada, se brindó capacitación a nivel nacional a los contadores públicos autorizados de diversos colegios y asociaciones de contadores públicos, lo que permitirá a dictaminadores y patrones presentar el dictamen del cumplimiento de las obligaciones del patrón de forma automatizada.

Se implementaron controles para el registro de los resultados del programa de promoción a la regularización del SBC, así como para transparentar la aplicación de la normatividad y los resultados de la corrección patronal. Asimismo, se actualizó el registro de Contadores Públicos Autorizados (CPA) para dictaminar, a fin de sancionar debidamente su actuación.

Industria de la Construcción

Para facilitar el cumplimiento del RSSOTCOTD, el Instituto desarrolló el Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC), mediante el cual los patrones pueden presentar los formatos de información por Internet. Entre los meses de mayo 2009 y mayo 2010 se realizaron adecuaciones al Sistema para mejorar su operación, actualizar y simplificar sus formatos, y garantizar la integridad de la información proporcionada por los patrones.

En materia de formación de recursos humanos se proporcionó capacitación a 186 funcionarios del Instituto en temas sustantivos de los procesos de corrección y dictamen.

Actualización del Marco Normativo

Para mantener actualizado al personal operativo de las áreas de Auditoría a Patrones, se rediseñaron los siguientes procedimientos normativos: procedimiento y estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias, procedimiento y estrategias para el desarrollo de revisiones de gabinete, procedimiento y estrategias para la revisión por el Artículo 18 del RSSOTCOTD, procedimiento y estrategias para la integración documental por la presunta comisión del delito de defraudación a los regímenes del Seguro Social y procedimiento y estrategias para la revisión por el Artículo 12A del RSSOTCOTD. Asimismo, se actualizaron, rediseñaron y liberaron 278 formatos para los actos de fiscalización comprendidos en estos procedimientos.

En materia de corrección y dictamen, entre mayo de 2009 y 2010 se emitieron 21 nuevos formatos, se actualizaron dos procedimientos de dictamen y 27 formatos, y se continuó con el trabajo de actualización de los siguientes documentos normativos: procedimiento para la revisión interna del dictamen e incumplimientos de los contadores públicos autorizados, así como los modelos de opinión que presenta el contador público en su dictamen, los formatos para la solicitud de autorización para dictaminar y modificaciones de los contadores públicos autorizados.

Resultados de la Gestión

Al mes de diciembre de 2009 se recaudaron 1,028.9 millones de pesos por actos de fiscalización, cifra 3.7% superior a la obtenida el año inmediato anterior. Para 2010 uno de los objetivos de la DIR ha sido enfatizar los esfuerzos de recaudación en este concepto, para lo cual la meta anual presentada al HCT fue de 1,309.3 millones de pesos, cifra 27.2% superior a la recaudación observada en el año previo.

Durante el periodo de enero a mayo de 2010, los ingresos por este concepto fueron de 480.8 millones de pesos, cifra 46.9% superior a la observada en el mismo lapso del año anterior.

CUADRO II.3. INGRESOS POR FISCALIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA META
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2008	2009	Variación anual	enero-mayo			Variación anual	Cump. de meta
				2009	2010	Meta		
Auditoría	324.3	291.2	-10.2	102.2	257.2	277.6	151.7	92.7
Corrección	467.5	494.1	5.7	177.5	191.8	175.7	8.0	109.2
Dictamen	200.2	243.6	21.7	47.7	31.8	66.4	-33.3	47.9
Fiscalización	992.0	1,028.9	3.7	327.4	480.8	519.7	46.9	92.5

Fuente: IMSS.

En el área de Auditoría a Patrones, de enero a diciembre de 2009 se notificaron 4,117 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y en materia de construcción), con lo que al 31 de diciembre del mismo año 2,085 actos se encontraban en proceso y 2,032 concluidos. Asimismo, se recibieron 2,261 denuncias y 12,768 solicitudes de áreas internas, emitiendo para su atención 8,027 revisiones conforme al Artículo 17 de la LSS y 2,351 visitas específicas.

Al mes de mayo de 2010 se han notificado 2,250 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y en materia de construcción), de los cuales 1,597 se encuentran en proceso. A esta misma fecha se han concluido 3,511 casos, incluyendo actos notificados en ejercicios anteriores, 89% de los cuales son con resultados. Asimismo, se han recibido 483 denuncias y 3,890 solicitudes de áreas internas, y se han notificado 4,262 revisiones por el Artículo 17 y 756 visitas específicas.

Como resultado de la estrategia de fiscalización llevada a cabo por el Instituto, se ha mejorado la efectividad en la programación y ejecución de los actos de fiscalización. Al mes de mayo de 2010 se tiene registrada una recaudación promedio por caso cobrado de 133,628 pesos (por visita integral y revisión de gabinete), en tanto que la recaudación promedio por acto en el mismo mes de 2009 era de 37,170 pesos, lo que representa un incremento de 259.5%.

Con relación a la promoción de la corrección, al cierre de diciembre de 2009 se habían emitido 16,986 promociones e invitaciones, y se encontraban en proceso 2,671 revisiones de la corrección presentadas por los patrones que optaron por regularizar su situación ante el IMSS. Asimismo, se emitieron 6,528 promociones para regularizar el registro de obras de construcción.

Al mes de mayo de 2010 se habían emitido 5,656 promociones e invitaciones a la corrección, y se encontraban en proceso 8,511 revisiones de la corrección presentadas por los patrones que optaron por regularizar su situación ante el IMSS. Asimismo, se emitieron 2,134 promociones para regularizar el registro de obras de construcción.

En materia de dictamen, al cierre de diciembre de 2009 se recibieron 13,594 avisos de dictamen y 13,408 dictámenes, y se revisaron 12,954 dictámenes. En el lapso de enero al mes de mayo de 2010 se recibieron 13,098 avisos de dictamen y se revisaron 4,539 dictámenes.

Con relación al registro de CPA, al mes de diciembre de 2009 se tenían registrados 6,988 a fin de dictaminar para efectos del Seguro Social, de los cuales 5,264 se encontraban vigentes. Al mes de mayo de 2010 se tenían registrados 7,180 CPA, de los cuales 6,027 se encontraban vigentes.

Programa de Actividades para 2010

Programación y Selección de Actos de Fiscalización

Entre junio y diciembre de 2010 se continuará con la difusión de las propuestas de patrones y demás sujetos obligados a fiscalizar, utilizando criterios de costo-beneficio y dirigiendo las acciones a sectores que presentan el mayor nivel de riesgo para el Instituto, sin perjuicio de considerar las propias propuestas de las Subdelegaciones respecto de los patrones que muestran alguna característica relevante de incumplimiento.

Optimización de la Ejecución de los Actos de Fiscalización

En el periodo que cubre este programa de actividades se dará seguimiento a los trabajos destinados a promover la suscripción de convenios de intercambio de información con otras entidades, por ejemplo, con la SFP, la SHCP, la STPS y los Gobiernos Estatales, para contar con mayores elementos para determinar el correcto cumplimiento de las obligaciones fiscales ante el Instituto.

Se continuarán celebrando reuniones de trabajo periódicas con el SAT, con el propósito de reforzar el intercambio de información y la adopción de estrategias que permitan llevar a cabo actos de fiscalización de una manera concatenada y simultánea. Adicionalmente, se solicitará a las Delegaciones Estatales y Regionales propuestas de casos a fiscalizar simultáneamente entre el IMSS y el SAT, considerando el riesgo de evasión potencial de cada caso.

Durante el segundo semestre de 2010 se reforzará la capacitación del personal operativo, mediante la impartición de cursos de capacitación a las Subdelegaciones y la emisión de videoconferencias.

Seguimiento y Control de los Actos de Fiscalización

Durante el segundo semestre de 2010 se continuará con las actividades de seguimiento y control de la gestión de actos de fiscalización, y se promoverá y verificará el correcto registro del inventario de actos de fiscalización, así como el seguimiento a su cobranza.

Asimismo, para atender la problemática que presentan las Delegaciones con mayor rezago en el desempeño de las funciones de fiscalización, se realizarán reuniones de trabajo con las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza Delegacionales y de Auditoría a Patrones Subdelegacionales, con el fin de programar conjuntamente los actos de fiscalización por visita domiciliaria y revisión de gabinete, y solventar las consultas y procedimientos necesarios para asegurar el correcto y oportuno desahogo de los actos de fiscalización en curso.

Corrección y Dictamen

Para facilitar la presentación de la corrección por parte de los patrones, se simplificará el estudio de corrección que actualmente realizan los patrones para la autodeterminación de pago de diferencias en la presentación de la corrección al Instituto, y se continuará promocionando la corrección y el cumplimiento del registro de obras de construcción.

En materia de dictamen, se continuará con el proceso de simplificación para facilitar la presentación del dictamen por parte de las empresas.

Industria de la Construcción

En el lapso que cubre este programa de actividades se simplificarán los avisos de registro, control y seguimiento de obra, y se publicará el aviso de subcontratación; asimismo, se adecuará el sistema SATIC para que los patrones realicen en línea los trámites de manera simplificada, considerando las actualizaciones a los avisos antes señalados.

Actualización del Marco Normativo

En materia de normatividad, se liberarán los procedimientos y lineamientos administrativos para la reclasificación de los ingresos que derivan de una auditoría; la reposición de actos de fiscalización viciados en el procedimiento; la determinación de responsabilidad solidaria de beneficiarios de servicios proporcionados por prestadoras de servicios de personal; la aplicación de las medidas de apremio, y los requeridos para practicar visitas de inspección a centros de trabajo con el objeto de verificar la correcta determinación de la prima del SRT.

También se actualizará el procedimiento para la recepción del aviso, dictamen e incumplimientos de los contadores públicos autorizados y el procedimiento para el registro, actualización e incumplimientos de los contadores públicos autorizados, a fin de alinearlos con los nuevos procesos automatizados.

II.6. PROYECTO DELTA

A través del Proyecto Delta se busca modernizar la plataforma tecnológica con que operan los procesos de la DIR. Los objetivos del proyecto son: aumentar la recaudación; mejorar los mecanismos de acceso y comunicación para el cumplimiento de las obligaciones obrero-patronales; optimizar los servicios a los patrones y derechohabientes; integrar los procesos en materia de incorporación y recaudación, mejorar su efectividad y eficiencia, y reducir los costos de operación.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

De mayo de 2009 a mayo de 2010 las coordinaciones normativas de la DIR dedicaron un número significativo de recursos humanos al diseño del proyecto, el cual considera una estrategia de ejecución basada en fases, lo que permitirá liberar módulos de operación de manera secuencial. Durante la fase cero (0) del proyecto, concluida en el mes de junio de 2009, se realizó el análisis de la situación que guardaban los procesos de la DIR, así como la identificación de brechas de los procesos de negocio respecto de la solución tecnológica adquirida, se diseñó la arquitectura conceptual requerida para el proyecto y se definió el programa estratégico para su implementación.

Al mes de mayo de 2010 se han registrado avances principalmente en cuatro procesos de negocio: gestión de patrones, gestión de derechohabientes-beneficiarios, gestión de casos de fiscalización y gestión de pago, así como en la limpieza de los datos contenidos en las bases de patrones, asegurados y en los catálogos institucionales.

Programa de Actividades para 2010

El objetivo del proyecto Delta durante este año es concluir la construcción y las pruebas piloto de los procesos de gestión de patrones, gestión de derechohabientes-beneficiarios y gestión de casos de fiscalización. Una vez concluida la construcción de los módulos correspondientes a estos procesos y realizado su despliegue a nivel desconcentrado, los beneficios para los patrones, beneficiarios y el personal que participa en la operación del Instituto serán, entre otros, los siguientes: contar con una mejor información de los patrones y derechohabientes, por ejemplo, mediante su identificación al contar con RFC y CURP; disminución de trámites presenciales, al brindar mayores canales de accesibilidad de los mismos; rastreabilidad del ciclo del trámite; eliminación de la discrecionalidad en su atención y mayor transparencia en el proceso de atención de los trámites; mejor control en el cumplimiento de los plazos legales de los procedimientos; mayor integración, control y facilidad de acceso de la información institucional; disminución de costos en la gestión de los trámites; mejora en la eficiencia de los procesos de registro de los derechohabientes y de certificación de la vigencia para el otorgamiento de las prestaciones en el área del Instituto que lo requiera; y mejora en la supervisión, evaluación y control de la gestión.

II.7. MEJORA REGULATORIA

La estrategia en materia de mejora regulatoria que ha emprendido el Instituto se basa en dos ejes rectores: el Proyecto de Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TITAN)[1] y el

[1] Ver Sección VII.2.

Programa de Mejora de la Gestión (PMG). A través de estos programas se ha llevado a cabo la simplificación de los procedimientos con los que opera la DIR, con el objetivo de mejorar la atención de todos los trámites y servicios en materia de incorporación y recaudación.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Proyecto de Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad

En el marco del Proyecto TITAN, en 2009 el Instituto programó la mejora de 14 trámites administrativos, de los cuales tres corresponden a la DIR: solicitud de registro de beneficiarios, solicitud de cambio de Unidad Médica de adscripción y autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea.

El objetivo que se persigue con este proyecto es mejorar la calidad de la atención a los derechohabientes, mediante la homologación de los requisitos en todas las fuentes de información, la actualización de la normatividad, la capacitación del personal y el seguimiento a la implementación de las mejoras en las UMF y en las Subdelegaciones. Adicionalmente, se facilitará el proceso de atención mediante la identificación a través de la credencial de Aseguramiento del Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (ADIMSS).

Entre mayo de 2009 y mayo de 2010 se concluyó la homologación de los requisitos y formatos de los trámites de referencia; la difusión de los mismos, incluso por Internet; el establecimiento de la credencial ADIMSS como documento oficial de identificación; la elaboración de procedimientos sencillos, actualizados y de amplia difusión, y la capacitación del personal operativo.

Adicionalmente a las mejoras señaladas, para facilitar el trámite de autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea, se fortaleció el funcionamiento de los Módulos Recepción y Atención Integral (MORAI) para la atención de los trámites, de conformidad con la guía de operación de los mismos.

Programa de Mejora de la Gestión (PMG)

Como resultado de las actividades realizadas en el marco del PMG, se logró la integración del inventario inicial de trámites del IMSS, el cual constaba de 112 trámites y servicios, y se conformó el inventario de oficinas de atención a usuarios del Instituto. De igual forma, se concluyeron en el 2009 las acciones de mejora de tres trámites administrativos de alto impacto, los cuales fueron: la solicitud de regularización de datos, solicitud de constancia de vigencia de derechos y solicitud de certificado de baja para el retiro por desempleo.

Con base en la nueva metodología del PMG implantada a partir del 2010, se dio continuidad a las mejoras en los dos trámites contemplados en el PMG 2009, y se incluyeron proyectos de mejora adicionales correspondientes al trámite de cambio de Unidad Médica de adscripción, así como los proyectos de Regulación Base Cero en Normatividad Sustantiva y el de Trámites y Servicios. Cabe destacar que el proceso de mejora regulatoria del PMG está alineado a los esfuerzos que está realizando la DIR en el marco del Proyecto TITAN.

Programa de Actividades para 2010

Proyecto de Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad

Entre junio y diciembre de 2010 se supervisará la implementación de las mejoras comprometidas a nivel Delegacional, respecto de los trámites de registro de beneficiarios, solicitud de cambio de Unidad Médica de adscripción y autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea. Asimismo, se iniciará el análisis, diseño e implementación de las mejoras a realizar a otros 19 trámites de alto impacto para los patrones y los beneficiarios.

Programa de Mejora de la Gestión

A partir del segundo semestre de 2010 se dará seguimiento al cumplimiento de los objetivos planteados en el PMG y las mejoras comprometidas relacionadas con los trámites competencia de la DIR. Con relación a los proyectos de mejora de Regulación Base Cero en Normatividad Sustantiva se realizarán las actividades necesarias para la eliminación, actualización y consolidación de normas sustantivas, así como la mejora de tres trámites administrativos en el marco del proyecto de Regulación Base Cero en Trámites y Servicios.

II.8. ACCIONES DE SUPERVISIÓN A LA OPERACIÓN

Para generar una articulación más eficiente de las áreas normativas con las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza y las Subdelegaciones, verificar la aplicación uniforme de la normatividad, evaluar el cumplimiento de las metas institucionales, su avance y las estrategias para el logro de las mismas e identificar las mejores prácticas, la DIR realiza de manera permanente visitas de supervisión a los órganos de operación administrativa desconcentrada.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

De agosto a diciembre de 2009 se realizaron 23 visitas de supervisión a los órganos de operación administrativa desconcentrada, y entre enero y mayo de 2010 se realizaron 12 visitas de supervisión.

Asimismo, se continuó aplicando la Guía de Supervisión Operativa de Incorporación, Recaudación y Fiscalización (Guía del JAC), cuyo objetivo es contribuir a que los procesos operativos de las Subdelegaciones del IMSS se desarrollen con apego a la normatividad vigente y que las políticas y programas de la DIR se apliquen correctamente. Dicha guía se actualiza y monitorea bimestralmente.

Programa de Actividades para 2010

En el segundo semestre de 2010 se continuará con la supervisión a la operación, a través de la programación de visitas con enfoque estratégico y la actualización bimestral de la Guía del JAC.

II.9. PROGRAMAS DE APOYO A LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO

El Gobierno Federal ha instrumentado diversos programas con el objetivo de enfrentar las contingencias sanitaria y económica de los últimos años, buscando superar sus efectos en los niveles de empleo y en la liquidez de las empresas.

Informe de Labores de mayo de 2009 a 2010

Programas de Apoyo a la Economía

En marzo de 2008 el Presidente Felipe Calderón Hinojosa presentó el Programa de Apoyo a la Economía, en el que se incluía el "Decreto por el que se exime parcialmente del pago de las cuotas patronales a que se refiere la Ley del Seguro Social"[2]. El Programa estableció un beneficio equivalente a 5% en el pago de las COP previstas en la LSS a cargo de los patrones, que se causaron de marzo a diciembre de 2008. Durante 2009 el importe recuperado por este concepto fue de 492.7 millones de pesos, por las cuotas reclamadas durante el periodo de diciembre de 2008 a noviembre de 2009.

En mayo de 2009 se publicó el Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los contribuyentes que se indican, con motivo de la situación de contingencia sanitaria provocada por el virus de Influenza[3], mediante el cual se exime a los patrones hasta de 20% de las COP causadas a su cargo durante el tercer bimestre de 2009. El importe recuperado por este concepto a diciembre de 2009 fue de 1,290.5 millones de pesos.

[2] Publicado en el DOF el 4 de marzo de 2008.

[3] Publicado en el DOF el 7 de mayo de 2009.

En enero de 2009, en el marco del Acuerdo Nacional en Favor de la Economía Familiar y el Empleo, se amplió la cobertura del Seguro Social para trabajadores desempleados y sus beneficiarios de dos a seis meses en atención médica y de maternidad. Para ello, en enero de 2009 el HCT aprobó la ampliación del periodo de conservación de derechos para recibir los servicios médicos del SEM, por 16 semanas adicionales a las ocho semanas señaladas en el Artículo 109 de la LSS, a los asegurados que quedaran privados de su trabajo remunerado durante el periodo comprendido del 1° de enero al 30 de junio de 2009. Al 30 de diciembre de 2009 el Gobierno Federal cubrió por este concepto 2,600 millones de pesos.

Programa Primer Empleo

El objetivo del Programa consiste en apoyar a las personas físicas o morales en la generación de nuevos empleos de carácter permanente, a través del otorgamiento de un subsidio que será aplicado a la parte de las COP causadas a cargo de los patrones, al contratar trabajadores adicionales de nuevo ingreso e inscribirlos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Del 1° de enero al 31 de diciembre de 2009 se inscribieron en el Programa un total de 2,022 registros patronales, los cuales registraron a 13,212 trabajadores, cifra inferior a la registrada en 2008. Dicha reducción se debió, en buena medida, a la coyuntura económica y a la disminución en los niveles de empleo. De este modo, desde la fecha de inicio del Programa y hasta el 31 de diciembre de 2009 se inscribieron 19,545 registros patronales y se registraron 59,344 trabajadores.

De enero a mayo de 2010 se inscribieron 384 registros patronales que registraron a 4,113 trabajadores, por lo que al mes de mayo de 2010 estas cifras se incrementaron a 19,929 registros patronales y 63,457 trabajadores.

CUADRO II.4. REGISTROS PATRONALES INSCRITOS Y TRABAJADORES REGISTRADOS, 2007-2009

Año	Registros Patronales	Trabajadores Registrados
2007	10,843	14,958
2008	6,680	31,174
2009	2,022	13,212
Total	**19,545**	**59,344**

Fuente: IMSS.

Los gastos generados por el Programa desde su inicio, en marzo de 2007, hasta diciembre de 2009, fueron de 158.4 millones de pesos: 98.4 millones de pesos por concepto de pago de subsidio y 59.9 millones de pesos por los gastos de operación correspondientes a la difusión del Programa que se realizó en el primer año de su lanzamiento, así como al pago del estudio de evaluación del Programa y comisiones bancarias.

CUADRO II.5. SALDO DEL FONDO DE RESERVA DEL PPE, MAYO DE 2010

Concepto	2007	2008	2009	2010	Acumulado
Ingresos	1,052.2	73.8	65.5	20.2	1,211.6
Transferencias	999.9	0.0	0.0	0.0	999.9
Intereses cobrados	52.3	73.8	65.5	20.2	211.8
Gastos	-60.2	-47.6	-50.7	-15.3	-173.7
Subsidio pagado	-0.3	-47.5	-50.6	-15.3	-113.8
Gastos de operación	-59.8	-0.1	0.0	0.0	-59.9
Saldo acumulado	**992.1**	**1,018.3**	**1,033.1**	**1,037.9**	**1,037.9**

Fuente: IMSS.

Al mes de mayo de 2010, los gastos por pago de subsidio ascendieron a 113.8 millones de pesos, con lo que el gasto total fue de 173.7 millones de pesos. Por su parte, el saldo en el Fondo de Reserva, constituido al inicio del Programa con las trasferencias del Gobierno Federal por 999.9 millones de pesos, a mayo de 2010 era de 1,037.9 millones de pesos.

Programa de Actividades para 2010

Para el periodo que se reporta se contempla continuar brindando apoyo a los programas del Gobierno Federal que impactan a los patrones, asegurados y derechohabientes del IMSS, como el Programa Primer Empleo.

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

La Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED) funge como área de servicio para las diversas instancias que brindan atención a los derechohabientes. En este sentido, tiene a su cargo la gestión de los procesos de adquisición y suministro de los bienes terapéuticos, recursos materiales, servicios generales y obra pública, así como la conservación y demás servicios necesarios para la adecuada operación del Instituto, incluyendo la administración de los recursos humanos y la evaluación operativa de las Delegaciones en las entidades federativas.

La contribución de la DAED al cumplimiento de la misión del IMSS, de ser el instrumento básico de seguridad social establecido como un servicio público de carácter nacional para todos los trabajadores y sus familias, consiste en efectuar una gestión innovadora de dichos procesos, con altos niveles de calidad, eficiencia y oportunidad, vigilando en todo momento el manejo óptimo de los recursos institucionales y asegurando que éste se realice en condiciones adecuadas de transparencia.

III.1. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

III.1.1. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

La infraestructura médica con que cuenta actualmente el IMSS es la mayor y la más avanzada del país. Sin embargo, el crecimiento sostenido de la población derechohabiente en los últimos años ha sobrepasado la capacidad instalada y la operación. Tan sólo al cierre de 2009, la población adscrita a médico familiar se ubicó en alrededor de 37 millones de derechohabientes. Esta tendencia se refleja en los principales indicadores de la capacidad de atención, como es el caso del número de camas censables por cada mil derechohabientes, el cual pasó de un valor de 1.85 camas en 1980 a 0.83 camas en 2006. Otro de los indicadores que reflejan esta situación es el de consultorios de medicina familiar por cada mil derechohabientes, el cual, al cierre de 2009, se ubicó en 0.18.

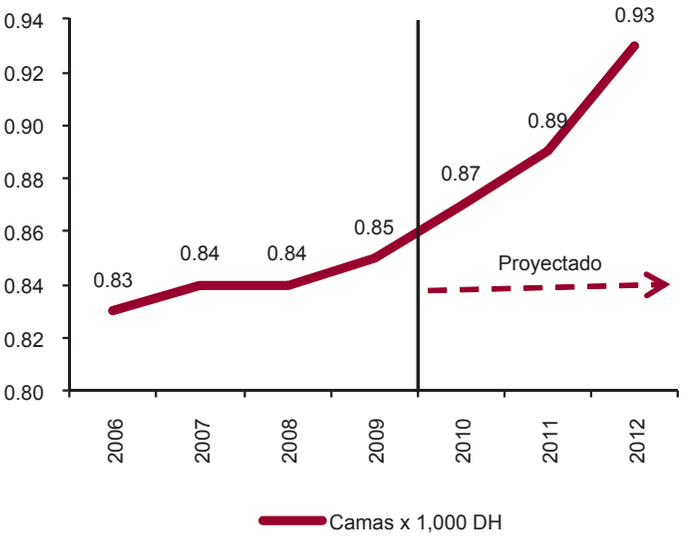
Con la finalidad de incrementar la capacidad de atención y ofrecer un mejor servicio a los derechohabientes, se ha establecido como altamente prioritario detener y revertir la tendencia decreciente que se ha observado en los indicadores de infraestructura durante los últimos 25 años.

En este sentido, durante el periodo de 2007 a 2009 se han invertido 7,754.2 millones de pesos en el desarrollo y conservación de la infraestructura médica y no médica, lo que ha permitido incrementar en 513 las camas censables y en 293 los consultorios, a través de 65 acciones de obra nueva y 125 ampliaciones y/o remodelaciones. Adicionalmente, con la estrategia Hospital sin Ladrillos, que consiste en el reacondicionamiento de diferentes áreas médicas dentro de los Hospitales existentes, entre 2008 y 2009 se han recuperado un total de 1,253 camas. Con este tipo de acciones, al cierre de 2009, el indicador de número de camas por cada mil derechohabientes se ubicó en 0.85 camas censables.

Con respecto a la infraestructura del Instituto que está en operación, se realizan constantemente acciones de evaluación para la conservación y mantenimiento de los inmuebles, por lo que dicho monto de 7,754.2 millones de pesos incluye una inversión de 2,622.0 millones en ampliaciones y remodelaciones que han permitido modernizar y adecuar la capacidad instalada a las nuevas necesidades de la demanda por servicios médicos.

De esta forma, la estrategia planteada por el Instituto se orienta a cerrar la brecha entre los requerimientos de infraestructura y la capacidad instalada, a fin de beneficiar a más derechohabientes y lograr que al cierre de esta administración se lleve el indicador de camas censables por cada mil derechohabientes a un valor mínimo de 0.93, como se muestra en la gráfica III.1.

GRÁFICA III.1. EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE CAMAS CENSABLES POR 1,000 DERECHOHABIENTES, 2006-2012



Fuente: IMSS.

Por otra parte, la tendencia de crecimiento de la derechohabiencia no es homogénea en todo el país, por lo cual los retos a los que se enfrenta el IMSS varían de una región a otra. En algunas entidades la demanda por servicios está cubierta, mientras que en otras existen rezagos. Con el fin de identificar el patrón de necesidades diferenciadas, se realizó una proyección del indicador y su evolución en los próximos años por cada Delegación. Como puede observarse en el cuadro III.1, en algunas entidades se ha logrado alcanzar, e incluso superar, el valor de 0.93 para el indicador de camas por cada mil derechohabientes.

El Programa de Obras para el periodo de 2010 a 2012 permitirá que el IMSS fortalezca en todo el país su capacidad para prestar más y mejores servicios a sus derechohabientes, desde atención médica con calidad y calidez, hasta modernas instalaciones educativas especializadas. En el cuadro III.2 se muestra el Programa de Obras 2010 a 2012, el cual estará sujeto al presupuesto autorizado.

CUADRO III.1. PROYECCIÓN DELEGACIONAL DEL INDICADOR DE 2010 A 2012

Delegación	2010			2011		2012	
	Camas por Obra	Camas HSL	Camas x 1000 DH	Camas por Obra	Camas x 1000 DH	Camas por Obra	Camas x 1000 DH
Aguascalientes	0	0	0.59	0	0.59	144	0.84
Baja California Norte	40	0	0.81	0	0.80	0	0.79
Baja California Sur	40	30	0.87	0	0.87	0	0.86
Campeche	0	28	0.72	0	0.71	72	0.97
Chihuahua	0	0	0.88	0	0.87	0	0.86
Chiapas	0	30	0.60	15	0.63	144	0.90
Coahuila	0	0	0.87	0	0.86	153	0.95
Colima	0	0	0.75	0	0.74	0	0.73
Norte del D. F.	196	0	2.20	0	2.18	0	2.16
Sur del D. F.	0	1	1.22	142	1.27	0	1.25
Durango	0	0	0.87	0	0.86	0	0.85
Guerrero	0	59	0.80	0	0.80	0	0.79
Guanajuato	0	0	0.69	0	0.69	243	0.82
Hidalgo	0	0	0.61	0	0.61	0	0.60
Jalisco	43	0	0.99	250	1.06	61	1.07
Estado de México Oriente	0	0	0.50	249	0.58	0	0.58
Estado de México Poniente	0	0	0.56	236	0.72	0	0.71
Michoacán	0	5	0.68	0	0.68	180	0.86
Morelos	0	28	0.73	0	0.72	0	0.71
Nayarit	0	12	0.54	0	0.53	0	0.53
Nuevo León	183	19	0.90	0	0.89	266	0.98
Oaxaca	0	0	0.74	0	0.73	0	0.72
Puebla	0	0	1.17	0	1.16	0	1.15
Querétaro	0	0	0.41	0	0.40	216	0.68
Quintana Roo	0	0	0.97	0	0.96	0	0.95
Sinaloa	0	31	0.78	0	0.78	0	0.77
San Luis Potosí	0	0	0.81	0	0.81	0	0.80
Sonora	0	0	0.79	180	0.93	0	0.92
Tabasco	0	0	0.57	0	0.57	0	0.56
Tamaulipas	0	19	0.65	0	0.64	216	0.78
Tlaxcala	0	0	0.65	0	0.64	0	0.64
Veracruz Norte	0	0	0.97	0	0.97	72	1.02
Veracruz Sur	10	0	0.79	0	0.78	0	0.77
Yucatán	0	32	0.95	0	0.94	0	0.93
Zacatecas	0	0	0.69	0	0.68	0	0.68
Total	**512**	**294**	**0.87**	**1,072**	**0.89**	**1,767**	**0.93**

HSL: Hospital Sin Ladrillos
Fuente: IMSS.

CUADRO III.2. PROGRAMA DE OBRAS DE 2010 A 2012

Concepto	2010	2011	2012
Acciones	**88**	**74**	**12**
Nuevas	26	14	10
Primer nivel	13	7	0
Segundo nivel	7	4	9
Tercer nivel	0	0	0
Otras médicas	2	0	0
No médicas	4	3	1
Ampliación y/o Remodelación	62	60	2
Primer nivel	9	3	0
Segundo nivel	25	45	1
Tercer nivel	7	4	0
Otras médicas	0	2	0
No médicas	21	6	1
Camas Censables	**517**	**1,162**	**1,285**
Nuevas	425	915	1,224
Segundo nivel	425	915	1,224
Ampliación y/o Remodelación	92	247	61
Segundo nivel	92	247	61
Consultorios	**117**	**84**	**0**
Nuevas	110	65	0
Primer nivel	110	65	0
Ampliación y/o Remodelación	7	19	0
Primer nivel	7	19	0
Población Beneficiada	**4’009,248**	**3’639,635**	**3’417,622**
Nuevas	2’670,325	2’316,219	2’856,723
Primer nivel	1’100,226	639,565	0
Segundo nivel	1’570,099	1’676,654	2’856,723
Ampliación y/o Remodelación	1’338,923	1’323,416	560,899
Primer nivel	33,600	91,200	0
Segundo nivel	1’305,323	1’232,216	560,899

Fuente: IMSS.

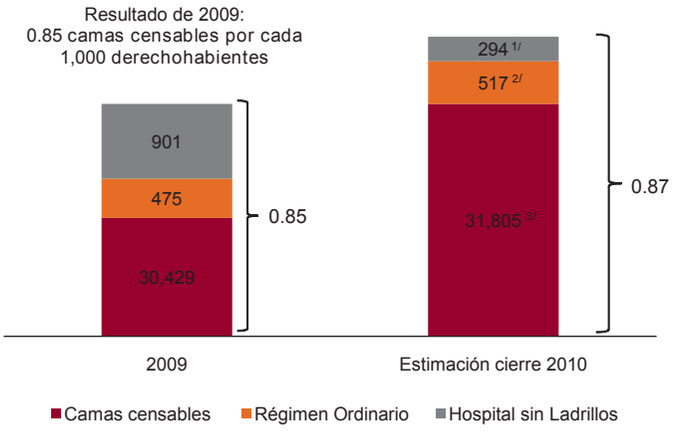
Durante 2009 se realizaron diversas acciones en las que se enfocaron recursos humanos y financieros:

- Se concluyeron 60 obras de Régimen Ordinario, ocho no médicas y 52 médicas, distribuidas por nivel de atención, de la siguiente forma: 16 de primer nivel, 24 de segundo nivel, nueve de tercer nivel y tres de otras obras médicas.
- Se programó la terminación definitiva de obras suspendidas o retrasadas con factibilidad de concluirse con los recursos autorizados. Con este esfuerzo, al cierre de 2009 se obtuvo un avance ponderado de 98% en el Programa de Obras.
- Se reforzó el programa Hospital sin Ladrillos para transformar y recuperar camas censables mediante obras menores en los Hospitales existentes.

El alto nivel de prioridad asignado por el Instituto al logro de la adecuada capacidad de respuesta para proporcionar atención médica de calidad y con calidez, así como la ejecución en conjunto del Programa de Obras de Régimen Ordinario, de la estrategia Hospital sin Ladrillos y del Programa de Construcción para el Régimen de IMSS-Oportunidades, han permitido significativos avances que reflejan la contribución de cada Programa al resultado del incremento en las camas censables.

En el Régimen Ordinario, las 60 obras terminadas representaron una inversión total de 3,253.0 millones de pesos, en beneficio de 2’211,477 derechohabientes. Como puede apreciarse en el cuadro III.3, el Instituto amplió la capacidad instalada en 475 camas y 70 consultorios, en los cuales ya se presta atención médica.

GRÁFICA III.2. INCREMENTO EN CAMAS CENSABLES, 2009-2010



1/ Estimación de camas por recuperar bajo el esquema Hospital sin Ladrillos. Las Delegaciones tienen en marcha el proceso de compra de equipo y gestionan la asignación de plazas de médicos y enfermeras para operar las camas adicionales.
2/ Incremento en camas censables conforme al Programa de Obras del Régimen Ordinario.
3/ Total de camas censables a diciembre de 2009.

Fuente: IMSS.

CUADRO III.3. OBRAS TERMINADAS EN 2009

Nivel de atención	Acciones	Camas censables	Consultorios	Población beneficiada
Total	**60**	**475**	**70**	**2'211,477**
Nuevas	22	407	57	1'789,127
Primer nivel	9	0	57	273,600
Segundo nivel	6	407	0	1'515,527
Otras médicas	2	0	0	0
No médicas	5	0	0	0
Ampliación y/o Remodelación	38	68	13	422,350
Primer nivel	7	0	13	62,400
Segundo nivel	18	68	0	359,950
Tercer nivel	9	0	0	0
Otras médicas	1	0	0	0
No médicas	3	0	0	0

Fuente: IMSS.

Adicionalmente, en el cuadro III.4 se muestra que para el periodo de enero a mayo de 2010 se concluyeron 21 obras, 11 nuevas y diez ampliaciones y/o remodelaciones, que representan un total de 1,869.7 millones de pesos y permiten al Instituto atender a más de un millón de derechohabientes.

En sesión ordinaria del Comité Institucional de Obras Públicas, celebrada el 29 de septiembre de 2009, se acordó conformar un grupo de trabajo para el arranque de las obras médicas, orientado a implementar la coordinación necesaria para que, previo a la terminación de la construcción, se cuente con el equipamiento y la plantilla de personal, a fin de que las Unidades puedan ponerse en operación de manera oportuna.

Dicho grupo de trabajo fue instalado el 15 de octubre de 2009 y ha venido sesionando semanalmente. Está conformado por personal de distintas áreas de la DAED (Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria, Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios y Unidad de Personal), así como por representantes de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) y de la Dirección de Finanzas (DF).

CUADRO III.4. OBRAS TERMINADAS DE ENERO A MAYO DE 2010

Nivel de atención	Acciones	Camas censables	Consultorios	Población beneficiada
Total	**21**	**246**	**48**	**1'003,471**
Nuevas	11	236	48	857,704
Primer nivel	6	0	48	230,400
Segundo nivel	3	236	0	627,304
Otras médicas	1	0	0	0
No médicas	1	0	0	0
Ampliación y/o Remodelación	10	10	0	145,767
Primer nivel	1	0	0	0
Segundo nivel	6	10	0	145,767
Tercer nivel	1	0	0	0
No médicas	2	0	0	0

Fuente: IMSS.

Asimismo, se definieron los requerimientos y se programó la dotación de equipo y personal para las siguientes obras: Hospital General de Zona de 196 camas con Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) No. 48, de San Pedro Xalpa; Hospital General de Zona de 144 camas en Apodaca, Nuevo León; Hospital General de Subzona de 34 camas, en Tecate, Baja California y la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de diez consultorios, en Toluca, Estado de México. Se logró alinear la celebración de los distintos eventos licitatorios, así como la contratación del personal, agilizando con ello el inicio de operaciones.

Adicionalmente, se iniciaron los trabajos para implementar la bitácora electrónica de obra pública y reforzar la capacitación a los residentes de obra. Por disposición de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal están obligadas a que toda ejecución de obra pública debe ser controlada a través de la herramienta denominada Bitácora Electrónica, a fin de que la evaluación, control y seguimiento de las mismas se lleve a cabo por medios electrónicos.

Con el objetivo de cumplir con dicha disposición, el Instituto inició las acciones previas, capacitándose a la fecha 174 personas a nivel delegacional y central. Se tiene autorizado un presupuesto de 10 millones de pesos, y se ha integrado un proyecto de implementación que considera la adquisición de equipo de cómputo e Internet de Banda Ancha Móvil (BAM), a fin de que en las próximas licitaciones de obra se incluya en la convocatoria y modelo de contrato respectivos su establecimiento y operación.

La operatividad plena de la Bitácora Electrónica permitirá a las autoridades del IMSS y Órganos Fiscalizadores conocer en tiempo real la problemática que eventualmente se suscite durante la ejecución de las obras, para plantear acciones preventivas y correctivas que eviten desfasamientos en su terminación.

Con objeto de mejorar el control de las obras y llevar el seguimiento oportuno y eficiente del avance en la ejecución del programa de obras de 2009 a 2012, se han incorporado herramientas tecnológicas para la administración de los proyectos. De esta manera, la información relevante de las obras en proceso y programadas se encuentra sistematizada y disponible en cada etapa: definición y evaluación del proyecto, construcción, dotación de equipo y plantilla de personal.

Infraestructura del Programa IMSS-Oportunidades

La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades tiene el objetivo de incrementar la cobertura del Programa, por lo que es necesario tener presencia en más localidades en el país. Para el ejercicio 2009 se concluyeron 154 obras, como se describe en el cuadro III.5, en tanto que para el ejercicio 2010 se programó la terminación de ocho nuevos Hospitales Rurales (HR) de 30 camas censables cada uno, como se muestra en el cuadro III.6.

CUADRO III.5. PROGRAMA DE OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES, 2009

Nivel de atención	Acciones	Camas censables	Consultorios	Población beneficiada
Total	**154**	**15**	**40**	**496,625**
Nuevas	44	0	40	125,929
Primer nivel	44	0	40	125,929
Ampliación y/o Remodelación	110	15	0	370,696
Primer nivel	96	0	0	203,432
Segundo nivel	14	15	0	167,264

Fuente: IMSS.

CUADRO III.6. PROGRAMA DE OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES, 2010

Nivel de atención	Acciones	Camas censables	Consultorios	Población beneficiada
Total	**8**	**240**	**88**	**2’015,796**
Nuevas	8	240	88	2’015,796
Segundo nivel	8	240	88	2’015,796

Fuente: IMSS.

Al mes de mayo de 2010, de los ocho HR programados se concluyeron seis, quedando pendientes: San José del Rincón, en la Delegación Estado de México Poniente e Ixtepec, en la Delegación Puebla.

Programa Hospital sin Ladrillos

Durante el periodo 2008-2009 se registró un avance acumulado de 1,253 camas censables recuperadas, que incrementan el total de camas censables, por tratarse de camas nuevas que se instalan a partir de la adecuación de diversas áreas en los Hospitales ya existentes.

Para el ejercicio 2010 se tiene programado recuperar 294 camas, en tanto que al 31 de mayo se recuperaron 59 camas, correspondientes a las Delegaciones Sur del D. F., Michoacán, Nuevo León, Yucatán y Sinaloa.

Programa de Actividades para 2010

Infraestructura del Régimen Ordinario

Para el cierre del ejercicio 2010 (junio-diciembre) se tiene programada la conclusión de 67 obras, en las que se incluyen dos que fueron diferidas del ejercicio 2009. Estas obras incluyen nuevas áreas médicas, almacenes y escuelas, y se distribuyen en todo el país de acuerdo con el cuadro III.7.

Se reforzarán y reorganizarán los trabajos de las reuniones del Grupo Arranque de Obra y Puesta en Operación, para que a finales de 2010 el lapso para el inicio de operación de las obras terminadas sea de sólo dos meses.

CUADRO III.7. PROGRAMA DE OBRAS DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2010

Nivel de atención	Acciones	Camas censables	Consultorios	Población beneficiada
Total	**67**	**271**	**69**	**3'005,777**
Nuevas	15	189	62	1'812,621
Primer nivel	7	0	62	869,826
Segundo nivel	4	189	0	942,795
Otras médicas	1	0	0	0
No médicas	3	0	0	0
Ampliación y/o Remodelación	52	82	7	1'193,156
Primer nivel	8	0	7	33,600
Segundo nivel	19	82	0	1'159,556
Tercer nivel	6	0	0	0
No médicas	19	0	0	0

Fuente: IMSS.

Se culminará con el proceso de implementación de la Bitácora Electrónica de obra pública, a fin de que esté funcionando plenamente al finalizar el ejercicio 2010 y se convierta en un requisito indispensable en las licitaciones.

Infraestructura del Programa IMSS-Oportunidades

Se terminarán los dos HR del Programa IMSS-Oportunidades en San José del Rincón, Estado de México Poniente, y en Ixtepec, Puebla, para dar cumplimiento a la meta de la puesta en operación de ocho HR nuevos para el presente ejercicio.

Programa Hospital sin Ladrillos

Entre mayo y diciembre se recuperarán 235 camas censables adicionales a través del programa Hospital sin Ladrillos, para alcanzar la meta de 294 camas recuperadas durante 2010.

III.1.2. ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

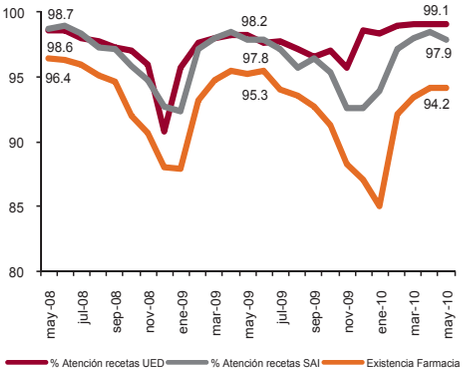
El Instituto cuenta con una de las redes de almacenaje y distribución más grandes y complejas del país, ya que suministra los bienes terapéuticos y servicios necesarios para atender a más de 37 millones de derechohabientes.

Derivado de la complejidad de la red, se llevó a cabo un diagnóstico integral de la situación actual para mejorar la distribución y suministro en forma oportuna, con el objetivo de mantener el surtimiento de medicamentos en 2009 en niveles superiores a 96%, y para 2010 incrementar a 97% las recetas atendidas.

A fin de reducir el impacto de los riesgos y cumplir con las metas para el suministro oportuno de bienes terapéuticos se evaluarán alternativas de mejora y nuevos modelos en los esquemas de almacenaje y distribución de la red institucional, integrada por 35 almacenes delegacionales y 25 puntos de entrega en Unidad Médica de alta Especialidad (UMAE), así como un almacén central que funge como centro de distribución de vacunas y biológicos para todo el país.

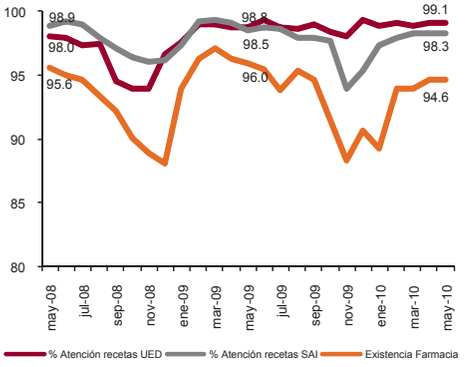
La reingeniería buscará una optimización en la infraestructura de almacenamiento, propiciando mayor eficiencia, efectividad y oportunidad en la cadena de suministro, la cual plantea una estrategia de especialización para contar con almacenes dedicados exclusivamente al abasto de bienes terapéuticos.

GRÁFICA III.3. SURTIMIENTO DE RECETAS EN DELEGACIONES, 2008-2010



Fuente: IMSS.

GRÁFICA III.4. SURTIMIENTO DE RECETAS EN UMAE, 2008-2010



Fuente: IMSS.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Abasto

Al mes de mayo de 2010 se obtuvo un promedio nacional de 99.1% de recetas completamente surtidas en Delegaciones y UMAE, de acuerdo con las encuestas de satisfacción realizadas a los derechohabientes en Unidades Médicas[1], lo cual significa un incremento de seis puntos porcentuales respecto al observado en el mismo mes de 2009.

Asimismo, al cierre de 2008 y 2009, se emitieron 124.9 y 137.5 millones de recetas, respectivamente, lo que representa un incremento de 10% en la demanda total de recetas. Esto da mayor relevancia al logro de superar 2.6% la meta de surtimiento en 2009. A partir de estos resultados se tomó la decisión de incrementar la meta a 97% en 2010.

El comportamiento creciente del surtimiento de recetas obedeció a la implementación de las siguientes estrategias:

- Se ajustó el esquema de compra de medicamentos, aplicando la modalidad de Contrato Único, en donde la adquisición se realiza centralmente con entrega y pago en las Delegaciones y UMAE, ejerciéndose por este mecanismo 16,457 millones de pesos. La administración del Contrato Único estuvo a cargo de nivel central, lo cual permitió obtener mejores precios en los medicamentos.
- En 2009 se inició el mecanismo de abasto complementario a través de compras por Bolsa Única de Ofertas (BUO), consistente en la adquisición de medicamentos en los que hubo incumplimiento en las entregas programadas y claves faltantes en los almacenes, a proveedores con ofertas registradas en dicho sistema, asignándose

[1] Realizadas por la Unidad de Evaluación de Delegaciones.

al precio más conveniente para la institución. Mediante este mecanismo se adquirieron 505 millones de pesos, 3% del total de las necesidades.

- En una segunda etapa se descentralizó la BUO, con operación en todas las Delegaciones y UMAE. Esto implicó la eliminación del requisito de solicitar la autorización de nivel central para comprar medicamentos, ya que los recursos para tal efecto se encuentran radicados en las propias Delegaciones.

Con las estrategias aplicadas se logró que el costo unitario de las recetas en Delegaciones se redujera de 101.6 millones de pesos en 2008 a 99.9 millones de pesos en 2009, costo 1.1% menor, generando economías por 151.2 millones de pesos. Asimismo, en UMAE el costo unitario de recetas de 2008 se situó en 1,284 pesos, mientras que para 2009 éste fue de 1,333.1 pesos, es decir, hubo un incremento de 3.8%, equivalente a 139.9 millones de pesos. Estas cifras significaron una economía neta en todo el sistema de 11.3 millones de pesos.

Optimización de la Cadena de Suministro

En septiembre de 2009 se concluyó un estudio para evaluar la viabilidad de rediseñar una nueva red de almacenaje y distribución de insumos terapéuticos del Instituto, mediante la definición de modelos operativos para cada tipo de nodo propuesto.

Con el objetivo principal de optimizar la administración y la operación de la cadena de suministro de bienes terapéuticos del IMSS, se analiza un modelo de tercerización para mejorar este proceso, buscando una mayor calidad de atención a los derechohabientes.

Programa de Actividades para 2010

Abasto

- Se reforzará la estrategia del Contrato Único con el objetivo de que las Delegaciones y las UMAE cuenten con la capacidad de administrar de mejor manera su cadena de suministro.
- Se reforzará la supervisión a nivel Delegaciones mediante la realización de videoconferencias semanales con los responsables delegacionales para verificar el cumplimiento de los acuerdos en los avances e identificar aquellos casos específicos que pudieran generar puntos de riesgo. Con esto también se motiva la búsqueda de soluciones conjuntas a problemas semejantes.
- Se realizarán revisiones periódicas del Pronóstico de Consumo Mensual (PCM) con las áreas médicas y administrativas de las Delegaciones y UMAE. Estas acciones son trimestrales y tienen el objetivo de evitar desequilibrios entre la planeación, la operación y la compra, ya sea por sub o sobre consumos que afectan los niveles de contratación solicitados por el área médica.

- Se realizará la sustitución de medicamentos de patente por medicamentos genéricos, lo cual permitirá generar ahorros por aproximadamente 132 millones de pesos.

Optimización de la Cadena de Suministro

Se buscará superar y mantener la meta de surtimiento de recetas completas en Delegaciones y UMAE, así como la identificación y evaluación de nuevos modelos de distribución para la optimización de la cadena de suministro.

Resultados Esperados

- Estabilización institucional del abasto, garantizando el suministro de medicamentos (lugar, cantidad y tiempo).
- Mejorar la satisfacción del derechohabiente elevando la calidad de la atención.
- Reducir los costos de la operación de la cadena de suministro.
- Incrementar la transparencia en los procedimientos de adquisición y contratación de servicios.

III.1.3. ESTRATEGIA DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Ante la necesidad del Instituto de obtener mayores ahorros en su operación y la búsqueda de áreas de oportunidad en los procesos de compra del Instituto, se inició una renovación en los esquemas de adquisición de bienes, buscando aprovechar al máximo las modalidades de compra previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).

El Instituto aplicó el esquema denominado Precios Máximos de Referencia, el cual implica publicar en la convocatoria precios tope para los bienes a adquirir, respecto de los cuales los oferentes deben proponer precios menores.

En el mes de julio de 2008 se publicó una reforma a la LAASSP, que incluye el esquema de licitaciones bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD). El IMSS innovó en el Sector Salud al implementar esta modalidad en el mes de abril de 2009 en las licitaciones de equipo médico y medicamentos con la autorización de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Las OSD operan de la siguiente manera:

- Precalificación técnica: un consultor externo prepara los equipos de cómputo que serán utilizados por los oferentes con el sistema informático que se debe utilizar.
- Capacitación y junta de aclaraciones: en esta etapa, los oferentes expresan las dudas que puedan tener con relación a las bases publicadas; el Instituto las responde mediante oficio.
- Presentación de propuestas: cada uno de los participantes presenta una oferta técnica para ser evaluada por el área solicitante.

- Evaluación administrativa y legal: el adquirente revisa y dictamina si las ofertas cumplen con los lineamientos legales y administrativos.
- Evaluación técnica, diseño y programación: el área solicitante o usuaria realiza un estudio de cada una de las ofertas para validar si cumple con los requerimientos técnicos solicitados.
- Publicación de proveedores calificados y calendario: se publica en el portal de Compranet la lista de los oferentes cuyas propuestas cumplieron satisfactoriamente con las especificaciones técnicas, legales y administrativas. Asimismo, se publica la fecha en que se llevará a cabo el evento.
- Ejecución: los participantes observan la lista de precios ofertados para presentar posturas más convenientes para el Instituto.
- Fallo: con base en una evaluación y estudio elaborado por la parte adquirente se determina a los proveedores ganadores.

Esta modalidad constituye una subasta inversa en la que los proveedores que calificaron en la evaluación técnica previa, pugnan por ofrecer en línea, en tiempo real, precios que resultan más convenientes para el Instituto.

Esta renovación de los esquemas de adquisición redundó en una reducción importante de los precios de los bienes adquiridos, que permitió al Instituto generar ahorros. Las economías al cierre de 2009 fueron de 3,575 millones de pesos.

Este ahorro se desglosa en 1,673 millones relativos a bienes terapéuticos y 1,902 millones registrados en la adquisición de bienes de inversión.

Bienes Terapéuticos

Hasta 2006 las licitaciones de medicamentos y material de curación se llevaron a cabo de manera desconcentrada. En tales condiciones, el parámetro para determinar que un precio era conveniente consideraba un incremento no mayor a 10% respecto del precio del ejercicio fiscal previo, atendiendo lo establecido en la LAASSP y su reglamento.

Las estrategias implementadas por el Instituto en las licitaciones de bienes terapéuticos llevadas a cabo de 2007 a 2010, entre las que se consideran la consolidación de los requerimientos, el establecimiento de precios máximos de referencia y la implementación de ofertas subsecuentes de descuento, han permitido ahorros sustanciales en ese periodo.

Dichos ahorros se calculan comparando el costo en que se habría incurrido al adquirir los insumos terapéuticos a precios de 2006 más la inflación acumulada correspondiente. En este sentido, de no haberse aplicado las estrategias mencionadas, el Instituto habría tenido que gastar más de 35,000 millones de pesos adicionales para cubrir sus requerimientos de bienes terapéuticos entre 2007 y 2010.

En particular, al cierre del ejercicio 2009 se contrataron bienes y servicios terapéuticos por 19,479.4 millones de pesos, generando ahorros por 1,673 millones. Estas economías se derivan de la comparación de los precios asignados contra precios de referencia. Es decir, los precios en los que el Instituto adquirió los mismos bienes en el ejercicio anterior, actualizados por la inflación que se registró en el año.

En los 1,673 millones de pesos de economías generadas se incluyen 602.1 millones derivados de eventos licitatorios que se llevaron a cabo mediante la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento, celebrados en los meses de septiembre y octubre de 2009.

Los 1,070.9 millones de pesos de ahorro restantes se obtuvieron en eventos llevados a cabo bajo la modalidad de Precios Máximos de Referencia.

Bienes de Inversión

Las economías obtenidas en las adquisiciones de bienes de inversión, al cierre del ejercicio 2009, fueron por 1,902 millones de pesos, lo cual representa 33.5% del monto adjudicado.

En los procedimientos de compra realizados bajo los nuevos esquemas de compra se contó con la participación de un testigo social para certificar la transparencia del evento.

La participación de testigos sociales se realiza en cumplimiento al Artículo 26 Ter de la LAASSP, en donde se estipula que en todas las licitaciones públicas cuyo monto rebase el equivalente a cinco millones de días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, deberán participar testigos sociales.

La participación de testigos sociales ocurre no sólo en las licitaciones que excedan el monto previsto por la Ley, sino también en eventos licitatorios cuyo impacto es de relevancia para los programas del Instituto.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el periodo mayo de 2009 a mayo de 2010 se han llevado a cabo diversos procesos licitatorios y adjudicaciones directas para cubrir las necesidades de insumos para la operación del Instituto en el ejercicio 2010, resultado de lo cual se han alcanzado los siguientes niveles de cobertura por tipo de bien.

Al mes de mayo de 2010 se tiene cubierto 99.99% en las compras de medicamentos para el ejercicio, mientras que para adquirir el restante 0.01% se facultó a las Delegaciones y UMAE para efectuar compras de manera local.

Por la implementación de las nuevas modalidades de compra, entre enero de 2009 y mayo de 2010 se logró un ahorro en los precios de las licitaciones de medicamentos por un importe de 1,957 millones de pesos.

En ese periodo se ejecutó la desconcentración de la BUO, formalizada en enero de 2010.

Esta descentralización se llevó a cabo para aprovechar el conocimiento de primera mano que tiene cada Delegación y UMAE sobre la calidad de cada medicamento, así como de sus niveles de inventario y rotación con los que cuenta. Esto permitió agilizar la adquisición de medicamentos de compra emergente para evitar desabasto y proteger el bienestar de los derechohabientes.

Asimismo, la desconcentración de la BUO dio oportunidad a proveedores locales de competir por los contratos que otorga el Instituto en cada Delegación y UMAE, promoviendo así una alta competitividad a nivel nacional.

A partir de abril de 2010 se desconcentró la compra de 304 claves desiertas de material de curación a través de la BUO, lo que se sumó a la desconcentración para la adquisición de medicamentos.

Programa de Actividades para 2010

Se programó que al 31 de agosto del presente año se asigne el total de los bienes de inversión solicitados por el área médica. Las adquisiciones se realizarán a través de las nuevas modalidades de compra, buscando las mejores condiciones de calidad y precio para el Instituto.

Las licitaciones para la contratación de servicios integrales de diálisis peritoneal automatizada (DPA), diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), hemodiálisis, osteosíntesis y endoprótesis, se prevé que queden concluidas en el segundo semestre de 2010.

Continuando con la estrategia de utilizar métodos innovadores que le permitan al Instituto obtener los mejores beneficios en cada compra, se llevan a cabo las modalidades de Puntos y Porcentajes y OSD de manera electrónica para los eventos licitatorios del programa de equipamiento 2010.

Se iniciará un programa especial de adquisición de bienes de inversión para cubrir los requerimientos. Este programa se divide en dos etapas. La primera de ellas prevé completar los procesos de adquisiciones programados antes del 1° de julio, a fin de contar con los bienes antes del 15 de octubre. La segunda etapa implica contar con los bienes antes del 31 de diciembre del año en curso.

Se espera iniciar los procesos licitatorios para cubrir necesidades de bienes terapéuticos para el ejercicio 2011 antes del 31de julio del año en curso. Lo anterior, para cubrir el mayor porcentaje de las necesidades de 2011.

Para estos procesos licitatorios se adoptaron los siguientes criterios:

- Realización de dos licitaciones, una nacional y una internacional. Las claves que queden desiertas en la primera vuelta

serán convocadas en una nueva licitación conforme a lo establecido por la LAASSP.

- El uso de la reserva para proveedores nacionales incluidos en los tratados de libre comercio se llevará a cabo privilegiando aquellas claves que cuenten con tres posibles oferentes nacionales o más.
- Establecimiento de tres zonas con dos fuentes de abasto cada una.
- Contrato Único para las claves de medicamentos a adquirir.
- 50% del requerimiento se entregará en cantidades fijas para los primeros seis meses de 2011 (10% en enero, 8% de febrero a junio).
- El restante 50% se complementará con entregas variables, dependiendo del nivel de existencias en el almacén.
- Se aceptarán diversas marcas y la posibilidad de entregar distintas a las ofertadas, respetando la clase terapéutica y el origen, así como acreditando que cuenta con registro sanitario.
- Se contará con la participación de testigos sociales.
- Con base en la 63ª actualización del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables (GI) del 7 de noviembre de 2008 emitida por la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), se identificaron:
  - 462 claves que corresponden a GI.
  - 272 claves como genéricos.
  - 76 claves con patente vigente.

Aunado a lo anterior, se está diseñando una estrategia integral para hacer más eficientes los procesos de compra de medicamentos, considerando los siguientes aspectos:

- Fortalecimiento de la capacidad de negociación coordinada con el Sector Salud, al integrar las compras sectoriales de medicamentos de patente. En este rubro, en 2010 se tuvo un ahorro de alrededor de 1,000 millones de pesos en compras consolidadas.
- Análisis del comportamiento de los productos que compra el Instituto para tener la mejor información disponible. Asimismo, se está profesionalizando y especializando el trabajo de quienes efectúan las compras, ya que se interactúa con un sector industrial y comercial complejo.
- Participación de testigos sociales, organismos de control y fiscalización con enfoque preventivo, cámaras empresariales y el escrutinio constante de los procedimientos de licitación y adjudicación. Con ello se fortalece la transparencia y rendición de cuentas.

Por otra parte, a fin de obtener resultados óptimos de las licitaciones de medicamentos que habrán de efectuarse en el presente año y atender necesidades de 2011 se realizarán las siguientes acciones:

- Comparativo internacional de los precios de las claves de mayor impacto económico.

- Comparativo de los precios de adquisición de las diferentes unidades compradoras del IMSS y otras dependencias del Sector Salud.
- Establecer precios máximos de referencia para cada clave de medicamento, sobre los cuales los licitantes deben invariablemente ofrecer descuentos.
- Consolidar requerimientos nacionales para aprovechar el poder de compra.
- Definir estratégicamente los universos de atención de cada clave en las tres zonas para propiciar la competencia.

Se incrementará en 150% el número de claves que serán convocadas en Ofertas Subsecuentes de Descuento, al incluir las 100 claves de mayor importe que a valor actual representan un monto aproximado de 3,234 millones de pesos. Se buscará que cuenten con al menos tres factibles oferentes y se utilizarán procedimientos de licitación internacionales.

III.1.4. IMAGEN INSTITUCIONAL: ORDEN Y LIMPIEZA

El número de Unidades Médicas y No Médicas de Régimen Ordinario en el IMSS es del orden de 2,523, las cuales requieren mantenimiento para estar en condiciones óptimas de operación para la derechohabiencia. En razón de lo anterior, se llevan a cabo evaluaciones para obtener un panorama general del estado que guardan los inmuebles. Actualmente, la Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED) aplica la encuesta periódica denominada: Percepción de las condiciones del inmueble de los usuarios de los servicios médicos de primer y segundo niveles de atención, en la cual se evalúan los rubros: limpieza en baños, funcionamiento de los baños y material sanitario, los cuales fueron los peor calificados por la derechohabiencia en los meses de octubre de 2008, así como en abril y mayo de 2009.

Sumado a lo anterior, las evaluaciones realizadas entre 2008 y 2009 por la División de Conservación con base en los indicadores de Imagen y Limpieza obtenidos de una muestra de Unidades evaluadas en Delegaciones y UMAE, arrojó como resultado que un porcentaje muy reducido de las Unidades evaluadas (menos de 10%) alcanzó o superó la meta.

Derivado del análisis efectuado, se detectó que el problema radica principalmente en cuatro factores:

1. Deterioro en las instalaciones, muebles y acabados de los baños, así como la falta de aplicación de rutinas de limpieza.
2. Plazas de servicios básicos con altos porcentajes de vacancia en Delegaciones y UMAE.
3. Bajos niveles de suministro en los artículos de limpieza.
4. Escasa participación del personal y derechohabientes para mantener los niveles de limpieza establecidos en los inmuebles.

CUADRO III.8. PORCENTAJE DE UNIDADES QUE SUPERARON LA META

Año	Unidades Evaluadas	% de Unidades superando meta (Nivel Integral de Limpieza)	% de Unidades superando meta (Imagen)
2008	231	5.62	2.6
2009	242	7.43	1.65

Fuente: IMSS.

Para atender esta problemática se plantearon estrategias en conjunto con diferentes áreas del Instituto. Adicionalmente, se está fomentando la adopción de una cultura de mejora para brindar espacios dignos a derechohabientes y personal.

De esta manera, la estrategia de imagen institucional: Orden y Limpieza 2009-2012 permitirá incrementar los niveles de satisfacción del usuario interno y externo, proporcionando espacios dignos y limpios para brindar el servicio.

Los objetivos principales son mejorar el ambiente de trabajo, reducir los desechos y actividades que no agregan valor e incrementar la limpieza, orden, seguridad y eficiencia.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Remodelación de Baños para uso del Derechohabiente

Se realizó el diagnóstico de la situación actual en los baños de las Unidades Médicas, considerando la muestra de las Unidades visitadas en 2009 por el área de Evaluación, identificando la siguiente problemática:

- Las instalaciones hidrosanitarias presentan un deterioro considerable.
- Se han retirado muebles dañados sin la correspondiente sustitución, o bien, se han colocado muebles de diferente modelo.
- No existe la iluminación adecuada.
- Algunos carecen de accesorios como jaboneras, portapapel para secado de manos, portarrollo o asientos sobre inodoros.

Se realizó el análisis de las causas, identificando lo siguiente:

- La antigüedad de las Unidades y el uso intensivo son los factores comunes que en la mayoría de los casos han deteriorado las instalaciones, las que de acuerdo con estándares de fabricación han llegado al término de su periodo de vida útil.
- Debido a la antigüedad de los muebles, su acabado ha adquirido porosidad que permite adherencias que no se logran retirar con los procesos rutinarios de limpieza.
- Los trabajos de mantenimiento han hecho necesario retirar recubrimientos en muros y pisos, y no siempre se han conseguido en el mercado piezas iguales a las originalmente colocadas.

Derivado de este diagnóstico, la DAED, a través de la Coordinación de Conservación y Servicios Generales, llevó a cabo el Plan Piloto Orden y Limpieza con la participación de 20 Unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención, el cual tuvo como acción integral la remodelación de baños. En este plan se invirtió un total de 47.25 millones de pesos en 2009, con lo cual se remodelaron 897 baños en las Delegaciones.

Asimismo, en enero de 2010 se asignaron 49.7 millones de pesos para la remodelación de baños en Unidades de las Delegaciones de Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Estado de México Oriente y Poniente, Guerrero, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Tlaxcala, así como las UMAE del Hospital de Especialidades de Puebla, Hospital de Especialidades No. 1 de Yucatán, Hospital de Especialidades de Jalisco, Hospital General "La Raza", y Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21 de Nuevo León.

Campaña de Concientización para Empleados y Derechohabientes Acerca de Mantener Limpias las Instalaciones

El área de Comunicación Interna diseñó la campaña Orden y Limpieza 2010 con la finalidad de concientizar sobre la importancia de esta cultura y fortalecer la imagen del Instituto.

Se lanzó el micrositio Tu lugar en Intranet, donde se publican periódicamente los materiales.

Se iniciaron las reuniones de coordinación para definir el proceso que se llevará a cabo para la adquisición de materiales de comunicación, promocionales y la contratación de servicios.

Suministro Necesario para los Artículos de Limpieza

Para fortalecer esta estrategia, el área de Abasto emite periódicamente un informe ponderado del nivel de suministro de material de limpieza en Delegaciones y UMAE, mismo que sirve como referencia para la toma de decisiones.

Plantillas de Servicios Básicos

Se continuó con las revisiones y actualizaciones de las plantillas necesarias en la rama de Servicios Básicos en Unidades del Régimen Ordinario a nivel nacional.

Se identificaron por Delegación y UMAE los porcentajes de vacancia, los cuales son indispensables cubrir.

Implantación de la Metodología 5's en Delegaciones

De acuerdo con lo programado, se solicitó información a las Delegaciones sobre las Unidades con metodología 5's vigente y en proceso. Dichos datos, junto con los resultados de desempeño delegacional en niveles de limpieza, permitieron definir el alcance para atender a los tres niveles de atención médica:

- UMF de diez y más consultorios.
- 35 Hospitales evaluados por la UED, considerando en primera instancia a las que se encuentren abajo del valor de referencia nacional.
- La totalidad de las UMAE.

A fin de apoyar y estandarizar los esfuerzos de mejora en Delegaciones, se desarrolló el siguiente material técnico: Guía para la Implantación de la Metodología de las 5's; material didáctico para capacitar y sensibilizar al personal, y formato de evaluación y seguimiento de las etapas de la implantación de la metodología de las 5's.

Se solicitó a los Delegados y Directores de UMAE confirmar el compromiso de atención en el ejercicio 2010, con base en el orden definido de Unidades Médicas, de acuerdo con su nivel de prioridad, contando a la fecha con datos de 100% de las Delegaciones en donde se consideran las UMAE, las cuales comprometieron 538 Unidades.

Programa de Actividades para 2010

Remodelación de Baños Destinados al Derechohabiente

Al cierre de 2010 se tiene programado concluir las obras de remodelación de baños en las Unidades a las cuales se les asignó recursos, para ello se dará el seguimiento a todo el proceso, hasta la recepción de los trabajos concluidos. Estos trabajos incluirán la remodelación de acabados, la adecuación de instalaciones sanitarias, el suministro, así como la colocación de muebles y accesorios.

Suministro Necesario para los Artículos de Limpieza

Se actualizará el Catálogo de Insumos de Limpieza del Cuadro Básico Institucional, eliminando las claves y descripciones obsoletas.

Plantillas de Servicios Básicos

Se actualizarán y determinarán las plantillas teóricas del personal de Servicios Básicos de acuerdo con el programa 2010 establecido, así como cubrir las plazas vacantes de auxiliares de limpieza existentes en las Delegaciones y UMAE.

Implementación de la Metodología de las 5's

Se concluirá con la integración de la información de las UMAE, para la confirmación de los compromisos de avance 2010, a fin de implantar la metodología 5's en las diferentes áreas y servicios.

Se hará seguimiento trimestral de los avances de las más de 500 Unidades comprometidas para la implantación de la metodología 5's en Delegaciones, las cuales permitirán llegar a 40% del universo total.

Al finalizar el periodo se analizará la información de las Unidades con la implantación de la metodología para evaluar su impacto en los resultados de limpieza e imagen institucional, y se tomará la decisión de continuar o redefinir el enfoque.

III.1.5. TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Dentro del Proyecto TITAN[2], se encuentra contenida la mejora del proceso de transcripción de medicamentos.

La transcripción de medicamentos es un proceso interno que enlaza la atención en las Unidades Médicas del Instituto y el proceso de abastecimiento de medicamentos.

El objetivo de este proceso es que los pacientes que han sido atendidos en un Hospital de segundo nivel o en alguna UMAE, una vez que han sido dados de alta con la prescripción de un tratamiento a base de medicamentos, puedan continuarlo al ser contrarreferidos a la UMF en la que se encuentren adscritos, y ahí reciban sus medicamentos en las fechas programadas.

Las mejoras a este proceso generarán cambios en la operación actual para garantizar el surtimiento oportuno de recetas al derechohabiente. Una parte importante de la problemática a resolver consiste en que la mayor carga de actividades para la continuidad del tratamiento respectivo es transferida al derechohabiente.

Los objetivos del nuevo proceso orientados al beneficio de los derechohabientes son los siguientes:

- Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos en las fechas programadas en su tratamiento.
- Se reduce el tiempo de espera para recepción de los medicamentos en farmacia.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Del mes de mayo de 2009 a mayo de 2010 se llevaron a cabo actividades que son la base para la mejora del proceso de transcripción:

- Se llevó a cabo un levantamiento de información en cuatro Unidades Médicas, consistente en la identificación y documentación de los procesos de farmacia y la medición de los tiempos y movimientos para el surtido de recetas a derechohabientes.
- Se realizó el desarrollo de las herramientas tecnológicas en las que se apoya el nuevo procedimiento de transcripción definido.
- Se implementó el nuevo proceso de transcripción en cinco Unidades Médicas como prueba piloto.

[2] Ver secciones II.7. y VII.2.

CUADRO III.9. ACCIONES A REALIZAR PARA LA ETAPA 3 DE LA PRUEBA PILOTO E IMPLEMENTACIÓN

ACTIVIDAD	DIRECCIÓN
Reforzar la coordinación con las direcciones involucradas en la última etapa de la prueba, para garantizar la información a nivel nacional.	DAED
Verificar que los resultados del surtimiento de los medicamentos se cumplan de acuerdo con el procedimiento.	DAED
Evaluar el proceso a través de las Técnicas en Atención y Orientación al Derechohabiente.	DJ/CAQOD
Reforzar la capacitación del personal médico en las recetas manuales de este proceso.	DPM

Fuente: IMSS.

La prueba piloto fue realizada en cinco Unidades seleccionadas por su alta demanda en el servicio y mayor probabilidad de incidencias. Los resultados en cuanto a los pacientes y recetas de transcripción atendidos oportunamente es de 99.1% y un total de 2,067 pacientes que ya no gestionaron su trámite.

Programa de Actividades para 2010

Se tiene programada la última etapa de la prueba piloto, en donde se dará atención a los reportes de incidencias y seguimiento al trámite de contrarreferencia en UMAE y Unidades de segundo nivel, al registro de contrarreferencias al suministro de medicamentos y al surtimiento de recetas.

La implementación a nivel nacional se llevará a cabo en forma escalonada hasta concluir con todas las Unidades.

III.1.6. PERSONAL

El capital humano es un factor clave para que el IMSS cumpla su mandato de proveer seguridad social a la derechohabiencia nacional. Por tanto, resulta imperativo que, dentro de las restricciones presupuestales, se optimice el uso de recursos, cubriendo el mayor número posible de plazas para ofrecer los servicios institucionales con eficiencia y calidad.

La siguiente información da cuenta del gasto en Servicios Personales, los niveles de ocupación dentro del Instituto, la cobertura de plazas en las nuevas Unidades Médicas en el país y el apoyo a los programas médicos institucionales.

Presupuesto y Gestión del Gasto en Servicios Personales

El H. Consejo Técnico (HCT) autorizó para el ejercicio 2009 un Presupuesto de Servicios Personales de 108,485 millones de pesos para cubrir 387,037 plazas, bajo las distintas modalidades de contratación (Confianza, Base, Temporal, Sustituto, Becado y Residentes). Al cierre del ejercicio 2009 el presupuesto ejercido ascendió a 107,669 millones de pesos (99.2% del presupuesto autorizado) con una ocupación promedio de 369,298 plazas, es decir, 95.4% de las plazas autorizadas. Con esta plantilla se fortaleció la atención a la derechohabiencia a través de los siguientes programas:

- Programa de Inversión (2009-2012), el cual consiste en nuevas obras, ampliaciones y remodelaciones de Unidades Médicas.
- Contingencias de salud como las epidemias de la Influenza A H1N1 y dengue.
- Otros Programas Médicos de alta prioridad (DIABETIMSS, PREVENIMSS, Consulta de 6° y 7° día, etcétera).

Para 2010 el presupuesto autorizado aumentó 10.4%, llegando a 119,730 millones de pesos, para un total de 392,393 plazas. La ocupación promedio en los primeros cinco meses del año ha sido de 376,210 plazas, mismas que han reforzado el quehacer institucional y han brindado apoyo a programas especiales, principalmente inversión en obras, situación que se observa en el crecimiento que presentan las plazas sustantivas de atención directa al derechohabiente, como son:

CUADRO III.10. CRECIMIENTO EN PLAZAS OCUPADAS, DE ENERO A MAYO DE 2010

Categoría	Crecimiento en plazas
Médicos	2,070
Enfermeras	689
Intendencia	503
Universal de oficina	382
Paramédicos[1/]	602
TOTAL	**4,246**

[1/] Incluye laboratoristas, Nutrición y Dietética, Estomatología, asistentes médicas, farmacéuticos, Trabajo Social, entre otros.
Fuente: IMSS.

El promedio de plazas ocupadas en el periodo de enero a mayo de 2010 fue 3.0% mayor al observado en el mismo periodo de 2009, subiendo de 364,919 a 376,210 plazas. Esto significa que la vacancia en el periodo de enero a mayo de 2010 fue de 16,183 plazas, valor que resulta menor en 5,935 plazas respecto de la cifra del mismo periodo de 2009.

Asimismo, durante el primer cuatrimestre de 2010 el gasto en Servicios Personales alcanzó los 40,206 millones de pesos, monto que presenta un crecimiento de 3,587 millones de pesos, con respecto al gasto del mismo periodo del año anterior.

Reclutamiento de Candidatos de Nuevo Ingreso

Con la finalidad de hacer frente al impacto financiero que representa el gasto del Programa de Jubilaciones y Pensiones (RJP), el Instituto y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) concretaron el 14 de octubre de 2005 y el 27 de junio de 2008, respectivamente, la firma del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso y del Convenio Nuevas Generaciones. Este cambio habrá de coadyuvar a la viabilidad financiera al Instituto en el largo plazo, toda vez que se disminuirá de manera importante la erogación en jubilaciones y pensiones de ex trabajadores del Instituto.

En este contexto, es de destacar que a partir de la firma de los citados convenios, al mes de mayo de 2010 existen 61,943 trabajadores de nuevo ingreso, bajo el amparo de los nuevos esquemas, que ya no serán parte del pasivo laboral institucional.

Ausentismo No Programado en Trabajadores IMSS

Al mes de mayo de 2010, el índice de ausentismo no programado observó un valor de 3.31%, cifra que compara favorablemente con 3.59% reportado a diciembre de 2009.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El presupuesto autorizado para el RJP para el ejercicio 2009 fue de 32,163 millones de pesos, monto que cubrió, en promedio, las jubilaciones y pensiones de 160,320 ex trabajadores del IMSS. En 2010 el presupuesto para este rubro es de 37,718 millones de pesos, monto superior en 17.3% al autorizado para el ejercicio 2009.

En el periodo de enero a mayo de 2010 se han ejercido 16,673 millones de pesos para cubrir el gasto que genera el RJP. De este monto, 2,973 millones de pesos se recuperaron por las aportaciones de Pensiones en Curso de Pago (PCP) a cargo del Gobierno Federal, mientras que los 13,700 millones de pesos restantes corrieron a cargo del IMSS. La cifra total erogada al mes de mayo de 2010 superó en 18.5% a la de mayo de 2009, debido a que 15,918 trabajadores se jubilaron o pensionaron entre el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010.

Asimismo, se estima que durante el 2010, 16,588 trabajadores alcancen el derecho de jubilación, en tanto que en el periodo de enero a mayo de 2010, 10,425 trabajadores activos ya cumplían con los requisitos señalados para incorporarse a la nómina de jubilados. Se estima que cerca de 70% de las personas antes referidas ejercerán en 2010 su derecho adquirido durante el mismo ejercicio.

Contratación de Servicios Profesionales por Honorarios

El presupuesto de gasto para contratos de Servicios Profesionales por Honorarios en 2009 ascendió a 160 millones de pesos, monto que cubrió los 646 contratos vigentes al cierre del ejercicio. Para 2010 el presupuesto correspondiente asciende a 167 millones de pesos, monto superior en 4.38% al del ejercicio anterior. Al mes de mayo de 2010 se mantienen formalizados 688 contratos, cifra superior en cinco casos a lo registrado en el mismo mes del ejercicio anterior. Asimismo, el gasto acumulado en este rubro en el periodo de enero a mayo de 2010 asciende a 49.22 millones de pesos.

Agilización del Proceso de Contratación

Por la magnitud de la plantilla de personal resulta primordial mantener procesos expeditos en los procesos de reclutamiento, selección y contratación de la fuerza laboral. Por ello, a partir de marzo de 2010 se implementaron, a nivel nacional, las siguientes estrategias:

- Desconcentrar a las Delegaciones la prerrogativa de otorgar dispensas de escolaridad y/o experiencia para plazas de Confianza “A”.
- Disminuir la duración del curso de Integración a la Misión Institucional.
- Disminuir el requerimiento de propuestas sindicales de 3 a 1.5 candidatos por plaza a ocupar.
- Automatizar el proceso de asignación de matrículas y el proceso selectivo (en desarrollo).

Programa de Infraestructura

Con el propósito de mejorar la oferta de servicios que se brinda a la población derechohabiente, durante 2009 se asignaron 3,787 plazas al inicio de operación de nuevas Unidades Médicas, entre las que destacan las siguientes: Hospital General de Zona “Las Margaritas” en Puebla; Hospital General de Zona en Tepatilán, Jalisco; Hospital General de Subzona en Nuevo Casas Grandes, Chihuahua; Unidades de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria en Saltillo, Coahuila; Tlaquepaque, Jalisco, y Gómez Palacio, Durango.

En el periodo de enero a mayo de 2010 se han asignado 4,116 plazas adicionales para la apertura de nuevas Unidades, lo que representa 109% del total de plazas asignadas en 2009. Con estas plazas se han atendido los requerimientos de las siguientes Unidades: Hospital General de Zona No. 67 Apodaca, Nuevo León; Hospital General de Zona en San Pedro Xalpa, Distrito Federal; Hospital General de Subzona en Tecate, Baja California Norte, y el Hospital General de Zona en Playa del Carmen, Quintana Roo, así como las Unidades de Medicina Familiar en Toluca, Estado de México; Ciudad Victoria, Tamaulipas y Poza Rica, Veracruz.

Programas Médicos

Como parte de las iniciativas de la presente administración, se ha dado énfasis a los programas de impacto directo a la población derechohabiente, asignando 3,351 plazas para atender programas médicos como: DIABETIMSS, PREVENIMSS, Hospital sin Ladrillos y Mejora de los Servicios de Urgencias. Asimismo, se ha dado continuidad con Tiempo Extraordinario a la Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° día y Abatimiento de Rezago Quirúrgico, asignando 110 millones de pesos en 2009, y 173 millones de pesos en 2010.

Es importante señalar que la realización de los programas mencionados ha sido posible gracias a la estrecha coordinación y al trabajo bilateral entre la representación institucional y la representación sindical.

Distribución de Plazas por Programa

En el periodo enero a diciembre de 2009 se adicionaron 7,744 plazas que incidieron en el reforzamiento de la operación de los servicios médicos, así como en favorecer la eficiencia en la calidad de los servicios de atención al derechohabiente, tal es el caso de los apoyos otorgados a los programas que se muestran en el cuadro III.11.

La distribución estimada de estas plazas fue de: 2,117 médicos, 2,523 enfermeras y 3,104 plazas en otras categorías asociadas a la prestación de servicios médicos.

Destaca la apertura del HGZ "Las Margaritas" en Puebla; el HGZ de Tepatitlán, Jalisco; HGZ en Puerto Vallarta, Jalisco; UMAE en Sonora; UMF de León, Guanajuato; UMF en Uruapan, Michoacán; así como la recuperación o transformación de camas derivado de la estrategia Hospital sin Ladrillos.

CUADRO III.11. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR PROGRAMA, 2009

Programa	Plazas
Programa de Obra	3,787
Hospital sin Ladrillos	1,476
Reforzamiento de plantillas en Unidades Médicas Operativas	740
Laboratorios de Influenza	67
Directores de Microzona en Unidades de Medicina Familiar	58
Plazas para la capacitación de médicos especialistas y enfermería	622
Incremento en Médicos Residentes	694
Cobertura de Atención y Orientación al Derechohabiente en Unidades Médicas	300
TOTAL	**7,744**

Fuente: IMSS.

Por otra parte, de enero a mayo de 2010 se han incrementado 6,227 nuevas plazas, como se detalla en el cuadro III.12.

La distribución estimada de estas plazas corresponde a: 1,739 médicos, 1,392 enfermeras y 3,096 plazas en otras categorías asociadas a la prestación de servicios médicos.

Esto ha permitido la apertura de los nuevos Hospitales en San Pedro Xalpa, Delegación Norte del D. F.; Apodaca, Nuevo León; Tecate, Baja California y Playa del Carmen, Quintana Roo; así como la nueva Unidad de Medicina Familiar en Toluca, Estado de México Poniente.

Adicionalmente, para 2009 y 2010 se otorgó un apoyo presupuestal en conceptos extraordinarios para la atención de los programas médicos que se muestran en el cuadro III.13.

CUADRO III.12. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR PROGRAMA, DE ENERO A MAYO DE 2010

Programa	Plazas
Programa de Obra	4,116
Hospital sin Ladrillos	218
Reforzamiento de plantillas en Unidades Médicas Operativas	494
Cobertura de Atención y Orientación al Derechohabiente en Unidades Médicas	47
Incremento en Médicos Residentes	682
Plazas para la capacitación de médicos especialistas yenfermería	408
DIABETIMSS	22
Mejora de Atención de Urgencias	132
Donación y Trasplante Renal	30
Estructura de la Dirección de Prestaciones Médicas	56
UMAE Hospital de Especialidades “Siglo XXI” Bloque A	22
TOTAL	**6,227**

Fuente: IMSS.

CUADRO III.13. DISTRIBUCIÓN DE PRESUPUESTO EXTRAORDINARIO, 2009 Y 2010

Año	Programa	Presupuesto asignado (millones de pesos)
2009	Pandemia por Virus de Influenza A H1N1	122.4
	Consulta 6° y 7° día	110.3
2010	Consulta 6° y 7° día	145.7
	Abatimiento de rezago de cirugías	22.6
TOTAL		**401.0**

Fuente: IMSS.

III.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

III.2.1. EVALUACIÓN DE DELEGACIONES, GIRAS Y RANQUIN DELEGACIONAL

Con el propósito de evaluar el funcionamiento de las Delegaciones y sus órganos operativos, a fin de que éstas alcancen sus objetivos y metas, la UED a través de las Coordinaciones de Evaluación Norte y Sur, realizan visitas de evaluación para verificar de manera conjunta con las Delegaciones y conforme a los lineamientos establecidos, los programas de supervisión respectivos, así como analizar sus avances y cumplimiento.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

De junio a noviembre de 2009 se llevó a cabo el quinto ciclo de visitas de evaluación; se visitaron 35 Delegaciones. En febrero de 2010, se dio inicio al sexto ciclo de visitas, habiéndose evaluado 15 Delegaciones al mes de mayo.

Durante el periodo reportado se realizaron 174 evaluaciones, de las cuales 48 correspondieron a evaluaciones ordinarias, dos incidentales, 96 a los servicios de Urgencias, 16 en Unidades IMSS-Oportunidades y 12 en UMAE.

Con el propósito de evaluar el funcionamiento de las Delegaciones y sus órganos operativos, y el alcance de sus objetivos y metas, se valoraron los siguientes servicios, áreas o Unidades: 78 UMF; 45 Hospitales Generales Regionales; 117 Hospitales de Zona; 12 Hospitales de Subzona; de las UMAE, cuatro Hospitales de Especialidades, tres de gíneco obstetricia, uno general y cuatro monodisciplinarias (traumatología y ortopedia, pediatría, cardiología e infectología); 67 UMF tramitadoras; 60 Subdelegaciones; 24 guarderías; 13 departamentos de guarderías y 13 centros de seguridad social.

En 2010, el número de servicios, áreas o Unidades evaluadas se ha incrementado en 70%, con relación a 2009, sin incluir las visitas incidentales y las evaluaciones realizadas a las guarderías.

En cada evaluación realizada se entrega a las autoridades de los órganos de operación administrativa desconcentrada un informe detallado de los hallazgos en los términos de situaciones relevantes, riesgos, conclusiones y recomendaciones por cada una de las áreas incluidas en las guías técnicas de indicadores de evaluación. Asimismo, se solicita a las Delegaciones o UMAE definir un programa de mejora, cuyo objeto sea la búsqueda de la solución a la problemática en las materias de su competencia, con la finalidad de mejorar los servicios que se otorgan a los derechohabientes. Dicho plan de mejora debe ser entregado dentro de los siguientes 20 días hábiles, con copia a las Direcciones Normativas, a fin de coadyuvar

con el cumplimiento de las normas y procesos operativos de los órganos de operación administrativa desconcentrada.

En las visitas de evaluación se analiza con las autoridades Delegacionales o de las UMAE el avance en el programa de trabajo y el cumplimento a las recomendaciones realizadas en la evaluación previa, incorporándose en el tablero de los indicadores si ha habido avance o retroceso en los mismos y señalando las causas o los efectos.

Cabe enfatizar que a partir de 2010 en unión con las Direcciones Normativas se elaboraron cuatro guías técnicas de indicadores de evaluación: i) para el Régimen Ordinario, que incluye 273 indicadores; ii) para las UMAE, con 92 indicadores; iii) para los servicios del Programa IMSS-Oportunidades, con 139 indicadores, y iv) guía específica para los servicios de Urgencias en Unidades Médicas, con 25 indicadores. Dichas guías cubren las áreas de servicios administrativos, prestaciones económicas y sociales, innovación y desarrollo tecnológico, prestaciones médicas, ingresos y recaudación, financieras, jurídicas y de acción comunitaria entre otros, a partir de cuyo análisis se establecieron ránquines del desempeño delegacional. Previo al inicio del uso de las guías, se hizo una amplia difusión de las mismas entre las Delegaciones y las UMAE, para su conocimiento.

Durante 2010 se han establecido reuniones interdisciplinarias entre las diferentes Direcciones Normativas, la UED y los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, donde se revisan los hallazgos de la evaluación y se toman decisiones, como por ejemplo, la necesidad de compra de equipo, la atención a situaciones de mantenimiento, situaciones de abasto, por mencionar algunas.

De la misma manera, durante las giras del Director General del IMSS a las Delegaciones, se analizan los hallazgos tanto de la evaluación realizada *in situ* por la UED como de los indicadores que cada una de las direcciones normativas ha desarrollado a fin de incrementar la eficiencia operativa delegacional o de la UMAE en la ejecución de los procesos, la suficiencia, oportunidad, disponibilidad y optimización de los recursos humanos, técnicos y financieros asignados, así como la racionalidad del gasto para cumplir con los compromisos institucionales reflejados en el programa de trabajo.

El proceso de revisión de indicadores, así como la evaluación de los mismos en el sitio donde se realizan dichos procesos requiere de personal con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para obtener los mejores resultados. Por ello, realizamos educación continua a través de 11 cursos de actualización, en los que participaron 85 colaboradores de la UED, en temas clave; por ejemplo, los nuevos estándares de certificación de Unidades Médicas emitidos por el Consejo de Salubridad General, que permitirán a nuestra institución cumplir con estándares internacionales. Otros cursos fueron en

fármaco-economía, finanzas públicas, análisis estadísticos, ciencias sociales y otros temas de actualidad.

En el periodo reportado la UED participó activamente en la planeación y coordinación de la 5ª y 6ª Reuniones Nacionales de Delegados y Directores de Unidades Médicas de Alta Especialidad, en las que se generaron estrategias y compromisos enfocados a impulsar los tres ejes del programa de trabajo de la Dirección General: i) mejorar la capacidad de gestión y operación; ii) fortalecer la viabilidad financiera, y iii) preparar al IMSS para el sistema único de salud. En dichas reuniones los Delegados y Directores de UMAE establecieron compromisos a cumplir con cada una de las direcciones normativas, así como los mecanismos de supervisión y seguimiento.

Programa de Actividades para 2010

Para el segundo semestre de 2010, se realizarán 45 visitas de evaluación en 20 Delegaciones y 15 UMAE, en las que se valorarán: 63 UMF, 20 Hospitales Generales Regionales, 98 de Zona, ocho de Subzona, diez del Programa IMSS- Oportunidades, 17 UMF tramitadoras, 19 Subdelegaciones, 13 guarderías, 13 departamentos de guarderías y 13 centros de seguridad social.

Conjuntamente con la Coordinación de Guarderías, a partir del mes de junio de 2010, se realizarán visitas de evaluación a 453 guarderías adicionales de las programadas para el Régimen Ordinario, en las que se evaluarán los sistemas de seguridad y protección.

El proceso de evaluación continuará contribuyendo a mejorar la calidad de atención y el desarrollo de la gestión delegacional. Los resultados obtenidos serán presentados en las giras que el Director General realice a las Delegaciones. Además de informar al Delegado y/o Director sobre los resultados encontrados, a fin de diseñar un plan de mejora integral.

Después de cada evaluación, se calificarán todos los indicadores correspondientes a las áreas de: incorporación y recaudación, prestaciones médicas, administrativas, financieras, de prestaciones económicas y sociales, jurídicas e informáticas.

Se efectuará la revisión y, en su caso, la actualización de las guías técnicas de indicadores de evaluación, con la finalidad de mejorar el proceso de evaluación.

Se realizarán reuniones periódicas con las direcciones normativas para llevar a cabo el análisis, seguimiento y revisión de los resultados obtenidos en las evaluaciones.

Se llevarán a cabo tres cursos de capacitación para el personal, con un total de 15 participantes y los cursos de inducción a Delegados que se requieran.

III.2.2. PROGRAMA DE MEJORA DE LA GESTIÓN (PMG)

Dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se encuentra el Programa de Mejora de la Gestión, el cual busca maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la administración pública a través de la mejora de los procesos para la realización de trámites y la prestación de los servicios, facilitando a la ciudadanía el acceso en cualquier lugar y modalidad.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Hasta 2009, la UED fungió como enlace institucional para la atención del Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal, 2008-2012; coordinando con las direcciones normativas responsables de cada sistema, la entrega y captura en el programa correspondiente de cada una de las propuestas de mejora de procesos y servicios comprometidos ante la Secretaría de la Función Pública (SFP), con el objetivo de hacer más eficiente la prestación de los servicios a los derechohabientes. Durante 2009, no existieron retrasos ni observaciones de incumplimiento para el Instituto.

A partir del 13 de abril de 2010, se realizó la entrega-recepción de este encargo a la Unidad de Organización y Calidad, que quedó como responsable de dicho programa.

III.2.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DIRECTIVA

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En cumplimiento a la solicitud del HCT de informar sobre las acciones de evaluación realizadas a los órganos de operación administrativa desconcentrada, mensualmente se ha presentado dicha información ante el H. Comité de Evaluación del HCT De igual manera se compareció ante la H. Comisión de Vigilancia, entregando el informe requerido.

En el primer trimestre de 2010 se generó un reporte consolidado sobre el cumplimiento del Programa de Austeridad y Disciplina Presupuestaria en las 35 Delegaciones. De igual forma se coadyuvó con la DF para solventar las 1,302 observaciones de auditoría del Órgano Interno de Control correspondientes a los años 2006, 2007 y 2008.

Se fungió como enlace normativo ante el Comité Intrainstitucional del Programa Institucional para la Discapacidad y su Prevención, realizando las gestiones necesarias para que el total de las Delegaciones formalizara su Comité Delegacional en la materia.

Programa de Actividades para 2010

Respecto a las Sesiones del Comité de Evaluación de Delegaciones del HCT del IMSS, éstas se llevan a efecto una vez al mes, de acuerdo con el calendario anual establecido para 2010, por lo que los trabajos correspondientes a la conformación de la agenda, la elaboración del reporte respectivo y la presentación final, seguirán el calendario mencionado.

Se continuará con el apoyo al Programa de Austeridad y Disciplina Presupuestaria, obteniendo la información de las 35 Delegaciones, para integrarla y presentarla al HCT al siguiente mes de cada trimestre de 2010.

Por último, se continuará con los trabajos conjuntos para solventar las observaciones de auditoría del Órgano Interno de Control aún pendientes por parte de las Delegaciones del IMSS, y abatir del rezago en este tema.

III.2.4. MODELO DE COMPETITIVIDAD, EFECTIVIDAD Y RESULTADOS INSTITUCIONALES (MOCERI)

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Previa autorización del Modelo por parte del HCT, se actualizó y publicó el 21 de septiembre de 2009, la Norma que establece las Disposiciones para la Implantación del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI) en el catálogo normativo institucional.

En agosto y noviembre de 2009 se realizaron automediciones en UMF de diez o más consultorios; los resultados permitieron medir su desempeño y generar planes y programas de mejora a nivel delegacional, a los cuales se les da seguimiento.

Con los resultados de las cinco mediciones realizadas, se efectuó el ranquin delegacional y se obtuvo como resultado que el promedio nacional del desempeño en primer nivel de atención se incrementó 6.77%, entre diciembre de 2008 y noviembre de 2009.

Se realizaron visitas de verificación a nivel nacional a 20 Unidades finalistas de la versión 2008 del Premio IMSS de Calidad y se solicitó a las Unidades, avances y diagnósticos de niveles de competitividad para su participación en el certamen MOCERI, Premio IMSS de Calidad 2009. Se efectuó el taller de homologación de criterios del MOCERI para los 171 evaluadores seleccionados que realizan la evaluación documental.

Se realizaron visitas y entrevistas a Unidades operativas en coordinación con los enlaces normativos, en las cuales se elaboraron mapas de procesos críticos, además de la identificación de desconexiones. Por línea de servicio, se localizaron las siguientes: en el área de Prestaciones Médicas, 184 desconexiones de procesos y 105 de trámites. En Prestaciones

Económicas y Sociales, 144 desconexiones de procesos y 81 de trámites. En Incorporación y Recaudación, 71 desconexiones de procesos y 47 de trámites.

III.2.5. CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DEL ÁREA MÉDICA

El Consejo de Salubridad General tiene a su cargo el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual tiene como objetivo contribuir en la mejora continua de la calidad de los servicios y de la seguridad que se brinda a los pacientes, de manera que le permita a las instituciones participantes mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este contexto, la UED se ha dado a la tarea de contribuir en el proceso de Certificación de Unidades para mejorar la calidad de los servicios otorgados a los derechohabientes.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Se coadyuvó para la certificación ante el Consejo de Salubridad General de 52 UMF, 24 Hospitales, dos Unidades psiquiátricas y una Unidad de rehabilitación. Están pendientes de dictamen para certificación tres UMF y seis verificaciones de observaciones. Personal del Instituto participó en el grupo de trabajo del Consejo de Salubridad General para la homologación de los estándares nacionales con los internacionales.

De octubre de 2009 a enero de 2010, se realizaron cinco cursos de inducción sobre los nuevos estándares establecidos por el Consejo de Salubridad General, preparatorios para las Unidades. Con la participación activa de evaluadores del IMSS en 20 auditorías del Consejo de Salubridad General, para otras instituciones.

Se efectuó capacitación regional sobre criterios de certificación para Unidades Médicas Ambulatorias, con la participación de personal de UMF y de la Coordinación de Calidad y Normatividad, de siete Delegaciones.

III.2.6. PROGRAMA DE ATENCIÓN EN VENTANILLA

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Derivado del diagnóstico comprometido y el diseño de la estrategia de mejora, con base en información de la Encuesta Nacional de Satisfacción 2009 (ENSAT) y el Sistema de Carga y Procesamiento de Excel (Sicaprex), en materia de quejas por demora en el servicio, se implementó el Programa para Mejorar la Atención y Trato en Ventanilla de Servicios al Derechohabiente con Calidad y Calidez.

Se participó en el 7º Foro Nacional y 4º Foro de Calidad en Salud, conjuntamente con la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), con 54 carteles de mejores prácticas institucionales en materia de calidad y seguridad para el paciente. Asistimos al Lanzamiento en México de la Campaña Sectorial Cirugía Segura Salva Vidas por parte del Secretario de Salud.

III.2.7. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CALIDAD

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Con el propósito de apoyar la mejora de los servicios delegacionales a través del impulso a la gestión directiva, se desarrolló e implantó el Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad (MEFHADIC). Para tal efecto, se concluyó la evaluación de 360° de los 14 cuerpos de gobierno en las sedes delegacionales seleccionadas (11 cuerpos de gobierno delegacionales y tres cuerpos de gobierno de Unidades Médicas, UMF, HGZ con MF y UMAE).

Se avanzó en la capacitación de directivos, con la realización de 2,072 cursos programados (modalidad presencial) con un total de 35,380 participantes, así como con la ejecución de dos cursos (modalidad *e-Learning*) con 136 participantes.

Se diseñó un instrumento de seguimiento para el desempeño de los Delegados atendiendo a las responsabilidades señaladas en el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la participación de todas las direcciones normativas y los 35 Delegados. Se realizó la prueba piloto en dos estados y se presentó el instrumento para su recomendación de uso en la VI Reunión Nacional de Delegados y Directores de UMAE.

Se realizó la evaluación de las capacidades gerenciales a los 25 Directores de las UMAE. Los resultados y hallazgos servirán a la DPM y a otras Direcciones Normativas para los programas de educación continua requeridos, y que cuenten con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para desarrollar su función.

El padrón nacional de recursos humanos formados para la implantación de sistemas de gestión, cuenta con un total de: 1,156 auditores internos, 29 auditores líderes, 554 asesores internos, 1,908 instructores, 75 facilitadores en línea, 40 consultores internos, 802 agentes de cambio, 80 tutores gerenciales para la implantación del MEFHADIC y 170 instructores gerenciales.

Para apoyar al fortalecimiento de mejora de procesos y servicios del Instituto se mantuvieron las certificaciones ISO 9001:2000 en la UMAE 34 de Monterrey, N. L., y en el Banco Central de Sangre del Centro Médico Nacional "La Raza". Se continuó con el desarrollo de la estrategia para la alineación de instrumentos de certificación y herramientas de gestión de calidad para procesos y servicios en el IMSS.

Proporcionamos asesoría técnica en calidad a la Coordinación de Conservación y Servicios Generales, a la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", a la UED, a las guarderías del esquema ordinario 001 de Oaxaca y 001 de Tabasco, y a los cuerpos de gobierno de las Delegaciones, además del desarrollo de metodología y herramientas para el proceso de supervisión en la gestión delegacional.

III.2.8. ENCUESTA NACIONAL DE SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DE SATISFACCIÓN DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DE SERVICIOS

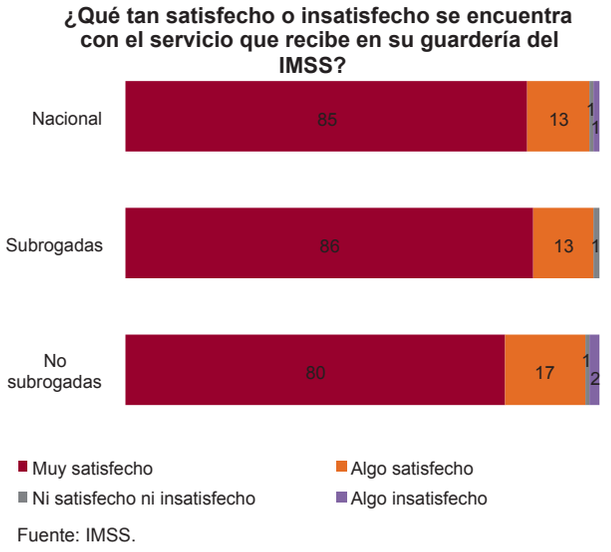
Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010 se realizaron 14 levantamientos de la Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos en primer, segundo y tercer niveles de atención médica. Para lograrlo, se monitoreó mensualmente el surtimiento de medicamentos de alrededor de 20,000 derechohabientes en las Unidades de primer y segundo niveles de atención más representativas, seleccionadas mediante un muestreo, y en más de 3,000 de las UMAE. Se cuenta entonces con información mensual de surtimiento de medicamentos en cada Delegación y UMAE, además de un concentrado nacional.

Durante el periodo reportado se realizaron dos levantamientos de la Encuesta Nacional de Satisfacción en primer y segundo niveles de atención médica; el primero se efectuó del 25 de mayo al 12 de junio de 2009, con una muestra de 13,952 encuestas (10,392 en primer nivel y 3,560 en segundo nivel); y el segundo se realizó del 16 de noviembre al 23 de diciembre de 2009, con una muestra de 29,406 encuestas (20,201 en primer nivel y 9,205 en segundo nivel).

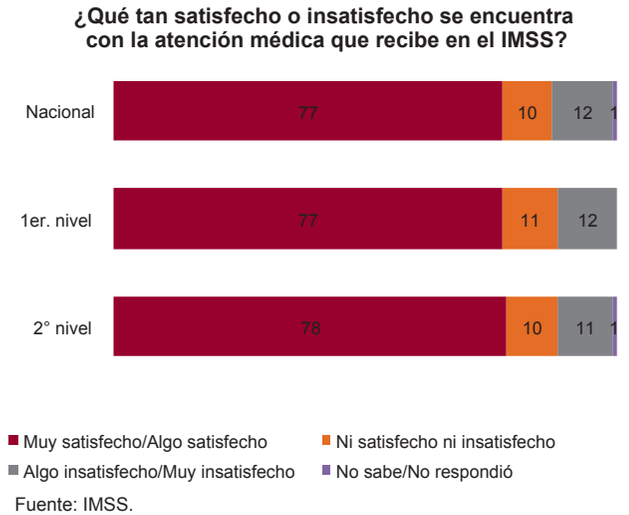
En este último levantamiento se contó con el acompañamiento de Transparencia Mexicana A. C. (TM), lo que permite garantizar y dar validez a la metodología empleada, así como a los resultados de la encuesta. Es de destacar que 77% de los derechohabientes encuestados en diciembre manifestó estar muy satisfecho o algo satisfecho con la atención recibida y 85% de los usuarios recomendaría la Unidad Médica a un familiar o amigo. Las tres principales razones por las que no recomendaría la Unidad son: 1) tiempos de espera (41%); 2) el mal trato (32%), y 3) la falta de medicamentos (11%). De los encuestados 78% manifestaron haber recibido todos los medicamentos, mientras que 20% dijo haber recibido sólo algunos.

GRÁFICA III.5. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN GUARDERÍAS



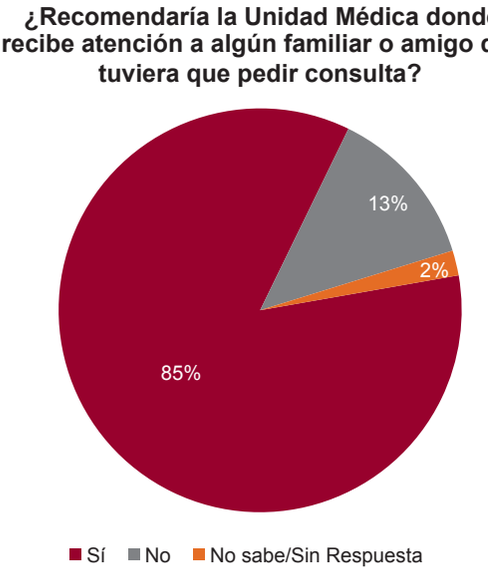
Fuente: IMSS.

GRÁFICA III.6. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS



Fuente: IMSS.

GRÁFICA III.7. PORCENTAJE DE DERECHOHABIENTES QUE RECOMENDARÍAN SU UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: IMSS.

En junio de 2009, se realizó la primera encuesta piloto de Guarderías con el acompañamiento y supervisión de TM, donde 71% de los encuestados manifestaron que no cambiarían a su hijo a otra guardería del IMSS, si tuvieran la oportunidad de hacerlo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social y Transparencia Mexicana han acordado hacer público el informe de la Encuesta Nacional de Satisfacción, a través del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios, disponible en las páginas de Internet de ambas instituciones. (http://www.imss.gob.mx/servicios/encuesta).

En marzo de 2010 se diseñó la encuesta para aplicar a los derechohabientes usuarios del área de Urgencias y se realizó la prueba piloto del programa Sistema Aeropuerto, que colocará pantallas informativas en el servicio de Urgencias de los Hospitales del Instituto.

Durante el periodo que nos ocupa, se trabajó en el diseño de la metodología para medir el impacto del Curso de Capacitación en Calidad y Calidez en los trabajadores del Instituto, así como en evaluar los efectos que este curso está teniendo en la percepción de los derechohabientes.

En abril de 2010 se realizó la investigación cualitativa de la percepción de los usuarios del servicio de Guarderías del IMSS. A través de la técnica de grupos de enfoque, se realizaron diez sesiones en siete ciudades para conocer la percepción de las madres de familia sobre el servicio que reciben; con ello se pretende identificar áreas de oportunidad para la mejora.

Programa de Actividades para 2010

Del 17 de mayo al 2 de junio se contempla realizar la etapa cuantitativa del estudio de guarderías mediante la aplicación de la Encuesta Nacional de Guarderías, con el acompañamiento de TM.

En 2010 se aplicarán dos Encuestas Nacionales de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios, incluyendo, a partir de ahora, el tercer nivel de atención. Asimismo, con el fin de garantizar la integridad, veracidad y comparabilidad de los resultados de las encuestas de satisfacción, TM proporcionará al IMSS criterios específicos que permitan la institucionalización de un sistema de estudios de opinión pública, encaminados a conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del Instituto en los diversos servicios que presta, tanto médicos como no médicos.

La conformación e institucionalización de este Sistema de Medición de la Satisfacción permitirá que los resultados de los distintos estudios de opinión sean más transparentes, veraces, comparables e íntegros para la elaboración de análisis que conlleven a una toma de decisiones más acertada en cuanto a la mejora de los servicios.

Otra actividad a desarrollar durante 2010 será la mejora de las guías técnicas de indicadores de evaluación, con la participación activa de las Delegaciones y UMAE, así como de las Direcciones normativas.

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

IV.1. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

La Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) tiene como misión fomentar de manera integral la salud de la población derechohabiente a través de la prestación de servicios médicos preventivos y curativos con calidad y calidez. Cumple su objetivo a través de políticas, estrategias y acciones prioritarias que integran programas con un enfoque anticipatorio, restablecedor, rehabilitatorio y con subsidio ante la incapacidad laboral.

La Dirección refuerza sus actividades mediante la formación de recursos humanos, el mantenimiento de la competencia en salud y la generación de nuevos conocimientos a través de la investigación en temas fundamentales de la atención médico social.

IV.1.1. EQUIPAMIENTO

El equipo médico es fundamental para la atención de la derechohabiencia, por lo que tomando en cuenta la obsolescencia de parte del mismo, el Instituto tomó la decisión de hacer una inversión sin precedentes, ya que por primera vez en su historia, para el periodo 2009-2010 se asignó un presupuesto de más de 6,000 millones de pesos.

Esta medida permitirá que el IMSS cuente con equipo de alta especialidad único en el país y avance con mayor celeridad en líneas estratégicas como el rezago en cirugía programada, mejorar los servicios de urgencias, reducir la mortalidad materna y fortalecer la estrategia de prevención.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Con el fin de mejorar la adquisición de equipo se reorganizó la Proforma Requisición Electrónica (herramienta virtual para la solicitud de instrumental y equipos médicos del Instituto) en Alto y Bajo Costo, identificando el límite del costo de los bienes en 500 mil pesos. Esto se hizo para que las Unidades Médicas tuvieran acceso a equipos de bajo costo de particular importancia, cuya adquisición generalmente era pospuesta. Cabe mencionar que se destinaron 1,000 millones de pesos a cada una de las proformas, distribuidos entre las Delegaciones y Unidades de Medicina Familiar (UMF).

Se reorganizaron los lineamientos que corresponden a la adquisición de aquellos equipos médicos de impacto directo en los programas estratégicos del Instituto, como son: atender el rezago quirúrgico, mejorar la atención de urgencias, desarrollar el programa institucional de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, así como implementar acciones para abatir la mortalidad materna y continuar con el programa DIABETIMSS.

Para tal efecto se diseñaron programas especiales, dentro de los que destacan: el fortalecimiento de los servicios de Imagenología, equipos médicos para el soporte de vida como máquinas de anestesia y el Programa para la Certificación, Recertificación y Licenciamiento de Operación de las Unidades Médicas.

Asimismo, se inició un programa de Equipamiento Médico Urgente por 120 millones de pesos con el propósito de que cada Delegación y Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) tenga la posibilidad de adquirir bienes de inversión de manera expedita, en el caso de algún imprevisto. Lo anterior, a fin de no detener la operación cotidiana y la atención a la población derechohabiente.

Se estima que al final del año la plataforma tecnológica del Instituto se habrá actualizado en aproximadamente 50%, considerando las necesidades de reposición de equipamiento médico.

En lo referente al Fondo de Salud, durante 2009 y 2010 se adquirieron 11,895 equipos médicos por un importe de 6,836.5 millones de pesos, separados en cinco apartados específicos. En primer lugar, por su monto e importancia, el equipo médico para el fortalecimiento de los servicios de Imagenología del Instituto, que incorporó 883 equipos con un costo de 2,787.8 millones de pesos (cuadro IV.1).

CUADRO IV.1. IMAGEN Y RADIACIONES, 2009-2010

Equipo	Artículos	Importe (millones de pesos)
Tomografía de hasta 20 cortes (unidad de tomografía computarizada)	68	552.3
Angiógrafo monoplanar	9	149.3
Angiógrafo monoplanar con ablación	5	111.8
Angiógrafo biplanar	2	26.2
Unidad radiológica y fluoroscópica transportable tipo arco en C con substracción digital	7	12.9
Unidad radiológica y fluoroscópica transportable tipo arco en C	32	35.3
Ecocardiógrafo bidimensional doppler color	8	13.9
Ecocardiógrafo bidimensional doppler color avanzado	3	6.2
Ecocardiógrafo tridimensional doppler color	11	51.6
Ultrasonógrafo avanzado	10	16.8
Ultrasonógrafo básico	7	5.2
Ultrasonógrafo gineco-obstétrico segundo nivel	6	5.9
Ultrasonógrafo gineco-obstétrico tercer nivel	10	15.1
Ultrasonógrafo intermedio	22	23.4
Unidad para ultrasonografía coloproctológica	1	2.6
Unidad para ultrasonografía urológica	2	5.2
Cámaras de centelleo	7	77.1
Cámara de centelleo de dos detectores de ángulo variable de aplicación general	4	30.8
Cámara de centelleo de dos detectores de ángulo variable de aplicación general con ct	10	168.8
Tomografía computarizada multicortes de 64 cortes	15	211.7
Unidad radiográfica de 500 ma cubierta desplazable	114	355.5
Unidad radiológica portátil	118	288.3
Unidad radiológica y fluoroscópica, transportable, tipo arco en C	50	87.9
Unidad radiológica para urología	6	61.3
Unidad radiológica y fluoroscópica digital con telemando	9	95.4
Unidad radiológica y fluoroscópica para angiografía	6	113.7
Resonancia magnética avanzada, unidad de imagen por	2	103.9
Reveladores para mastografía	161	21.2
Negatoscopios	161	1.3
Resonancia magnética intermedia abierta	1	54.2
Unidad radiológica para mastografía digital de campo completo	16	83.0
TOTAL	**883**	**2,787.8**

Fuente: IMSS.

En segundo lugar, el Programa para la Certificación, Recertificación y Licenciamiento de Operación de las Unidades Médicas involucró la adquisición de 53 equipos, con un importe de 13.1 millones de pesos, de acuerdo con la distribución que se muestra en el cuadro IV.2.

En tercer lugar, para los consultorios de Medicina Familiar de todo el país se adquirieron 6,814 estuches de diagnóstico básico, con un importe de 53.7 millones de pesos. En cuarto lugar, para atender la contingencia por el virus de la Influenza A H1N1 se adquirieron 2,174 equipos, entre los que destacan: 948 ventiladores volumétricos, 666 refrigeradores para vacunas y 468 oxímetros de pulso portátil, todos por un importe de 334.7 millones de pesos.

CUADRO IV.2. PROGRAMA PARA LA CERTIFICACIÓN, RECERTIFICACIÓN Y LICENCIAMIENTO DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS

Equipo	Destino	Cantidad	Importe (millones de pesos)
Incubadora para recién nacido	HGO No. 15, Chihuahua	5	1.6
Incubadora de traslado	HGZ No. 13, Matamoros, Tamaulipas	3	0.3
Incubadora para recién nacido	HGZ No. 13, Matamoros, Tamaulipas	1	0.2
Incubadoras con fototerapia y sin fototerapia	HGZ No. 13, Matamoros, Tamaulipas	8	4.2
Ventilador de alta frecuencia oscilatoria	UMAE, HGO No. 4 D. F., SUR	2	1.7
Laringoscopios	HGR No. 72, Edo. de Méx. Ote.	8	0.1
Craneotomo	HGZ No. 1, Zacatecas	1	0.2
Pletismógrafo corporal	UMAE, HE, No. 71, Torreón, Coah.	1	1.1
Holter	UMAE, HE, CMN "MAC", Puebla	1	0.5
Camillas	UMAE, HE, CMN “Occidente”, Jalisco	20	0.4
Juego de dilatadores Savary Guilliard	UMAE, HO, CMN “Siglo XXI“	1	0.1
Analizador de litio	UMAE, HO, CMN “Siglo XXI“	1	0.6
Analizador de haz de radiación	UMAE, HO, CMN “Siglo XXI“	1	2.1
TOTAL		**53**	**13.1**

Fuente: IMSS.

Finalmente, en quinto lugar se encuentran otros equipos que en conjunto suman un importe de 3,647.2 millones de pesos, entre los que se encuentran los incluídos en los procesos licitatorios de los Programas Nacionales: 270 unidades de anestesia intermedia, 150 unidades de anestesia básica, 35 microscopios de cirugía de tres tipos, dos pletismógrafos, 1,460 oxímetros de pulso portátil básico, 430 refrigeradores para vacunas (cuadro IV.3).

La guía de distribución de estos equipos se puede consultar en el anexo 1.

CUADRO IV.3. PROGRAMAS ESPECIALES DIFERENTES A IMAGEN Y RADIACIONES

Equipo	Total	Importe (millones de pesos)
Unidades de anestesia intermedia	270	225.8
Unidades de anestesia básica	150	78.3
Oxímetros de pulso portátil básicos	1,460	11.8
Microscopios de cirugía en tres tipos	35	60.0
Pletismógrafos	2	6.0
Refrigeradores para vacunas	430	21.4
TOTAL	**2,347**	**403.3**

Fuente: IMSS.

Se gestionó la emisión de los Oficios de Validación de Suficiencia Presupuestal a la Dirección de Finanzas (DF) para la adquisición urgente de equipo por Delegaciones y UMAE. Al 30 de junio involucraba 1,841 artículos por 61.5 millones de pesos para 33 Delegaciones y 21 UMAE.

Asimismo, durante el año se han realizado varios procesos de licitación para la adquisición de un importante porcentaje de equipamiento médico asociado a obra. En este sentido, se presupuestaron 1,127 millones de pesos que comprenden acciones de obra nueva, sustitución, ampliación y remodelación de 80 Unidades Médicas en 27 Delegaciones.

Programa de Actividades para 2010

En el segundo semestre se llevará a cabo la segunda etapa de los procesos de adquisición de equipo médico correspondiente a los requerimientos de la Proforma de Alto y Bajo Costo, con un importe aproximado de 1,034 millones de pesos. A nivel central se licitará la Proforma de Alto Costo, así como la de Bajo Costo de bienes por un importe superior a 250,000 pesos. La Proforma de Bajo Costo de bienes con costo inferior a 250,000 pesos se licitará en ocho unidades compradoras concentradoras de las Delegaciones y cuatro unidades compradoras concentradoras de UMAE. Cabe señalar que los equipos deberán estar puestos en marcha a más tardar el 1° de diciembre del año en curso.

Finalmente, con el objetivo de fortalecer los servicios de Radioterapia en el Instituto, se iniciará este año el procedimiento de adquisición de ocho aceleradores lineales para seis Unidades Médicas, que sustituirán las unidades de cobalto que han sido utilizadas por varios años. La adquisición de estos equipos médicos con tecnología de vanguardia representan una inversión aproximada de 1,070 millones de pesos. Se espera su puesta en marcha en diciembre de 2011.

A continuación se resume la distribución de recursos para la adquisición de equipamiento médico de este periodo (cuadro IV.4).

CUADRO IV.4. RESUMEN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS POR CONCEPTO DE LOS BIENES DE INVERSIÓN, 2009-2010

Concepto	Total
Equipamiento Médico	
Equipamiento 2009	1,554.5
Equipamiento 2010	5,282.0
TOTAL	**6,836.5**

Fuente: IMSS.

Finalmente, para consolidar la integración de los sistemas de información que utiliza el Instituto, lo que se logrará con el desarrollo y puesta en marcha del Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE)[1], se trabaja en colaboración con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) para la adquisición del equipo necesario para garantizar la funcionalidad de la aplicación. Para este fin se tiene programada una inversión de 355 millones de pesos.

[1] Ver Sección IV.1.20.

IV.1.2. IMPACTO MÉDICO DE LAS OBRAS DE INFRAESTRUCTURA

Con el propósito de reducir la brecha entre la infraestructura médica existente y la requerida para otorgar atención médica a los derechohabientes, el Instituto priorizó las acciones de obra médica a través de diferentes acciones, tanto de obras nuevas como de ampliación y remodelación, así como de la estrategia de Hospital sin Ladrillos.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Los principales resultados se muestran a continuación.

Se concluyeron 70 obras médicas nuevas, 15 de ellas corresponden al primer nivel, nueve al segundo nivel y tres a otras obras médicas. En obras de ampliación-remodelación: ocho corresponden al primer nivel, 24 al segundo nivel, diez al tercer nivel y una a otras obras médicas (cuadros III.3. Obras Terminadas en 2009 y III.4. Obras Terminadas de Enero a Mayo de 2010).

A través de la estrategia de Hospital sin Ladrillos se lograron recuperar 1,312 camas censables en el segundo nivel de atención, con lo cual se evitó la construcción de nueve hospitales nuevos de 144 camas, que hubieran representado un gasto de 6,750 millones de pesos.

De esta forma, conjuntando las acciones de obra nueva, ampliación y/o remodelación y Hospital sin Ladrillos, el Instituto alcanza un total de 30,734 camas censables a nivel nacional.

Con relación al equipamiento asociado a obra, para los hospitales nuevos se incorporó al modelo de equipamiento médico en los hospitales generales de zona de más de 216 camas una resonancia magnética abierta. Lo anterior, con el propósito de atender la patología traumatológica de alta frecuencia en este tipo de hospitales. Con esta medida se logra mantener al Instituto a la vanguardia en la atención médica.

Programa de Actividades para 2010

Para el cierre del ejercicio 2010 está proyectada la conclusión de 67 obras médicas, de las que destacan siete obras nuevas en el primer nivel y cuatro en el segundo. En cuanto a las obras de ampliación y/o remodelación, se terminarán ocho en el primer nivel, 19 en el segundo nivel y seis en el tercer nivel (ver cuadro III.7. Programa de Obras de Junio a Diciembre de 2010).

Con relación a la estrategia de Hospital sin Ladrillos, se estima que se recuperarán 235 camas para llegar a la meta establecida de 1,547 camas censables.

Con respecto al fortalecimiento de los servicios de Urgencias, cuyo objetivo principal es mejorar la capacidad resolutiva de los Hospitales de segundo y tercer niveles, se revisaron y autorizaron 36 programas médico-

arquitectónicos para llevarse a cabo en 34 Hospitales de segundo nivel y dos UMAE.

IV.1.3. SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES

Es una estrategia de contratación de servicios para la ejecución de procedimientos médicos diagnósticos y terapéuticos que incluyen equipo médico, instrumental quirúrgico y bienes de consumo. Esta modalidad permite disponer de manera integral de los insumos necesarios para garantizar la realización de procedimientos quirúrgicos de mínima invasión, sesiones de hemodiálisis, exámenes de laboratorio y banco de sangre. Con ello, se logra evitar el diferimiento quirúrgico o suspensión de los mismos.

Derivado de la falta de infraestructura médica, el Instituto decidió optar por esta modalidad de adquisición de servicios, con el propósito de dar respuesta adecuada a la creciente demanda de atención médica. Por medio de la incorporación de los Servicios Médicos Integrales se garantiza la prestación de servicios médicos de manera oportuna y con calidad, ya que se aprovecha la sinergia entre los diferentes componentes necesarios para la ejecución del acto médico.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Dentro del Programa de Cirugía de Mínima Invasión se realizaron 84 mil procedimientos de cirugía laparoscópica, lo que contribuyó a la disminución de los días de estancia en la hospitalización, así como la disminución en la expedición de certificados de incapacidad. Con el Programa de Pruebas de Laboratorio Clínico se efectuaron 141 millones de estudios efectuados en el laboratorio clínico que permitieron la obtención de resultados diagnósticos para una intervención médica más expedita y oportuna.

Asimismo, bajo el Programa de Banco de Sangre se procesaron 668 mil bolsas de sangre, que evitaron infecciones por transfusiones sanguíneas y con el Programa de Hemodiálisis Intramuros se otorgaron 1.4 millones de sesiones de hemodiálisis a pacientes con insuficiencia renal crónica, como terapia sustitutiva.

Programa de Actividades para 2010

Se contempla el inicio de la consolidación de los requerimientos de las Delegaciones y UMAE, para el periodo de 2011 a junio de 2013, que corresponden a los servicios médicos integrales siguientes:

- Pruebas de Laboratorio Clínico.
- Hemodiálisis.
- Mínima Invasión.
- Banco de Sangre.

Se integró el requerimiento y se elaboraron los estudios de costo-beneficio para su presentación al H. Consejo Técnico (HCT) en el segundo semestre de 2010.

IV.1.4. PROGRAMA DE CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN 6º Y 7º DÍA

Ante la creciente demanda de atención y el déficit de consultorios de Medicina Familiar, el Instituto determinó implantar una estrategia que permitiera hacer un uso más eficiente de la infraestructura instalada y que no es utilizada en fin de semana; esta estrategia se denominó Consulta de Medicina Familiar en 6º y 7º día. Ésta se aplica en aquellas UMF que presentan sobreadscripción y sobredemanda.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Al término del periodo reportado se incrementaron de 31 a 33 las Delegaciones participantes con 179 UMF y 959 consultorios; se otorgaron 1'433,891 consultas en el fin de semana, de las cuales 91.2% fueron a través de cita previa, con un promedio hora-médico de 3.9, privilegiando la atención a asegurados en 38.2% y de las embarazadas en 4.4% (cuadro IV.5).

CUADRO IV.5.
NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS EN 6° Y 7° DÍA
(MAYO 2009 A 2010)

Delegación	Consultas	Delegación	Consultas
Aguascalientes	34,112	Nayarit	12,152
Baja California	20,569	Nuevo León	153,791
Baja California Sur	7,114	Oaxaca	12,487
Campeche	11,312	Puebla	53,678
Coahuila	61,739	Querétaro	59,811
Colima	45,195	Quintana Roo	86,975
Chiapas	56,246	San Luis Potosí	43,111
Chihuahua	37,796	Sinaloa	67,732
Durango	1,704	Sonora	94,897
Guanajuato	73,164	Tabasco	5,177
Guerrero	8,172	Tamaulipas	43,832
Hidalgo	440	Veracruz Norte	23,338
Jalisco	138,684	Veracruz Sur	28,363
Edo. de Méx. Ote.	53,264	Yucatán	27,559
Edo. de Méx. Pte.	32,950	Zacatecas	9,527
Michoacán	52,486	D. F. Sur	52,125
Morelos	24,389		
SUMA	**659,336**		**774,555**
TOTAL			**1'433,891**

Fuente: IMSS.

Asimismo, en el marco de la estrategia presidencial Todos Somos Juárez, relacionado con el fortalecimiento de los servicios médicos, del 11 de febrero al 23 de mayo del presente iniciaron operación en fin de semana 13 UMF con 39 consultorios, en los cuales se proporcionaron 31,156 consultas.

Programa de Actividades para 2010

Continúan participando 33 Delegaciones, que engloban 190 UMF con 984 consultorios, estimándose otorgar un total de 1'787,791 consultas. Al cierre del periodo se espera que las consultas otorgadas por cita previa representen 95% del total, con un promedio hora-médico mayor a 4, atención a los asegurados de 40% y a las embarazadas de 6%.

Se continuará con las acciones de monitoreo, análisis y validación a nivel nacional para identificar con oportunidad aquellas Unidades Médicas que por su comportamiento operativo sean factibles de integrar a la estrategia. Asimismo, a través de medios impresos se intensificará la difusión a los derechohabientes y personal de salud de los beneficios del programa.

Finalmente, en apoyo a la problemática presentada en Ciudad Juárez se continuarán otorgando servicios en fin de semana en diez UMF.

IV.1.5. MEJORAR LA ATENCIÓN EN URGENCIAS

Diariamente en el Instituto se otorgan en promedio 25,120 consultas de urgencias, de las cuales más de la mitad corresponden a urgencias sentidas o de baja gravedad. Esta situación genera una saturación de estos servicios en las Unidades Médicas de segundo nivel, condicionando la aparición de tiempos de espera prolongados para ser atendido y estancia prolongada en primer contacto y áreas de observación. En tanto, existe una subutilización de la infraestructura instalada de urgencias en el primer nivel de atención.

Cabe señalar que de un total de 288,965 quejas de los servicios de Urgencias de segundo nivel recibidas de enero a octubre de 2009, la falta de información y demora en la atención constituyeron 90% y 6%, respectivamente, de las quejas recibidas.

En este contexto, el Instituto ha emprendido un programa para mejorar la calidad de estos servicios mediante tres estrategias fundamentales:

En primer lugar, la integración de una amplia red de organización zonal basada en el aprovechamiento de la infraestructura disponible en el primer nivel de atención y la aplicación permanente de un sistema para la identificación rápida de la urgencia grave (triage). La meta es conformar 147 redes zonales de servicios de Urgencias al término de 2012.

En segundo lugar, la ampliación y remodelación de 36 servicios de Urgencias prioritarios en Unidades Médicas de segundo y tercer niveles. Con estas dos medidas se busca reducir la demora en la atención.

Como tercer componente, la puesta en marcha de un sistema de comunicación que permita informar el estado de salud de los pacientes en áreas de Urgencias denominado Sistema Aeropuerto. Con esta acción se busca atender la falta de información que inconforma a los usuarios de este servicio.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Como resultado del diagnóstico situacional, se identificaron 147 hospitales de segundo nivel con servicios de Urgencias saturados y tiempos de espera no satisfactorios para otorgar la primera atención, así como 219 UMF dotadas con servicios de Atención Médica Continua y/o servicios de Urgencias potencialmente utilizables.

En una primera fase se incluyeron 46 de estos hospitales, a los cuales se les integró el apoyo de 99 servicios de Urgencias de UMF cuya operación de red zonal se basa en una interrelación funcional de los recursos instalados en los servicios de ambos niveles.

Al primer semestre de 2010 las primeras 46 Redes Zonales de Servicios de Urgencias se encontraban funcionando en 35 Delegaciones cuya población beneficiada asciende a 14’457,293 de derechohabientes.

A un total de 27 UMF incluidas en la primera fase le fueron otorgadas 132 plazas de nueva creación para fortalecer sus servicios de Urgencias. Simultáneamente se llevó a cabo una prueba piloto en cuatro Hospitales para asegurar la implantación exitosa del Sistema Aeropuerto, mediante el cual se informará constantemente a familiares el estado de salud de los pacientes.

A cinco meses de la implantación de estas 46 Redes Zonales se han trasladado 3,770 pacientes de servicios de Urgencias de Hospitales a servicios de Urgencias de UMF y los porcentajes de ocupación y estancia prolongada de pacientes en áreas de observación comienzan a moverse hacia los valores de referencia nacional.

Programa de Actividades para 2010

Redes Zonales

Para garantizar la consolidación de las primeras 46 Redes Zonales puestas en operación, se continuará la supervisión mensual del desempeño operativo mediante el análisis de los registros contenidos en la Cédula de Información de Red Zonal.

En coordinación con la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED) se dará seguimiento especial al desarrollo de las 36 obras de ampliación y remodelación de servicios de Urgencias.

Con base en la capacidad instalada en el primer nivel de atención se determinará, en coordinación con las 35 Delegaciones, las unidades que serán incluidas en la segunda fase de Redes Zonales. Simultáneamente se actualizará el diagnóstico situacional de las ambulancias requeridas para el traslado oportuno de pacientes entre las Unidades Médicas de las Redes Zonales proyectadas.

Asimismo, se gestionará la implementación de un sistema de comunicación interfónica que enlace los servicios de Urgencias en forma bidireccional dentro de la Red Zonal para facilitar los traslados, asegurar la continuidad de la atención del paciente y verificar la disponibilidad de camas en la Unidad receptora.

Pantallas del Sistema Aeropuerto

Ante la problemática que se genera por la falta de información a familiares de pacientes se agilizará, en unión con la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, la instalación y puesta en operación de 747 pantallas en Unidades Médicas de los tres niveles de atención.

Comunicación Interna

La difusión de la estrategia a derechohabientes y personal institucional será fortalecida mediante la distribución de materiales gráficos seleccionados.

IV.1.6. DIFERIMIENTO EN CIRUGÍA PROGRAMADA

A pesar de realizar cerca de 1.5 millones de cirugías cada año, el Instituto se enfrentó en marzo de 2009 a una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos electivos rezagados, con casos de diferimiento extremo que alcanzaban hasta 741 días.

En este contexto, se planteó una estrategia para utilizar un importante número de salas de cirugía no utilizadas en Unidades Médicas de segundo y tercer niveles, en los turnos vespertinos y fines de semana, con el objetivo de realizar jornadas quirúrgicas extraordinarias de carácter temporal. Además, se inició una estrategia de mejora de la gestión del proceso quirúrgico, complementado con la realización de Encuentros Médico-Quirúrgicos y subrogación de servicios. Lo anterior, con el propósito de resolver 100% del rezago antes del 20 de octubre de 2010.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Como resultado de la aplicación del Programa para el abatimiento del diferimiento quirúrgico se han realizado 1’534,711 procedimientos quirúrgicos en el periodo que se informa, en Unidades Médicas de segundo y tercer niveles.

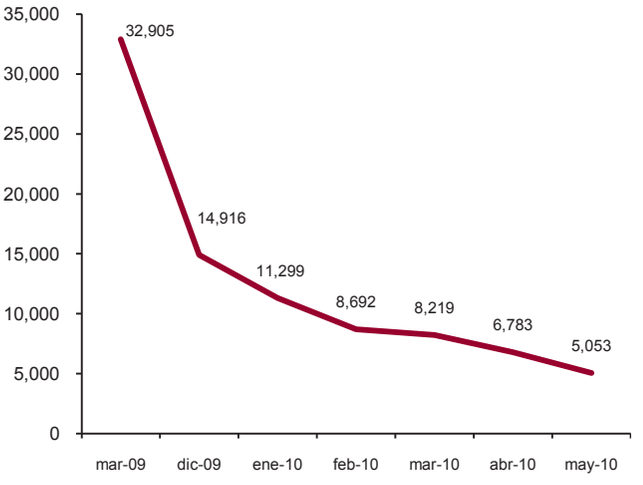
Complementariamente, se efectuaron tres Encuentros Médico-Quirúrgicos, dos en Ciudad Juárez, de la Delegación Chihuahua y el tercero en Mérida, de la Delegación Yucatán,

con una productividad de 194 procedimientos quirúrgicos realizados.

De este modo, del total de procedimientos quirúrgicos rezagados en marzo de 2009, al mes de mayo de 2010 se había logrado un avance de 84.6% (2,596 procedimientos quirúrgicos rezagados en segundo nivel y 2,457 procedimientos en tercer nivel). Lo anterior está documentado en los registros nominales de pacientes en lista de espera, registro diseñado y aplicado desde el inicio del programa (gráfica IV.1).

Durante este periodo 13 Delegaciones y nueve UMAE lograron eliminar por completo el diferimiento quirúrgico.

GRÁFICA IV.1. DISMINUCIÓN DEL REZAGO QUIRÚRGICO
(MARZO 2009 A MAYO 2010)

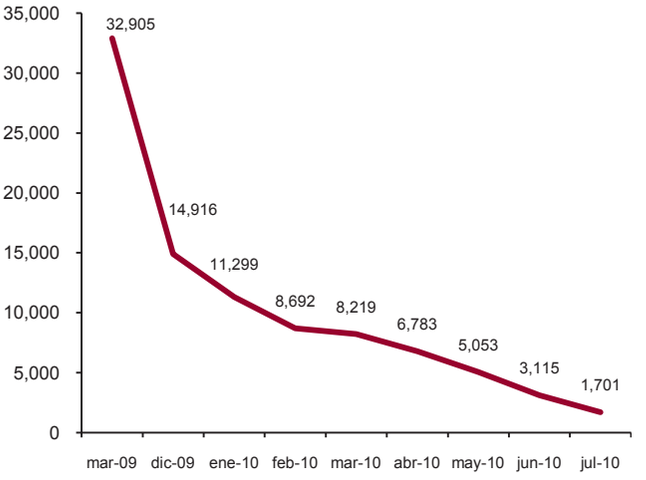


Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

El corte realizado al mes de julio de 2010 reporta 24 Delegaciones y 15 UMAE sin rezago quirúrgico, fortaleciéndose las acciones en 11 Delegaciones y diez UMAE que aún registran 1,701 procedimientos diferidos (gráfica IV.2).

GRÁFICA IV.2. DISMINUCIÓN DEL REZAGO QUIRÚRGICO
(MARZO 2009 A JULIO 2010)



Fuente: IMSS.

Para asegurar la continuidad de estos resultados y evitar el resurgimiento del rezago quirúrgico se continuará impulsando la mejora de la gestión para incrementar aún más la eficiencia en el uso de la capacidad instalada en salas de cirugía y cama hospitalaria.

Asimismo, se realizará con periodicidad semestral la medición de las fases de programación de todas las Unidades del sistema.

Cabe señalar que durante los últimos 12 meses el seguimiento de los avances y la gestión de los recursos adicionales necesarios para abatir el diferimiento se ha basado en los registros nominales de pacientes en lista de espera, los cuales serán modernizados para su obtención sistematizada.

Por otra parte, con base en el análisis de 7,890 registros obtenidos de todos los Hospitales de segundo nivel, durante el mes de julio se actualizó la medición de las fases de programación, misma que mostró una reducción considerable del tiempo requerido para el proceso en todas sus fases, las cuales comprenden desde la referencia de primer nivel hasta que el paciente es intervenido quirúrgicamente, como se muestra en el cuadro IV.6.

IV.1.7. ACCIONES PARA ABATIR LA MORTALIDAD MATERNA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS

Desde sus inicios, la atención materna ha sido una prioridad en el Instituto. En este sentido, los esfuerzos han permitido disminuir la muerte materna; sin embargo, se tiene el compromiso de llevarla a los niveles mínimos posibles.

Acorde al Programa Nacional de Salud 2007-2012, en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo y en acato al compromiso del Ejecutivo Federal de cumplir con el 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio: Mejorar la Salud Materna, el IMSS estableció líneas de acción específicas dirigidas a prevenir los embarazos de alto riesgo, incrementar la vigilancia prenatal y asegurar la atención oportuna, integral e interdisciplinaria de la emergencia obstétrica.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

El promedio de atenciones prenatales por embarazada en derechohabientes del Régimen Obligatorio en el periodo que se analiza fue de 6.8, por arriba de la meta establecida en la NOM-007 de cinco consultas. Lo anterior es resultado de las acciones de comunicación educativa a la población, dirigidas a promover el inicio oportuno y la continuidad de la vigilancia prenatal, así como la entrega personalizada e informada de la Cartilla de Embarazo Seguro y del tríptico Cuidados en el Embarazo.

CUADRO IV.6. MEDICIÓN DE LAS FASES DE PROGRAMACIÓN EN EL IMSS*
(DÍAS HÁBILES)

Fase	Enero 2010	Junio 2010
Referencia de UMF a 1ª consulta de especialidad	20.0	16.48
1ª consulta de especialidad a solicitud de cirugía	44.1	32.09
1ª consulta de especialidad a realización de cirugía	64.0	43.9
Solicitud de cirugía a realización del procedimiento	19.8	12.7
Referencia de UMF a realización de cirugía	84.0	59.4

* En Canadá el tiempo promedio entre la referencia del médico general a la realización de la cirugía es de 126 días. De estos, 42 días transcurren entre la valoración del médico general y la primera atención del especialista, en tanto que los 84 días restantes transcurren entre la valoración del especialista y la realización del procedimiento quirúrgico. Por otro lado, en Finlandia el tiempo promedio entre el envío del médico general a la realización del procedimiento quirúrgico varía de 80 a 166 días.

En junio de 2009 se implantaron en todas las Delegaciones y Hospitales con servicio de Gineco-Obstetricia la Caja Roja Obstétrica, misma que debe contar siempre con los insumos necesarios para la atención. Asimismo, se integraron los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), conformados por personal médico y administrativo del nivel operativo, directivo de Unidad Médica y Delegacional, con el fin de abordar los requerimientos para la atención oportuna e integral a la emergencia obstétrica.

En el nivel normativo se formó el Equipo de Respuesta Inmediata Central (ERIC), para proveer y/o agilizar el apoyo a la atención de todas las pacientes con emergencia obstétrica en riesgo de morir. Asimismo, desde el 15 de diciembre de 2009 se dispone en el nivel central de una línea exclusiva de telefonía celular para recibir la notificación inmediata de las pacientes en riesgo y con ello detonar acciones inmediatas. Ambas estrategias funcionan las 24 horas del día, los 365 días del año.

En este periodo se realizaron dos reuniones de capacitación para 95 jefes de servicio y de división de Gineco-Obstetricia de segundo y tercer niveles, para la atención y tratamiento de las principales causas de defunción materna y el segundo para 75 coordinadores médicos delegacionales para la conducción de los servicios que proporcionan atención obstétrica.

La tasa preliminar de muerte materna en el Instituto para el periodo que se reporta fue de 37.3 por 100,000 nacidos vivos, cifra inferior en 42.4% a la reportada por la Secretaría de Salud (SSA) para 2009, de 64.8 (gráfica IV.3).

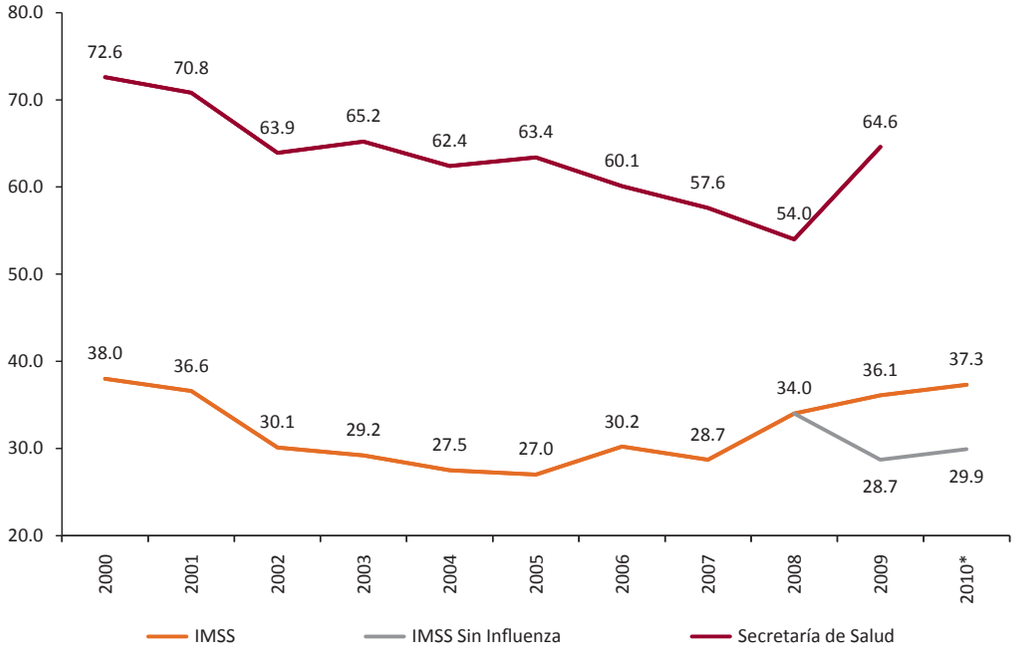
Al excluir en el intervalo que se evalúa las 37 defunciones de embarazadas por Influenza A H1N1 (confirmadas), la mortalidad materna en el Instituto se reduce al pasar de 37.3 a 29.9 por 100,000 nacidos vivos (gráfica IV.3).

Al cierre de mayo de 2010 se han inmunizado 233,037 mujeres embarazadas contra la Influenza A H1N1, que corresponden a 91.7% de la meta (254,057), como una de las acciones preventivas de mayor impacto.

Con el propósito de avanzar hacia la universalidad de los servicios médicos como se señala en el Apartado 3.2, Estrategia 7.1, del Plan Nacional de Desarrollo, el 29 de mayo de 2009, la SSA, el IMSS y el ISSSTE, suscribieron ante el Ejecutivo Federal el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Al cierre de mayo de 2010, en el IMSS se ha proporcionado atención a 2,579 mujeres no derechohabientes en estado grávido-puerperal, de las cuales 608 fueron catalogadas como emergencia obstétrica y se atendieron 1,004 recién nacidos.

Como medida adicional para fortalecer la estrategia se identificaron las necesidades de infraestructura para la atención de la mujer gestante en riesgo de muerte, para ello se planteó el incremento de Unidades de Cuidados Intensivos del Adulto.

GRÁFICA IV.3. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA
(TASA POR 100,000 NACIDOS VIVOS)



* Mayo 2009 a Mayo 2010.
Fuentes: SS, AIDeM, semana epidemiológica 35/2010, IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Para optimizar la conducción de los servicios que intervienen en la atención de las mujeres con emergencia obstétrica e incrementar la eficiencia de los ERI, se mantendrá la capacitación de los jefes de servicio y de división de Gineco-Obstetricia de los Hospitales Generales y UMAE.

Se continuará con las visitas de supervisión a las Delegaciones con mayor número de muertes maternas a fin de apoyar la organización de los servicios involucrados en la atención de las mujeres en estado grávido-puerperal, reorientar la organización y funcionamiento de los Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna, que les permita establecer acciones de mejora en la calidad de la atención, y gestionar los apoyos de índole administrativo, en apego a la Ley General de Salud.

Para focalizar las acciones dirigidas a prevenir los embarazos con riesgo reproductivo elevado, en particular por enfermedades crónico-degenerativas, se continuará con el diseño y construcción del sistema de información que permita conocer el número de mujeres en edad fértil con enfermedades preexistentes que no utilizan métodos anticonceptivos de alta continuidad.

Mantendremos el apoyo a los Hospitales Generales, UMAE y a las Delegaciones a través de la notificación inmediata a nivel normativo las 24 horas del día, por telefonía celular, para la atención de todas las pacientes con emergencia obstétrica en riesgo de morir.

De mantenerse el comportamiento a la baja de las defunciones en el primer semestre de 2010 como resultado de las medidas implementadas, se esperan al cierre de este año 135 casos con una tasa menor a 29 por 100,000 nacidos vivos.

IV.1.8. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El proyecto estratégico de Guías de Práctica Clínica (GPC) es fundamental para la convergencia de las instituciones del Sector Salud y la unificación funcional del Sistema Integrado de Salud, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones gerenciales y clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. El proyecto tiene como propósito mejorar la calidad y seguridad de la atención médica, homogeneizar la práctica médica y contribuir al uso eficiente de los recursos aplicados a la salud, a través de la actuación integrada de los tres niveles de atención en el sector.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el periodo se desarrollaron 170 GPC, de las cuales 60.6% (103 GPC) se entregaron al Centro Nacional de Evaluación Tecnológica en Salud (CENETEC) para su validación por la Academia Mexicana de Medicina, destacando que 54% (55 GPC) ya fueron autorizadas por el Comité Nacional de GPC e incorporadas al Catálogo Maestro. Se inició el plan de difusión e implementación desconcentrada en las Delegaciones y Direcciones de las UMAE y se colocaron 94 GPC en la red institucional (Intranet) y en la página web del IMSS. A la fecha, 76.6% de éstas se han difundido a nivel nacional. Dentro del Sector Salud, el IMSS ha contribuido con 64.36% de las GPC incorporadas al Catálogo Maestro (cuadro IV.7).

CUADRO IV.7. AVANCE SECTORIAL ACUMULADO DE ENERO DE 2008 A MAYO DE 2010

Institución	Guías Programadas Meta Sectorial Acumulada	Guías Desarrolladas	Guías Autorizadas por la Academia e Incorporadas en el Catálogo Maestro
IMSS	194	205	130
SSA	130	80	58
ISSSTE	32	14	14
TOTAL	**356**	**299**	**202**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Las actividades consideradas para el periodo son:

- Desarrollo de 60 GPC nuevas para lograr cumplir con la meta 2010 (130 GPC).
- Integración y validación de 58 GPC desarrolladas.
- Difusión e implementación de 86 GPC.
- Vigilancia y seguimiento del plan de difusión e implementación a través de visitas de supervisión a las Delegaciones y UMAE.
- Coordinación con el CENETEC y la Dirección de Calidad de la Secretaría de Salud para el desarrollo, difusión e implementación de las GPC a nivel sectorial.
- Implementación de las acciones para la evaluación sistemática del apego a las recomendaciones de las GPC.
- Consolidación del Convenio IMSS-Cochrane para participar como centro colaborador de la Red Iberoamericana Cochrane.

IV.1.9. PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

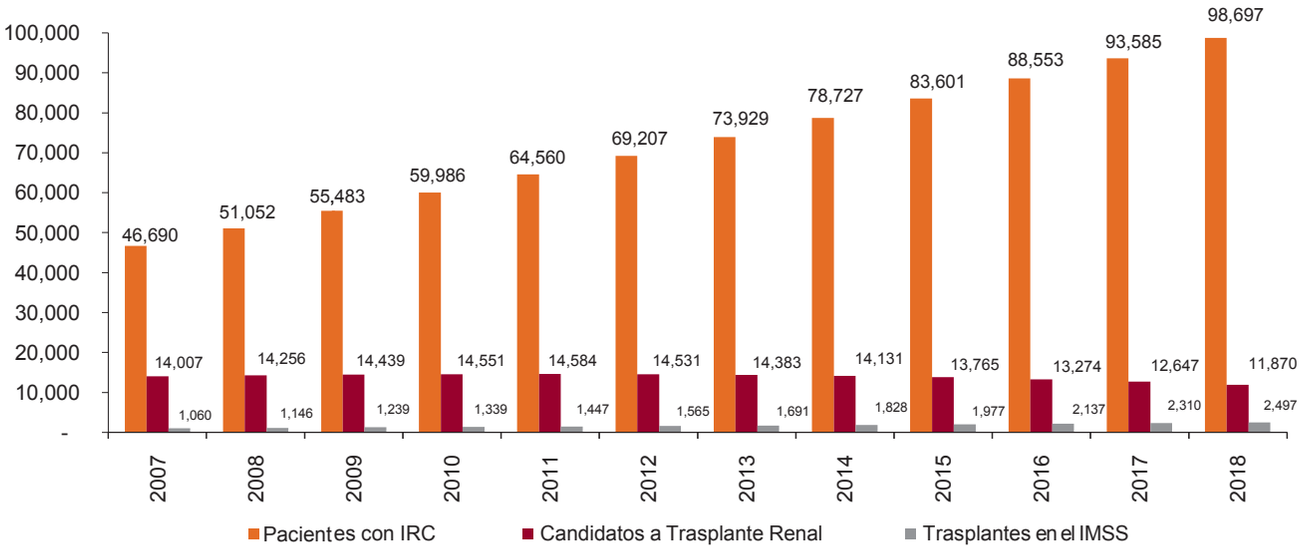
Actualmente la insuficiencia renal crónica (IRC) ocupa el décimo lugar como causa de mortalidad general en nuestro país. En costos, el manejo sustitutivo (diálisis/hemodiálisis) del paciente con falla renal consume 7% del presupuesto total del IMSS destinado a la atención médica. Por lo anterior, el Instituto ha considerado el Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células como un programa estratégico.

De las opciones terapéuticas, el trasplante renal es la idónea, ya que logra una mejor calidad de vida y una mayor sobrevida, permitiendo que los pacientes se reincorporen a la vida laboral y social, además de tener un menor costo que las otras opciones de manejo sustitutivo

En el IMSS existe una prevalencia de 49,778 pacientes en manejo sustitutivo; de estos, 14,933 (30%) son candidatos a recibir un trasplante renal. Si se considera la tendencia de crecimiento poblacional y la tasa actual de trasplante renal, para el año 2018 habrá una diferencia importante entre la oferta y la demanda de este procedimiento (gráfica IV.4).

De acuerdo con estos datos se estableció la meta de realizar 2,500 trasplantes al año, lo que requiere un crecimiento continuo de 30% para alcanzar una tasa de trasplantes de 50 por millón de derechohabientes, similar a la de España y Estados Unidos, por lo que se elaboró un proyecto de fortalecimiento de los programas de trasplante renal que permitirá equilibrar la oferta y la demanda gradualmente.

GRÁFICA IV.4. PROYECCIÓN A 2018 DEL NÚMERO DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL *VS.* TRASPLANTES REALIZADOS EN EL IMSS



Fuente: IMSS.

La sobrevida que se obtiene con trasplante renal es el doble de la alcanzada con métodos dialíticos (cuadro IV.8); además, la calidad de vida es superior (hemodialisis 0.864 *vs.* trasplante 0.978). Al comparar costos, el trasplante renal es cinco veces más económico que el manejo con hemodiálisis y hasta 10% menor que la diálisis peritoneal (cuadro IV.9). Con base en los costos de manejo en el Instituto se calcula un ahorro de 40% con el trasplante renal (cuadro IV.10). En el 2009 el Instituto gastó por la atención de pacientes en diálisis/hemodiálisis 10,752 millones de pesos; para el 2018 el gasto estimado será de 16,006 millones de pesos, lo que representa un incremento de 49%.

CUADRO IV.8.
SOBREVIDA ESTIMADA CON TRASPLANTE RENAL

Sobrevida	Diálisis Peritoneal	Trasplante Renal
1 año	86%	90%
3 años	67%	80%
6 años	38%	75%

Fuente: IMSS.

CUADRO IV.9.
COSTO DEL TRATAMIENTO *VS.* TRASPLANTE

Hemodiálisis/Diálisis	Costo Anual	Costo a 5 años
Diálisis peritoneal	108,607	543,034
Hemodiálisis	412,632	2’063,159
Hemodiálisis subrogada	504,790	2’523,950
Trasplante	1er. año	> 1 año	5 años
Donador vivo	288,174	49,674	486,870
Donador cadavérico	407,903	104,281	825,028

Fuente: IMSS.

CUADRO IV.10.
ESTIMACIÓN DE COSTOS POR TIPO DE PACIENTE

	Pacientes por año	Costo total a 5 años de los pacientes trasplantados	Costo total a 5 años de los pacientes en diálisis/hemodiálisis	Ahorro generado al realizar trasplantes	Ahorro
Adulto	2,220	1,298 mdp	2,132 mdp	834 mdp	39%
Pediátrico	140	66 mdp	153 mdp	87 mdp	57%
TOTAL	**2,360**	**1,364 mdp**	**2,286 mdp**	**921 mdp**	**40%**

Fuente: IMSS.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

El Instituto realizó 55% de los trasplantes renales del país en los 26 programas hospitalarios, de los cuales 13 se encuentran en UMAE y 13 en Unidades Médicas Hospitalarias de segundo nivel. Se otorgaron 428 consultas de trasplantes por día y 179 consultas por urgencias. En este periodo se realizaron 1,307 trasplantes renales, de los cuales 85% son de donador vivo y 15% de donador cadavérico.

Se realizó el segundo consenso con médicos de trasplantes de todo el país, con la finalidad de establecer los lineamientos normativos para el estudio del donador y receptor, y definir los criterios de referencia e implementación de la GPC Terapia Inmunosupresora en Trasplante Renal.

Se elaboró un programa educativo denominado Curso de Alta Especialización en Trasplante Renal, para capacitar personal médico y paramédico en las áreas Clínica y Quirúrgica, otorgando una beca institucional a 22 médicos y 42 enfermeras.

En el Catálogo Normativo Institucional y en el Sistema de Información Normativa de Intranet del Instituto se registró el documento normativo titulado Procedimiento para la Referencia al Programa de Trasplante Renal, Protocolo de Estudio, Valoración Clínica del Donador Vivo y del Receptor y Criterios para la Contrarreferencia.

Se asignaron 30 plazas de médicos cirujanos, clínicos y enfermeras para los Programas de Trasplante Renal de cuatro UMAE. Actualmente se están capacitando 11 enfermeras y siete médicos en el Curso de Alta Especialización en Trasplante Renal.

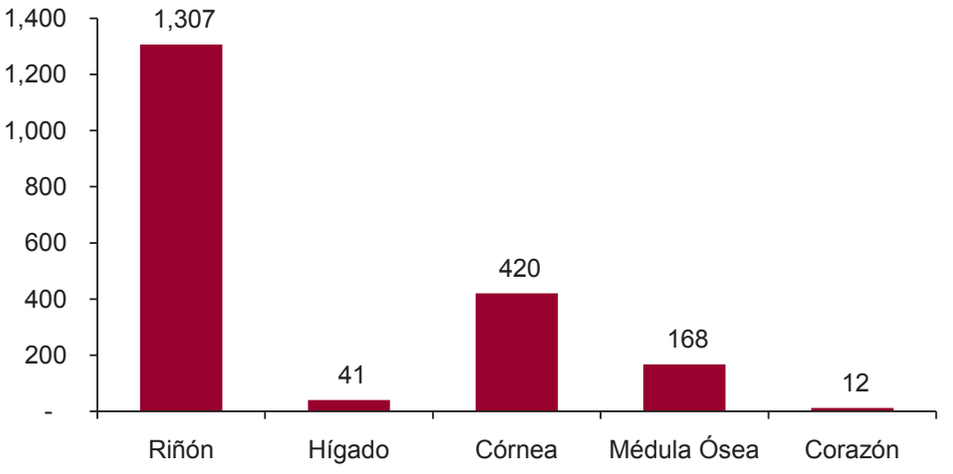
El Instituto, a través de sus programas de trasplantes, realizó 1,948 procedimientos, sobresaliendo los de riñón (1,307) y los de córnea (420); ambos representan poco más de 90% de los trasplantes realizados (gráfica IV.5).

En materia de donación cadavérica se integraron a la Red Institucional de Donación diez Unidades Médicas Hospitalarias de segundo nivel; actualmente se cuenta con 51 Hospitales.

Asimismo, se incluyó en el Catálogo Institucional de Plazas de Confianza "B" la figura del Coordinador Hospitalario de Donación, para que en las Subcomisiones Delegacionales de puestos de Confianza "B" se iniciara el proceso de selección y calificación de los candidatos.

Se capacitaron 17 médicos a través del Diplomado Universitario para la Formación de Coordinadores de Donación de Órganos con Fines de Trasplante, impartido conjuntamente con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) y con el aval académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

GRÁFICA IV.5. TRASPLANTES REALIZADOS, 2009-2010



Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Con el objetivo de incrementar la tasa de trasplante renal se han considerado diversas acciones.

Entre ellas la difusión e implementación de la normativa en trasplante renal, para mejorar la referencia oportuna del paciente con enfermedad renal terminal a los programas de trasplante, que cumpla con los criterios para ser candidato a este procedimiento.

En colaboración con la DF se iniciará el proyecto de estímulos económicos por desempeño para las UMAE con Programa de Trasplante Renal.

Asimismo, se encuentra en proceso el proyecto de subrogación de trasplante renal con la finalidad de que ambos proyectos incrementen la productividad.

Por otro lado, con relación a la donación cadavérica, como parte complementaria del trasplante renal se realizan acciones estratégicas que incluyen dar continuidad a la integración de la Red Institucional de Donación para contar de inicio con un Hospital por Delegación.

IV.1.10. TRANSFORMACIÓN INTEGRAL DE TRÁMITES DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE Y NORMATIVIDAD (TITAN)

Con el objetivo de mejorar la calidad de atención que se proporciona a los derechohabientes y en el marco del proyecto TITAN[2], la DPM del IMSS llevó a cabo el análisis de los servicios que otorga actualmente y seleccionó aquellos que presentan mayores problemas para la población usuaria, tales como: tiempo de espera prolongado para recibir la atención en Medicina Familiar, acudir en más de una ocasión para obtener cita con el especialista y realizar actividades de gestor que no le corresponden.

En este contexto, se adquirió el compromiso de mejorar cuatro trámites-servicios de alto impacto que se otorgan en las Unidades Médicas de primer y segundo niveles de atención:

1. Solicitud de cita médica en primer nivel.
2. Referencia a segundo nivel de atención médica y solicitud de cita médica de primera vez (a especialidad).
3. Contrarreferencia de segundo a primer nivel de atención médica.
4. Solicitud de visita domiciliaria.

Se espera impacto positivo con 12 millones de consultas espontáneas solicitadas al año en Medicina Familiar, cinco millones de

[2] Ver secciones II.7. y VII.2.

envíos anuales a segundo nivel de atención y aproximadamente mil consultas domiciliarias.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo de referencia se identificaron los servicios que requerían ser mejorados, se elaboraron los mapas procesales correspondientes, se revisó la normatividad y se definieron las mejoras, las cuales fueron implantadas y monitoreadas.

En relación con la "Solicitud de cita médica en el primer nivel de atención", se cumplió con la reorganización y supervisión de la agenda de citas y el uso del *Call Center,* el cual se encuentra implantado en 13 Delegaciones.

Referente a la "Cita médica de primera vez en especialidad en segundo nivel de atención médica", se ha cumplido con la estrategia de no retorno, se actualizaron los criterios de referencia y contrarreferencia, y se encuentra en fase de implantación el sistema de intercomunicación directa y permanente entre la UMF y el Hospital, que a su vez beneficiará a la "Contrarreferencia de segundo a primer nivel de atención médica".

En cuanto a la "Solicitud de visita domiciliaria", se ha implantado la mejora correspondiente.

Se inició la identificación de los trámites y servicios que eventualmente conformarán el programa de trabajo 2010.

Programa de Actividades para 2010

Una vez definidos los nuevos trámites a incluir se llevan a cabo las siguientes acciones:

- Fase 1. Levantamiento de información.
- Fase 2. Análisis de información y diseño de las mejoras.
- Fase 3. Implantación de mejoras a nivel operativo.
- Fase 4. Monitoreo de las mismas.

IV.1.11. CONVENIO DE SUBROGACIÓN CON HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el Apartado 3.2 Salud, Estrategia 7.1, plantea avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social en el capítulo I, Artículo 9, fracción II, refiere que el Instituto proporcionará las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad directamente a los derechohabientes, a través de su propio personal e instalaciones, o indirectamente. Esta última modalidad, con base en convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de proporcionar las prestaciones en especie

del Seguro de Enfermedades y Maternidad en los términos de la Ley y del Reglamento de Servicios Subrogados.

Los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) de la SSA representan una alternativa para el cumplimiento de la Misión institucional, dado que están distribuidos estratégicamente en la República Mexicana, conformando una red de servicios médicos con Especialidades Clínico-Quirúrgicas, dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica. Los HRAE aportan la infraestructura hospitalaria suficiente para hacer realidad la Convergencia en la prestación de servicios médicos.

En este contexto, el Ejecutivo Federal instruyó a las instituciones de salud para que se establecieran los acuerdos necesarios para el intercambio de servicios, con lo que quedó integrado el Compromiso Presidencial IMSS0455 de Subrogación de Servicios entre Instituciones Públicas.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para dar cumplimiento al ordenamiento federal, en una primera etapa fue formalizado el Convenio de Subrogación de Servicios entre el IMSS y el HRAE en Ciudad Victoria, Tamaulipas, el 26 de octubre de 2009. Desde entonces, al mes de mayo de 2010 se ha dado atención a un total de 253 pacientes, con una erogación de 1.09 millones de pesos.

En general, en el periodo que se informa se han atendido en los HRAE un total de 2,633 pacientes de las Delegaciones Chiapas, Guanajuato, Oaxaca, Tamaulipas y Yucatán, en las que se cuenta también con los convenios correspondientes. Estas intervenciones han representado una erogación de 4.8 millones de pesos. Los procedimientos con mayor demanda fueron auxiliares de diagnóstico y tratamiento, seguidos por los quirúrgicos.

Asimismo, se llevaron a cabo reuniones con Delegados y Jefes de Prestaciones Médicas, en las cuales se logró consolidar un sistema de información confiable, el cual permitirá observar la tendencia en el comportamiento de esta estrategia.

Programa de Actividades para 2010

Concluir el proceso para la celebración del Convenio Marco que permitirá homogeneizar las condiciones de la atención a los derechohabientes, así como las tarifas que regirán este intercambio de servicios y que favorecerá la oportunidad. Con estas acciones se aprovechará la capacidad instalada a nivel nacional y se reducirán los tiempos de espera y el rezago en cirugía en todo el país.

CUADRO IV.11. PROCEDIMIENTOS Y GASTO EROGADO DE REFERIDOS A LOS HRAE
(MONTOS EN PESOS, MAYO 2009 A MAYO 2010)

Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE)	Auxiliar de Tratamiento	Gasto	Auxiliar de Diagnóstico	Gasto	Procedimientos Quirúrgicos	Gasto	TOTAL	
							Procedimientos	Gasto
Tapachula y Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	128	215,884	1,547	1'747,034			1,675	1'962,918
Guanajuato	11	62,659	98	216,844			109	279,503
Oaxaca	1	14,500					1	14,500
Tamaulipas	35	194,282	179	259,846	39	634,701	253	1'088,829
Yucatán			595	1'488,333			595	1'488,333
TOTAL	**175**	**487,325**	**2,419**	**3'712,057**	**39**	**634,701**	**2,633**	**4'834,083**

Fuente: IMSS.

Para dar factibilidad de desarrollo se implementarán las estrategias financieras a fin de optimizar la disponibilidad presupuestal de las Delegaciones que cuentan con este tipo de Hospitales y favorecer así el incremento de los pacientes que se envían a los HRAE. Finalmente, se intensificará la supervisión documental y presencial a las Delegaciones involucradas a fin de consolidar el intercambio efectivo y eficiente de servicios de salud.

IV.1.12. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Para los derechohabientes usuarios significará un novedoso recurso para resolver sus problemas de salud al acceder en forma inmediata a información médica, que de otra manera la obtendría acudiendo a las Unidades de salud. Con esta estrategia los derechohabientes podrán ahorrar tiempo, así como tomar decisiones razonadas y fundamentadas en una fuente médica directa. El Instituto, en forma paralela, contendrá la afluencia de pacientes hacia los servicios de Consulta Externa y Urgencias, con lo que eventualmente se incrementará la capacidad de respuesta de sus Unidades Médicas y disminuirán los costos de operación.

La Orientación Médica Teléfonica (OMT) es un proceso de comunicación mediante el cual los derechohabientes solicitan y reciben asesoría de un médico operador capacitado, quien haciendo uso del triage telefónico determina la prioridad de la atención médica del paciente.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En este periodo se llevó a cabo la planeación del programa y se definieron las primeras estrategias para su implementación. Con base en experiencias internacionales se realizó la estimación del número de derechohabientes que eventualmente harán uso de esta modalidad, así como el impacto en la afluencia de pacientes hacia los servicios de Urgencias de primero y segundo niveles, y a la consulta de Medicina Familiar.

Para establecer el marco operativo de la estrategía se realizaron diversas acciones, entre las que desctacan la definición del perfil y de las actividades de los operadores médicos y supervisores, así como los indicadores y estándares para medir la productividad e impacto del servicio.

Se analizaron los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Consulta Externa de Medicina Familiar y Urgencias para determinar la patología que eventualmente sería factible atender a través de la OMT. Asimismo, se identificó el grupo de médicos expertos en diferentes especialidades para la integración de un comité médico que sancione los protocolos de atención que existen en el mercado.

Programa de Actividades para 2010

De acuerdo con experiencias nacionales y las referidas en la bibliografía internacional se llevará a cabo un estudio de costo-beneficio y los impactos esperados en la atención de la demanda en las Unidades Médicas de primer y segundo niveles, lo cual será de utilidad para la implantación del programa en todo el sistema.

Asimismo, se conformará el comité médico con la participación de médicos expertos del IMSS para llevar a cabo la supervisión y evaluación de la prueba piloto. La implementación del programa se realizará en tres fases: la primera, considerada como prueba piloto, contará con la participación de cuatro Delegaciones; la segunda fase tendrá la participación de 15 Delegaciones y la tercera tiene considerado su desarrollo en 2012, con el concurso de todas las Delegaciones.

IV.1.13. DIABETIMSS

Durante el año 2009 la diabetes ocupó el segundo lugar de demanda de consulta en Medicina Familiar y el quinto lugar en la consulta de Especialidades en el IMSS. Es la primera causa de muerte con 21,686 defunciones. La prevalencia actual es de 7.6% y a nivel nacional se espera que haya 11 millones de enfermos para el año 2025.

Con el propósito de otorgar atención eficiente e integral a los pacientes con diagnóstico de diabetes y siendo una prioridad establecida desde el inicio de la presente administración, se elaboró e implementó el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético “DIABETIMSS”.

Se estima que el gasto total de un día para la atención de pacientes diabéticos que reciben atención en el IMSS es de 54’939,068 pesos, correspondiendo a la atención ambulatoria 42’78,390 pesos, a la hospitalaria 8’334,427 pesos, las sesiones de hemodiálisis ambulatoria tienen un costo de 1’421,454 pesos y la rehabilitación de pacientes amputados es de 727, 954 pesos.

Los impactos económicos esperados entre los cinco y siete años se relacionan directamente con la disminución de 15% en los costos, 20% en complicaciones, 18% en invalidez y 14% en mortalidad.

En este sentido, el programa tiene como objetivo fundamental alcanzar el adecuado control metabólico y la identificación temprana de las complicaciones para evitar o retrasar su aparición, mejorando la calidad de vida del derechohabiente, así como disminuir los costos de atención.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo reportado se implantaron 23 nuevos módulos de DIABETIMSS, que sumados a los 35 existentes dan un total de 58. Asimismo, se definieron diversas estrategias para la identificación de recursos humanos y financieros requeridos, favoreciendo que las Delegaciones seleccionaran las UMF con factibilidad de implantar módulos para el año 2010.

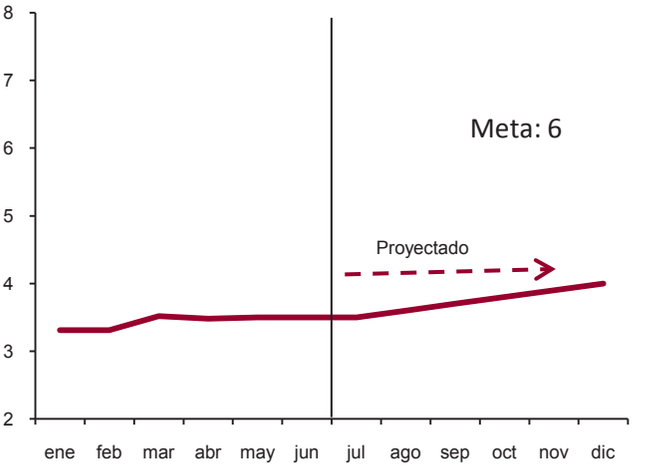
En el mes de agosto de 2009 se publicó en Intranet la GPC, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, misma que fue difundida a todas las UMF, en conjunto con otros documentos normativos que complementan la buena práctica para la atención del paciente diabético.

Se realizaron dos cursos para formar capacitadores en DIABETIMSS, con la participación de 326 participantes entre directivos delegacionales, locales y personal de Base. Por otra parte, con el fin de automatizar las actividades de salud desarrolladas en el programa se activó la aplicación DIABETIMSS en el Expediente Clínico Electrónico de todas las UMF.

Durante el periodo reportado se otorgaron en los módulos de DIABETIMSS 244,813 consultas; el promedio hora-médico a nivel nacional fue de 3.5. Su comportamiento se muestra en la gráfica IV.6.

Con el propósito de fortalecer el Programa se otorgaron 195 nuevas plazas, mismas que se asignaron a los módulos de nueva operación. Se incluyó en el Cuadro Básico Sectorial e Institucional la cámara no midriática de retina, recurso tecnológico necesario para identificar oportunamente las lesiones en los pacientes diabéticos; el *software* de autointerpretación se encuentra en proceso de inclusión.

GRÁFICA IV.6. PROMEDIO HORA-MÉDICO ENERO-JUNIO, PROYECCIÓN JULIO-DICIEMBRE DE 2010



Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

En el segundo semestre de 2010 continuará el desarrollo de las diversas líneas de acción dirigidas a incrementar el número de módulos en las diferentes Delegaciones. Asimismo, conjuntamente con la Coordinación de Comunicación Social se concluirá el diseño del material gráfico de comunicación interna y externa dirigido a derechohabientes y personal de salud.

Se considera, para el mes de diciembre de 2010, concluir la implantación de 39 módulos, uno en cada Delegación; otorgar 372,000 consultas; lograr el promedio hora-médico en 4, en todos los módulos; alcanzar 37% de pacientes en control metabólico y referir a segundo nivel a los pacientes en los que se identifiquen 55% de complicaciones en forma temprana.

IV.1.14. EDUCACIÓN EN SALUD-FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

La formación de recursos humanos para la salud aún es un reto para México. A pesar de los esfuerzos conjuntos de instituciones educativas y de salud el número de médicos es insuficiente, lo que se agrava al considerar que existe una distribución desigual en todo el país. México cuenta con 171.5 médicos por 100,000 habitantes, lo que significa una desventaja comparado con Venezuela (194), Brasil (206), Francia (329) y Estados Unidos (549).

El Instituto ha sido el mayor formador de médicos especialistas en México, al grado que sus egresados se encuentran no sólo en sus propias áreas, sino en las de todo el Sector Salud. Actualmente, el IMSS alberga 57.1% de todos los médicos residentes del país.

A pesar de este esfuerzo existe insuficiencia de médicos, ya que el IMSS enfrenta el reto del crecimiento de la demanda de atención a la salud por la modificación del panorama epidemiológico del país, así como la ampliación de la infraestructura médica y el reemplazo del personal médico por jubilarse.

Operativamente, los servicios de atención a la salud de la población derechohabiente presentan condiciones que se pueden ejemplificar como sigue: los programas de trasplantes en UMAE cuentan con 2.8 cirujanos y 2.5 clínicos por Unidad, por lo que se requiere de la capacitación en trasplante renal para personal médico y paramédico; y la insuficiencia de médicos especialistas en general y en “Urgencias médico-quirúrgicas”, lo que se traduce en rezago quirúrgico.

Este fenómeno en el área médica del Instituto se traduce en el incremento de las necesidades de personal especializado para cubrir los servicios de atención al derechohabiente, acompañado de un insuficiente número de médicos especialistas para cubrir las necesidades actuales y futuras de atención a la salud.

La magnitud de estos requerimientos ha sido dimensionada incialmente por la DPM del Instituto, de tal forma que se identifica un escenario de 24 mil plazas de médicos de diferentes especialidades a cubrir para el periodo de 2010 a 2015. Particularmente críticas son las áreas de Urgencias, Oncología, Urología, Nefrología y Geriatría, que aun considerando todos los que se forman en el sector se van a requerir varios años para resolver el déficit.

Con la finalidad de responder a este requerimiento, el Instituto ha definido un programa como una de las estrategias prioritarias, bajo la conducción de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud, para fortalecer y reorientar el Sistema Institucional de Residencias Médicas, incrementando gradualmente la formación de médicos especialistas, ampliando el número de sedes y subsedes formadoras, y muy particularmente atendiendo la calidad, así como la pertinencia de los programas académicos de las diversas especialidades.

El proceso de formación se complementa con estrategias que permitan incorporar a los médicos recién egresados de las especialidades médicas como parte del capital humano institucional, con el propósito fundamental de garantizar la calidad, calidez y opotunidad de los servicios de atención a la salud de la población derechohabiente.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En febrero del presente año, egresaron del Instituto 2,227 nuevos médicos especialistas en 58 especialidades de las 62 que conforman actualmente la oferta académica. Este número de egresados se incrementó en 27.5% con relación a 2009.

Para el ciclo académico que diera inicio en marzo del año en curso, ingresaron al Sistema Institucional de Residencias Médicas 3,367 nuevos residentes, habiendo fortalecido este programa con recursos adicionales por 115.1 millones de pesos para los rubros de servicios personales y bienes de consumo, orientados al eje rector de Mejorar la Calidad de los Servicios.

El fortalecimiento de la formación de médicos especialistas permitió incorporar 112 residentes para las especialidades de rama que se desarrollan en el Instituto.

Se destinaron 22.2 millones de la asignación adicional a la adquisición de material bibliográfico para el Sistema Bibliotecario del IMSS, que constituye uno de los recursos más importantes en materia de infraestructura académica del Instituto, dirigido no sólo al personal en formación, sino a la totalidad de personal institucional.

En apoyo a este programa se redefinieron diversas estrategias enfocadas a la incorporación de los médicos especialistas egresados a las diversas Unidades Médicas distribuidas en el territorio nacional, así como para el reordenamiento de las especialidades médicas en formación.

En marzo de 2010, mediante una estrategia acordada con el SNTSS, se contrató a 67.9% de los médicos egresados. El porcentaje de contratación de egresados mejoró en relación con el logrado en 2009 de 40.5%.

Los resultados de este proceso, si bien es cierto presentan mejoría en relación con el 2009, debe puntualizarse que se encuentran estrechamente relacionados a la libertad que tienen los médicos especialistas egresados para prestar sus servicios profesionales en la institución de su preferencia, independientemente de aquella que los ha formado, toda vez que no existe para ellos el compromiso de resarcir al IMSS su formación.

En mayo del año en curso se dio inicio a la estrategia que permitirá al Instituto identificar las necesidades de formación de médicos especialistas en función de las necesidades de cobertura y al panorama epidemiológico de las condiciones de salud a nuestro cargo.

En este ejercicio de planeación prospectiva se encuentran participando la DPM por conducto de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud, las Jefaturas Delegacionales de Prestaciones Médicas y las Direcciones Generales de UMAE.

Programa de Actividades para 2010

Dados los alcances del Programa de Formación de Médicos Especialistas, anualmente se deben realizar una serie de acciones de manera consecutiva que permitan sustentar los resultados esperados, de tal forma que para el periodo junio-diciembre de 2010 se contemplan las siguientes acciones:

- Formalización del modelo de análisis prospectivo de necesidades institucionales de formación de médicos especialistas para el ciclo 2010-2015: determinación de requerimientos de ingreso a especialidades de entrada directa y de rama para el ciclo académico 2011-2012 (estimado de 5,934 ingresos) e implementación del modelo institucional de identificación de necesidades y capacidad de formación de médicos especialistas para el ciclo 2012-2015.
- Integración de presupuesto para la formación de médicos especialistas, lo que implica la gestión del marco presupuestal para la incorporación de nuevos residentes médicos para especialidades de entrada directa y de rama, esperando obtener 4,014 plazas para especialidades de entrada directa, 746 para especialidades de rama y 1,174 becas para programas internos de formación como especialistas dirigidas a personal de Base.

- Registro y selección de aspirantes a residencias médicas en el Instituto para el ciclo 2010-2011: colaboración con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) para integrar los campos clínicos de especialidades médicas para el Sistema Nacional de Residencias Médicas; apoyo a la CIFRHS para la aplicación del XXXIV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM); registro y selección institucional de aspirantes a residencias médicas por medio de la realización de dos vueltas en el periodo octubre-diciembre de 2010 y planeación de tercera vuelta de registro y selección a realizar en enero de 2011.
- Fortalecimiento del Programa de Calidad de la Educación mediante la estandarización y evaluación permanente de los programas educativos de formación de médicos especialistas: actualización de los programas educativos y operativos de diez especialidades médicas en 2010; evaluación durante 2010 de diez sedes y subsedes formativas de médicos especialistas orientada al cumplimiento de programas académicos y de la infraestructura educativa y recursos documentales en salud, y evaluación semestral de aprovechamiento académico a médicos residentes.
- Definición de mecanismos de arraigo institucional para los médicos especialistas formados en el IMSS: definición del marco legal y administrativo que permita garantizar la contratación de médicos especialistas formados en el IMSS a su egreso del programa académico; formalización de acuerdo y propuesta de condiciones contractuales con el Sindicato Nacional de Trabajadroes del Seguro Social (SNTSS) para la implementación de mecanismos de arraigo institucional al personal formado por el IMSS.

IV.1.15. INVESTIGACIÓN EN SALUD

En la presente administración se ha logrado orientar los esfuerzos de la investigación hacia la solución de los principales problemas de salud del derechohabiente estableciendo un Nuevo Modelo de Investigación del IMSS bajo el mandato “La investigación al servicio del derechohabiente”, considerando que la investigación es un área fundamental para la Instituto, en tanto que genera conocimientos nuevos, permite el desarrollo de métodos de diagnóstico de frontera, ofrece tratamientos innovadores y garantiza la calidad de la atención a la salud.

El Nuevo Modelo de Investigación del IMSS basa su desarrollo y funcionamiento en los siguientes ejes principales:

- Investigar en aquellos problemas de salud que con mayor frecuencia y gravedad afectan al derechohabiente.
- Crear nuevos indicadores de desempeño institucional que privilegien el impacto de la investigación en salud.
- Reconocer y premiar la investigación aplicada, clínica, básica o epidemiológica que repercuta favorablemente en la salud de nuestros pacientes.

- Reagrupar, distribuir y hacer más eficientes y productivos a las Unidades y Centros de Investigación.
- Colocar a la institución en la frontera del conocimiento con la creación de un Centro de Investigación Biomédica en el CMN "Siglo XXI" que desarrolle las áreas de Medicina Genómica y Proteómica.
- Formar maestros y doctores de alto nivel en ciencias médicas y ciencias de la salud.
- Promover en la institución la cultura de la innovación de la gestión tecnológica y de la protección industrial.
- Transparentar y hacer más eficientes los procesos administrativos relacionados con la investigación, de acuerdo con la Ley de Ciencia y Tecnología.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En lo referente a la formación de recursos humanos en programas de maestría o doctorado, durante el ejercicio 2009 se graduaron 80 alumnos de posgrado en investigación, 59 en programas de maestría y 21 de doctorado. El ciclo de este proceso es anual y se estima un número similar de graduados para el término del ejercicio 2010.

En 2009, de 404 profesionales de la salud con calificación curricular de investigador institucional, tanto clínicos como investigadores de tiempo completo, 69% fue reconocido por el Sistema Nacional de Investigadores, de acuerdo con los registros del CONACYT y, de los 277 investigadores de tiempo completo 79.7% contó con este reconocimiento.

En junio de 2010, 399 profesionales de la salud tenían calificación curricular vigente de investigador institucional y 68.7% tuvieron nombramiento del Sistema Nacional de Investigadores; de los 259 investigadores de tiempo completo, 78.7% tuvieron el nombramiento por el Sistema. Al término del ejercicio 2010 se estima mantener esta proporción.

Para impulsar la productividad científica y tecnológica institucional, en el 2009 operó el Fondo de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico denominado Fondo de Investigación en Salud, en los términos de la Ley de Ciencia y Tecnología. Durante el primer semestre de 2010 se fortaleció su regulación para consolidar su operación.

En 2009 se otorgó apoyo financiero por concurso para el desarrollo de 54 protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico. En el primer semestre del ejercicio 2010 se emitieron cuatro convocatorias para concurso por apoyo financiero para el desarrollo de protocolos de investigación en salud; al término del ejercicio 2010 se planea otorgar el apoyo a 60 propuestas por lo menos.

El personal institucional generó 889 artículos científicos durante el 2009, 617 (69.4%) fueron publicados en revistas indizadas, 51% con factor de impacto. En el primer semestre de

2010 se publicaron 445 artículos científicos, 64.5% en revistas indizadas; entre éstas, 60% en revistas con factor de impacto. Al término del ejercicio 2010 se estima una producción de al menos 900 artículos. En la actualización del *Journal of Citation Reports,* la revista *Archives of Medical Research* obtuvo un factor de impacto de 1.703, el mayor factor de impacto en su género en Latinoamérica. En el 2010 el factor de impacto aumentó a 1.884, el cual continuará siendo vigente al término de 2010.

En el 2009 se obtuvieron dos títulos de patente ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), relacionados con la formulación de un producto para el tratamiento y profilaxis de la caspa, y otro producto para la neuro-protección. Durante el primer semestre de 2010 se obtuvieron dos títulos de patente, relacionados con el tratamiento de la tuberculosis y la obtención de injerto de tejido óseo, y 14 más están en proceso.

Programa de Actividades para 2010

Se contempla graduar 40 alumnos de posgrado en investigación mediante cursos de maestría y doctorado; con esto se mantendrá la planta de investigadores profesionales, tanto clínicos como de tiempo completo, 70% de los cuales pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). El apoyo financiero institucional para la investigación se seguirá otorgando por concurso para 50 proyectos adicionales de investigación científica y desarrollo tecnológico. Se espera que el personal institucional genere al menos 440 artículos científicos y que 70% de ellos se publique en revistas indizadas, así como mantener la pulcritud en el manejo de los recursos, incrementar la obtención de patentes y superar el índice de impacto de Archivos de Investigación Médica, de por sí el mayor de su género en Latinoamérica.

IV.1.16. ENFERMERÍA

La recomposición de la pirámide poblacional ha propiciado modificaciones en la demanda de los servicios, por lo que en la actualidad se consideran como retos fundamentales la disminución de las enfermedades infecciosas, la muerte materna y perinatal, las enfermedades crónico-degenerativas y los estilos de vida poco saludables. Para enfrentar estos retos el Instituto ha conformado dentro de su estructura a la División de Programas de Enfermería, dándole representatividad a las más de 100,000 enfermeras que conforman la plantilla laboral de nuestro Instituto.

Este proceso ha obligado a reorganizar la atención que brinda el personal de enfermería, requiriéndose la toma de acciones estratégicas en las que la calidad asistencial y la seguridad clínica de los derechohabientes constituyan los ejes fundamentales de la actividad de los profesionales de la salud.

En este aspecto el IMSS se mantiene a la vanguardia nacional al incorporar acciones enfocadas a mejorar la calidad de la atención,

a través de las diferentes líneas de trabajo que definieron el Comité de Enfermería y la División de Programas de Enfermería en el periodo correspondiente de mayo de 2009 a mayo de 2010.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo se realizó un diagnóstico de la situación que guarda la cobertura de plazas, tanto de personal Operativo como de Confianza, y se analizó la repercusión que tiene la no cobertura de plazas en la calidad de la atención, observándose que del total de plazas autorizadas (93,899) la no cobertura de 5,867 representa 6.2 % en el Régimen Obligatorio.

Una plaza vacante de Enfermera General significa que 14 pacientes se dejan de atender o bien, que se le asigna el doble al personal que se encuentra laborando. Una vacante de Enfermera Especialista Quirúrgica implica que diariamente y por turno se dejarían de realizar tres cirugías por sala de operación; la falta de cobertura de una Enfermera Especialista Intensivista significa que dos pacientes en estado crítico se dejan de atender.

Se realizó un análisis para la retabulación salarial del personal de enfermería de Confianza de los niveles normativos, considerando las categorías de Coordinadoras de Programas de Enfermería, en el cual se solicitó incrementar los niveles salariales de N50 a N57, ya que a las Directoras de Enfermería de UMAE se les asignó el N53 delimitando la línea jerárquica laboral.

La calidad de la atención es una prioridad fundamental de la institución, que incluye la superación profesional del personal de enfermería y la mejora de la atención que se otorga al derechohabiente en los tres niveles. Debido a esto, es importante la sensibilización del personal de enfermería para que establezca la empatía que permita a la población usuaria participar activamente en el cuidado de su salud. Para lograr esto se requiere un modelo de atención con enfoque al usuario, la suficiente cobertura de personal, el mejoramiento del equipo y el abasto oportuno de medicamentos.

Se continuó el curso taller de Sustentabilidad en la Calidad y Calidez de los Servicios de Enfermería, en el cual se rescata el sentido de pertenencia de los trabajadores para con la institución. A la fecha, 32 Delegaciones han replicado el taller al personal operativo y directivo de las Unidades Médicas de los tres niveles de atención. De igual modo, se realizó el 8° Curso Taller de Directivas de Enfermería con el tema central Plan de Cuidados de Enfermería, en el que participaron 118 asistentes; actualmente se está integrando el Lineamiento Técnico-Administrativo del Plan de Cuidados de Enfermería.

Desde hace tres años se desarrolló el Programa de Monitoreo de la Calidad de la Atención, a través de tres indicadores elaborados y validados con la participación

de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Se realizó seguimiento a la calidad de la atención, las Delegaciones validaron los resultados y sirven para la toma de decisiones, basados en los siguientes indicadores: Administración de Medicamentos Vía Oral, Vigilancia y Control de Venoclisis Instaladas y Trato Digno por Enfermería. Sobre estos indicadores, en el segundo semestre de 2009 se obtuvo un logro de 95%, 96% y 98%, respectivamente.

El 27 de mayo de 2010 se realizó la capacitación del nuevo *software* de Indica II, a las Coordinadoras de Programas de nivel normativo y Jefes de Enfermeras de la zona metropolitana. Asimismo, se encuentra en proceso de verificación la factibilidad del sistema de base de datos para incluirlo en el Manual Metodológico de Indicadores de la DPM. Esta herramienta permite incorporar la información de los indicadores de enfermería (ejemplo: trato digno, vigilancia de venoclisis, prevención de infecciones con sonda vesical, entre otros) a la plataforma intersectorial del Programa de la Cruzada por la Calidad de la SSA.

Se realizó la Encuesta de Enfermería (ENCUENF) sobre el nivel académico y expectativas educativas del personal de enfermería, la cual se encuentra en Intranet institucional para que el personal de enfermería a nivel nacional del Régimen Obligatorio, IMSS-Oportunidades y personal de guarderías respondan dicha encuesta a partir del mes de junio de 2010.

Lo anterior para conocer el grado académico del personal de enfermería, así como la necesidad de nuevos cursos postécnicos, maestrías y doctorados que tienen impacto en la calidad de la atención.

Durante el segundo semestre de 2009 terminaron sus estudios 624 alumnas del Régimen Obligatorio correspondiente al ciclo 2008-2009, dando inicio a la octava generación de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. Por lo que respecta a IMSS-Oportunidades, actualmente se cuenta con 1,280 alumnas inscritas en el Convenio SUA/ENEO-IMSS-Oportunidades para lograr el nivel técnico de enfermería.

Se elaboró el documento Lineamientos Específicos para Determinar la Evaluación de los Expedientes del Personal de Enfermería Inscrito en el Premio al Mérito de Enfermería 2010, para la convocatoria al Premio al Mérito de Enfermería 2010, incluyendo personal de enfermería del Régimen Obligatorio e IMSS-Oportunidades.

Se entregaron seis premios equivalentes al personal de enfermería de los diferentes niveles de atención. Por otro lado, con relación al Reconocimiento de la Actuación del Personal de Enfermería 2009, se difundió la convocatoria a nivel nacional para las diferentes categorías del personal de Enfermería de Base y de Confianza, participando 12,853 enfermeras de las diferentes categorías, de las cuales fueron premiadas 2,696 enfermeras a las que se les otorgó diploma y un estimulo económico.

Se realizaron actividades con la Comisión Permanente de Enfermería en respuesta al Plan Nacional de Salud, en el cual se requiere de la estandarización de los procesos de atención de enfermería. El IMSS, a través de la División de Programas de Enfermería y el Comité de Enfermería, participa de manera conjunta con la Comisión Permanente de Enfermería en el logro de los objetivos correspondientes a dicho proceso.

Dentro de las actividades durante la contingencia de Influenza A H1N1, cada integrante del Comité de Enfermería estableció comunicación Directa con las Coordinadoras Delegacionales de Enfermería, se distribuyeron formatos de supervisión, se diseñó un documento que contiene las reglas fundamentales para el Uso Correcto del Uniforme Clínico y se difundió información relacionada con la Influenza A H1N1.

Programa de Actividades para 2010

Con la finalidad de dar cumplimiento al programa de trabajo de la División de Programas de Enfermería correspondiente al segundo semestre de 2010, se han considerado diversas actividades enfocadas a trabajar con las Coordinadoras de Programas de Enfermería que integran el Comité de Enfermería de la DPM, como las que se mencionan a continuación.

Se tiene considerado incrementar la cobertura de plazas de acuerdo con las estrategias por iniciativa en los diferentes rubros de atención, así como gestionar la cobertura de plazas vacantes y las próximas a desocupar por jubilación. Por otra parte, se continuará con los trabajos para definir los perfiles y funciones correspondientes para la autorización e inclusión en el catálogo de puestos de los niveles de Confianza de enfermería de N57 y N62 jefes de área. Con estas medias se verá mejorada la oportunidad y calidad de la atención de los derechohabientes.

Para fortalecer la calidad de los servicios, se pretende realizar el Curso Taller de Directivas de Enfermería en el mes de octubre del presente año, con la finalidad de evaluar la calidad de la atención y diseñar las estrategias que permitan mejorar la actuación que proporciona el personal de enfermería.

Se continuará con la capacitación del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), a través de la intervención del grupo de expertos, los cuales conformarán el lineamiento técnico normativo para la evaluación del modelo de atención, el cual se pretende aplicar en los tres niveles.

Se incorporan seis nuevos indicadores de enfermería relacionados con la seguridad de los pacientes como son: prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, vigilancia y control de la hiperbilirrubinemia neonatal, cuidados

de enfermería en el neonato menor de 1.5 kg y la evaluación de la hoja de registros clínicos de enfermería.

En el mes de septiembre se concluirá el registro de la ENCUENFER sobre el nivel académico del personal de enfermería y se identificarán las expectativas del personal con la finalidad de poder establecer los convenios con las instituciones educativas y así continuar con el fortalecimiento de la profesionalización en el Régimen Obligatorio e IMSS-Oportunidades.

Se concluirá el diagnóstico situacional de requerimientos de formación académica para el otorgamiento de becas a los cursos postécnicos, médico-quirúrgicos y de gestión administrativa; se gestiona ante las instancias correspondientes la publicación del proyecto de la Historia de la Enfermería en el IMSS; en el mes de noviembre el personal de enfermería participará en el Foro Nacional de Calidad con la elaboración de carteles y ponencias relacionados con la atención de enfermería.

Se promueve la participación del personal de enfermería en el Premio al Mérito y al Reconocimiento de la Actuación del Personal de Enfermería; se participará en la selección y evaluación de los expedientes que entren en la convocatoria para conformar las ternas correspondientes de acuerdo con los niveles escalafonarios del personal y se entregarán los reconocimientos en enero de 2011.

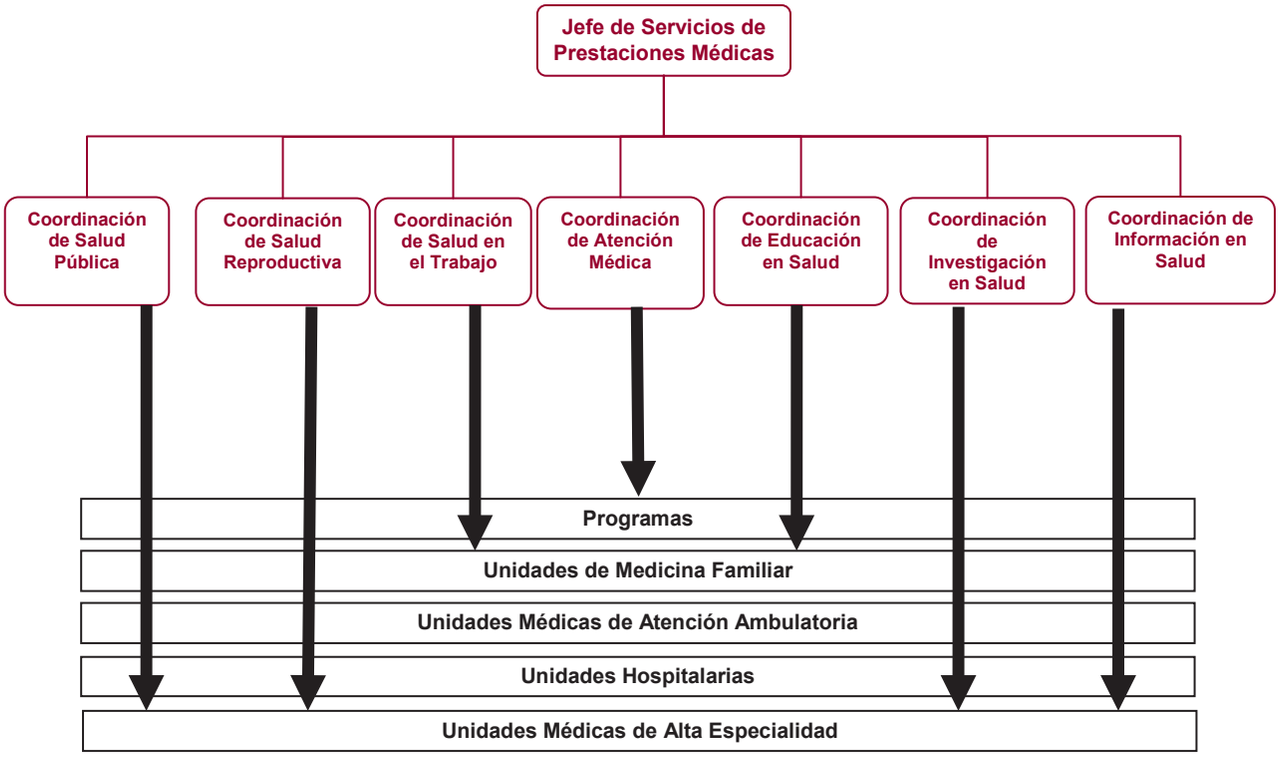
Se continuará en la conformación del equipo de trabajo en las giras de evaluación del Director General del IMSS, con la finalidad de fortalecer la participación del personal de enfermería en la percepción y satisfacción de los usuarios a través del trato digno.

IV.1.17. REESTRUCTURACIÓN DE LAS JEFATURAS DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS (JSPM)

Se identificó la necesidad de mejorar la calidad de los servicios e incrementar la eficiencia operativa en las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas (JSPM), mediante la reorganización funcional de sus estructuras y reorientando sus labores a un esquema de trabajo horizontal, así como a una supervisión integral de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, rehabilitación, educación e investigación.

Las estructuras actuales de las JSPM están integradas por siete coordinaciones bajo un esquema vertical que replica la estructura normativa de la DPM, lo que genera la duplicidad de funciones y, por ende, una escasa coordinación entre las áreas para la ejecución de sus actividades, con gran carga de trabajo administrativo y carencia de supervisión. Esta estructura no permite realizar procesos de análisis estratégico con base en la información médica local, limitando su capacidad de respuesta para la toma de decisiones (gráfica IV.7).

GRÁFICA IV.7. ESTRUCTURA ACTUAL DE LAS JSPM



Fuente: IMSS.:

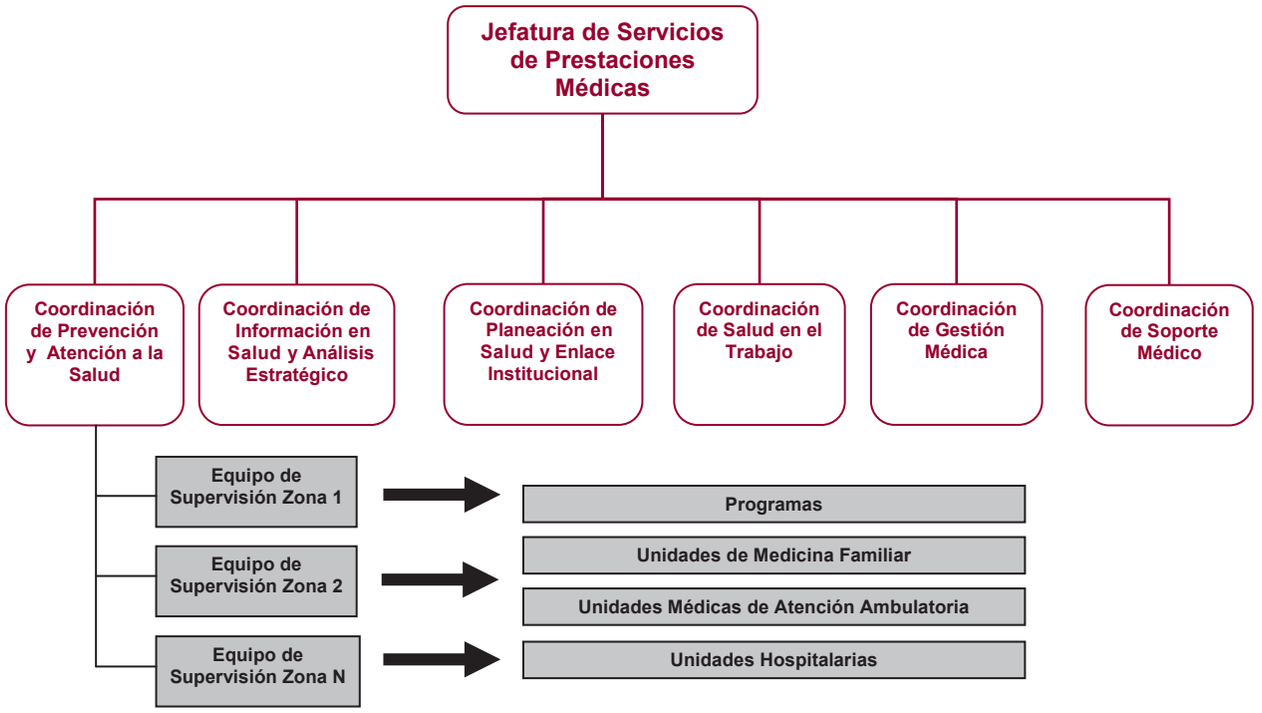
Con la reestructuración de las JSPM también se busca reorientar los recursos humanos a la supervisión integral de los planes y programas, así como promover la capacidad de análisis para la toma de decisiones y mejorar la vinculación de las áreas normativas con las JSPM. Adicionalmente, promover la colaboración interinstitucional en el marco de la integración funcional del Instituto al Sistema Universal de Salud.

Para lograr este objetivo se desarrolló una nueva estructura para las JSPM, la cual está conformada por seis Coordinaciones: Prevención y Atención a la Salud; Información en Salud y Análisis Estratégico; Planeación en Salud y Enlace Institucional; Salud en el Trabajo; Gestión Médica y Soporte Médico y por un Equipo de Supervisión de Unidades Médicas integrado por siete elementos: Líder del Equipo de Supervisión, Médico Familiar, Médico de Hospitales, Enfermera en Atención Médica, Enfermera en Salud Pública, Estomatólogo y Nutricionista-Dietista (gráfica IV.8).

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

De julio de 2009 a marzo de 2010 se realizó una prueba piloto en ocho Delegaciones: Baja California Sur, Campeche, Hidalgo, México Oriente, Nuevo León, Oaxaca, Sinaloa y Veracruz Norte. Esta prueba se integró por cuatro fases: Inicio, Implementación, Desarrollo y Madurez.

GRÁFICA IV.8. ESTRUCTURA PROPUESTA DE LAS JSPM



Fuente: IMSS.

Los principales logros obtenidos fueron: a) la orientación de los recursos humanos disponibles de la estructura basal actual a la conformación de un equipo de supervisión integral; b) el entendimiento y aceptación del proyecto entre los integrantes de la JSPM; c) el establecimiento de un mecanismo de retroalimentación y seguimiento de la supervisión a las Unidades Médicas; d) la entrega formal de funciones a los nuevos responsables, de acuerdo con el Manual de Organización, y e) la identificación de necesidades de capacitación de los equipos de supervisión.

Por otro lado, también se identificaron otras acciones pendientes por realizar, como son: a) el reforzamiento de la capacitación local de algunos de los elementos del equipo de supervisión; b) la necesidad de agilizar los procesos de supervisión por Unidad Médica; c) la consolidación de las áreas de Gestión y Soporte Médico, y d) el fortalecimiento de las funciones de planeación y análisis estratégico.

Para formalizar el proceso de reestructuración se elaboró el Manual de Organización de la JSPM con las nuevas estructuras y, en colaboración con las Coordinaciones Normativas de la DPM, los perfiles de puestos para siete categorías de mandos medios y 28 categorías de nómina ordinaria.

De mayo de 2009 a febrero de 2010, en conjunto con la Coordinación de Organización de la DAED, se enriqueció el contenido del Manual de Organización de la JSPM y de los perfiles de puestos.

Para orientar a las Delegaciones y a las áreas normativas de la DPM en el proceso de reesucturación, se elaboró un Manual de Implantación que contiene las directrices del proyecto durante cada una de las cuatro fases antes mencionadas. Este Manual facilita la implantación, además de evaluar el grado de avance y su efecto en el desempeño de las JSPM.

En el primer trimestre de 2010 se autorizó la asignación de 210 plazas para distribuirse en las 35 Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas. En la Séptima Reunión Nacional de Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas y Directores de UMAE, celebrada del 8 al 12 de marzo de 2010, se llevó a cabo un taller con los Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas para analizar cada una de sus plantillas y acordar la distribución de estas plazas, mismas que incluyen personal médico, administrativo y técnico, tanto para los dos tipos de Delegaciones como para el equipo de supervisión.

Para fortalecer la supervisión se elaboró la Guía para la Supervisión de Unidades Médicas de primer y segundo niveles de atención, misma que está alineada a los nuevos estándares del Consejo de Salubridad General y organismos internacionales como la *Joint Commission International*. Esta Guía, consensuada con las Coordinaciones Normativas de la DPM, permitirá una mejor supervisión operativa y directiva de los servicios, gracias a su enfoque basado en Trazadores y facilitará la certificación y la acreditación de las Unidades Médicas del IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Durante el último trimestre de este año, previa autorización de los Órganos Superiores del Instituto, se implantará el modelo de reestructuración en todo el país. Para ello se realizará una capacitación nacional con el fin de dar a conocer las nuevas estructuras y sus funciones, así como las experiencias obtenidas durante la prueba piloto.

Durante dicho trimestre también se realizará una prueba de campo de la nueva Guía de Supervisión, en aproximadamente 16 Unidades Médicas de las Delegaciones participantes en la prueba piloto, con el fin de probar su funcionalidad.

Finalmente, las Coordinaciones Normativas de la DPM llevarán a cabo visitas de seguimiento con el fin de verificar el grado de avance en la implementación del proyecto, identificar y documentar las dificultades presentadas durante el proceso y orientar a las JSPM sobre cómo resolverlos.

IV.1.18. ECONOMÍA DE LA SALUD

En el entorno económico y ante la creciente necesidad de maximizar y orientar los recursos disponibles, es necesario el análisis e información técnica sobre el tipo y cantidad

del producto hospitalario y ambulatorio del Instituto para informar las decisiones de mejora de procesos y los sistemas de evaluación del desempeño. De igual manera, es una necesidad instrumentar un sistema de evaluación para identificar mejoras y proponer modificaciones que incrementen la eficiencia, así como formular los escenarios y estrategias que contribuyan a equilibrar la demanda con la oferta de servicios de salud para promover el uso racional de los recursos del Instituto.

En el IMSS, el producto ambulatorio por día corresponde a 451,476 consultas, mientras que el producto hospitalario asciende a 5,130 pacientes egresados. Esta diversidad de diagnósticos y atenciones ligada a los costos crecientes de la atención médica, debido principalmente al desarrollo tecnológico, aumento en la demanda de servicios, incremento de enfermedades de mayor complejidad y la capacitación del personal, hacen necesario medir, analizar y evaluar en los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) los eventos hospitalarios y en los Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA) las atenciones ambulatorias para mejorar la eficiencia.

Los GRD permiten evaluar la eficiencia de la producción hospitalaria porque relacionan los factores de la producción con el número y tipo de egresos hospitalarios. De esta forma, los GRD hacen posible la identificación y medición en forma global y por Unidad Médica del producto y desempeño hospitalario; de igual manera propician la homogeneización de los días-paciente por GRD. En el ámbito financiero permiten una proyección presupuestal con base en el número y complejidad de los GRD y favorecen la comunicación entre las áreas médicas, administrativas y financieras al contar con un concepto integrador de la atención médica y su costo.

Asimismo, permiten establecer comparaciones nacionales e internacionales entre Hospitales y fundamentan los intercambios de servicios con beneficios para el comprador y el vendedor. Los GRD cuentan con el registro de derechos de autor obtenidos para el IMSS.

Mediante este proyecto el IMSS ha logrado desarrollar 483 GRD-2006, 509 GRD-2007 y 700 GRD-2008 y capacitar al personal de todos los Hospitales del Instituto. Actualmente, y en forma paralela, se avanza con los GRAA.

Por cada GRD el IMSS desarrolla una Cédula Médico Económica (CME) y se prevé, igualmente, desarrollar y aplicar una por cada GRAA. Las CME contienen los tiempos de atención y los factores productivos por cada servicio por donde transita y recibe atención el paciente (Centros de Producción de Servicios y Costos [CPSyC]), con sus respectivas unidades de medida y precios de adquisición. La CME, al concentrar y organizar la información de medicamentos, materiales médicos, laboratorio clínico y gabinetes, podría definir los catálogos por Unidad Médica acorde a la morbilidad que realmente atienden y así, progresivamente, eliminar los cálculos estrictamente históricos.

Actualmente, el IMSS utiliza las CME para calcular el costo médico-técnico de las prestaciones médicas y ha transferido esta tecnología a otras instituciones como la SSA. Algunos ejemplos de costos basados en la metodología CME del IMSS son los costos de la Influenza, las intervenciones del Convenio de Colaboración Interinstitucional para la Prestación de Servicios por Emergencia Obstétrica y Perinatal, diabetes mellitus, las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) de la SSA y los servicios de los HRAE.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En este periodo se fortalecieron las actividades que permitirán establecer una base para planear, gestionar, evaluar e incrementar la eficiencia de los Hospitales. Con la realización del curso de capacitación de Planeación y Evaluación Económica del Producto Hospitalario del IMSS se dieron a conocer al personal directivo y operativo la aplicación de los GRD en la gestión hospitalaria. Se capacitó a 1,662 trabajadores: 1,480 del Régimen Ordinario y 182 de IMSS-Oportunidades. Los participantes provinieron de las JSPM, de las UMAE y de los Hospitales de segundo nivel. En esta capacitación participaron 336 Hospitales y se permitió identificar áreas de oportunidad relacionadas con la sobreestancia hospitalaria y establecer compromisos de mejora.

Para continuar con el establecimiento de las bases para medir la complejidad de los Hospitales, evaluar, obtener el costo médico-técnico y servir de base para el intercambio de servicios, se definieron 700 GRD correspondientes al producto hospitalario 2008 del IMSS. Con esta base se inició la utilización de los GRD para medir la eficiencia hospitalaria de los diez Hospitales de Especialidades del Instituto. Los resultados preliminares revelaron heterogeneidad en los tipos de GRD que atienden, así como amplias diferencias en los días-paciente de un mismo GRD y costos asimétricos.

Relacionado con las Cédulas Médico-Económicas para GRD, se realizó la revisión técnica de las 509 CME de 2007 consolidadas en el Taller de Validación de Cédulas Médico Económicas para GRD. Las CME contienen información relevante sobre morbilidad e insumos específicos para la atención médica de los eventos. Esta característica las convierte en un insumo central para la elaboración de las GPC del IMSS, por lo que las 509 CME y GRD son proporcionados para este propósito.

Debido a la necesidad de dar respuesta a eventos relevantes, se realizaron las CME siguientes: 35 ambulatorias y 55 hospitalarias para las atenciones derivadas de los eventos de la Guardería ABC de Sonora; 29 ambulatorias y cuatro hospitalarias para el Convenio de Emergencias Obstétricas y Perinatales; 64 CME de atenciones ambulatorias de la

diabetes mellitus, y para las intervenciones del CAUSES del SPSS, 162 CME ambulatorias y 104 hospitalarias. Además, se entregan a la SSA el listado de GRD y los diagnósticos correspondientes a cáncer de mama y cérvico-uterino con la finalidad de iniciar los trabajos de Fondo de Protección para Gastos Catastróficos.

Para continuar con la identificación y estructuración de todos los actos médicos que se realizan en el IMSS, se desarrolla la codificación del universo de las actividades específicas ambulatorias y hospitalarias. Estas actividades pueden estar especificadas al interior de GRD y/o en GRAA o en Actos Médicos Específicos. Este proyecto se inició en enero de 2010 y a mayo se identificaron 114 grupos preliminares.

En el tema de evaluación de la oferta y demanda de servicios de salud en la DPM, de enero a mayo de 2010 se inicia la realización del Análisis de Costo Beneficio y Factibilidad Técnica y Económica (ACB/FTE) de Procedimientos de Cirugía Oftálmológica (PCO) y Procedimientos de Osteosíntesis y Endoprótesis (POE). Este proyecto se caracteriza por contener un alto volumen de procedimientos, costo elevado y alta complejidad. El objetivo es cuantificar los beneficios que se obtienen de homologar los contenidos en tipo y cantidad de insumos especiales por cada tipo de procedimiento, facilitar la adquisición homogénea en calidad y precios de los servicios, y comparar los beneficios de adquirirlos en forma anual o plurianual.

Se obtuvo el costo del trasplante de riñón en 36 escenarios, así como el costo de diabetes mellitus. Otro avance inherente a la integración de las CME y para los análisis costo-beneficio es el desarrollo de los catálogos de los factores de la producción. En este periodo se concluyeron los de medicamentos, material de curación y prótesis y endoprótesis. Con un avance de 75% de elaboración se encuentran laboratorio, gabinetes y hemodinamia, procedimientos de mínima invasión a 50% y cardiovascular con 30%. Estos catálogos definirán los bienes de consumo que se requieren por Hospital, con base en los diagnósticos que atienden.

Para aportar elementos que contribuyan a atender el problema del diferimiento quirúrgico se inició una evaluación de los servicios de cirugía del IMSS. Adicionalmente, se evaluó la capacidad de los servicios de Urgencia desde una perspectiva que integra diferentes indicadores como el tipo y duración de la urgencia, tasa de urgencias, distribución del personal por turno, entre otros. Los resultados de esta evaluación revelaron la forma porcentual de la manera en que podría distribuirse un fondo financiero para apoyar los servicios de Urgencias.

En 2010 se inició el estudio de la demanda del IMSS que podría atenderse en los HRAE de la SSA. En el marco de esta actividad se evaluó, en primer lugar, la oferta del HRAE de Ciudad Victoria. Durante el segundo semestre de 2010 continuarán estos trabajos con la participación directa entre IMSS y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Programa de Actividades para 2010

Para facilitar la gestión hospitalaria se tiene por objetivo consolidar los GRD del IMSS. Con el propósito de elevar la calidad de la atención médica hospitalaria se identificarán las complicaciones más frecuentes y la mortalidad por GRD por Hospital. En relación a las CME los trabajos que se iniciarán y concluirán son: elaboración de 700 CME de GRD y validación de las CME de GRD en el Taller de Validación de Cédulas Médico Económicas para GRD.

También se concluirá la evaluación comparativa entre Hospitales, Delegaciones, por sistema IMSS y por tipo de Hospital. Los indicadores evaluados son la tasa de hospitalización, porcentaje de ocupación, promedio días-paciente y rendimiento de la cama censable. Este análisis permitirá evaluar la eficiencia operativa de los Hospitales con base en la complejidad de los diagnósticos que atienden. Otra aplicación de los GRD que se concluirá en 2010 es la comparación del presupuesto histórico de los diez Hospitales de Especialidades *versus* el presupuesto basado en la casuística GRD.

Para continuar con la evaluación anual de la eficiencia en el ámbito hospitalario, se concluye el análisis de 100% de los renglones de la morbilidad hospitalaria 2009 y la identificación de GRD Expert 2009. La meta a la conclusión del año es contar con 80% de los algoritmos elaborados de los GRD respectivos.

En el caso de la producción ambulatoria, se iniciará la elaboración de 700 CME de atención ambulatoria relacionadas a la atención hospitalaria de los GRD. En noviembre se realizará el Curso de Cédulas Médico Económicas de Paquetes de Servicio para la validación por los especialistas del IMSS. Con relación a la delimitación de los GRAA, se concluirá con las agrupaciones preliminares de los diagnósticos de todas las especialidades contenidas en el Catálogo Internacional de Enfermedades.

En el marco del Sistema de Portabilidad y Convergencia, el Instituto desarrolla y aporta los contenidos de las 266 CME intervenciones del CAUSES 2008 que conforman la atención médica que se brinda a los afiliados al SPSS de la SSA. Asimismo, se inicia la elaboración de las 275 CME del CAUSES 2010 y las CME correspondientes a las intervenciones del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos.

Como otra actividad dentro del intercambio de servicios a nivel sectorial, el Instituto identifica la demanda de servicios de las Delegaciones Guanajuato, Chiapas, Oaxaca, Yucatán y Tamaulipas, y evaluá la oferta de los HRAE, con el propósito de establecer el intercambio de servicios.

Para garantizar los contenidos y las tarifas de las atenciones médicas, el IMSS proporciona 440 CME para el intercambio de servicios con los HRAE. De igual manera, se aportan 266 CME validadas correspondientes a las intervenciones del CAUSES 2008. Paralelamente, se realizaron estudios comparativos de la estimación *per cápita* del IMSS y el Sistema de Protección Social en Salud de las 266 intervenciones del CAUSES, con la finalidad de medir la eficiencia de cada institución. Las CME incluyen la atención ambulatoria y la atención hospitalaria. El logro sectorial es la identificación de 378 servicios a intercambiar y, de este universo, están homologadas las tarifas de 339 servicios. Los acuerdos de homologación con Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad son permanentes.

Con la información validada por las diferentes Direcciones normativas se concluye el costeo médico-técnico de la Influenza A H1N1. Este resultado refleja el costo técnico de la atención médica directa a los pacientes con relación a la atención ambulatoria y hospitalaria, aplicación de vacuna A H1N1 y atención por información personalizada. El estudio servirá para la evaluación del impacto de la Influenza A H1N1 a nivel sectorial como lo ha informado la SSA.

Para continuar con la aportación de los estudios costo-beneficio (ACB/FTE) de innovar una alternativa que permita atender la demanda de servicios prioritarios obteniendo beneficios, se concluyen los estudios de procedimientos de cirugía oftálmica y procedimientos de osteosíntesis y endoprótesis. De igual forma se realizarán los estudios de factibilidad económica de los servicios plurianuales 2011-2013 que permitan dar continuidad a pruebas de laboratorio, pruebas de banco de sangre, sesiones de hemodiálisis interna y procedimientos de mínima invasión. A finales de 2010 se tendrá concluido el ACB/FTE de trasplante renal.

En relación a los catálogos por factores productivos en GRD y GRAA se concluirán en 2010 los siguientes: medicamentos, material de curación y prótesis y endoprótesis, laboratorio, gabinetes, hemodinamia, y cardiovascular, y 80% del catálogo de procedimientos de mínima invasión.

IV.1.19. INFORMACIÓN EN SALUD

Para una adecuada toma de decisiones en beneficio de la población derechohabiente es necesario integrar, coordinar y administrar el sistema de información del área médica con el objetivo de asegurar la generación de información y estadísticas oportunas, homogéneas y confiables.

La información en salud que hoy se genera es única en contenidos y cantidad, y constituye la base para evaluar el desempeño institucional. Este planteamiento responde al compromiso de adecuar los sistemas de información a las necesidades de los programas de salud de la DPM.

Para esto se ha dado prioridad al registro, la captura y el análisis de la información a través de la red informática para la integración, organización, procesamiento y publicación de la información en salud.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante este periodo se liberaron tres disposiciones normativas de acuerdo con el Programa Normativo de la DPM: Procedimiento para el Procesamiento Estadístico de Defunciones en el Régimen Ordinario, Instructivo del Sistema de Mortalidad y Procedimiento para la Actualización del Inventario Físico de Unidades. Asimismo, se realizó la actualización de dos catálogos normativos de apoyo a la operación de los sistemas de información médica, y también se actualizó el clasificador de padecimientos CIE 10, de acuerdo con las disposiciones sectoriales.

Con relación al Sistema Único de Información Médica Institucional se incorporaron 14 Unidades Médicas Hospitalarias al Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales (SICEH). En el marco del desarrollo del NECE se llevó a cabo la actualización de tres sistemas de registro de actividades médicas, paramédicas y defunciones, así como diversos procesos e indicadores.

Otros resultados relevantes son: la actualización del Manual Metodológico de Indicadores Médicos y del Sistema de Semaforización de Indicadores Estratégicos, así como la liberación de la aplicación electrónica SEMIDE para uso del personal directivo de la DPM y Jefaturas de Prestaciones Médicas, como instrumento de consulta semestral. Esta aplicación proporciona información de indicadores estratégicos por Delegación y UMAE (Carpeta de Giras), para contribuir a la evaluación del impacto de las intervenciones en salud que realiza el IMSS dentro de su población derechohabiente.

El Foro Nacional de Capacitación 2009 y el Foro Nacional de Capacitación 2010 fueron dirigidos a los Coordinadores Delegacionales de Información en Salud y Análisis, y a los Jefes de Oficina de Información Médica de UMAE. En coordinación con la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento se elaboraron exámenes de competencia y cursos para aspirantes del Sector Estadística, así como los de inducción al puesto para Directivos.

Programa de Actividades para 2010

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha iniciado los trabajos para la elaboración de la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) y ha solicitado a los países miembros propuestas para su integración. El IMSS, a través de la DPM conformará un Comité con las áreas normativas involucradas a fin de integrar las propuestas institucionales en el segundo semestre de 2010.

Habrá continuidad en el trabajo conjunto con la DIDT sobre el proyecto REPOMER, definido como una solución informática que permite el acopio, la consulta y explotación de la información biomédica, así como de los servicios médicos y paramédicos otorgados en las Unidades del Régimen Ordinario del IMSS, que tendrá como fuente de información el NECE.

Se dará seguimiento a las actividades conducentes a la integración del Censo Nacional de Pacientes con Padecimientos Crónicos y Degenerativos –Módulo VIH/SIDA– y del Censo de Pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión 2009. Asimismo, concluirá la conformación y publicación del Censo de Población Derechohabiente Adscrita a Médico Familiar que será aplicado en la construcción de Indicadores y Metas durante el año 2011. También se ejecutará el levantamiento anual de información para actualizar el Directorio de Unidades Médicas. Durante el último mes del año 2010 se dará inicio al trabajo preparatorio de cierre de información del Inventario Físico de Unidades 2010.

El Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2010 es el instrumento de carácter metodológico que precisa los procedimientos y criterios técnicos para la construcción de los indicadores, por lo que será revisado y mejorado.

Al mismo tiempo, continuará la participación en el consenso de las disposiciones sectoriales en materia de Sistemas de Información en Salud y Clasificaciones Internacionales de la OMS, así como en las reuniones de trabajo para la revisión de la NOM-040 en materia de Información en Salud.

En apego a las funciones relacionadas con la emisión y difusión de información médica, el personal continuará atendiendo los requerimientos de los ciudadanos a través del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI), de los directivos institucionales y de las diferentes dependencias sectoriales y federales.

IV.1.20. NUEVO EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO (NECE)

Desde 2003 se ha implementado un sistema para la concentración de datos a través de un Expediente Electrónico que actualmente

tiene tres variantes principales: a) el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) que opera en el primer nivel de atención; b) el SICEH, cuyo marco de operación se centra en la consulta externa de especialidades a nivel de los hospitales, y c) el IMSSVISTA que es el sistema que atiende algunos de los aspectos de la atención hospitalaria de los pacientes hospitalizados.

El compromiso establecido en el Programa de Trabajo 2009-2012 es optimizar e integrar las funcionalidades de SIMF, SICEH e IMSSVISTA en una sola solución tecnológica sustentada en el modelo de atención a la salud del Instituto, que integre los procesos de servicios médicos de los tres niveles de atención; recopile la información derivada de la atención médica y las actividades de Salud Pública; evalúe la Calidad de la Atención Médica mediante la explotación de los registros clínicos; mantenga la unicidad de los expedientes a lo largo de la vida de los pacientes; permita el acceso unificado y seguro de los usuarios; optimice funcional y técnicamente la comunicación existente con otras áreas del Instituto y, por último, que busque el enlace con otros proyectos y áreas institucionales.

Es importante mencionar que el NECE como herramienta tecnológica pretende facilitar el alcance de los objetivos institucionales mediante la oportunidad de facilitar la administración en el control de la prestación médica (atención, vigencia, recetas, incapacidades) y la eficiencia en la entrega de los servicios asistenciales y de atención a la salud del derechohabiente. De igual forma, que permita hacer el registro, almacenaje, explotación y analisis de la información y que se utilice como fuente única para inteligencia de negocio. Lo anterior, con la posibilidad de extender la experiencia y el uso de la plataforma IMSS en el sector salud, previendo el uso de estándares reconocidos internacionalmente como una llave que permita la portabilidad y convergencia con otras instituciones.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante 2009 se cumplieron las etapas de planeación y se ha conformado un equipo de trabajo en forma conjunta entre la DIDT y la DPM, basado en un proyecto de reingeniería de los sistemas antes mencionados y un proyecto de optimización tecnológica. De este modo se inicia la priorización de requerimientos con la participación de las diversas áreas usuarias de la DPM, lo que permite identificar las diferentes necesidades que debe cubrir el nuevo expediente, analizando y reformulando funcionalmente los tres sistemas.

Bajo este proyecto, por primera vez se consideran los aspectos de: costeo de servicios médicos; calidad de la atención médica; servicios de estandarización internacional hacia la portabilidad; portal de servicios de salud; diseño de estrategias para la construcción de una base de datos que

integre la información que los sistemas en uso estan generando y que será la base de elaboración de un sistema integral de reportes médicos y epidemiológicos.

De la misma forma, en 2009 se dio inicio a la construcción de la versión 1.0 del NECE, la cual se enfoca al flujo de consulta externa, cubre 73 de 288 requerimientos e incluye las funcionalidades siguientes: Agenda de Citas, Nota Médica General, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (receta electrónica, incapacidad electrónica, expedición de referencia y contrarreferencia, expedición de solicitud de laboratorio, expedición de solicitud de imagenología, expedición de solicitud de interconsulta en la misma unidad).

Es importante mencionar que el flujo de Consulta Externa representa alrededor de 80% de los eventos en las Unidades Médicas del IMSS. Esta versión se implantará en Hospitales en los que actualmente no exista sistema de NECE (SICEH y/o VISTA), y que cuenten con infraestructura completa que permita dicha implantación.

Con el avance en la construcción de la versión NECE 1.0, a partir del mes de abril de 2010 se inició la prueba piloto, a fin de reconocer su funcionalidad. Se seleccionaron dos Hospitales sin sistema de expediente electrónico en operación y, a su vez, con la infraestructura necesaria; dichos Hospitales fueron el HGR 1 de Acapulco, Guerrero y el HGR 36 de Puebla, Puebla. Se estableció un periodo de prueba de ocho semanas para posteriormente realizar el despliegue del sistema en Hospitales con características similares.

Programa de Actividades para 2010

El programa de implantación de la versión 1.0 del NECE está en función de los hallazgos encontrados una vez terminada la prueba piloto en los dos Hospitales en que fue realizada y que se hayan hecho las correcciones necesarias al sistema.

La implantación de esta primera versión se realizará de acuerdo con el cumplimiento de los dos principales requisitos que son: no estar utilizando algun sistema de expediente electrónico y contar con la infraestructura de informática completa.

Cabe señalar que el 1° de marzo de 2010 la Unidad de Gobierno Electrónico y Política de Tecnologías de la Información de la Secretaría de la Función Pública autorizó la adquisición de equipo de cómputo para el ejercicio 2009-2010. La DIDT consideró para el segundo semestre de este año la adquisición de entre 28,589 y 71,465 equipos de cómputo y entre 8,000 y 14,846 equipos para impresión que serán destinados a las áreas médicas con la finalidad de completar la infraestructura necesaria y poner en marcha el NECE.

La construcción del NECE Versión 1.1 cubre 215 de 288 requerimientos e incluye lo siguiente: historia clínica, programas integrados de salud, valoración del riesgo reproductivo y planificación familiar, climaterio y menopausia, vigilancia prenatal, salud en el trabajo, urgencias, enfermería, hojas de control (diabéticos/hipertensos), estomatología, nutrición y dietética, trabajo social, agenda de quirófano, anatomía patológica y hospitalización.

Asimismo, esta versión se implantará en las Unidades Médicas de los tres niveles de atención que cuenten con infraestructura, por lo que sustituirá paulatinamente a los sistemas actuales de NECE (SIMF, SICEH, VISTA y al NECE 1.0); dado que su implantación requiere de la migración de expedientes electrónicos previos, existe una fuerte dependencia al Proyecto de Migración y Carga de Datos.

Para integrar la funcionalidad del NECE se debe migrar información de múltiples bases de datos locales (1,212 Unidades con SIMF, 81 Unidades con SICEH, 58 Unidades con IMSSVISTA), por lo que el Proyecto de Migración y Carga de Datos representa un eslabón importante del Programa NECE. A través de este proyecto será posible dar continuidad a la utilización de la información recopilada en cada Expediente Clínico Electrónico de las diversas Unidades del IMSS, de manera que el NECE no represente un inicio de cero, sino un punto de partida de una base sólida de información que ha sido recopilada en los últimos siete años en cada una de estas Unidades.

El Proyecto de Generación de Reportes REPOMER que se encuentra en desarrollo servirá para integrar en una herramienta única los procesos de recopilación, consolidación, y explotación de la información. Dicha herramienta permitirá utilizar los datos del NECE como fuente principal para generar información en salud, así como unificar los reportes en los diferentes niveles institucionales (Unidad Médica, UMAE, Delegacional y Central) con las características apegadas a la normatividad.

IV.1.21. PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD (PREVENIMSS)

PREVENIMSS da respuesta a la acelerada transición epidemiológica y demográfica de la población derechohabiente y consolida la protección a la salud de mujeres y hombres, desde el nacimiento hasta la vejez, al otorgar un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud por grupo de edad, sexo y factores de riesgo.

Con las acciones que se desarrollan se pretende, además de lograr un impacto favorable en la salud de los derechohabientes, disminuir el costo económico y social que se genera por la atención de las enfermedades prevalentes, entre las que destacan las crónico-degenerativas y los cánceres. Lo anterior, en congruencia con el Eje Estratégico 2 de la política institucional, orientado al fortalecimiento de la viabilidad financiera del IMSS.

Cabe destacar que el análisis preliminar de los ahorros generados por la iniciativa PREVENIMSS permite identificar en 2008 y 2009 impactos en salud que constituyen la base de estimación de gastos no realizados por atención curativa asociados a:

- Casos nuevos evitados de diabetes mellitus e hipertensión arterial mediante vigilancia nutricional, promoción de alimentación correcta y de actividad física.
- Embarazos, partos y abortos evitados mediante el mantenimiento de usuarias activas de métodos de planificación familiar.
- Casos evitados de cáncer cérvico-uterino en estadios avanzados mediante la detección de lesiones precursoras y casos en etapas tempranas.

Se estima que los ahorros generados por PREVENIMSS son de 1,500 a 2,000 millones de pesos en promedio anual y se sustentan en una cobertura cada vez mayor de acciones integrales de prevención y protección a la salud, así como en la promoción de estilos de vida saludables en la población derechohabiente.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En 2009 se alcanzó una cobertura de Atención Integral PREVENIMSS de 53.9%, cifra superior a la meta establecida para este año (48%), así como al logro correspondiente al mismo periodo del año anterior (45%).

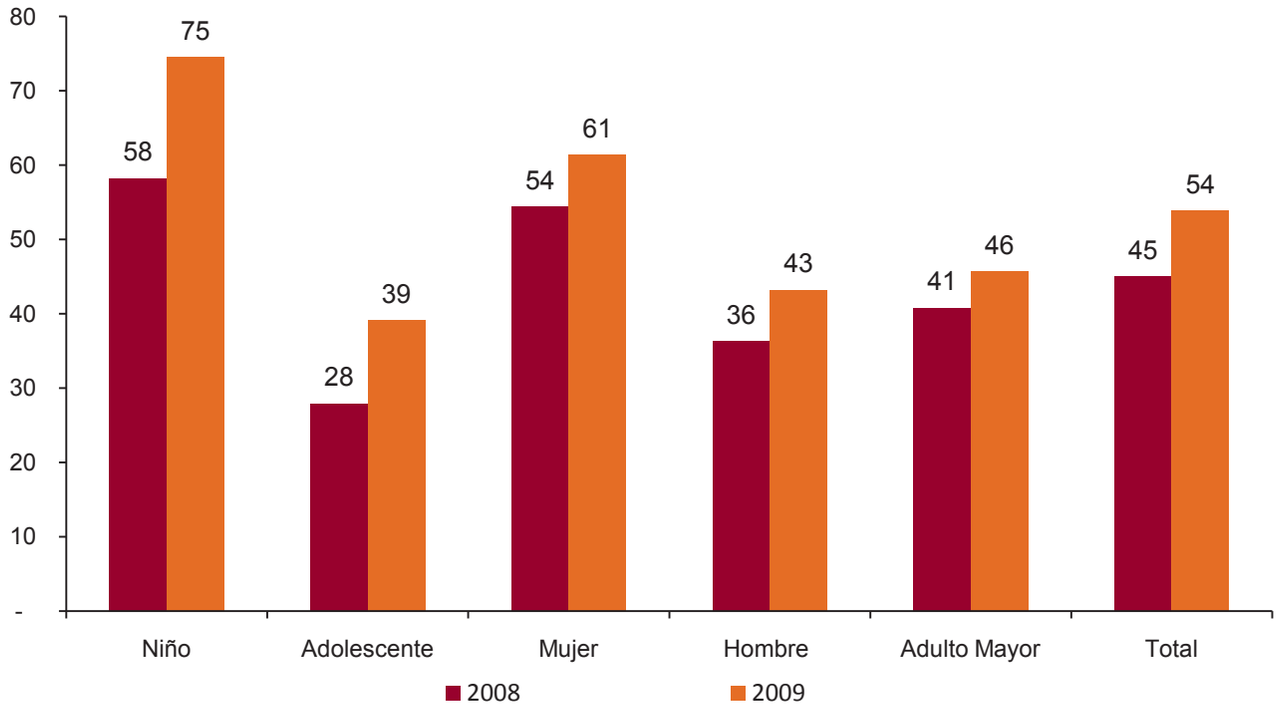
La trascendencia de este indicador radica en que constituye la mejor evidencia de un cambio en la cultura de salud de la población, ya que a diciembre de 2009, 19'204,520 derechohabientes regresaron a recibir el conjunto de acciones educativas, de nutrición, prevención, protección específica, detección oportuna y salud reproductiva que conforman el programa de salud de cada grupo de edad, lo que constituye un incremento de 20.7% con respecto al 2008.

De enero a mayo de 2010 se alcanzó una cobertura de 44.3%, logro superior al reportado en el mismo periodo del año anterior (39.7%); de continuar con esta tendencia se espera alcanzar o superar el valor de referencia establecido a diciembre (52.5%).

Las coberturas obtenidas en 2009 por grupo de edad beneficiaron con su programa de salud a: 4.8 millones de niños menores de 10 años (74.5%), 1.9 millones de adolescentes de 10 a 19 años (39.1%), 6.3 millones de mujeres de 20 a 59 años (61.4%), 3.6 millones de hombres de 20 a 59 años (43.2%) y 2.5 millones de adultos mayores (45.7%), todas ellas superiores a las obtenidas el año anterior en cada grupo de edad; destacan con los mayores incrementos los Programas de Salud del Adolescente y del Niño menor de 10 años.

El comportamiento de las coberturas hasta mayo de 2010 sugiere que al término del año se superará en todos los grupos de edad el número de derechohabientes beneficiados.

GRÁFICA IV.9.
PORCENTAJE DE COBERTURA DEL PROGRAMA POR GRUPOS DE EDAD
(2008 Y 2009)



*Coberturas Anualizadas.
Fuente: IMSS.

Programa de Salud del Niño Menor de 10 Años

Uno de los componentes de gran relevancia en el Programa de Salud del Niño es la detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos, cuyo objetivo es diagnosticar tempranamente este padecimiento y otorgar el tratamiento oportuno para evitar retraso físico o mental y muerte prematura.

A diciembre de 2009 se realizaron 469,717 detecciones y se identificaron y trataron 133 casos nuevos de hipotiroidismo congénito, con una cobertura de 98.5%, cifra que supera el valor de referencia (95%). Desde el inicio del programa al mes evaluado se han diagnosticado y tratado 2,612 casos.

En tamiz neonatal ampliado que incluye la detección de fenilcetonuria, hiperplasia adrenal congénita y deficiencia de biotinidasa en niños de tres a cinco días de vida, se tamizaron 465,422 niños, con una cobertura de 97.6%, lo que ha permitido diagnosticar y tratar oportunamente 291 casos de hiperplasia adrenal congénita, 19 de fenilcetonuria y seis de deficiencia de biotidinasa, desde julio de 2005 a diciembre de 2009.

Con fundamento en la normatividad del Sector Salud y con el propósito de unificar el criterio de toma de muestra para enfermedades metabólicas congénitas, que incluye las cuatro enfermedades mencionadas, a partir de octubre de 2009 se cambió la toma de muestra para hipotiroidismo congénito de cordón umbilical por la de talón en los niños de tres a cinco días de vida, en las UMF.

De esta manera, en el periodo de enero a mayo de 2010 se realizaron 172,437 detecciones de enfermedades metabólicas congénitas, con una cobertura de 98.3%, cifra superior al valor de referencia (95%).

La vacunación es una de las estrategias con mayor impacto en la salud de los niños. El indicador representativo es la cobertura con esquemas completos en niños de un año, cabe señalar que con el propósito de incorporar los nuevos esquemas de vacunación, en 2009 se cambió la plataforma informática sectorial que genera trimestralmente esta cobertura.

Lo anterior ha determinado no contar con datos actualizados para 2009, sin embargo, el comportamiento epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles, así como el monitoreo de las acciones de vacunación realizadas fundamentan la estimación de que la cobertura con esquemas completos en niños de un año bajo responsabilidad institucional, se mantiene alrededor de 98%, cifra superior a la meta establecida por el Consejo Nacional de Vacunación (95%).

Al mes de mayo de 2010 aún no se cuenta con información oficial de coberturas, validada por el Consejo Nacional de Vacunación, debido a que no se ha logrado consolidar la información por institución a nivel sectorial.

La vigilancia del estado de nutrición desde etapas tempranas es un componente fundamental para evaluar el crecimiento del niño e identificar alteraciones oportunamente, en particular el sobrepeso y la obesidad que son cada vez más frecuentes.

Se realizó medición de peso y talla a 2’618,393 niños menores de cinco años, con una cobertura de 85.6%, cifra ligeramente superior a la registrada en 2008 (84.9%). Las prevalencias identificadas fueron de 12.7% para sobrepeso y de 6% para obesidad.

En el periodo de enero a mayo de 2010 se pesaron y midieron 1’382,122 niños menores de cinco años, con una cobertura de 43.3%, lo que permitió identificar una prevalencia de sobrepeso de 12.1% y 5.5% de obesidad. Cabe destacar la aparente contención del sobrepeso y obesidad en este grupo de edad.

El Programa de Salud del Niño ha contribuido a reducir en 33.3% la mortalidad preescolar en el periodo 2000 a 2009 (gráfica IV.10).

GRÁFICA IV.10. TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS DERECHOHABIENTES MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD
(2000 A 2009)

Fuente: IMSS.

Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 Años

En este Programa destaca la estrategia de educación entre pares, actualmente con 59,667 adolescentes graduados como promotores y educadores, de los cuales sólo en 2009 se graduaron 43,203 en los 225 Centros de Formación de Promotores Adolescentes PREVENIMSS.

En 2010 se incrementó a 261 el número de Centros JUVENIMSS, se impartieron 550 cursos y se graduaron 16,360 promotores adolescentes.

Merece mención especial el trabajo realizado en Ciudad Juárez, donde a partir de abril se efectuaron 204 cursos y se graduaron 4,121 adolescentes, como parte del Proyecto Federal Todos somos Juárez.

En el periodo informado, 1.9 millones de adolescentes regresaron a recibir su programa de salud; se realizaron 2.8 millones de evaluaciones del estado de nutrición; se realizó la entrega informada de condones a 622,600 jóvenes y se efectuaron 336,418 detecciones de agudeza visual. En cuanto a protección específica, con las vacunas aplicadas se lograron las siguientes coberturas: 97% para tétanos y difteria, 79% para hepatitis B y 87% para sarampión y rubéola.

Los avances registrados a mayo de 2010 son: 1.5 millones de evaluaciones del estado de nutrición, 278,938 jóvenes recibieron condones y capacitación sobre su uso correcto, y se realizaron 169,954 detecciones de agudeza visual. Las coberturas de vacunación se incrementaron de la siguiente manera: 100% para tétanos y difteria, 83% para hepatitis B y 91% para sarampión y rubéola.

Programa de Salud de la Mujer de 20 a 59 Años

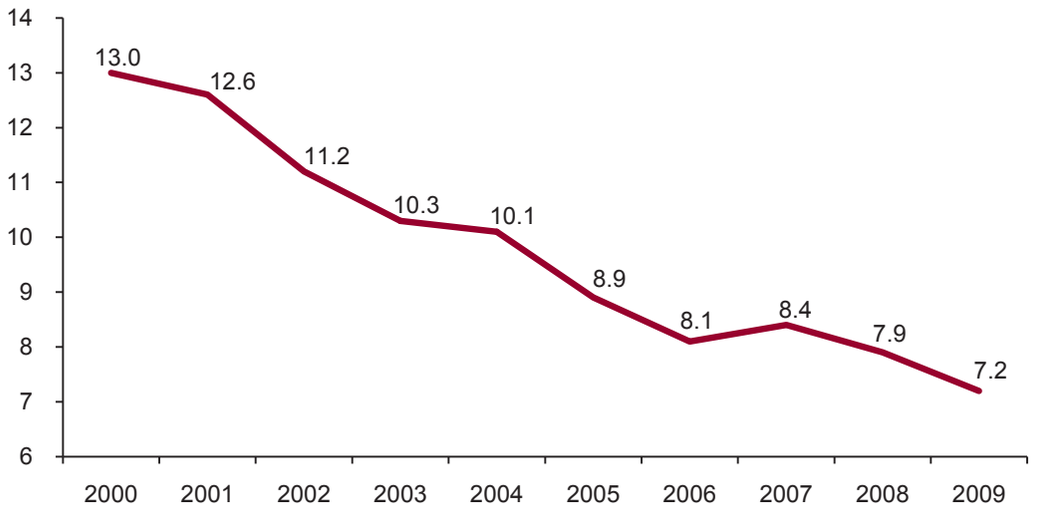
En el Programa de Salud de la Mujer se hizo vigilancia del estado nutricional a 7.7 millones, lo que permitió identificar prevalencias de 37% de sobrepeso y 39% de obesidad.

La detección de enfermedades crónicas se realizó en: 569,134 mujeres de 45 a 59 años, diabetes mellitus; 4.3 millones de mujeres de 30 a 59 años hipertensión arterial y tuberculosis en 731,716. En todas ellas se cumplió en más de 80.0% la meta de cobertura programada.

Se realizaron 2.4 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad; 4.4 millones de exploraciones clínicas de mama y 474,559 mastografías. Cabe señalar que en el Sector Salud, el IMSS se mantuvo como la única institución que alcanzó la meta programada para cáncer cérvico-uterino y que logró la meta de cobertura más alta para la detección de cáncer de mama por mastografía.

El incremento de las coberturas de detección de cáncer cérvico-uterino a partir de 2001 y la calidad de la atención médica para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, favorecen una disminución de 44.6% en la mortalidad por este padecimiento durante el periodo 2000 a 2009; la tasa de mortalidad en 2009 fue de 7.2 por 100,000 mujeres de 25 años y más, lo que representa una disminución de 8.9% respecto a la tasa de 2008 (7.9%), con lo que se supera el compromiso del Programa Nacional de Salud de disminuir 4.5% anual (gráfica IV.11).

GRÁFICA IV.11. TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO POR 100,000MUJERES DE 25 O MÁS AÑOS DE EDAD
(2000 A 2009)



Fuente: IMSS.

En este grupo los logros obtenidos en 2009 se han mantenido durante los primeros cinco meses de 2010; entre lo más relevante podemos enumerar la vigilancia del estado nutricional en 4.9 millones de mujeres, identificándose el mantenimiento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad; se ha hecho detección de cáncer-cérvico uterino a 1.1 millones de mujeres y a 224,384 mastografía para detección de cáncer de mama. De continuar con este avance, a fin de año se alcanzarán las coberturas e impactos en salud programados.

Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 Años

En el Programa de Salud del Hombre se realizaron 4.6 millones de mediciones de peso y talla con el fin de evaluar el estado nutricional; se efectuaron 2.6 millones de detecciones de hipertensión arterial en hombres de 30 a 59 años; referente a la detección de diabetes mellitus, se realizaron 355,699 detecciones; la detección de tuberculosis pulmonar se llevó a cabo en 343,966 hombres de 20 a 59 años; el cumplimiento de las metas de cobertura en poco más de 50% nos obliga a seguir fortaleciendo estrategias que hagan accesibles estos servicios a la población trabajadora.

De enero a mayo de 2010, poco más de 2.9 millones de hombres de 20 a 59 años recibieron los beneficios de la Atención Preventiva Integrada; 2.3% más que en el mismo periodo del año anterior, lo que sugiere un impacto favorable de las estrategias de obligatoriedad orientadas a la ampliación de cobertura, particularmente en este grupo de edad.

Durante 2010 el Instituto dio un gran impulso a la formalización de convenios de colaboración con empresas y sindicatos, actividad iniciada en 2009. Cabe destacar los realizados con la Comisión Federal de Electricidad (CFE), Teléfonos de México (TELMEX), la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC), Walmart, Liverpool, Comercial Mexicana, Grupo PEPSICO, FEMSA-Coca Cola y CEMEX.

En forma conjunta con la Comisión Federal de Electricidad y con el Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana (SUTERM) se visitaron las Delegaciones Estatales de Baja California Sur, Colima, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Estado de México Poniente y Veracruz Norte, con el propósito de establecer los Comités Estatales Tripartitos CFE-IMSS-SUTERM que darán impulso y seguimiento a las acciones comprometidas en el convenio.

Para poner en operación los convenios con CFE, TELMEX, CROC, Comercial Mexicana, Walmart, CEMEX, FEMSA Coca Cola y Liverpool se han integrado Comités Técnicos que sesionan semanalmente, lo que ha permitido conocer los siguientes avances: con CFE-SUTERM se constituyeron 31 Comités Tripartitos Delegacionales, se instalaron 22 módulos PROSALUD (PREVENIMSS) y se incorporaron a su programa de salud a 16,042 trabajadores; con la CROC se

iniciaron actividades en 26 Delegaciones y se han atendido con acciones preventivas a 15,972 trabajadores; con TELMEX se iniciaron actividades en la Ciudad de México, otorgándoles su paquete de salud a 1,700 trabajadores.

Asimismo, se diseñó un Sistema de Información PREVENIMSS en Empresas que tiene como base las cartillas nacionales de salud de los cinco grupos de edad y permite la captura en línea en los centros de trabajo; el sistema permitirá evaluar el avance de las condiciones de salud de los trabajadores, mismo que se encuentra operando en la CFE.

Programa de Salud del Adulto Mayor de 59 Años

En este Programa se realizó la medición de peso y talla a 4.3 millones de adultos mayores, identificándose prevalencias de 42.5% para sobrepeso y 34.1% para obesidad. En la detección de enfermedades crónicas se hicieron 847,027 acciones para detectar diabetes mellitus, 2.9 millones de hipertensión arterial y 476,846 de tuberculosis, lo que permitió cumplimientos cercanos a 80% en las metas de coberturas.

En lo que respecta a vacunación, se aplicaron en este grupo 5.3 millones de vacunas para protegerlos de enfermedades invasivas por neumococo y virus de la Influenza Estacional.

Durante el 2010 hasta el mes de mayo, se otorgó Atención Preventiva Integrada a 3.1 millones de adultos mayores, 3.7% más que en el mismo periodo de 2009; este avance permanente en las coberturas permitirá mejorar la calidad de vida y evitar los riesgos y daños de mayor prevalencia en este grupo de edad.

Programa de Planificación Familiar

En 2009 la cobertura de protección anticonceptiva postparto y transcesárea se incrementó a 79.9%, cifra por arriba de la registrada en el mismo periodo de 2008 (78.5%); la protección anticonceptiva postaborto fue de 83.3%, superior a lo logrado en el mismo periodo del año anterior (81.3%), (gráfica IV.12).

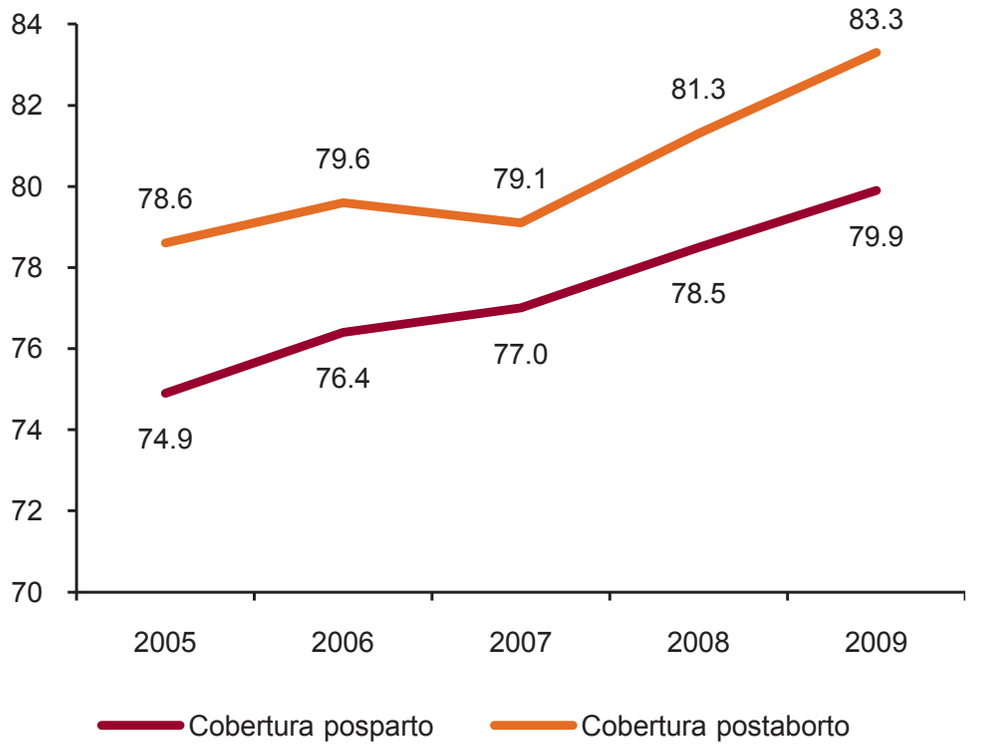
Ambos indicadores presentaron un importante incremento en los primeros cinco meses de 2010, con 82.6% de cobertura de protección anticonceptiva postparto y 85.3% en el postaborto.

El impacto de las acciones del Programa de Planificación Familiar se observa en la disminución de la fecundidad de la población derechohabiente, medida indirectamente a través de la tendencia descendente de la tasa de partos por mil mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar. Esta tasa presentó una cifra de 50.4, que es inferior a la registrada en el año 2008 (54.1), (gráfica IV.13).

La tasa de abortos por mil mujeres en edad fértil presenta en 2009 una cifra de 6.9, dato inferior al del año anterior que fue de 7.1.

GRÁFICA IV.12. TASA DE COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POSTPARTO Y POSTABORTO

(2005 A 2009)

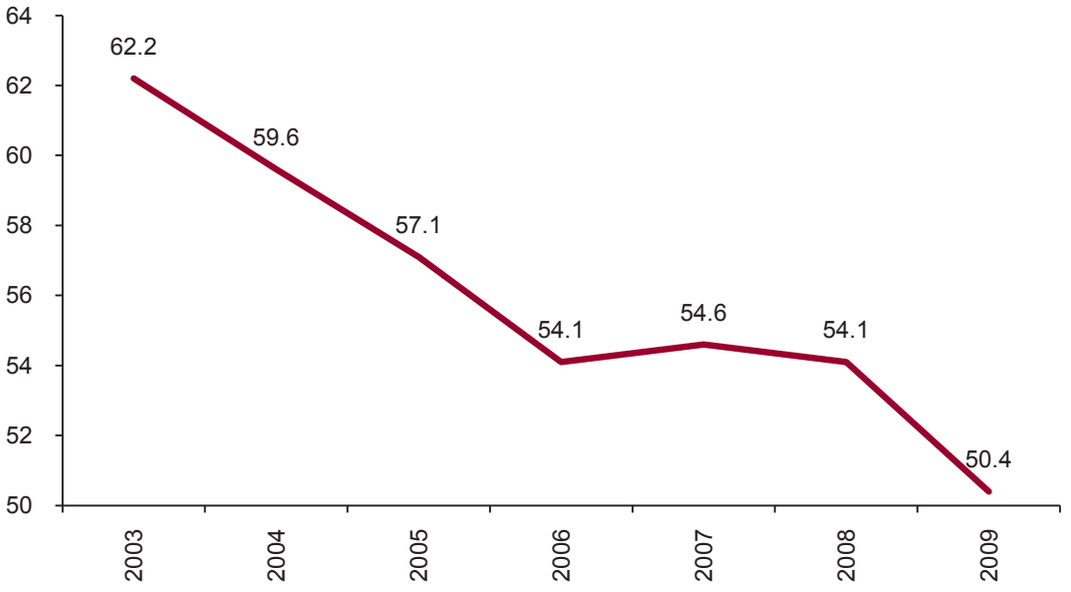


* Incluye cesárea

Fuente: IMSS.

GRÁFICA IV.13. TASA DE PARTOS POR 1,000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL

(2003 A 2009)



Fuente: IMSS:

Situación Especial ante la Contingencia por Influenza Humana A H1N1

Con el propósito de proteger al personal de salud en riesgo, del 23 de abril al 10 de mayo se aplicaron 295,006 dosis de vacuna antiinfluenza estacional para una cobertura de 100.0%. Se diseñaron y distribuyeron a todas las Delegaciones del Sistema 3'132,600 trípticos “Para cuidarse de la Influenza”, como material informativo para la población que acudió a las Unidades Médicas, así como tres archivos en PDF para su reproducción y difusión a nivel local.

Se apoyó en la implementación y operación del Centro de Atención Telefónica para la Influenza (*Call Center*) con 45 enfermeras de las Delegaciones D. F. Norte, D. F. Sur y México Oriente, quienes participaron atendiendo llamadas y orientando a la población sobre medidas preventivas, identificación de signos de alerta y uso oportuno y adecuado de servicios institucionales para la atención médica y el control de este problema.

Se diseñaron tres sistemas automatizados de información en línea para disponer de información estratégica sobre la evolución de la epidemia y sustentar la toma decisiones directivas; uno para monitorear la afluencia de los derechohabientes a las Unidades Médicas y el tipo de servicio solicitado; el segundo para hacer seguimiento de la utilización y resultados de las pruebas rápidas de casos probables, tanto ambulatorios como a nivel hospitalario, y el tercero para el estudio de contactos y convivientes.

Como una medida preventiva para disminuir el riesgo de complicación, hospitalización y muerte por Influenza Pandémica durante la temporada invernal 2009-2010, el IMSS aplicó 9’670,932 dosis de vacuna Antiinfluenza A H1N1, con una cobertura de 105.6%, así como 8’761,706 dosis de vacuna Antiinfluenza Estacional en los grupos de riesgo bajo responsabilidad institucional y acordados en el Consejo Nacional de Vacunación.

Estrategia para el Control del Sobrepeso y Obesidad

Ante el grave problema que significa el sobrepeso y la obesidad en la población derechohabiente y en todas las etapas de la vida, durante el 2009 se fortalecieron las actividades de promoción de la salud en Unidades Médicas, escuelas y centros laborales.

Para ello se diseñaron y reprodujeron los siguientes materiales: Guías para el Cuidado de la Salud, cuyos contenidos se adaptan a cada uno de los cinco grupos de edad que maneja PREVENIMSS; carteras de alimentación saludable y ejercicio, díptico “Refrigerio saludable en edad escolar y durante la adolescencia”, videos de actividad física en salas de espera y en centros de trabajo, y CD ROM interactivo “Fer quiere saber para qué sirve comer”.

Con apoyo de los medios de comunicación masiva se llevó a cabo la Cruzada "Vamos por más kilos", que con motivo de la pandemia de Influenza tuvo una duración de sólo siete semanas (del 16 de octubre al 30 de noviembre de 2009), en las que se inscribieron 543,689 personas, que lograron una pérdida de peso de 504,619 kg.

Programa de Actividades para 2010

El reto de la estrategia PREVENIMSS en este periodo es lograr la meta de cobertura programada para que un número cada vez mayor de derechohabientes reciba las acciones preventivas que por su grupo de edad, sexo y factores de riesgo les corresponden.

Para lograr dicho propósito se hizo más estricto el sistema de evaluación y seguimiento al incrementar los valores de referencia en cuatro indicadores: Índice de Atención Preventiva Integrada por Atención Curativa, cobertura de atención integral PREVENIMSS, cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino y tasa de partos.

Asimismo, se intensificarán las gestiones para obtener los incrementos de plantilla (1,000 plazas de nueva creación de Auxiliares de Enfermería en Salud Pública por año) y el presupuesto adicional requerido para fortalecer la infraestructura de PREVENIMSS a nivel operativo.

Para incrementar las coberturas de los Programas de Salud se continuará con la estrategia de obligatoriedad en guarderías, escuelas, empresas, así como en pensionados y jubilados, con lo que se beneficiará a más de 20 millones de derechohabientes al término de 2010, con los logros estimados que se presentan en el cuadro IV.12.

Con el propósito de informar a los jóvenes sobre los determinantes y riesgos para su salud se implementará, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, la estrategia de formación de Promotores Adolescentes PREVENIMSS en 402 Centros JUVENIMSS, en UMF de cinco o más consultorios y 804 en escuelas de nivel básico, medio superior y superior.

Ante el éxito de JUVENIMSS, durante el primer semestre de 2010 se realizó la prueba piloto de la estrategia educativa CHIQUITIMSS para niños derechohabientes de cuatro a seis años de edad, y durante el segundo semestre se implementará en las 35 Delegaciones del sistema.

Para contender con los graves problemas que representan el sobrepeso y la obesidad, el IMSS participa en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, con metas específicas en seis de los diez objetivos, con fundamento en la promoción de la alimentación correcta, la ingesta de agua simple potable, la práctica de actividad física cotidiana y la promoción de la lactancia materna.

CUADRO IV.12. PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD (PREVENIMSS). AVANCES Y METAS ESTIMADAS PARA 2010

Programa de Salud/Indicador	Meta 2010	
	enero a junio	enero a diciembre
Cobertura de Atención Integral PREVENIMSS	46.30%	≥ 54.0%
Salud del Niño Menor de 10 Años		
Cobertura de detección de enfermedades metabólicas congénitas en recién nacidos	98.40%	≥ 98.4%
Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año	80.90%	≥ 90.0%
Cobertura de vigilancia del estado nutricional en niños menores de cinco años	49.50%	≥ 90.0%
Mortalidad preescolar por 1,000 derechohabientes menores de cinco años	2	≤ 1.9
Salud del Adolescente de 10 a 19 Años		
Centros JUVENIMSS en Unidades de Medicina Familiar	316	452
Centros JUVENIMSS en escuelas	561	620
Promotores adolescentes graduados	44,571	62,312
Coberturas de vacunación		
Toxoide tetánico diftérico	97.00%	≥ 97.0%
Antihepatitis B	79.00%	≥ 80.0%
Sarampión–rubéola	87.00%	≥ 90.0%
Cobertura de vigilancia del estado nutricional	32.30%	≥ 60.0%
Capacitación en sexo protegido y entrega de condones	17.70%	≥ 35.0%
Cobertura de detección de agudeza visual	35.10%	≥ 60.0%
Salud de la Mujer de 20 a 59 Años		
Cobertura de vigilancia del estado nutricional	49.50%	≥ 78.0%
Cobertura de detección de:		
Diabetes mellitus	11.90%	≥ 25.0%
Hipertensión arterial	50.60%	≥ 78.0%
Cáncer cérvico-uterino	14.80%	≥ 28.5%
Cáncer de mama por mastografía	7.90%	≥ 20.0%
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años	7.2	≤ 7.1
Salud del Hombre de 20 a 59 Años		
Cobertura de vigilancia del estado nutricional	33.40%	≥ 55.0%
Cobertura de detección de:		
Diabetes mellitus	9.30%	≥ 20.0%
Hipertensión arterial	31.20%	≥ 52.0%
Convenios de colaboración con empresas	7	16
Trabajadores beneficiados	404,726	630,226
Salud del Adulto Mayor de 59 Años		
Cobertura de vigilancia del estado nutricional	56.70%	≥ 80.0%
Cobertura de detección de:		
Diabetes mellitus	9.70%	≥ 20.0%
Hipertensión arterial	51.70%	≥ 80.0%
Tuberculosis pulmonar	4.00%	≥ 8.0%
Cobertura de vacunación antineumocócica	76.00%	≥ 80.0%
Planificación Familiar		
Cobertura de protección anticonceptiva postparto	82.80%	≥ 83.0%
Cobertura de protección anticonceptiva postaborto	85.60%	≥ 86.0%
Tasa de partos por 1,000 mujeres en edad fértil	**46**	**≤ 46.0**

Fuente: IMSS.

En concordancia con el Acuerdo mencionado y como parte de las actividades en el ámbito escolar, se participa con la Secretaría de Educación Pública (SEP) en el diseño e implementación operativa de los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar.

Con motivo de la conmemoración del Bicentenario de la Independencia y del Centenario de la Revolución Mexicana se realizarán las Ferias Nacionales de Salud, como una fase intensiva de la estrategia Pasos por la Salud, orientado también a la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Con el propósito de contribuir a disminuir la mortalidad materna y perinatal se fortalecerán estrategias para incrementar la regulación de la fecundidad en las mujeres con alto riesgo reproductivo. Asimismo, se hará una mayor promoción a la consulta preconcepcional para que las mujeres que planeen embarazarse lo hagan en las mejores condiciones de salud.

Se concluirá con el programa de capacitación, evaluación y asesoría planteado para la consolidación de PREVENIMSS en el presente año, tanto en el nivel delegacional como operativo, y se mantendrá el proceso de supervisión mensual con retroalimentación a Delegaciones para lograr el cumplimiento de los indicadores estratégicos y de coberturas e impactos.

IV.1.22. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO A CONTINGENCIAS

Durante el proceso de reestructuración de la DPM y con el propósito de fortalecer la capacidad institucional y nacional en la vigilancia epidemiológica del país, en julio de 2008 el IMSS creó la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias. De esta manera, el Instituto se preparó para enfrentar contingencias de diversos tipos, entre ellas las contingencias epidemiológicas.

La vigilancia epidemiológica es un sistema de inteligencia sobre los diversos daños y riesgos para la salud que permite analizar información y proporciona un panorama para iniciar, profundizar o encauzar acciones de prevención y control de los eventos médico-epidemiológicos prioritarios. Las acciones de vigilancia epidemiológica en el IMSS apoyan al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual se concibe como el conjunto de relaciones formales y funcionales donde el Instituto participa coordinadamente con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo primordial es la obtención de conocimientos oportunos, uniformes, completos y confiables referentes al proceso salud-enfermedad en la población a partir de la información generada en las Unidades Médicas y Delegaciones, para ser utilizados

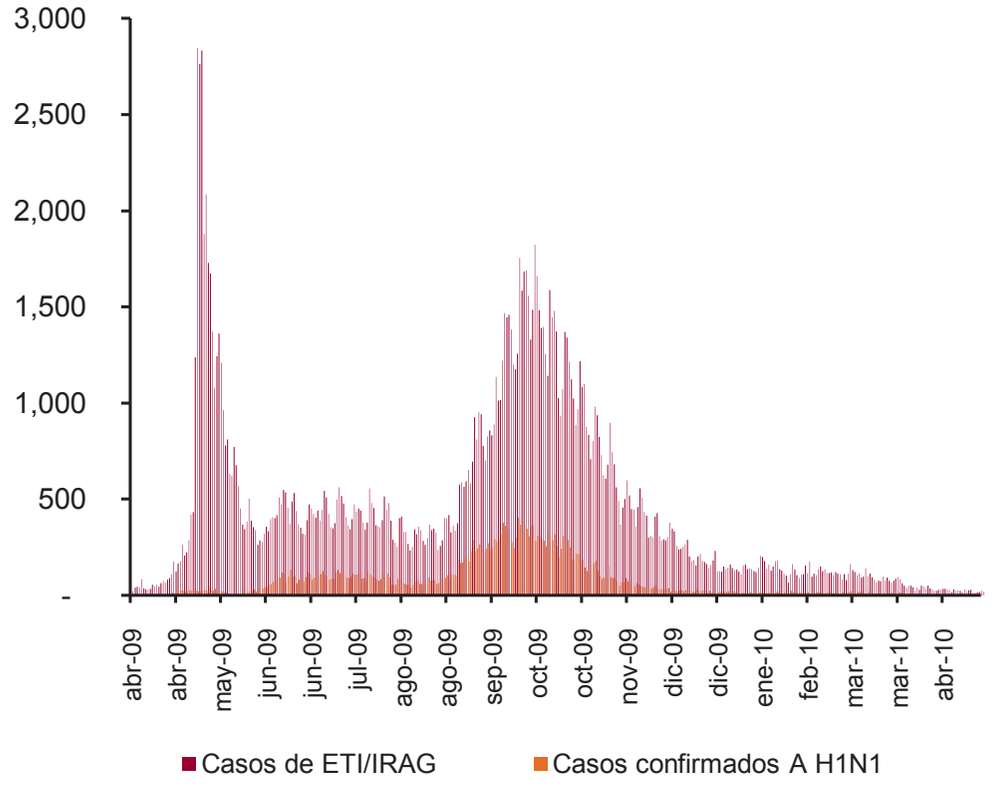
en la planeación, capacitación, investigación y evaluación de los programas de prevención, control y tratamiento.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

A partir de abril de 2009, el IMSS enfrentó un reto histórico: la epidemia del virus de Influenza A H1N1, ya que desde el primer momento se realizaron esfuerzos sustanciales por identificarlo, prevenirlo y contenerlo. De abril de 2009 a mayo de 2010, en el IMSS se reportaron 184,386 casos de enfermedad tipo Influenza, de los cuales 15,732 casos fueron ingresados a hospitalización por infección respiratoria aguda grave (8.5%) y atendido en forma ambulatoria 168,654 (91.5%); de ellos se confirmaron 29,625 casos por laboratorio (16.1%), como se muestra en la gráfica IV.14.

Los grupos de edad más afectados correspondieron a los menores de 29 años, con predominio de sexo masculino en los grupos de cinco a 24 años y del femenino en los grupos de 25 a 64 años. Por Delegación la incidencia varió de 178 a 2,539 casos por cada 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar, siendo Tabasco, Colima, Oaxaca, Chiapas, Nayarit y Veracruz Sur las Delegaciones con mayores tasas de incidencia.

GRÁFICA IV.14. COMPORTAMIENTO DE LA EPIDEMIA EN EL IMSS. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DEL 1 DE ABRIL DE 2009 AL 31 DE MAYO DE 2010



Fuente: IMSS.

Al mes de mayo se habían confirmado y certificado por CONAMED 659 defunciones por este virus. La letalidad de la enfermedad se mantuvo en niveles esperados por debajo de 0.5% (0.35%), con excepción de Hidalgo, Zacatecas, Distrito Federal, Puebla, Baja California Sur, Tlaxcala, Aguascalientes, Guanajuato, Durango y Chihuahua.

En materia de atención se mantuvieron abiertas de manera permanente todas las Unidades Médicas del IMSS y se dispuso atender a toda persona, fuese o no derechohabiente, si presentaba síntomas asociados a la Influenza. Se instalaron módulos de atención al público en dichas Unidades, mismos que brindaron información personalizada a 5.2 millones de personas y atención por problema respiratorio a 4.6 millones de personas, de las cuales se canalizaron a 80 mil por requerir valoración de mayor profundidad.

También se aseguró que las Unidades Médicas del Instituto contaran con los tratamientos antivirales Oseltamivir y Zanamivir, efectivos en contra de la Influenza A H1N1. En ese marco se adquirieron cerca de 505 mil tratamientos, de los cuales se habían prescrito más de 180 mil en todo el país hasta el mes de mayo. Desde el 30 de abril comenzaron a funcionar 13 unidades móviles operadas por el Programa IMSS-Oportunidades en el área metropolitana de la Ciudad de México, que atendieron a más de 10 mil personas que presentaban algún tipo de cuadro respiratorio.

En materia de comunicación se desarrolló una intensa campaña informativa hacia nuestros derechohabientes y población en general. Durante el primer brote (abril a mayo) se estableció un Centro de Nacional de Atención Telefónica para brindar información sobre la epidemia; 60 enfermeras del IMSS coadyuvaron en dar respuesta a casi cuatro millones de llamadas.

Los sistemas de información eran inadecuados para la Vigilancia Epidemiológica. La plataforma de la SSA fue insuficiente para la toma de decisiones, por lo que se desarrolló el Sistema propio de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica (SINOLAVE), que desde el mes de diciembre transfiere en línea la información a la plataforma sectorial.

Por otro lado, el IMSS puso inicialmente en marcha, el 25 de mayo, un laboratorio en el CMN "La Raza" para la confirmación diagnóstica de la Influenza A H1N1, que al cierre del año procesó más de 40 mil muestras; actualmente ya operan tres laboratorios más en Jalisco, Nuevo León y Mérida.

Para resolver las limitaciones clínicas y epidemiológicas en la atención de pacientes con sospecha de Influenza, el IMSS desarrolló una Guía de Práctica Clínica Preliminar que sirvió como ejemplo para otras instituciones y recibió reconocimiento de la OMS.

Adicionalmente, se elaboró el Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante una Epidemia de Influenza y se realizó un escenario de necesidades de atención médica (camas de hospitalización, de cuidados intensivos y ventiladores) con lo que se determinó que la infraestructura del Instituto era suficiente para atender la contingencia, y se estimó y adquirió la Reserva Estratégica que considera los recursos necesarios para la prevención de la propagación de la Influenza.

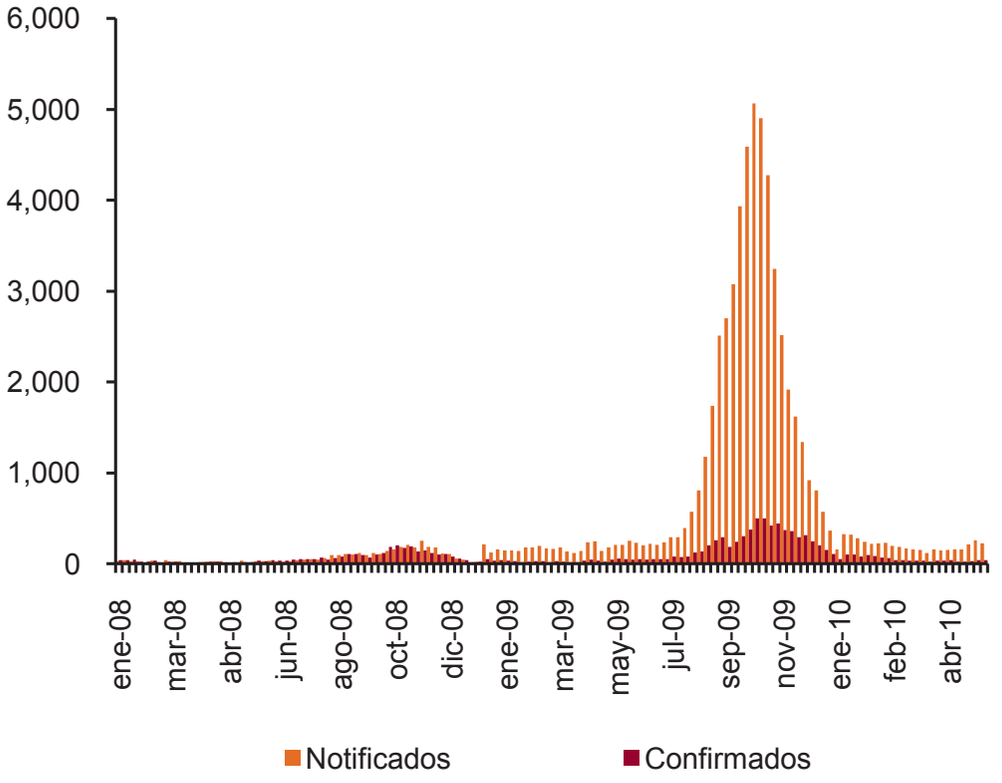
En el mes de diciembre de 2009 se inició la vacunación contra la Influenza A H1N1 en el IMSS. Para el mes de mayo de 2010 se habían aplicado 11.5 millones de vacunas con una cobertura de 100%, de acuerdo con lo programado en coordinación con el Sector Salud.

Los cambios climatológicos observados en los últimos años han propiciado la dispersión del vector de dengue hacia la mayor parte del territorio. Durante el periodo de informe,se presentó el mayor número de casos en la historia de este padecimiento en México (gráfica IV.15) hasta llegar a representar un verdadero problema de salud pública, con grandes brotes en la mayoría de las Delegaciones, afectando en forma alternante y de manera importante a diferentes regiones de acuerdo con las densidades vectoriales, la circulación de los diferentes denguevirus y con la experiencia inmunológica de la población.

En el IMSS se atendieron 67,601 casos por dengue. Para mantener baja su letalidad y colaborar en su control se han realizado las siguientes acciones: difusión de la Guía de Práctica Clínica para Dengue, notificación inmediata de los casos, defunciones y brotes por los servicios de salud en las primeras 24 horas de su conocimiento, el estudio epidemiológico de caso, toma de muestra para diagnóstico, emisión de alerta epidemiológica para la fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue, un curso de Actualización de Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica y participación en los Cursos Regionales de Capacitación, conjuntamente con la SSA.

La tuberculosis se reconoce como un problema de rezago de la Salud Pública Mundial, en las Américas y en México. De todos los tipos de tuberculosis que se reportan en el IMSS 83% corresponden a tuberculosis pulmonar. La aplicación del Programa de Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de la Tuberculosis en el IMSS favoreció que la tasa de morbilidad de este tipo de tuberculosis disminuyera en 36.2%, al pasar de 14.2 en el año 2000 a 9.1 en el 2009 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.

GRÁFICA IV.15. COMPORTAMIENTO DE LA FIEBRE POR DENGUE EN EL IMSS
(2008-2010)



Fuente: IMSS.

La mayor morbilidad ocurre en las edades productivas (20 a 59 años) con repercusiones en el área laboral y familiar, pero el mayor impacto para mortalidad se registra en la mortalidad del adulto mayor. En la tasa de mortalidad de la tuberculosis pulmonar se observa un descenso en el periodo 2000 a 2009 de 43.5%.

En el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010 se diagnosticaron y estudiaron 3,552 casos nuevos de tuberculosis pulmonar; de ellos, es importante mencionar que 84.6% de los pacientes terminaron tratamiento y se les dio de alta por curación.

Además, se examinaron 14,815 contactos que corresponden a 85.7% de los contactos declarados, siendo necesario examinar a todos los contactos del paciente para cortar la cadena de transmisión. Las cinco Delegaciones con mayor número de casos son Nuevo León (365), Baja California (328) Tamaulipas (322), Sinaloa (237) y Veracruz Norte (221).

Sin embargo, la resistencia a los fármacos está representando un problema de Salud Pública en la actualidad, ya que estos pacientes requieren esquemas más costosos y prolongados. En la Encuesta Nacional de Fármaco Resistencia se han identificado 225 casos de tuberculosis con resistencia a fármacos, donde 49 casos que representan 21.7% son derechohabientes del IMSS.

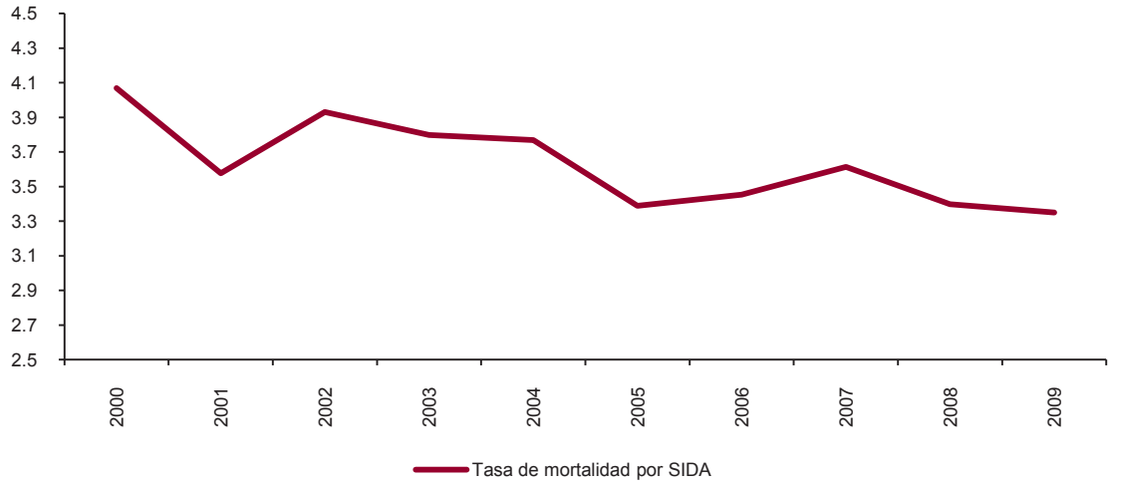
La epidemia de VIH/SIDA todavía es un reto para nuestro país. Hasta mayo de 2010 se habían acumulado 61,129 casos de VIH/SIDA en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica, de los cuales 19.1% son seropositivos y 80.9% son casos de SIDA. En el periodo del informe se registraron 2,970 nuevos casos, de los cuales 1,362 son VIH y 1,608 son enfermos de SIDA.

En cuanto a la mortalidad, se observa un descenso a partir de 1998 hasta llegar a estabilizarse en los últimos años, reflejo del impacto de la terapia antirretroviral (gráfica IV.16).

De las enfermedades prevenibles por vacunación, en el mes de marzo de 2009 la SSA emitió una alerta epidemiológica por un brote de tos ferina sostenido desde el mes de octubre de 2008 en el estado de Nuevo León, mismo que se propagó por los estados de Tamaulipas y Sonora. Se realizó un operativo nacional en conjunto con la SSA para limitar el daño en dicha región, habiéndose confirmado 521 casos para el país, de los cuales 109 corresponden al IMSS.

En el sistema activo de vigilancia para identificar casos de tos ferina se han estudiado 324 casos, que representan uno por cada 30,000 niños menores de un año, y para identificar sarampión se estudian las enfermedades febriles exantemáticas, un caso por cada 40,000 derechohabientes. Este problema sigue latente, por lo que se han implementado acciones para atender las alertas epidemiológicas: para sarampión por la presencia de casos en San Diego, California, evitando una posible reintroducción del virus a nuestro país, y para brotes de enfermedad diarreica aguda por rotavirus en Chiapas.

GRÁFICA IV.16. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SIDA
(1991 A 2009)



Fuente: IMSS.

Las infecciones nosocomiales representan un importante problema de Salud Pública que refleja la calidad de la atención médica y seguridad del paciente, debido a su impacto en los riesgos y daños a la salud, así como en las finanzas y el deterioro de la imagen institucional. Con la finalidad de coadyuvar en la mejora de la atención, una prioridad establecida desde el inicio de la presente administración ha sido reforzar la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Mediante la vigilancia activa, durante el periodo comprendido entre el mes de mayo de 2009 a mayo de 2010 se ha incrementado la identificación, estudio y registro de las infecciones nosocomiales en 17.6% de las Unidades Hospitalarias de segundo nivel de atención médica y en 14.3% en UMAE, lo que permite implementar con oportunidad las acciones de control y prevención de nuevos casos, para contibuir en la mejora de la calidad y seguridad en la atención de los pacientes hospitalizados.

Además, durante el mismo periodo se notificaron 375 brotes nosocomiales, de los cuales 48 ocurrieron en Hospitales, 226 en guarderías y 101 en la comunidad, donde se aplicaron las medidas adecuadas para su control. Estos brotes fueron notificados oportunamente en 84.5% de los casos. En todos los brotes notificados se realizaron análisis epidemiológicos y se emitieron recomendaciones a las Delegaciones. En los brotes de mayor trascendencia se dio apoyo a las Delegaciones para su estudio y la aplicación de medidas de prevención y control. Cabe mencionar que se realizaron 16 visitas de asesoría por los médicos epidemiólogos de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias.

Programa de Actividades para 2010

Para el segundo semestre de 2010 se tiene programada la realización de la Encuesta Nacional de los Programas Integrados de Salud, esfuerzo institucional de enormes dimensiones para visitar más de 31,000 hogares derechohabientes de todas las Delegaciones del país.

La encuesta aportará información relevante para el Instituto, ya que permitirá conocer el grado de cobertura de los programas preventivos de salud en todos los grupos de edad, así como determinar los patrones de utilización de servicios de salud cuando los enfermos requieren atención ambulatoria o de hospitalización. La información permitirá contar con elementos para la mejora de servicios en la toma de decisiones.

La transición epidemiológica y demográfica que está experimentando nuestro país nos obliga a conocer la magnitud de las enfermedades crónicas, motivo por el cual esta encuesta estimará la cantidad de enfermos con diabetes mellitus, hipertensión arterial, principales tipos de cánceres y consumo de tabaco y alcohol. La encuesta también identificará algunas conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física.

Para el cierre del ejercicio de 2010 se tiene programado incrementar la notificación oportuna, el estudio epidemiológico, la toma oportuna de las medidas de prevención, control, asesoría y apoyo en el estudio de brotes en las Delegaciones y Unidades Médicas, así como la focalización de las actividades de vigilancia epidemiológica activa, la prevención y el control hacia las áreas, los métodos y procesos para la atención de los pacientes que impliquen mayor riesgo para el desarrollo de infecciones nosocomiales y la promoción de mejora en las prácticas seguras para disminuir los riesgos.

Para aprovechar la infraestructura actual instalada de laboratorio y con el propósito de generar, analizar y proveer información de laboratorio veraz, suficiente, oportuna y permanente al IMSS y al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica sobre enfermedades prioritarias sujetas a vigilancia para orientar su prevención y control, mediante la aplicación de normas sectoriales en materia de laboratorios de vigilancia epidemiológica, se establecerá una Red de Laboratorios de Vigilancia e Investigación Epidemiológica.

Por otro lado, ante la amenaza de riesgos de ocurrencia de desastres originados por fenómenos naturales, especialmente de tipo hidrometeorológicos, como huracanes, inundaciones, tormentas de nieve, granizo, polvo o electricidad, heladas, sequías y ondas cálidas o gélidas, se desarrollará el Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante Fenómenos Hidrometeorológicos.

El escenario que se vislumbra para el segundo semestre de 2010 puede observarse en el cuadro IV.13.

CUADRO IV.13 PRONÓSTICO. TEMPORADA DE HURACANES 2010

Categoría	Atlántico, Golfo de México y Mar Caribe	Pacífico	Total
Tormentas Tropicales	5	6	11
Huracanes Moderados (categorías 1 ó 2)	4	5	9
Huracanes Intensos (categorías 3, 4 ó 5)	3	12	15
TOTAL	**12**	**23**	**35**

Fuente: Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED).

En la gráfica IV.17 se identifican las entidades en las que es mayor la probabilidad de enfrentar contingencias debidas a este fenómeno, sin eximir que el resto de los Estados se encuentre totalmente a salvo.

Aunque se trata de un proceso continuo, con el fin de comprender la organización se consideran las fases de “Antes”, “Durante” y “Después” que integran los siguientes componentes: Preparación, Respuesta y Recuperación, inmersos en un marco de monitorización.

Bajo este esquema se han seleccionado las 13 Delegaciones que habrán de recibir asesoría personalizada durante las visitas programadas en el segundo semestre de 2010. Con ello se logrará estandarizar los criterios de respuesta ante contingencias por fenómenos hidrometeorológicos con el propósito de disminuir la vulnerabilidad ante el impacto de estos eventos.

GRÁFICA IV.17. MAPA DE RIESGO POR HURACANES

Fuente: CENAPRED.

CUADRO IV.14. FASES Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA

Fases	Líneas de acción
Planeación	Coordinación
Aguda	Atención médica
	Atención psicológica
	Prevención y control de enfermedades
Mantenimiento	Vigilancia epidemiológica
	Protección contra riesgos sanitarios
Recuperación	Promoción de la salud
	Comunicación social

Fuente: IMSS.

IV.1.23. SALUD EN EL TRABAJO

La DPM, a través de la estrategia de Salud y Seguridad en el Trabajo, brinda servicios para mejorar la salud de la población trabajadora afiliada al IMSS, así como la atención de los riesgos de trabajo y los dictámenes de invalidez. Su misión es garantizar a los trabajadores afiliados al Instituto la atención y evaluación de los accidentes y enfermedades de trabajo, así como la declaración del estado de invalidez con oportunidad, calidad y apego a la Ley; además, promover con los sectores involucrados la prevención de riesgos a la salud a fin de contribuir a su bienestar y productividad.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Las actividades de Promoción de la Salud de los trabajadores, a través de la estrategia PREVENIMSS en empresas que se desarrollaron durante el periodo, consistieron en 5,103 visitas promocionales y capacitación de 3,326 Comisiones de Seguridad e Higiene, tanto en las empresas afiliadas como en el Instituto.

Se llevaron a cabo actividades de asesoría, capacitación, apoyo técnico e información a patrones y trabajadores de las empresas afiliadas y centros laborales del IMSS, que dieron como resultado el establecimiento de 5,343 Estudios y Programas Preventivos; se efectuaron 4,462 visitas de seguimiento y se investigaron 416 accidentes de trabajo, cuya Incapacidad Permanente fue mayor de 50% o generaron defunción.

Una estrategia importante de la prevención es la capacitación en seguridad, salud e higiene industrial; por tanto, y con la finalidad de mejorar la calidad de respuesta institucional, las 35 Coordinaciones Delegacionales de Salud en el Trabajo, los 13 Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad (CRESTCAP) y nivel central desarrollaron actividades de capacitación, obteniendo los siguientes resultados:

- En el periodo acudieron 29,093 participantes a cursos básicos de seguridad e higiene, 5,463 asistentes a cursos monográficos y 426 a diplomados.
- Se realizaron 2,735 pruebas periciales técnicas, como apoyo en casos de demanda por riesgos de trabajo.
- Se efectuaron 5,272 visitas de apoyo a la calificación de la profesionalidad como es la investigación de probable Accidente o Enfermedad de Trabajo en empresas y centros laborales del IMSS.

Una de las estrategias implementadas que permiten mejorar la oportunidad en la emisión de los dictámenes de riesgos de trabajo e invalidez ha sido el Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo (MEST). Para el año 2009 se reportó un porcentaje de uso de esta herramienta de 39% y para mayo de 2010 se mostró un incremento a 72% en aquellas Unidades que cuentan con el SIMF. Esto ha sido resultado de la difusión a nivel nacional y la capacitación en diez Delegaciones que presentaban bajo o nulo uso del MEST, éstas son: Michoacán, Colima, Quintana Roo, Oaxaca, Nayarit, Morelos, Hidalgo, Chihuahua, Tamaulipas y Querétaro.

Se actualizaron los Procedimientos para Dictaminación y Prevención de los Accidentes y Enfermedades de Trabajo, Clave 2320-003-009 y 2320-003-010, en los cuales se implementó el formato ST-9 Aviso de Atención Médica y Calificación de Enfermedades de Trabajo.

A fin de mejorar la detección y el diagnóstico de las enfermedades de trabajo, se desarrollaron cinco cursos monográficos con los siguientes temas: Patología Músculo-Esquelética como Enfermedad de Trabajo, Toxicología Laboral, Audiología Laboral, Oftalmopatías en Medicina del Trabajo y Enfermedades Emergentes de Trabajo.

Con respecto a los sistemas de información en Salud en el Trabajo, se emitieron los resultados de los indicadores contemplados en el manual metodológico. Asimismo, se dio cumplimiento al Convenio de Intercambio de Información con la STPS, a través del envío de la casuística de riesgos de trabajo en forma trimestral, y se elaboró trimestralmente el semáforo para la evaluación a las Delegaciones.

Como parte del programa de visitas de evaluación y asesoría a las Delegaciones se han visitado Puebla, D. F. Norte, Tamaulipas y Oaxaca.

Determinación de la Invalidez

Se impartieron tres cursos de actualización dirigidos al personal directivo y operativo, que son los siguientes: Curso Taller de Actualización en Invalidez y Reincorporación laboral; Curso Longitudinal Sistema de Evaluación Laboral BTE PRIMUS RS, Indicaciones, Uso e Interpretación y Curso de Capacitación al Personal de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del IMSS (SPPSTIMSS).

Se actualizaron el procedimiento para los SPPSTIMSS y los exámenes de aptitud médico laboral para aspirantes a ingresar al IMSS; se elaboró el procedimiento para la selección, referencia y seguimiento por los servicios de Salud en el Trabajo de asegurados en proceso de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral.

Se actualizaron las guías para efectuar exámenes médicos de admisión a aspirantes a ingresar al IMSS y de exámenes médicos periódicos para los trabajadores, los cuales se incluyeron en el procedimiento normativo correspondiente.

Promoción de la Salud y Prevención de Daños

Como resultado de la Atención Preventiva Integrada (API), se realizaron 19,463 multi-detecciones, 2,427 sesiones educativas y se integraron 2,941 trabajadores IMSS a grupos de ayuda. Un total de 16,605 trabajadores fueron enviados a estomatología, nutrición y dietética, y actividad física; se aplicaron 42,834 inmunizaciones y se realizaron 9,004 exámenes médicos periódicos; se efectuaron 236 recorridos en centros laborales IMSS por Comisiones Locales Mixtas de Seguridad e Higiene y se otorgaron 2,380 atenciones médicas de primeros auxilios.

Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral

En el Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral se tuvieron los siguientes avances:

- En materia de obra pública se tiene 100% de avance en la ampliación y remodelación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, que depende de la UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.
- Se dotó al servicio del equipo de evaluación y simulación laboral un electromiógrafo, mobiliario y equipo médico.
- Se otorgó equipamiento médico para el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HGR No. 72 de la Delegación México Oriente. Se cuenta con la autorización de la plantilla para el inicio de sus actividades, con la nominación de dos médicos no familiares y un terapista ocupacional.
- Al CECART ubicado en la Unidad Morelos, dependiente de la Delegación D. F. Norte, se le entregó el equipo técnico y de cómputo.
- Se dio seguimiento al convenio de colaboración con la SEP y se reiniciaron las pláticas con representantes de la Dirección General de Centros de Formación para el Trabajo de la SEP, quienes validarán la propuesta de convenio de colaboración en su ámbito de competencia.

Programa de Actividades para 2010

Las actividades preventivas en materia de riesgos de trabajo para el periodo de junio a diciembre de 2010 se presentan en los cuadros IV.15, IV.16 y IV.17.

A fin de mejorar la cobertura en la calificación de los accidentes de trabajo, se propone una serie de estrategias integrales que involucren a las Coordinaciones de Atención Médica, de UMAE y de Salud en el Trabajo; lo anterior, para disminuir el subregistro de los accidentes de trabajo, que permita al asegurado reclamar las prestaciones que le corresponden en este ramo de aseguramiento. Dicho programa será puesto a consideración de las áreas participantes a fin de iniciar su desarrollo a partir del segundo semestre de 2010.

Por otra parte, para dar respuesta a las necesidades de los servicios operativos de Salud en el Trabajo, en lo concerniente a la capacitación para el uso del MEST, en el segundo semestre de este año iniciará la transmisión de 12 “emisores” o videos a través de Intranet institucional.

Con el propósito de mejorar la detección y diagnóstico de las enfermedades de trabajo, para el segundo semestre de 2010 se tiene contemplado el desarrollo de dos cursos monográficos denominados: Patología Respiratoria de Trabajo y Manejo Integral de las Enfermedades de Trabajo, dirigidos a médicos familiares y no familiares.

Se actualizará el Procedimiento para Dictaminación y Prevención de las Enfermedades de Trabajo, Clave 2320-003-010, el cual contendrá nuevas disposiciones para el manejo integral de las enfermedades de trabajo que permitan mejorar su detección y diagnóstico.

Se emitirán los resultados trimestrales de los indicadores contemplados en el manual metodológico 2010, y se dará continuidad al intercambio de información a la STPS y otras instancias intra y extrainstitucionales, a través del envío de la casuística de riesgos de trabajo correspondiente al 2010. Para el segundo semestre se elaborará el semáforo de evaluación a las Delegaciones, compuesto para este año por nueve indicadores estratégicos.

Como parte del programa de visitas de evaluación y asesoría a los servicios operativos y delegacionales de Salud en el Trabajo, se tiene contemplado para el segundo semestre de 2010 acudir a las Delegaciones Chihuahua, Colima, Nayarit, Querétaro, Veracruz Norte, Guerrero y D. F. Sur.

A fin de mejorar la calidad y oportunidad de los dictámenes periciales médicos requeridos en los juicios laborales por riesgos de trabajo e invalidez, se realizarán tres sesiones de Actualización Normativa en la determinación de invalidez y riesgos de trabajo para el personal de las Delegaciones D. F. Norte y Sur, México Oriente y Poniente e Hidalgo.

CUADRO IV.15. ACTIVIDADES DE APOYO Y ASESORÍA A LAS COMISIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE

Descripción	Meta jun-dic 2010
Foros Promocionales de PREVENIMSS en Empresas	1,603
Intervención a Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene de Empresas Captadas en los Foros de Promoción PREVENIMSS	582
Intervención a Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo del IMSS, en apoyo a las Actividades de los SPPSTIMSS	1,967

Fuente: IMSS.

CUADRO IV.16. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN EMPRESAS AFILIADAS Y CENTROS LABORALES IMSS

Descripción	Meta jun-dic 2010
Estudios de Seguridad e Higiene en el Trabajo	1,390
Programas Preventivos de Seguridad e Higiene en el Trabajo	1,582
Visitas de Seguimiento, Asesoría y Control de las Recomendaciones Técnicas Emitidas en los Programas Preventivos	4,695
Investigación de los Accidentes de Trabajo que Generaron Defunción o IPP mayor a 50%	676
Investigación de Probable Accidente o Enfermedad de Trabajo en Empresas con Centros IMSS por Apoyo a la Calificación de Profesionalidad	893
Participación de Personal de Seguridad en el Trabajo en Juicios Laborales (Rendición de Periciales Técnicas)	1,141

Fuente: IMSS.

CUADRO IV.17. ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Descripción	Meta jun-dic 2010
Delegaciones sin CRESTCAP	
Cursos Monográficos en Seguridad e Higiene en el Trabajo	2,398
Cursos Básicos de Seguridad e Higiene en el Trabajo	8,924
Delegaciones con CRESTCAP	
Diplomados de Salud, Seguridad e Higiene	64
Cursos Monográficos en Seguridad e Higiene en el Trabajo	1,222
Cursos Básicos de Seguridad e Higiene en el Trabajo	977

Fuente: IMSS.

Con el propósito de detectar los puntos críticos del proceso de atención a demandas por riesgos de trabajo e invalidez y establecer las medidas correctivas que permitan hacer eficiente la operación de los Módulos Médicos de Atención a Demandas, se efectuarán cuatro visitas de supervisión a los Módulos Médicos de Atención a Demandas del D. F. Norte y Sur, así como México Oriente y Poniente.

IV.1.24. UNIDAD MÉDICA SEGURA

Sustentado en el sentido de prevención, preparativos y mitigación frente a desastres, se amplió la responsabilidad institucional al integrar el Programa Hospital Seguro al concepto de Unidad Médica Segura. Esta incluye Hospitales y UMF (primer contacto), UMAA, Bancos de Sangre, Hospitales Rurales e inclusive Unidades de Rehabilitación

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para el programa institucional de Unidad Médica Segura se adoptaron las bases e instrumentos de Hospital Seguro, lo que requirió del ajuste de los documentos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que miden los índices de seguridad hospitalaria para dar cabida al programa Unidad Médica Segura.

Tomada esta decisión, se programó la autoevaluación con los instrumentos ya adaptados y con el aval de la OPS/OMS de 1,451 Unidades Médicas, lo que permitió establecer el diagnóstico situacional del nivel de seguridad. De las unidades evaluadas, 1,246 correspondieron a UMF y Hospitales, tanto de segundo como de tercer niveles. Las 205 Unidades restantes, integradas por Hospitales Rurales, Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, Bancos de Sangre y Unidades de Medicina Física y Rehabilitación, todas presentaron niveles de seguridad elevados.

Se hizo especial énfasis en analizar los aspectos estructurales y no estructurales de dichas Unidades para establecer los niveles de intervención y las áreas en donde se requiere atención para tomar medidas de reforzamiento de estos elementos y mejorar los niveles de seguridad.

Considerando que el ejercicio de autoevaluación se realizó como una primera aproximación, se inició un proceso de validación para ratificar o rectificar la información enviada por los distintos cuerpos de gobierno de las Unidades de atención médica.

En diciembre de 2009 y enero de 2010 se realizaron las visitas de validación por personal institucional acreditado y con certificación de la Secretaría de Gobernación y la OPS/OMS, como evaluadores del Programa Hospital Seguro frente a Desastres.

Posterior a la validación por los expertos, se encontró que 11 UMF, cuatro Hospitales Generales de Zona con Medicina Familiar (HGZ/MF) y un Hospital General de Subzona (HGS) requieren medidas de reforzamiento estructural y no estructural. Se detectaron, además, las Unidades que requieren mejorar salidas de emergencia y sistemas de detección y control de incendios. Esta información se turnó a la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Programa de Actividades para 2010

Se continuará con las gestiones para avanzar en el Programa de Unidad Médica Segura, de acuerdo con las instrucciones del Director General y del Director de Prestaciones Médicas, bajo la normatividad de estándares nacionales e internacionales como son los de la OPS/OMS.

IV.2. UNIDAD IMSS-OPORTUNIDADES

IV.2.1. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

El Programa IMSS-Oportunidades, con una trayectoria de más de 30 años de trabajo en favor de la población indígena y campesina de las zonas rurales marginadas de México, constituye un elemento primordial de la política social emprendida por el Gobierno Federal para lograr que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud.

El Programa tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población mediante la prestación de servicios médicos gratuitos de calidad y con trato digno a más de 10.2 millones de mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de Seguridad Social, de los cuales más de 3.4 millones son indígenas.

La gratuidad de los servicios para los beneficiarios se otorga a cambio del autocuidado de su salud. IMSS-Oportunidades cuenta con una red regionalizada de servicios integrada por 3,549 Unidades Médicas Rurales (UMR), 70 Hospitales Rurales (HR), 226 Unidades Médicas Urbanas (UMU) y 225 equipos itinerantes de salud para la atención de las localidades más lejanas y dispersas denominadas Microrregiones.

La cobertura del Programa abarca 1,357 municipios y 17,106 localidades en 17 Estados de la República en el medio rural. A partir de 2005 opera en 26 entidades de nuestro país (incluyendo el Distrito Federal, en el ámbito urbano-marginado) para la atención de familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

El Programa presta servicios médicos gratuitos a través de 70 HR y 3,775 Unidades Médicas de primer nivel, dotados de 17,000 equipos médicos y 7,000 electromecánicos.

Para 2009, la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión autorizó, a través del Presupuesto de Egresos de la Federación 2009, una ampliación presupuestal al Programa IMSS-Oportunidades por un monto de 1,500 millones de pesos, los cuales fueron etiquetados para inversión e infraestructura del Programa.

La infraestructura se desarrolló con el objetivo de acercar servicios médicos a zonas de alto rezago social en los estados de Puebla, Michoacán, Campeche, Veracruz, Guerrero y el Estado de México, persiguiendo fortalecer la base social en los municipios en donde fue construida.

Es necesario destacar que la apertura de los Hospitales en los Estados de México y Guerrero tiene especial relevancia para el Programa, pues había dejado de tener presencia hace 25 años, dado el proceso de descentralización.

Durante 2009 se llevaron a cabo 162 obras, con una inversión de 1,014.9 millones de pesos, entre las que destaca el inicio de la construcción de ocho nuevos HR, que iniciarán operaciones en el transcurso de 2010.

Se concluyó el programa de mejora de Módulos de Salud Ginecológica en los 70 HR, con lo que se podrá diagnosticar y tratar oportunamente las lesiones precursoras del cáncer cérvico-uterino, principal causa de muerte de las mujeres en el país.

Asimismo, se construyeron 89 Unidades Médicas de primer nivel de atención para acercar los servicios médicos a la población de las zonas marginadas del medio rural y urbano, y fomentar actitudes y prácticas saludables entre los adolescentes, prestando al mismo tiempo servicios asistenciales y educativos.

Es importante resaltar que durante estos últimos 12 años no se había desarrollado infraestructura hospitalaria, por lo cual el incremento en el número de Unidades significó un crecimiento para el Programa IMSS-Oportunidades. Con esto se tiene estimado beneficiar a más de dos millones de personas en 69 municipios de los estados mencionados, debido a que esas obras se realizaron en zonas rurales y marginadas para favorecer a comunidades apartadas, lo que representó

una gran movilización de insumos y personal para el logro de este objetivo.

La construcción en el ámbito rural siempre representa un desafío debido a la inaccesibilidad de las comunidades, lo que repercute en la escasez de materiales, mano de obra especializada y carencia, en la mayoría de los casos, de los servicios públicos de agua potable, energía eléctrica, alcantarillado y telefonía, por lo que en todos los casos fue necesario el apoyo de los ayuntamientos para acercar de servicios básicos a las Unidades Médicas.

Cabe mencionar que cada HR cuenta con 130 plazas autorizadas, de las cuales ocho son de Confianza, 106 de Base, diez de Becarios y seis de Residentes. Por su parte, la plantilla de personal para las UMR está constituida por un Médico General y dos Auxiliares de Área Médica.

En este contexto, también es pertinente destacar el reto que representó la posibilidad de cubrir las plantillas de personal. Ello, en virtud de que las localidades donde se encuentran los Hospitales son de difícil acceso, lo que acentúa la dificultad de contar con médicos candidatos que cubran las necesidades de personal para la puesta en marcha de la nueva infraestructura.

A la fecha, se tienen incluidas en nómina 563 plazas de Base y 33 de Confianza, que corresponden a los HR y UMR de las Delegaciones Guerrero (HR de La Unión y 15 UMR), Estado de México Poniente (HR de Amanalco y 24 UMR), Michoacán (HR de Villamar y HR de Buenavista) y Campeche (HR de Mamantel).

De esta manera, el Gobierno Federal no sólo extenderá la cobertura de atención médica de segundo nivel en beneficio de la población que vive en condiciones de alta y muy alta marginación, también propiciará el fortalecimiento del tejido social al ser estas obras un detonante económico para la población que habita en esas regiones del país.

Programa de Actividades para 2010

Los HR de San José del Rincón, Estado de México; Ixtepec, Puebla y Plan de Arroyos, Veracruz, se terminarán con un presupuesto de 384.4 millones de pesos.

Además. con objeto de incrementar el nivel resolutivo de los HR, se actualizará el servicio de Urgencias de nueve Unidades, al realizar las obras de ampliación y remodelación necesarias y dotarlas de equipo médico de tecnología reciente.

Asimismo, con el fin de proporcionar atención oportuna y eficiente a las embarazadas, se construirán 14 Centros de Atención Rural Obstétrica en las zonas de mayor demanda en las Delegaciones de Chihuahua, Chiapas, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Norte. Para lograr la detección y manejo oportuno de problemas

de orden ginecológico se adecuarán cinco laboratorios de citología en igual número de HR y se continuarán las obras de mejora de los Hospitales de Guadalupe Tepeyac y San Felipe Ecatepec, en Chiapas y se substituirá la UMR de Chiconcuautla, Puebla.

IV.2.2. PRIORIDADES EN SALUD

El Programa IMSS-Oportunidades establece sus prioridades en salud, con base en las Políticas de Salud del país y en las necesidades de atención a los riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad, por lo que consideran las siguientes premisas para su definición: i) que estén alineadas al presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal que corresponda; ii) que posean una carga epidemiológica susceptible de ser traducida en impactos en salud; iii) que estén sustentadas en intervenciones costo-efectivas; iv) que posean factibilidad operativa; v) que den respuesta a las expectativas de la población; vi) que estén apegadas a la normativa y estructura institucional, y vii) que se encuentren enmarcadas en las prioridades sectoriales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Nacional de Salud y en los Objetivos del Milenio.

De esta manera, en el marco de las Reglas de Operación 2010 quedaron definidas las siguientes prioridades en salud: reducir la muerte materna; prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino (CaCu); salud integral del adolescente en los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA); vacunación; componente salud del PDHO, y vigilancia epidemiológica, así como prevención y control de enfermedades.

Lo anterior, en el contexto de que IMSS-Oportunidades opera en comunidades rurales dispersas y en zonas urbano-marginadas, en donde se concentran los mayores problemas del rezago en salud en población campesina e indígena, que se traducen principalmente en enfermedades infecciosas, desnutrición, mortalidad materna, cáncer cérvico-uterino, inicio sexual temprano y embarazos no planeados en adolescentes, entre otros; problemática a la cual hoy se agregan los padecimientos crónico-degenerativos, como efecto de la transición epidemiológica.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades

La muerte por causas atribuibles a un embarazo constituye un problema de Salud Pública que afecta principalmente a las mujeres que viven en condiciones de marginación y pobreza, y cuya disminución urgente ha sido plasmada como un objetivo y una meta impostergable en la Cumbre del Milenio auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000.

En este sentido, la tendencia de la mortalidad materna registrada en IMSS-

Oportunidades de 2000 a 2007 mostraba una reducción inercial equivalente a 1.1 puntos de tasa por año, lo cual resultaba insuficiente para alcanzar la meta de los Objetivos del Milenio de disminuir al 2015, 75% de la cifra registrada en 1990, por lo que su abatimiento constituyó una prioridad enfática a partir de 2007, y para lo cual se desarrollaron estrategias de aceleramiento enfocadas a mejorar el proceso de atención de las mujeres antes, durante y después del embarazo, así como a modificar los principales factores que contribuyen a la ocurrencia de las defunciones, a través de tres ejes estratégicos:

1. Reducción de embarazos de alto riesgo,
2. Prevención de complicaciones en el embarazo y el parto, y
3. Manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas.

Producto de las acciones emprendidas a partir de 2007 se ha generado un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna en el Programa IMSS-Oportunidades al pasar de 113 defunciones y una tasa de 65.9 por 100,000 nacidos vivos en el 2007, a 90 muertes con una tasa de 49.1 al terminar 2009. Esto representa una disminución de 16.8 puntos porcentuales en el bienio, cifra que sitúa al Programa, con casi dos años de anticipación, por debajo de la meta esperada para 2011 de 50.5, y coloca a IMSS-Oportunidades en la ruta correcta para alcanzar la meta de 2015.

Sin duda, una de las acciones que más han contribuido para alcanzar este impacto es el Acuerdo 126, aprobado en 2006 por el H. Consejo Técnico del IMSS, iniciativa a través de la cual las embarazadas oportunohabientes de alto riesgo o con emergencia obstétrica son referidas a Hospitales de Régimen Obligatorio del IMSS para recibir atención especializada, cuyos gastos generados por su atención son cargados al presupuesto de IMSS-Oportunidades.

GRÁFICA IV.18. TASA DE MUERTE MATERNA, 2001-2009

Fuente: IMSS.

De mayo de 2009 a mayo de 2010, bajo dicho Acuerdo se han referido un total de 2,371 pacientes. Ésta ha sido, sin duda, una estrategia exitosa que gracias a los recursos humanos especializados y tecnológicos del IMSS en su Régimen Obligatorio ha permitido que muchas mujeres del medio rural hayan salvado su vida en un acto de solidaridad y justicia social.

Para la prevención de los embarazos de alto riesgo, IMSS-Oportunidades promueve, a través de actividades de información y educación, el uso informado y responsable de métodos anticonceptivos, con pleno respeto a su libre elección y a sus derechos reproductivos, logrando que de mayo de 2009 a mayo de 2010, 372,325 mujeres iniciaran el uso de un método anticonceptivo, alcanzando una cobertura global de 63.5%. De esta forma, no sólo se favoreció la reducción de la mortalidad materna, sino que se ha contribuido a mejorar las expectativas y la calidad de vida de las mujeres que viven en el medio rural.

El cuidado del embarazo y la atención del parto a nivel institucional son otras de las estrategias enfocadas para abatir la mortalidad materna así, en el periodo de análisis, cada embarazada recibió en promedio 7.1 consultas a lo largo de la gestación; dos más que lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. En este periodo también se logró que 86.4% (91,403) del total de partos fueran atendidos por personal institucional calificado, porcentaje superior en 6.4 puntos porcentuales al establecido como estándar (80%).

Para mejorar la atención de las embarazadas complicadas o con emergencia obstétrica, en el último año se fortaleció la competencia técnica de 156 médicos y enfermeras del total de los HR, capacitándolos en el manejo de urgencias obstétricas a través del curso de Soporte Vital Avanzado en Obstetricia (ALSO), con lo que se inicia un proceso continuo de capacitación, a efecto de contar con personal altamente capacitado.

Por lo que respecta a las acciones de las parteras para abatir la muerte materna, a la fecha se cuenta con la coordinación y vinculación permanente de 6,266 parteras voluntarias rurales, las cuales realizan actividades de identificación y derivación de embarazos de riesgo en Unidades Médicas u HR.

En el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010, las parteras derivaron a 7,218 mujeres con factores de riesgo para que sus partos fueran atendidos en HR y atendieron 12,330 partos de bajo riesgo. Además, derivaron 12,516 recién nacidos a Unidades Médicas u HR para iniciar el esquema de vacunación, tamiz neonatal y certificados de nacimiento.

Modelo de Salud Ginecológica

El cáncer cérvico-uterino continúa representando en nuestro país un problema de Salud Pública, en especial en las áreas rurales, donde las mujeres tienen tres veces más riesgo de morir por esta enfermedad que las que habitan en zonas urbanas. Por tal motivo, su prevención y detección oportuna constituyen otros de los procesos prioritarios en IMSS-Oportunidades, lo que ha originado el fortalecimiento de estrategias enfocadas a reforzar dos ejes sustantivos:

1. Las coberturas de detección, y
2. El tratamiento especializado de las mujeres con alguna lesión premaligna o maligna del cuello uterino.

En este contexto, de mayo de 2009 a mayo de 2010 se realizaron 1.8 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino, identificando con ello a 4,615 mujeres con alguna lesión en el cérvix, siendo referidas a los módulos de salud ginecológica de los HR para su confirmación diagnóstica y tratamiento específico. Estas acciones permitieron limitar, en el último año, que 4,525 mujeres desarrollaran cáncer cérvico-uterino y que 90 mujeres más murieran por esta enfermedad.

En adición a las acciones implementadas, en marzo de 2010 se dio inicio a la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), por lo que serán beneficiadas un total de 115 mil niñas de nueve años, a través de una inversión presupuestal sin precedente y constituyendo un acto de equidad inmunológica.

Con el propósito de mejorar la calidad y la oportunidad en el reporte de estudios de citología cervical (papanicolaou), IMSS-Oportunidades está desarrollando acciones para contar con cinco laboratorios de citología cervical, ubicados estratégicamente en HR de las Delegaciones de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Veracruz Norte y Zacatecas, los cuales tendrán la capacidad de procesar e interpretar 176,000 estudios al año, contribuyendo a mejorar la calidad de la interpretación y reducir el tiempo promedio de entrega de resultados de 60 a 30 días.

La operación de estos laboratorios se logrará a través de la formación y capacitación de citotecnólogos procedentes de la base trabajadora de IMSS-Oportunidades, mediante el otorgamiento de 20 becas acordadas con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS). Para ello, el 31 de mayo de 2010 se difundió una convocatoria bilateral para dar inicio al Curso de Citotecnólogos a partir del 1° de julio de 2010, con apoyo de la Coordinación de Educación en Salud del IMSS.

Adicionalmente, el 8 de diciembre de 2009 el Patronato de la Fundación Gonzalo Río Arronte, Institución de Asistencia Privada (IAP), tuvo a bien aprobar el otorgamiento en donación a IMSS-Oportunidades de equipo e instrumental por un valor de 43 millones de pesos, que estarán destinados

fundamentalmente a reforzar la estrategia para el combate del cáncer cérvico-uterino. La entrega de los recursos se realizará en el transcurso del presente año y durante 2011.

Salud Integral de los Adolescentes

La atención de los adolescentes es otra de las actividades prioritarias en IMSS-Oportunidades, no sólo porque constituye uno de los grupos etarios más numerosos dentro de la pirámide poblacional, sino por su especial vulnerabilidad a desarrollar conductas de riesgo en esta etapa y por la trascendencia de promover conductas saludables en las nuevas generaciones, que perdurarán e incidirán de manera positiva en la vida adulta.

Es así como se ha fortalecido la atención integral de los jóvenes, ampliando el enfoque educativo con el cual trabajan para abordar, además de los aspectos de salud sexual y reproductiva, otros temas de gran relevancia, fomentando en los jóvenes hábitos saludables para la prevención de enfermedades crónicas, en especial la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, así como las adicciones y la violencia, entre otros.

La operación y funcionamiento de los CARA es el eje central de la estrategia; en ellos se aplican consideraciones educativas de participación, reflexión y se fomenta el aprendizaje de joven a joven.

En este sentido, y en concordancia con la Estrategia 100 x 100, para la atención de los Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, IMSS-Oportunidades llevó a cabo en 2009 la construcción y equipamiento de 95 CARA, ubicados en localidades dentro de los municipios en los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, donde los jóvenes, por las condiciones de marginación y pobreza en que viven, se encuentran más expuestos a desarrollar comportamientos de riesgo. El efecto de los nuevos CARA es de alto beneficio para ellos y sus familias, ya que se prevé un impacto positivo en alrededor de 56 mil jóvenes de 10 a 19 años que residen en esas comunidades.

A través de los 3,619 CARA instalados en el ámbito de responsabilidad del Programa, se logró capacitar de 2009 a 2010 a 150,000 jóvenes de 10 a 19 años, que ahora cuentan con mayores y mejores herramientas para enfrentar los retos presentes y futuros en su vida. Hoy, la atención a los adolescentes no se limita a efectuar acciones de orientación e información, también se fomenta que los jóvenes acudan a las Unidades Médicas a recibir atención médica, principalmente de carácter preventivo; en este sentido, en el último año se otorgaron 878 mil consultas a jóvenes de entre 10 y 19 años de edad.

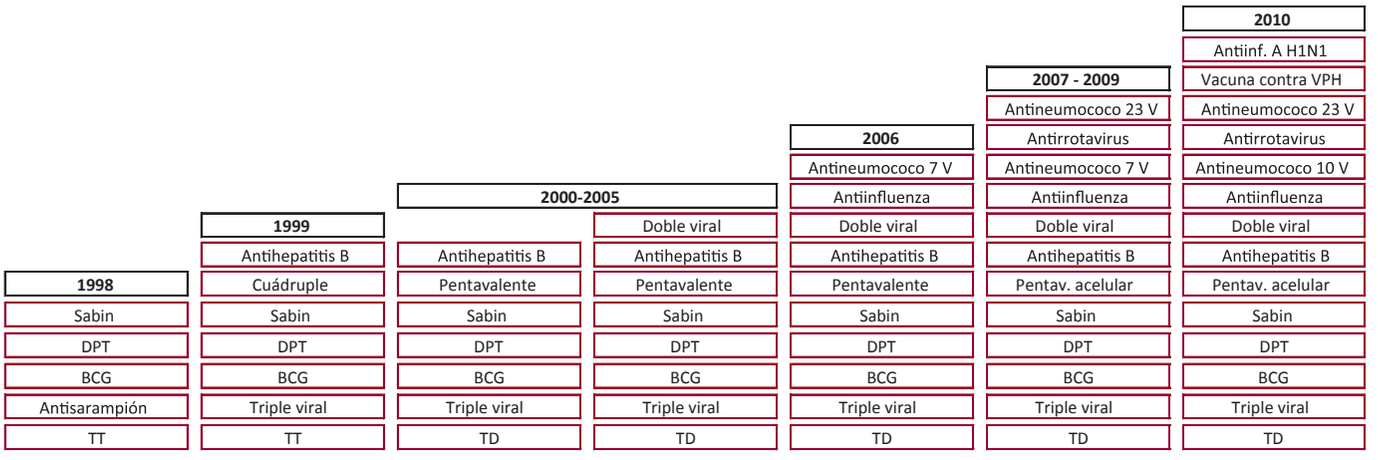
Vacunación Universal

La vacunación universal constituye una de las prioridades de IMSS-Oportunidades, lo cual queda confirmado a través de los recursos invertidos en los últimos tres años, tanto en la aplicación de biológico como en el fortalecimiento y modernización de la cadena de frío, con la adquisición de 659 refrigeradores reglamentarios para vacunas, con un costo total de 32 millones de pesos, a fin de que los biológicos aplicados cumplan con el objetivo de proteger a quienes las reciben. De esta manera, 100% de los HR y UMR con alta concentración de población cuentan con una adecuada cadena de frío.

Respecto a las vacunas, se han incrementado y mantenido al mismo nivel del Sector Salud, por lo que en el presente año se están aplicando un total de 14 biológicos, con lo que se logrará contribuir a la prevención de 32 enfermedades. Para esto se requirió un incremento de la inversión de 282 millones de pesos en 2008, a 444 en 2010. Se realizó una fuerte inversión para adquirir dos de los biológicos más costosos: la vacuna antineumocócica pediátrica decavalente, que permitirá disminuir los casos y muertes por neumonía y meningitis; y la vacuna contra el virus del papiloma humano, como parte de la prevención integral del cáncer cérvico-uterino. Con estas acciones se logra el objetivo de fomentar la equidad inmunológica en la población más marginada del país.

De mayo de 2009 a mayo de 2010 se aplicaron 10'756,219 dosis de vacunas, lo que permitió que IMSS-Oportunidades continuara con coberturas de vacunación con esquema básico en niños de un año de edad en 98.5%, y en niños de 1 a 4 años en 99.5%, manteniendo de esta manera el impacto en salud y contribuyendo a la erradicación y eliminación de la poliomielitis y el sarampión, así como al control de otros padecimientos prevenibles por vacunación.

GRÁFICA IV.19. VACUNAS INCLUIDAS EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN



Fuente: IMSS.

Lo anterior, se ha reflejado de manera indirecta en la reducción de la mortalidad infantil, que pasó de 6.94 defunciones por mil nacidos vivos en el 2005 a 6.36 en 2009, y por debajo del indicador del Programa Nacional de Salud, establecida en igual o menor a 14.2 por mil nacidos vivos.

Con relación a las acciones de prevención y control de la Influenza Pandémica, se aplicaron 2,477,428 dosis de la vacuna contra la Influenza A H1N1 a la población de los grupos de riesgo establecidos por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), dando prioridad a la población indígena de las localidades rurales de más difícil acceso a los servicios de salud, evitando que pudieran enfermar o morir por este padecimiento.

Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Las condiciones de marginalidad, ruralidad e indigenismo de la población que atiende IMSS-Oportunidades obligan a priorizar la vigilancia epidemiológica. La tarea básica es la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades a través del Sistema Único Automatizado (SUAVE). La cobertura de notificación de casos nuevos alcanzada a mayo de 2010 es de 99%, y el cumplimiento de las Unidades se mantiene en 100%. Esto garantiza que se cuente con información confiable del estado de salud de la población.

En este sentido, la vigilancia epidemiológica y control del dengue responde a la emergencia en que se encuentra el país por este padecimiento, situación en la que IMSS-Oportunidades se mantiene a la vanguardia y contribuye a su mejora, incorporando de manera inmediata los casos y los brotes en la Plataforma Electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), para la oportuna intervención, seguimiento y alta sanitaria.

De mayo de 2009 a mayo de 2010 se diagnosticaron y trataron 2,420 casos de fiebre por dengue, 275 casos de fiebre hemorrágica por dengue y se han estudiado y controlado 127 brotes. Cabe resaltar que no han ocurrido defunciones. La participación comunitaria ha sido clave en la generación de entornos favorables para la salud, con la consecuente reducción de riesgos ocasionados por el vector de esta enfermedad.

La disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis es una de las metas que México tiene comprometidas como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. IMSS-Oportunidades también contribuye con este objetivo, dando prioridad a todas las acciones de prevención y control del padecimiento, a través de la detección oportuna y otorgamiento de Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados (TAES), con la finalidad de obtener altos niveles de curación y disminuir la transmisión del padecimiento.

En este periodo se realizaron un total de 66,360 baciloscopias, lo que permitió diagnosticar y tratar a 935 enfermos, con una

tasa de curación de 85%, cumpliendo con el estándar internacional. Estas acciones de control han permitido que para el periodo de análisis se mantenga una tasa anual de 9.3 casos por cada 100 mil habitantes, lo que significa una reducción de 35% respecto a la incidencia observada en 1990. Asimismo, se ha logrado mantener la mortalidad en 0.6 defunciones por 100 mil oportunohabientes, que se ubica por debajo de las 1.5 defunciones por cada 100 mil habitantes, establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para enfrentar la pandemia de la Influenza Humana A H1N1 se instrumentó un Plan Operativo de Preparación y Respuesta, a través de 27 acciones básicas que permitieron contener y mitigar esta enfermedad. A partir de la declaratoria oficial de la pandemia, se estableció de manera inmediata y permanente un comando central de monitoreo, se implementó una red negativa de notificación diaria de casos en los 70 HR para dar seguimiento estricto de la situación de salud de los enfermos hospitalizados por Influenza Pandémica y en cada Hospital se instaló un Comité Operativo de Emergencias, estableciéndose prioridades para la prestación de servicios Hospitalarios en función de la demanda y delimitando áreas de aislamiento para la atención de los pacientes hospitalizados.

Se difundieron los insumos y normas de procedimientos para la protección de los trabajadores y las medidas de precaución para evitar la transmisión intrahospitalaria; se instalaron módulos de información y orientación a la población sobre las medidas de prevención y control de la Influenza, y se habilitaron consultorios específicos de atención de infecciones respiratorias agudas.

De igual manera, se establecieron filtros en los accesos principales, para identificar pacientes con infección respiratoria aguda (IRA) para su derivación inmediata y orientar sobre las medidas de higiene y protección. Con base en las recomendaciones del Comité Nacional de Seguridad en Salud se fortaleció la capacidad resolutiva de las Unidades de primer nivel, para tratar a los enfermos de Influenza no graves y de esta manera contribuir a la contención de la sobredemanda de atención hospitalaria.

De mayo de 2009 a mayo de 2010 se hospitalizaron 840 enfermos y se confirmaron 313 casos; se estudiaron 40 defunciones por IRA con sospecha de enfermedad tipo Influenza, de las cuales se confirmaron 16 en el laboratorio de virología del CMN "La Raza" del IMSS, con una letalidad de 1.1%, muy baja respecto a la registrada en otros países e incluso por debajo de la registrada en México que es de 1.7%; asimismo, se proporcionó atención ambulatoria a 3,787 casos de estos y 1,148 tuvieron resultado positivo a Influenza Humana A H1N1.

En IMSS-Oportunidades la diabetes mellitus es la segunda causa de mortalidad y la quinta de egresos hospitalarios por lo que, en respuesta a esta situación epidemiológica, se estableció la Estrategia de Fortalecimiento de la Atención Integral de la Diabetes Mellitus,

lo que incluye el reordenamiento de la atención preventiva de este padecimiento a través de tres líneas de acción:

1. Sistematización de la detección integral con base en criterios de riesgo,
2. Seguimiento nominal de sospechosos hasta confirmación o descarte, y la
3. Identificación y monitoreo de la población en riesgo y prediabéticos.

El primer paso fue mejorar la precisión y confiabilidad de la detección, para lo cual se adquirieron 4,500 glucómetros, mismos que fueron ubicados en las UMR y en los consultorios de Medicina Familiar de los HR. Específicamente, de mayo de 2009 a mayo de 2010 se realizaron 3347,022 detecciones de diabetes, lo que permitió identificar a 13,223 enfermos, que fueron incorporados a la estrategia de atención integral para el control de su padecimiento.

Programa Desarrollo Humano Oportunidades

IMSS-Oportunidades continúa aplicando y reforzando el Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), el cual constituye la principal estrategia del Gobierno Federal en materia de política social, con el objetivo de impulsar el desarrollo de capacidades de las familias que viven en condiciones de pobreza extrema, aplicando directamente recursos en nutrición y focalizando acciones en salud.

A través de las UMR y de las 226 UMU del Programa, se otorga dicho componente mediante las 13 acciones médicas establecidas en el Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud, en 25 estados del país, incluyendo zonas urbano-marginadas.

El impulso a esta estrategia ha permitido la ampliación de la cobertura, mediante la construcción de 46 nuevas UMU y la aplicación de innovadores esquemas de atención como el Modelo Alternativo de Gestión y Atención en Zonas Urbanas (MAS) y la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EsIAN).

Durante el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010 se atendió a un total de 1´329,115 familias beneficiarias en 25 entidades federativas del país, incluyendo el Distrito Federal, de las cuales 99.6% están en control y significa otorgar 13´251,847 consultas, así como distribuir 15´365,857 sobres de suplemento alimenticio, de los cuales 58% fue dotado a menores de cinco años y 42% a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Programa de Actividades para 2010

Abatimiento de la Muerte Materna

Se capacitará a médicos y enfermeras en el manejo de urgencias obstétricas (curso ALSO *"Advanced Life Support for Obstetrics"*):

- 32 enfermeras de HR (junio).
- Médicos responsables de los Centros de Atención Rural Obstétrica (octubre).

Asimismo, se iniciará la construcción y equipamiento de 14 Centros de Atención Rural Obstétrica (de junio a noviembre).

Durante junio y julio se dará capacitación a parteras rurales en seis talleres de Salud Materno-Infantil, en cuatro Delegaciones repetidoras de muerte materna, con la participación aproximada de 700 personas.

Se dará continuidad a las siguientes estrategias:

- Acuerdo 126 (referencia de pacientes obstétricas oportunohabientes a Hospitales del IMSS, Régimen Obligatorio).
- Plan de intervención para abatir la mortalidad materna.
- Operación y funcionamiento de la Red Social en 100% de las UMR para el apoyo de la referencia de embarazadas de alto riesgo o con urgencia obstétrica.
- Seguimiento a la elaboración y/o actualización del censo de embarazadas, mujeres adolescentes y mujeres con vida sexual activa en 100% de las UMR.
- Capacitar a 100% de los voluntarios responsables de albergues comunitarios en los temas de Red Social y en la identificación oportuna de riesgos en el embarazo, parto y puerperio.

Salud Ginecológica

Se buscará reforzar y mejorar las acciones de promoción a la salud y prevención del cáncer cérvico-uterino, así como la calidad de las acciones de detección. Además, se fortalecerá la capacidad resolutiva de los Módulos de Salud Ginecológica de los HR.

De julio de 2010 a julio de 2011 se seguirá con la formación de citotecnólogos.

Atención Integral al Adolescente

Para consolidar la atención integral al adolescente, del 12 al 13 y del 19 al 20 de julio se llevará a cabo la Reunión Nacional de Adolescentes.

Además, la estrategia de prevención del sobrepeso y obesidad en los adolescentes se instrumentará en sus tres líneas de acción:

- Capacitación.
- Información y difusión.
- Monitoreo del índice de masa corporal en adolescentes del CARA.

Vigilancia Epidemiológica

Se fortalecerá la vigilancia epidemiológica y control de enfermedades a través de:

- Promover y evaluar la notificación inmediata de casos de fiebre hemorrágica por dengue y de brotes.

- Mantener el funcionamiento de los subsistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica.
- Monitorear la ejecución de las acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de tuberculosis.
- Reorientar la atención preventiva de la diabetes mellitus, mediante la aplicación del enfoque de riesgo en la detección y mejora del seguimiento de sospechosos y personas con factores de riesgo.
- Mantener la cobertura con esquema básico de vacunación en niños de un año de edad por arriba de 95% y en los mayores de 60 años por arriba de 85%.
- Aplicar la vacuna contra el VPH a las niñas de nueve años de edad, como parte de la prevención integral del cáncer cérvico-uterino.
- Asegurar que los adolescentes sean vacunados con doble viral, antihepatitis B y toxoide tetánico-diftérico.
- Dar seguimiento a la orientación y actualización de los grupos Voluntarios en la Vigilancia Epidemiológica Simplificada, para el fortalecimiento de las actividades que realizan con las familias de su localidad.
- Fortalecer la promoción de prácticas y hábitos saludables entre la población cubierta por el Programa, a través de tres talleres delegacionales en Baja California, Campeche y Sinaloa.
- Impulsar proyectos de intervención integrales, focalizados en localidades de mayor riesgo epidemiológico para Influenza Humana, dengue, tuberculosis, hepatitis A, diarreas, desnutrición y otras de interés delegacional y local para realizar prácticas educativas.

Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO)

El Componente Salud del PDHO se continuará aplicando a través de la instalación de 46 nuevas UMU. Asimismo, se mantendrá el Programa de Orientación de 7,297 Voluntarios en los talleres comunitarios sobre los 35 temas del PDHO para el cumplimiento de la meta (8,156).

IV.2.3. ENCUENTROS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgen en 1996 como una estrategia institucional coordinada a través de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS y del Programa IMSS-Oportunidades, ante la necesidad de ampliar los servicios de atención médica especializada que habitualmente se otorgan en los HR del Programa. Esto con el objetivo de acercar los servicios de tercer nivel del Instituto a las comunidades cubiertas por IMSS-Oportunidades y de esta manera abatir rezagos de salud susceptibles de intervención quirúrgica, a una población que no había tenido oportunidad de recibir atención especializada, por sus condiciones de marginación y pobreza.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En coordinación con la DPM del IMSS, se continúan realizando y fortaleciendo los Encuentros Médico-Quirúrgicos en los HR del Programa, en las especialidades de Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Pediátrica y Urología.

De mayo de 2009 a mayo de 2010 se han realizado 25 Encuentros Médico-Quirúrgicos en 12 Delegaciones, en los cuales se han valorado 18,829 pacientes y realizado 3,480 procedimientos quirúrgicos.

Programa de Actividades para 2010

Se tiene programado realizar los siguientes Encuentros Médico-Quirúrgicos en el segundo semestre de 2010:

CUADRO IV.18. ENCUENTROS MÉDICO-QUIRÚRGICOS
(SEGUNDO SEMESTRE DE 2010)

Fecha	Especialidad	Sede
18 a 21 de junio	Ginecología Oncológica	HR, Tlacolula de Matamoros, Oaxaca
13 a 20 de agosto	Cirugía Reconstructiva	HR, Zacualtipán, Hidalgo
20 a 27 de agosto	Ginecología Oncológica	UMR, Cutzaro, Michoacán
3 a 9 de septiembre	Urología	HR, La Ceiba, Puebla
15 a 22 de septiembre	Oftalmología	HR, Tlaxiaco, Oaxaca
24 de septiembre a 1 de octubre	Ortopedia y Traumatología	HR, Tuxpan, Michoacán
Pendiente	Oftalmología	HR, Plan de Arroyos, Veracruz Norte
5 al 10 de noviembre	Cirugía Pediátrica	HR, Huautla de Jiménez, Oaxaca
12 a 19 de noviembre	Ginecología Oncológica	HR, Guadalupe Tepeyac, Chiapas
19 a 26 de noviembre	Cirugía Reconstructiva	HR, Amanalco, Estado de México
Pendiente	Oftalmología	HR, La Unión, Guerrero
Pendiente	Ortopedia y Traumatología	HR, Mamantel, Campeche

Fuente: IMSS.

IV.2.4. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Programa IMSS-Oportunidades otorga atención de primer nivel a la población en el ámbito rural, a través de 3,549 UMR, además de los consultorios de Medicina Familiar de los 70 HR del Programa.

Dada la importancia que representa este nivel de atención, durante la presente gestión se fortaleció el equipamiento de las Unidades Médicas en beneficio de la población.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Se priorizó la adquisición de equipo médico para 2010, orientado principalmente a mejorar la calidad de la atención materno-infantil, así como la prevención y detección de la diabetes mellitus.

Para tal efecto, se realizó la compra de 4,500 glucómetros digitales, 3,875 fonodetectores de latidos cardiacos fetales, 4,453 estuches de diagnóstico, 10,644 equipos de reanimación (neonatal, pediátrico y adulto), 659 refrigeradores de 17.6 pies y 4,015 esterilizadores de vapor autogenerado. Con la adquisición de este equipo médico para las UMR se contribuye a la mejora de la calidad de la atención a los oportunohabientes y favorece el otorgamiento de las 13 acciones del Paquete Básico de Salud a las familias beneficiarias del PDHO.

IV.2.5. FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS PARA EL MEDIO RURAL

Uno de los principales retos que enfrenta el Programa IMSS-Oportunidades es no contar con los médicos especialistas que se requieren en los HR, situación que adquiere gran trascendencia, tomando en cuenta que estos Hospitales representan en su mayoría el único recurso institucional y, por lo tanto, la única oportunidad que tiene la población en el medio rural para recibir servicios médicos especializados en forma gratuita.

La atención especializada que se otorga a través de los residentes de especialidad del IMSS en su último año de formación es insuficiente para cubrir las necesidades de los 70 Hospitales.

Con el fin de dar solución a esta situación, se han implementado varias estrategias como la basificación de plazas en las especialidades troncales en 11 HR, así como la contratación temporal de especialistas en aquellos Hospitales donde no se alcanza a cubrir con médicos residentes. Sin embargo, estas alternativas han tenido limitantes, ya que resultan poco atractivas, dadas las condiciones de dispersión y aislamiento geográfico en donde se encuentra la mayoría de los Hospitales.

Por lo anterior, resultó de la mayor trascendencia la iniciativa de formar especialistas específicamente para laborar en el medio rural lo que, de forma inédita, en los 31 años de trayectoria del Programa, se logró consolidar conjuntamente con el SNTSS y la Coordinación de Educación en Salud del Instituto, para brindar 105 becas a médicos generales que laboran en IMSS-Oportunidades, lo cual, además de beneficiar a la población más necesitada, también se convirtió en un acto de justicia laboral.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Con el aval académico del Instituto Politécnico Nacional (IPN) se diseñaron las especialidades de Anestesia Rural y Quirúrgica Rural, las cuales dieron inicio en marzo de 2009, constituyendo la Primera Generación de 105 especialistas: 52 médicos en la especialidad Quirúrgica Rural y 53 en la de Anestesia Rural.

Para ello se adecuaron los contenidos académicos, con base en el perfil epidemiológico que se presenta en las Unidades Hospitalarias del medio rural, logrando integrar un programa educativo y de formación a la medida de la población que atiende IMSS-Oportunidades.

Con la incorporación de estas nuevas especialidades en el ámbito rural se beneficiará aproximadamente a más de 5.38 millones de oportunohabientes que se atienden en 35 Hospitales y en 1,803 UMR. Para dar continuidad a esta estrategia, en 2010 arranca la Segunda Generación, también con 105 becas, en la cual se incluye una tercera especialidad: Atención de la Salud del Niño y el Adulto en el Ámbito Rural.

Programa de Actividades para 2010

A través del fortalecimiento de la capacitación al personal de salud se podrá continuar con la calidad de la atención médica.

Se dará Adiestramiento en Servicio al personal de los HR de nueva creación en:

- Hospital Rural de Amanalco, en la Delegación Estado de México Poniente, del 29 de junio al 5 de julio.
- Hospital Rural de La Unión, en la Delegación Guerrero, del 12 al 16 de julio.

Adicionalmente, se impartirá el Curso de Inducción al Puesto para supervisores médicos delegacionales y directores de HR de nuevo ingreso, los días 18, 20 y 21 de agosto.

ANEXO 1. DISTRIBUCIÓN EN DELEGACIONES Y UMAE DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO ADQUIRIDO

Equipamiento Médico 2009	Cantidad
Delegaciones	
Estuche de Diagnóstico Básico	6,814
Ventilador Volumétrico Pediátrico Adulto Intermedio	672
Refrigeradores para Vacunas	666
Oxímetros de Pulso Portátil	468
Tomografía de 20 Cortes	63
Unidad Radiológica y Fluoroscópica, Transportable, Tipo Arco en “C”	32
Ultrasonógrafo Intermedio	20
Laringoscopios	20
Camillas	20
Lavadora de Equipo de Inhaloterapia	18
Esterilizadores de Vapor Directo	16
Esterilizadores de Baja Temperatura	14
Incubadoras con Fototerapia y sin Fototerapia	8
Laringoscopios	8
Ultrasonógrafo Básico	7
Ecocardiógrafo Bidimensional Doppler Color	5
Incubadora para Recién Nacido	5
Unidad Radiológica y Fluoroscópica, Transportable, Tipo Arco en “C”, con Substracción Digital	3
Incubadora de Traslado	3
Ecocardiógrafo Tridimensional Doppler Color	2
Unidad para Ultrasonografía Urológica	2
Ventilador de Alta Frecuencia Oscilatoria	2
Angiógrafo Arco Monoplanar	1
Unidad para Ultrasonografía Coloproctológica	1
Incubadora para Recién Nacido	1
Craneotomo	1
Holter	1
Juego de Dilatadores Savary Guilliard	1
Analizador de Litio	1
Analizador de Haz de Radiación	1
UMAE	
Ventilador Volumétrico Pediátrico Adulto Intermedio	276
Equipamiento de tres Laboratorios de Virología en Jalisco, Nuevo León y Yucatán	52
Equipamiento del Laboratorio de Virología de la UMAE, Hospital de Infectología, CMN “La Raza”	21
Lavadora de Equipo de Inhaloterapia	13
Equipos de Monitoreo de Signos Vitales, Capnografía y Oximetría	11
Ultrasonógrafo Gineco-Obstétrico Tercer Nivel	10
Ultrasonógrafo Avanzado	10
Ecocardiógrafo Tridimensional Doppler Color	9
Angiógrafo Arco Monoplanar	8
Cámara de Centelleo de dos Detectores de Ángulo Variable de Aplicación General	7
Tomografía de 20 Cortes	6
Ultrasonógrafo Gineco-Obstétrico Segundo Nivel	6
Angiógrafo Arco Monoplanar con Ablación	5
Unidad Radiológica y Fluoroscópica, Transportable, Tipo Arco en “C”, con Substracción Digital	4
Ecocardiógrafo Bidimensional Doppler Color	3
Ecocardiógrafo Bidimensional Doppler Color Avanzado	3
Angiógrafo Arco Biplanar	2
Ultrasonógrafo Intermedio	2
Total 2009	**9,324**

ANEXO 1. DISTRIBUCIÓN EN DELEGACIONES Y UMAE DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO ADQUIRIDO

(CONTINUACIÓN)

Equipamiento Médico 2010	Cantidad
Delegaciones	
Oxímetro de Pulso Portátil Básico	1,367
Refrigerador para Vacunas (de 17.6 pies cúbicos)	415
Negatoscopio (Mamográfico Cuadrúple de Pared)	159
Reveladora para Radiografías (Mastografía)	159
Unidad de Anestesia Intermedia	180
Unidad de Anestesia Básica	140
Unidad Radiográfica de 500 MA Cubierta Desplazable	114
Unidad Radiológica Portátil	68
Unidad Radiológica y Fluoroscópica, Transportable, Tipo Arco en “C”	40
Microscopio para Oftalmocirugía de Alta Especialidad	8
Microscopio para Neurocirugía	4
Microscopio para Otorrinolaringocirugía	1
Unidad Radiológica para Urología	1
Unidad Radiológica y Fluoroscópica Digital con Telemando	1
Unidad Radiológica y Fluoroscópica para Angiografía	1
Oxímetro de Pulso Portátil Básico (Entregados en Nivel Central)	95
UMAE	
Unidad de Anestesia Intermedia	90
Unidad Radiológica Portátil	50
Tomografía Computarizada Multicortes de 64 Cortes	15
Refrigerador para Vacunas (de 17.6 pies cúbicos)	15
Cámara de Centelleo de dos Detectores de Ángulo Variable de Aplicación General con CT	10
Unidad de Anestesia Básica	10
Unidad Radiológica y Fluoroscópica, Transportable, Tipo Arco en “C”	10
Microscopio para Oftalmocirugía de Alta Especialidad	10
Unidad Radiológica y Fluoroscópica Digital con Telemando	8
Microscopio para Neurocirugía	6
Microscopio para Otorrinolaringocirugía	6
Unidad Radiológica para Urología	5
Unidad Radiológica y Fluoroscópica para Angiografía	5
Cámara de Centelleo de dos Detectores de Ángulo Variable de Aplicación General	4
Negatoscopio (Mamográfico Cuádruple de Pared)	2
Reveladora para Radiografías (Mastografía)	2
Pletismógrafo Corporal Pediátrico	1
Pletismógrafo Corporal	1
Total 2010	**3,003**

Fuente: IMSS.

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) es la responsable de establecer y aplicar acciones normativas, de asesoría, apoyo técnico y la instrumentación de programas y acciones de evaluación en el ámbito nacional, con el propósito de que los procesos operativos para el otorgamiento y control de las Prestaciones Económicas y Sociales, los servicios de Ingreso y el de Guarderías, se realicen con oportunidad, eficiencia y sentido humano.

Los servicios de Prestaciones Económicas, tienen como finalidad fundamental proteger los medios de subsistencia de los asegurados, pensionados o sus beneficiarios, para resarcir total o parcialmente el salario sujeto a cotización, al acontecer un riesgo o contingencia.

Con los servicios de Prestaciones Sociales, se persigue fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, así como contribuir a elevar los niveles de vida de la población, mediante la promoción y aplicación de programas, cursos, pláticas, campañas, eventos y actividades de bienestar social, desarrollo cultural, de deporte y cultura física, así como capacitación para el trabajo.

A través de los servicios de Ingreso, se establecen los lineamientos y estrategias financieras, operacionales y de comercialización para las Tiendas, Velatorios, Centros Vacacionales y la Unidad de Congresos, a fin de ofrecer productos y servicios de calidad a precios competitivos.

Finalmente, con los servicios de Guarderías se coadyuva al desarrollo laboral y familiar, brindando atención integral y de alta calidad a los menores usuarios.

V.1. PRESTACIONES ECONÓMICAS

De acuerdo con el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social "*La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la protección de los medios de subsistencia, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado*".

La Coordinación de Prestaciones Económicas es el canal para el cumplimiento de dicha tarea, convirtiéndose así en un instrumento que permite la redistribución del ingreso y en un componente de integración nacional.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo comprendido entre el 31 de mayo de 2009 y el 31 de mayo de 2010, el Instituto registró un total de 2'740,755 pensionados (cuadro V.1). Esta cifra considera titulares y componentes de la pensión y representa un incremento de 4% respecto al mismo periodo del año inmediato anterior. El monto erogado en el periodo indicado ascendió a 97,757.5 millones de pesos (cuadro V.2), representando un incremento real de 7% con respecto al mismo periodo del año anterior.

Del total de pensionados vigentes al 31 de mayo de 2010, reciben su prestación con cargo al Gobierno Federal 2'500,021 por tratarse de pensiones otorgadas bajo el régimen de Ley del Seguro Social de 1973. El monto erogado ascendió a 87,874.6 millones de pesos. En diciembre de 2010 se estima que alcance la cifra anual de 97,322.9 millones de pesos.

Estas cifras incluyen las pensiones cubiertas al amparo de la aplicación de los convenios que en materia de seguridad social ha suscrito México con Estados Unidos, España, Italia, Argentina y Canadá. En el periodo que nos ocupa, el Instituto ha erogado un total de 22.8 millones de pesos en beneficio de 611 pensionados con residencia en el extranjero.

CUADRO V.1. COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS, NÚMERO DE PENSIONADOS

(2008, 2009 Y META 2010)

Tipo de prestación	Pensionados/Casos						
				Variación			
	junio 2008-mayo 2009 A	junio 2009-mayo 2010 [3/] B	Meta 2010 C	Absoluta (B-A)	Porcentaje (B/A)	Meta 2010 junio 2009-mayo 2010 Absoluta (C-B)	Porcentaje (C/B)
Total de Pensionados (Régimen 1973 y 1997)	**2'630,143**	**2'740,755**	**2'817,393**	**110,612**	**4.2**	**76,638**	**2.8**
Curso de Pago Régimen 1973 [1/]	2'404,219	2'500,021	2'565,331	95,802	4.0	65,310	2.6
Temporales y Provisionales [2/]	44,146	47,212	50,958	3,066	6.9	3,746	7.9
Rentas Vitalicias Ley 1997	181,778	193,522	201,104	11,744	6.5	7,582	3.9
Rentas Vitalicias	12,305	14,055	12,413	1,750	14.2	-1,642	-11.7
Indemnizaciones Globales	**11,307**	**12,113**	**12,464**	**806**	**7.1**	**351**	**2.9**
Subsidios							
Total de días de incapacidad con pago	**55'952,591**	**57'173,733**	**59'202,506**	**1'221,142**	**2.2**	**2'028,773**	**3.5**
Riesgos de Trabajo	11'966,867	12'279,226	13'367,505	312,359	2.6	1'088,279	8.9
Enfermedad General	26'054,803	27'403,687	27'586,383	1'348,884	5.2	182,696	0.7
Maternidad	17'930,921	17'490,820	18'248,618	-440,101	-2.5	757,798	4.3
Ayudas de Funeral	**66,810**	**72,636**	**71,060**	**5,826**	**8.7**	**-1,576**	**-2.2**
Riesgos de Trabajo	298	238	326	-60	-20.1	88	37.0
Enfermedad General	66,512	72,398	70,734	5,886	8.8	-1,664	-2.3
Ayudas de Matrimonio	**61,530**	**73,233**	**68,149**	**11,703**	**19.0**	**-5,084**	**-6.9**

Los datos anuales en número de pensionados corresponden a los registrados al último mes del periodo a reportar.

Las Ayudas de Matrimonio las cubren las Afore con recursos de la cuenta individual de cada asegurado.

[1/] A partir del año 2007 se excluyen las pensiones Provisionales y Temporales Ley 1973, al mes de diciembre.

[2/] A partir del año 2007 se incluyen las pensiones Provisionales y Temporales Ley 1973, al mes de diciembre.

[3/] Mayo 2010, estimado.

Fuente: IMSS

CUADRO V.2. COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS, MONTOS DE PENSIÓN

(2008, 2009 Y META 2010)

Tipo de prestación	Miles de pesos						
				Variación			
	jun 08-may 09 A	jun 09-may 10 [4/] B	Meta 2010 C	Abs. (B-A)	% Real (B/A)	Meta 2010 jun 09-may 10 Abs. (C-B)	% (C/B
Gasto de Pensionados (Régimen 1973 y 1997)	**87'286,229**	**97'757,505**	**107'682,491**	**10'471,277**	**7.4**	**9,'924,986**	**10.2**
Curso de Pago Régimen 1973 [1/]	77'979,239	87'874,633	97'322,951	9'895,394	8.1	9'448,318	10.8
Temporales y Provisionales [2/]	1'166,160	1'123,908	1'446,825	-42,252	-7.6	322,917	28.7
Rentas Vitalicias Ley 1997 [3/]	8'140,830	8'758,964	8'912,715	618,134	3.2	153,751	1.8
Indemnizaciones Globales Subsidios	**354,389**	**475,600**	**442,320**	**121,211**	**28.7**	**-33,280**	**-7.0**
Total de días de incapacidad con pago	**9'056,423**	**9'551,176**	**10'249,515**	**494,753**	**1.1**	**698,339**	**7.3**
Riesgos de Trabajo	2'160,186	2'298,605	2'571,674	138,419	2.1	273,069	11.9
Enfermedad General	3'402,792	3'682,893	3'840,218	280,101	3.8	157,326	4.3
Maternidad	3'493,445	3'569,679	3'837,623	76,233	-2.0	267,944	7.5
Ayudas de Funeral	**285,089**	**274,017**	**243,926**	**-11,072**	**-7.8**	**-30,091**	**-11**
Riesgos de Trabajo	927	756	1,119	-172	-21.8	364	48.1
Enfermedad General	284,162	273,261	242,807	-10,901	-7.8	-30,454	-11.1
TOTAL	**96'982,130**	**108'058,297**	**118'618,251**	**10'978,026**	**8.9**	**7'935,577**	**8.6**

Los importes de pensiones en Curso de Pago, Temporales, Provisionales y Rentas Vitalicias son montos emitidos, los demás son contables.

[1/] A partir del año 2007 se excluyen las pensiones Provisionales y Temporales, LSS 1973.

[2/] A partir del año 2007 se incluyen las pensiones Provisionales y Temporales, LSS 1973.

[3/] Incluye costo de las Pensiones Mínimas Garantizadas.

[4/] Mayo 2010, estimado.

Fuente: IMSS.

Por concepto de sumas aseguradas se transfirieron 8,758.9 millones de pesos al sector asegurador que ampara la compra de 14,055 rentas vitalicias con cargo a los Seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) e Invalidez y Vida (SIV).

Referente a las pensiones temporales de invalidez y provisionales de riesgos de trabajo, las cuales corren a cargo del Instituto, en este periodo se encontraban vigentes 47,212 pensiones, que significaron una erogación de 1,123.9 millones de pesos.

Adicionalmente, en el periodo que se reporta, se cubrieron con cargo al Instituto 12,113 indemnizaciones globales en el SRT por 475.6 millones de pesos.

En puntual cumplimiento de la Ley vigente, el 1° de febrero de 2010 todas las pensiones recibieron un incremento de 4%, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INCP).

Los días subsidiados por incapacidad temporal para el trabajo en los ramos de riesgos de trabajo, enfermedad general y maternidad ascendieron a 57'173,733, lo que significó una erogación de 9,551.1 millones de pesos, que representan, en números reales, un incremento de 1% respecto del mismo periodo inmediato anterior. El número de días se incrementó 2%.

Las ayudas para gastos de funeral de los ramos de riesgos de trabajo y enfermedad alcanzaron en mayo de 2010 la cifra de 72,636 casos, con un gasto de 274.1 millones de pesos.

En cuanto a las ayudas para gastos de matrimonio, en el periodo que se reporta, se tramitaron 73,233 casos, 19% más en relación con el mismo periodo inmediato anterior. El gasto asociado a este concepto es cubierto por las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore), con cargo a la cuenta individual del asegurado que lo solicita.

Durante el segundo semestre de 2009 se otorgaron 265,377 préstamos a cuenta de pensión por un importe total de 1,812.7 millones de pesos.

En suma, la erogación total por el pago de las prestaciones económicas ascendió, en el periodo que nos ocupa, a 108,058.2 millones de pesos, de los cuales 20,183.6 millones de pesos fueron con cargo al IMSS y 87,874.6 millones con cargo al Gobierno Federal.

Con el objetivo de mejorar la oportunidad en el pago de las prestaciones económicas, transparentar su operación ante el derechohabiente y reducir los costos administrativos asociados, el Instituto continuó aplicando estrategias con demostrada efectividad en años anteriores y puso en operación nuevos procedimientos administrativos y sistemas electrónicos de apoyo a las Delegaciones.

Se sistematizó la entrega y se mejoraron los reportes de las minutas elaboradas por los Comités Delegaciones de Pago Oportuno de las Prestaciones en Dinero mediante archivo electrónico y su consulta por medio del portal de la comunidad, traduciéndose esto como una mejor herramienta para la toma de decisiones.

Con el fin de mejorar y agilizar la atención en ventanillas se realizaron tres cursos de capacitación:

- Curso de atención en ventanillas en las 35 sedes delegacionales, con 1,483 participantes a nivel nacional.
- Proceso para el pago inicial para otorgamiento de pensiones, Ley de 1997, en 31 sedes, con 649 participantes a nivel nacional.
- Emisión de la Norma que establece en el Instituto Mexicano del Seguro Social las disposiciones que deberán observar los servicios de Prestaciones Económicas en materia de pensiones, rentas vitalicias, subsidios, ayudas para gastos de funeral y matrimonio.

Para facilitar el acceso y consulta de la información de prestaciones económicas, continúa en operación un sistema electrónico que permite a todas las áreas involucradas en el proceso del otorgamiento de las prestaciones económicas contar con diferentes indicadores y reportes que faciliten la toma de decisiones (Página de la Comunidad y Cubo de Información Dinámica).

Pensiones y Rentas Vitalicias

- A mayo de 2010, 91% del total de pensionados en curso de pago recibió el pago de su prestación por medio de acreditamiento en cuenta bancaria, que es el medio de pago más económico disponible en el mercado. De manera complementaria, desde el segundo semestre de 2007, la norma correspondiente estableció esta forma de pago como obligatoria para las pensiones nuevas, excepto en los lugares donde no existe presencia bancaria.
- A partir de enero de 2010 las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes que provienen de una pensión de cesantía o vejez del Régimen de Ley de 1997, con cargo al Gobierno Federal, pueden elegir la aseguradora a través de la cual se desea recibir el pago de la pensión.
- A partir del mes de marzo de 2010 se verifica el saldo de la cuenta individual de los solicitantes a una pensión de cesantía y vejez, permitiendo identificar aquellas que cuentan con el recurso necesario para ser pagadas mediante retiros programados, a través de las Afore en periodos no inferiores a un año. Al darse el agotamiento de los recursos de la cuenta individual el pago de la pensión se realiza por conducto de la nómina IMSS con cargo al Gobierno Federal.
- En agosto de 2009 se puso en operación el nuevo esquema de contratación de rentas vitalicias aprobado por el Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, bajo un sistema de subastas que hizo más eficiente la operación, redujo gastos de operación, facilitó y dio certeza a la elección de régimen y de aseguradora al solicitante de pensión, mediante el desarrollo del enlace entre el Sistema de Administración de Ofertas y Resoluciones (SAOR) y el Sistema de Pensiones (SPES).
- En junio de 2009 se liberó el Sistema de Trámite de Pensiones (SISTRAP) en Unidades de medicina Familiar (UMF) y Subdelegaciones, que tiene como finalidad principal permitir el registro y consulta a nivel nacional de las solicitudes de pensión que son ingresadas en las ventanillas de Prestaciones Económicas a nivel nacional.
- Durante el último trimestre de 2009 se inició el trámite de pensiones al amparo de las disposiciones en materia de transferencia de derechos entre el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Subsidios y Ayudas

- Se implementaron medidas de seguridad en la transferencia de datos a las instituciones bancarias, donde se adiciona la identificación del tipo de documento que el asegurado debe presentar en la ventanilla bancaria para el pago de la prestación económica.
- Conjuntamente con la Normativa de Servicios Médicos, se diseñó un nuevo certificado de incapacidad electrónico en donde se implementaron medidas de seguridad, como lo es el logotipo del IMSS como sello de agua y la modernización del código de barras con datos encriptados. Actualmente, el proyecto está en etapa de desarrollo para la lectura por parte de los bancos.
- Se encuentra en etapa de prueba piloto la automatización en la prescripción y expedición de certificados de incapacidad electrónicos en segundo y tercer niveles de atención médica, en la Delegación Norte del D. F. y Baja California. El desarrollo considera la interfaz con el Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas (NSSA) para su trámite automatizado desde su expedición hasta la disposición del pago en ventanilla bancaria, lo que ha derivado en disminuir sustantivamente el tiempo del trámite.
- Se concluyó la construcción e implantación de la interfaz del NSSA con el sistema denominado Folios Electrónicos para la Administración Central (FEPAC), con el propósito de validar la asignación de folios asociados a los certificados de incapacidad a las Delegaciones como una medida de seguridad, alertando la posible modificación de la Delegación que expide estos documentos.
- Se concluyó la actualización de los diversos procedimientos normativos en lo inherente al trámite y pago de los subsidios, ayudas para gastos de funeral y matrimonio.
- Se realizó la tarea de homologar y actualizar los requisitos para los diversos trámites de subsidios y ayudas para gastos de funeral y matrimonio en las diferentes secciones del portal del IMSS.
- Se incluyó en la página principal del NSSA la opción de ingresar al menú “Atención en Ventanilla” donde permite al usuario imprimir a nivel ventanilla de atención los requisitos necesarios para las diferentes prestaciones en dinero a que tiene derecho la población asegurada por concepto de subsidios, ayudas para gastos de funeral y matrimonio.

Acreditamiento al Derechohabiente IMSS

Asimismo, se informa que en mayo de 2008, la Coordinación de Prestaciones Económicas asumió el liderazgo del Programa de Modernización de la Administración de Derechohabientes y de las Prestaciones que les otorga la Ley del Seguro Social (PROMADYP II); el estatus fue el siguiente:

- Se generaron 10.3 millones de credenciales.
- Se realizaron acuerdos de colaboración con empresas para el establecimiento de 20 módulos móviles en las mismas, aumentando por este medio la capacidad de credencialización de las Delegaciones.
- Se implementaron medidas de difusión, con el objetivo de incentivar el interés de los derechohabientes para realizar su trámite de credencialización.

Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TITAN)[1]

La Coordinación de Prestaciones Económicas se comprometió a mejorar cuatro trámites en el corto plazo:

1. Solicitud de pensión por viudez.
2. Solicitud de pensión por cesantía en edad avanzada.
3. Solicitud de pensión por vejez.
4. Solicitud de incapacidad por riesgo de trabajo.

Las mejoras comprometidas se refieren a generar certidumbre y claridad para el derechohabiente respecto a la información que se le proporciona en torno al trámite y, de esta forma, se tendrá como beneficio la reducción de los tiempos en ventanilla, así como el número de visitas presenciales por parte de los derechohabientes. Se tiene programado que la realización de dichas actividades se concluya en agosto de 2010.

[1] Ver secciones II.7. y VII.2.

Programa de Actividades para 2010

Dentro del programa de labores para el periodo a reportar, destacan por su relevancia las siguientes acciones:

Pensiones y Rentas Vitalicias

- Se continuará actualizando la normatividad y los procedimientos aplicables, tanto de pensiones como de rentas vitalicias, con el objetivo de simplificar los trámites y mejorar la atención que se proporciona a la población.
- Se seguirá desarrollando un nuevo sistema electrónico que permitirá medir con puntualidad los tiempos de cada etapa del proceso de solicitud de pensión y prevenir trámites en peligro de rebasar los tiempos de Ley.
- Se continuará llevando a cabo una reingeniería de los procesos relacionados con los trámites de pensiones y rentas vitalicias, que tiene como objetivo reducir los tiempos y recurrencia de los pensionados, a través de la automatización de diversas etapas.
- Se pondrá en marcha el Programa de Comprobación de Supervivencia de los pensionados, a través de su asistencia a los módulos de PREVENIMSS.
- Se continuará con la coordinación de trabajos del grupo de seguimiento del Convenio de Colaboración Institucional, suscrito por los titulares del IMSS y el

ISSSTE para dar cumplimiento al Capítulo VIII de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el DOF el 31 de marzo de 2007.

- Se continuará con el proceso de descentralización de la operación, automatizando todos los procesos de trámite y transferencia de recursos entre Afore, Instituto y aseguradoras, en conjunto con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Comisión Nacional de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Además, se actualizarán las metodologías de cálculo de las pensiones de los distintos seguros, así como las tablas de mortalidad de inválidos y activos.
- Se continuará con la revisión de los esquemas actuales de adquisición de rentas vitalicias para mejorar la operación del otorgamiento de pensiones bajo el Régimen de Ley 1997 y, en consecuencia, se actualizarán los convenios con las aseguradoras, las reglas de operación, los manuales transaccionales, los puntos de contacto y los manuales técnicos que definen la operación del sistema de pensiones basado en cuentas individuales.
- Se acercará el servicio a los derechohabientes al permitir la generación de los documentos de oferta en las UMF, para la elección y firma del documento por parte del interesado.

Subsidios y Ayudas

- Se pondrá en marcha el sistema para el Acreditamiento en Cuenta Bancaria del importe correspondiente a los reembolsos por concepto de subsidios a las empresas que tienen celebrado convenio con el Instituto para el pago de los mismos.
- Se incrementarán las medidas de seguridad para cheques emitidos ante instituciones bancarias, mediante la integración en el NSSA de los diferentes estatus por los que, dentro del flujo administrativo, transita el documento valorado hasta su pago en ventanilla bancaria.
- Se implementará la lectura del código de barras encriptado en los certificados electrónicos; proyecto que está en espera de que las instituciones bancarias concluyan con el desarrollo de la funcionalidad en sus sistemas, para obtener la traducción al momento del pago en su ventanilla.
- Se optimizarán los procesos de la certificación del derecho a través de la certificación asíncrona y consulta a la base de datos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer), lo que permitirá continuar de manera ininterrumpida la operación de registro de datos en el NSSA de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

Asimismo, la profesionalización del personal de Prestaciones Económicas se seguirá impulsando mediante cursos de capacitación, la detección de problemas de organización en Subdelegaciones, la definición o actualización de perfiles de puesto, la evaluación técnica del personal que aspira a ocupar puestos de responsabilidad en Delegaciones y la planificación del reemplazo del personal próximo a retirarse por años de servicio.

También se continuará con la tarea de evaluación a las Delegaciones, con el fin de revisar el desempeño de los procesos y dar asesoría y orientación respecto de los sistemas de soporte que se utilizan para el trámite, pago y control de las prestaciones económicas.

Acreditamiento al Derechohabiente IMSS

Se continuará realizando el Programa de Credencialización de los derechohabientes del IMSS, promocionando el uso de la credencial y motivando la implantación de estrategias por parte de las diferentes áreas normativas del Instituto y las Delegaciones para el logro de los objetivos del Programa.

V.2. PRESTACIONES SOCIALES

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido responsable de atender la salud de millones de trabajadores mexicanos y sus familias con un enfoque integral en el que, además de las acciones curativas y de rehabilitación, se da gran importancia a los aspectos de prevención y promoción de la salud, a través de diversas estrategias que incluyen, entre otros, a los servicios de Prestaciones Sociales.

En este marco de referencia se plantea la visión de la seguridad social del IMSS, expresada a través de la promoción a la salud, el desarrollo cultural y deportivo, así como la capacitación técnica y profesional. De esta manera es reconocida por su fortalecimiento en los diferentes sectores de la sociedad, en donde se trabaja mediante alianzas estratégicas para conseguir objetivos comunes en beneficio de los derechohabientes y el público en general, y con ello lograr el desarrollo de una cultura del autocuidado de la salud.

La misión de las prestaciones sociales tiene como filosofía de servicio la búsqueda permanente de la satisfacción de los usuarios. Su responsabilidad sustantiva es en el desarrollo humano a través de la promoción y el fomento a la salud, en el impulso de la cultura y el deporte, así como en la capacitación técnica certificada. Todo ello privilegiando la conducta ética, la transparencia y la rendición de cuentas de los servicios públicos, así como la sistematización de los procesos y la implantación de tecnologías avanzadas para alcanzar estándares óptimos de calidad y servicio.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En este periodo las prestaciones sociales fortalecieron su infraestructura en 115 Centros de Seguridad Social (CSS), 12 Unidades Deportivas, tres Centros Artesanales, un Centro Cultural y 1,142 Centros de Extensión de Conocimientos (CEC), ubicados en empresas, en Unidades Médicas y habitacionales.

Fomento Educativo

A continuación se presentan las actividades realizadas por tipo de prestación.

CUADRO V.3. ACTIVIDADES DE FOMENTO EDUCATIVO

Impartición de cursos	Se impartieron cursos de Capacitación para el Trabajo y Adiestramiento Técnico, beneficiando a 72,112 alumnos. Se consolidó una cartera de 41 cursos en oficios diversos (16 están alineados a Normas Técnicas de Competencia Laboral). Se capacitó a 61 orientadores de actividades familiares en el Programa de Certificación en Competencias Laborales.
Actualización del personal	Con el proyecto "La nueva visión de las Prestaciones Sociales" se realizaron 12 sesiones por Intranet, así como 28 videoconferencias de cobertura nacional. Se impartió el curso de Desarrollo Humano con la Asociación de Superación por México (ASUME) a 620 alumnos. Se impartió el curso Estrategias de Aprendizaje y de Administración y Contabilidad Básica con e-México (de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes) a 565 alumnos.
Programa PREVENIMSS en empresas	Se suscribieron convenios de colaboración con Liverpool, Telmex, Coca-Cola FEMSA, Comercial Mexicana, CEMEX, Wal-Mart y Devlyn, que beneficiarán a 447,000 trabajadores. Se constituyeron 23 Comités Delegacionales y 27 locales tripartitos con la Comisión Federal de Electricidad. Se suscribió carta compromiso con la empresa Suburbia, que beneficiará a nivel nacional a 315,000 usuarios. Se signó un convenio de colaboración con SANDVIK de México S. A. de C. V., a fin de crear espacios para la inclusión laboral de personas con discapacidad.
Para la atención a personas de 60 y más años	Se impartieron cursos de Bienestar Social, Desarrollo Cultural, Deporte y Cultura Física y Capacitación y Adiestramiento Técnico a 88,239 usuarios. Se realizaron campañas de promoción para la vacunación antineumocóccica con 141,504 asistencias y de tratamiento antiparasitario con 164,655 asistencias (18% y 25.5% más, respectivamente, que en el mismo periodo del año anterior). Se realizó la Reunión Nacional para Jefes de Oficina con el fin de multiplicar y homologar la instrumentación del Programa de Envejecimiento Activo, la Formación de Acompañantes, Promotores y Cuidadores de las personas adultas mayores y Valoración Gerontológica. Se elaboró y difundió a nivel nacional la infografía "Casa Segura", para fortalecer la cultura del envejecimiento.

Fuente: IMSS.

Programa de Atención Social de Pacientes Referidos de Área Médica (antes Servicios de Enlace)

El Programa de Atención Social de Pacientes Referidos de Área Médica se implantó en todos los Centros de Seguridad Social (CSS,) con el objetivo fundamental de mejorar la salud y la calidad de vida de pacientes referidos de las UMF, con daño en diabetes tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad, así como de las personas con factor de riesgo de los módulos PREVENIMSS, de empresas y de servicios de prevención y promoción de la salud para trabajadores IMSS.

El objetivo del programa se logra a través de tratamientos no farmacológicos, los cuales se basan en actividad física, orientación alimentaria, educación para la salud, actividades culturales, organización en grupos de ayuda mutua, así como de apoyo familiar y participación social.

Programa de Promoción de la Salud

En el Programa de Promoción de la Salud se impartieron diversos cursos dirigidos a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes y a la superación del nivel de vida a 465,010 usuarios, con predominante participación de la población derechohabiente, la cual alcanzó 67% del total de inscritos.

En pláticas, campañas, eventos integradores, teatros, talleres y exposiciones se realizaron 168,103 actividades, registrando 37.9 millones de asistentes.

Asimismo, se impartieron cursos de Juguetería y Decoración, Alimentación Saludable, Formación de Promotores de Apoyo Gerontológico, Educación para la Salud y Grupo de Ayuda Mutua y Apoyo Familiar, entre otros, que beneficiaron a 79,559 personas (5% más que en el mismo periodo del año anterior). Con el Programa de Atención Integral al Adolescente se benefició a 28,165 asistentes, 25% más respecto al periodo anterior.

En cuanto al combate a las adicciones en los jóvenes, se firmó un convenio con la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C. y se participó en la Semana Nacional de Información contra el Alcoholismo Compartiendo Esfuerzos, contando con 165,000 asistentes. En el marco del convenio firmado con los Centros de Integración Juvenil para la estrategia de prevención, se diseñaron 14 modelos de cartel para difusión y un tabloide informativo sobre sustancias adictivas.

Por otra parte, 16% de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) lograron su reconocimiento como “Edificios libres de humo de tabaco”.

En actividades físicas, deportivas y recreativas se obtuvieron 209,702 inscripciones y en talleres de orientación y campañas masivas se lograron 23.2 millones de asistentes.

Actividad Física

En el marco del Convenio con la Comisión Nacional del Deporte (CONADE), IMSS-CONADE a través de la estrategia “Actívate Vive Mejor” se desarrollaron en 32 Delegaciones institucionales las actividades: Programa Nacional de Activación Física, Convivencia Para Vivir Mejor, Viernes Activo y Feria de la Salud donde se activó a 322,068 personas, superando en más de 100% las metas del periodo anterior.

Con el objetivo de disminuir los índices de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad en trabajadores IMSS, se colabora en el Programa Efecto de una Intervención Educativa Sobre la Evolución de la Prediabetes en el Personal de Salud de Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención.

Dentro del Programa Estilo de Vida Activo y Saludable (EVAS), conjuntamente con PREVENIMSS se diseñó un programa de activación física dirigido a modificar los hábitos cotidianos de la población trabajadora IMSS.

Eventos Deportivos IMSS

Buscando fortalecer la participación de atletas y entrenadores institucionales que formen la base en los procesos selectivos de equipos que representan al IMSS, se participó en diversas competencias nacionales e internacionales, obteniendo los resultados mostrados en el cuadro V.4.

Con la finalidad de promover e impulsar la práctica del deporte en forma masiva, se llevaron a cabo en todo el país diversos eventos deportivos, como se observa en el cuadro V.5.

CUADRO V.4. EVENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Nombre del evento	Deportistas
Eventos Nacionales	
Olimpiada Nacional	247
(7 medallas de oro, 9 de plata y 5 de bronce)	
Paralimpiada Nacional	38
(11 medallas de oro, 7 de plata y 13 de bronce)	
Campeonatos Internacionales	
III Juegos Iberoamericanos	42
XII Copa Yucatán Internacional de Gimnasia	12
XXIV Copa Mundial de Caminata	1
Campeonatos Nacionales de Federación	
Campeonato Nacional y Preselectivo 2009	26
Campeonato Nacional Clase B de Nado Sincronizado	16
Campeonato Nacional de Natación de Curso Largo 2009	50
Campeonato Nacional de Natación de Curso Corto 2009	51
Campeonato Nacional de Tenis de Mesa para Novatos 2009, Campeonato Nacional Sub-10 de Tenis de Mesa y Torneo Abierto de Zacatecas	14
Campeonato Nacional 2a. Fuerza 2009 de Tenis de Mesa y Abierto de Singles	7
Campeonato Nacional de Voleibol Juvenil Especial 2009	12
Festival Nacional Infantil 2009 de Mini Voleibol y Micro Voleibol	20
Liga Nacional de Voleibol 2009	14
Campeonato Nacional de Voleibol Juvenil Especial 2009	26
Campeonato Nacional de Natación de Curso Corto 2009	51
Selectivo Internacional a los Juegos Olímpicos Juveniles Singapur 2010	10
Campeonato Nacional Infantil y Juvenil de Clavados 2010	18
Campeonato Nacional de Clavados de 1a. Fuerza Selectivo para Juegos Centroamericanos y del Caribe	7
Campeonato Nacional de Ajedrez Valladolid 2010	24
LVI Campeonato Nacional e Internacional Abierto Mexicano de Ajedrez	22
XX Campeonato Latinoamericano de Tenis de Mesa Categoría Mayor	6
Campeonato Nacional de Novatos 2010 y Campeonato Nacional Sub-10 de Tenis de Mesa	20
Campeonato Nacional de Gimnasia Artística Femenil y Varonil	11
Serial Nacional de Tenis Sobre Silla de Ruedas 2a. Copa Tollan 2010	6

Fuente: IMSS.

CUADRO V.5. IMPACTO Y COBERTURA DE LOS EVENTOS DEPORTIVOS

Nombre del evento	Deportistas	Espectadores
2a. Carrera IMSS de la Montaña	800	2,000
XVIII Copa IMSS de Fútbol Infantil	400	1,000
IV Copa IMSS Juvenil de Fútbol	1,425	3,000
1a. Copa IMSS de Béisbol Infantil y Juvenil 2009	500	2,500
1a. Copa de Básquetbol IMSS Caballero Águila	1,250	2,000
XXVII Carrera Atlética IMSS-Oaxaca Bosque el Tequio	700	3,500
1a. Carrera IMSS Tlaxcala	500	1,500
ACUATRIMSS Ciudad de México 2009	350	550
1a. Carrera Atlética 10 km IMSS Morelia 2009	2,000	3,000
XXXIX Festival de Medallistas Olímpicos IMSS	600	1,500
1er. Campeonato Nacional de *Powerlifting* sobre Silla de Ruedas	100	200
XXXIII Carrera Atlética Cuautla IMSS Oaxtepec 2009	2,300	3,500
XI Copa IMSS de Voleibol de Sala Infantil	500	1,500
XXII Copa IMSS de Voleibol de Sala Juvenil	300	1,000
VIII Carnaval IMSS de Campeones de Básquetbol	200	5,000

Fuente: IMSS.

Programa de Promoción Cultural

A través de la vinculación con instituciones públicas, fundaciones, embajadas y diversas instancias dedicadas al aspecto cultural se busca enriquecer y potencializar los programas de desarrollo cultural con el fin de acercar las diversas expresiones a la población usuaria de prestaciones sociales.

En cursos de teatro, danza, música, artes plásticas, artesanías, baile de salón y otros, se beneficiaron 92,808 personas, 5.4% más que en el ejercicio anterior. En conferencias, muestras, festivales, exposiciones, concursos y salas de lectura, se logró una asistencia de 2.7 millones de asistentes, 13.6% más que en el periodo anterior.

A los teatros del IMSS asistieron 1.7 millones de espectadores. Dentro del Programa Teatro para Todos, se presentaron los siguientes eventos: Temporadas únicas de la Orquesta Sinfónica Nacional en el Teatro Hidalgo “Ignacio Retes”; la Compañía Seña y Verbo, en el Teatro Julio Prieto con las obras “UGA”, “El Rey que no oía, pero escuchaba” y "¡¿Quién te entiende!?", con una asistencia de 3,814 personas.

Con el Programa Teatro para Todos, para Jóvenes en el Teatro Julio Prieto se presentaron las obras “Dios es un DJ” y “Jugar a Morir”, con 3,426 espectadores.

Circuitos Artísticos IMSS

Con el reto de concretar proyectos en el campo de las artes escénicas que propicien la puesta en escena de obras de calidad, con un alto contenido social e histórico y que a su vez incrementen la afluencia a los teatros del IMSS y la formación de nuevos públicos, bajo el Programa de Circuitos Artísticos se llevaron a cabo los siguientes eventos:

CUADRO V.6. EVENTOS Y ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

Evento/Actividad	Lugar/Asistentes
Música , Teatro y Cine	
“México de mi Corazón” y “Nostalgia”, con la Flautista Lupe Elena Durán	Se llevó a cabo en 13 Delegaciones.
5° Festival de Títeres de Guadalajara	Teatro de León, Guanajuato, Teatro Reforma y Centro Cultural Rafael Solana, con 24 conciertos y 2,743 asistentes.
Ciclo de Música y Canto 2009	Teatros Isabela Corona, Hidalgo "Ignacio Retes" y Tepeyac "Carmen Montejo", con 12,146 asistentes.
Festival Puro Teatro (en coordinación con “Alas y Raíces” del CONACULTA)	Teatros Reforma e Hidalgo.
Ciclo de cine contemporáneo	
Programa Abril los Niños en las Artes	
El libro y la lectura	Centros de Seguridad Social a nivel nacional con 152,033 asistencias.
Programa de Teatro Escolar, Teatro Joven, Joven Teatro	
Se programaron funciones dirigidas a educandos de nivel básico	Teatros Isabela Corona, Cuauhtémoc y Legaria, con 27,000 asistentes.
Programa de Exposiciones	
Se efectuaron los montajes: “Martín Trigueros. Territorios Conquistados”, “Trazos por la Igualdad”.	Los eventos se realizaron en los espacios del edificio central de Reforma y en la Sala de Exposiciones “Siglo XXI” del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.
Se llevó a cabo la “Exposición de humor gráfico sobre la equidad de género” (colaboró el Centro Cultural España en México).	
Se realizó la exposición “Veo para Imaginar. Exploraciones por el arte abstracto en la Colección Pascual” (colaboró la Fundación Cultural Trabajadores de Pascual y del Arte A. C.).	
“Salón SOMAAP 2009” (colaboró con la Sociedad Mexicana de Autores de las Artes Plásticas).	
Se llevó a cabo la exposición “Arte, Materia, Función”.	
Se concluyó la exposición “Títeres del Mundo” (colaboró CONACULTA y la compañía de teatro La Trouppe).	Vestíbulo del Teatro Hidalgo "Ignacio Retes".
Programa Cultura y Salud Hospitalarte	
Se desarrolló el programa en cinco Hospitales	Se tuvo una participación de 7,297 asistentes.
Programa artístico cultural en Guarderías IMSS	
Se impartieron 65 funciones	Se atendieron a 4,656 infantes.
Celebración de Día de Muertos	
Se pusieron las ofrendas “Frida Kahlo” y “Ofrenda a la vida”	Delegación D. F. Norte, Baja California Sur y Tlaxcala. En las 35 delegaciones se montaron ofrendas tradicionales
Programa de festejos navideños	
Se realizó el encendido del árbol y del Nacimiento Monumental 2009, con la participación del coro *Ad Libitum*	Edificio Central de Reforma No. 476.
Programa Institucional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	
Se realizaron cinco programas de sensibilización con diversos temas (Discapacidad Intelectual, Discapacidad Psicosocial, Discapacidad Visual, La inclusión es tu derecho, entre otros).	Todos los eventos se realizaron vía Internet a través de "EMISOR".
Se distribuyó a instituciones y organismos públicos, sociales y privados, 5,000 ejemplares de los criterios de accesibilidad IMSS 2009.	
Se distribuyeron 20,000 pins con Logo del Comité.	
Se constituyeron 35 Comités Delegacionales.	
Se realizó el curso taller de Sensibilización para el Trato Adecuado de las Personas con Discapacidad, dirigido al personal de la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS.	
Se efectuaron adecuaciones de accesibilidad mínimas indispensables en 112 UOPSI por un monto de 2.9 millones de pesos.	
Programa Nacional de Igualdad y no Discriminación contra las Mujeres	
Se atendieron 335,922 mujeres, mediante diversos cursos y en eventos se obtuvieron 171,478 asistencias (29% más respecto al año anterior).	
Programa de Promoción y Fomento de Salud para Pueblos Indígenas	
Se implantó la primera fase con el fin de desarrollar acciones dirigidas a sentar las bases de una cultura de vida activa y saludable entre los pueblos indígenas.	Estados de Chiapas, Durango, Oaxaca, Veracruz Sur y Yucatán.
Programa de Regularización de Centros de Bienestar Social (CBIS)	
Fueron regularizados jurídicamente tres CBIS	Poza Rica y Boca del Río, de la Delegación Veracruz Norte y Tampico en Tamaulipas.

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Bienestar Social

- Evaluar de manera gradual el estado de salud en pacientes referidos incorporados a los servicios de Prestaciones Sociales.
- Continuar impulsando la referencia de pacientes con daño o riesgo a daños, para fomentar la corresponsabilidad, el mejor autocontrol de su enfermedad y el abandono de prácticas nocivas y conductas de riesgo.
- Impulsar la educación para la salud por grupo de edad mediante la orientación alimentaria, salud bucal, prevención de enfermedades, accidentes y adicciones; programas de salud sexual y reproductiva, salud mental y la protección al medio ambiente.
- Establecer convenios con instituciones sociales, públicas y privadas, así como, promover la organización y participación social a través de la formación de grupos autogestivos y la extensión de los servicios.
- Continuar con el diseño de protocolos de investigación de modelos de intervención social a la salud, así como la medición del impacto-beneficio de estos programas a través de una publicación.
- Difundir en las Delegaciones y UOPSI las Guías Didácticas para la Formación de Cuidadores y Promotores de Personas Adultas Mayores.
- Participar en el Seminario para la elaboración del Programa Nacional Gerontológico, coordinado por la Secretaría de Gobernación.
- Dar seguimiento al convenio IMSS-AA; en aspectos de capacitación se establecerán los módulos y se llevará a cabo la prueba piloto, además del ajuste a lineamientos e implantación.
- Concluir con la implantación del Programa de Promoción y Fomento de la Salud para Pueblos Indígenas en las Delegaciones Puebla y Chihuahua, e iniciar segunda fase en Hidalgo, Guerrero, Michoacán, Nayarit y Veracruz Norte. También se va a capacitar al personal voluntario que será el responsable de operar los CEC en las Delegaciones Chiapas, Chihuahua, Durango, Oaxaca, Veracruz Sur y Yucatán de la primera fase.
- Continuar con la regularización de los Centros de Bienestar Social (CBIS).

Deporte y Cultura Física

- Promover la práctica de la actividad física, el ejercicio físico sistematizado, el deporte con la población mexicana y la formación de talentos deportivos mediante la realización de eventos masivos que tengan como finalidad abatir el sedentarismo y la obesidad, con el fin de fomentar los cambios en el estilo de vida a través de la práctica del ejercicio físico.
- Incrementar en 25% la atención de niños, adolescentes y adultos mayores en servicios de deporte y cultura física, así como gestionar la formalización de dos disciplinas deportivas dentro del deporte federado.

- Incorporar a 100% de los deportistas formados en el IMSS al Sistema de Registro del Deporte Federado (SIRED) e incrementar la participación de deportistas en Campeonatos Nacionales en 30% y torneos internacionales en 10%.

Desarrollo Cultural

- Incrementar la suscripción y operación de convenios con diversas instancias culturales.
- Incorporar contenidos artísticos y culturales de calidad, a fin de establecer un acercamiento con públicos más amplios.
- Diseñar programas y proyectos con enfoque de equidad y de género e incrementar servicios artísticos en hospitales, guarderías y para adultos mayores y personas con discapacidad.
- Fomentar la lectura entre los derechohabientes y público en general e implantar el Modelo de Educación Artística en las Unidades operativas de Prestaciones Sociales.
- Impulsar la investigación en cada región para contribuir al conocimiento y conservación de nuestras tradiciones. Asimismo, realizar el rescate y difusión del patrimonio artístico institucional.
- Promover la restauración de los murales "Revolución Constructiva" del artista Jorge González Camarena ubicado en el Hospital Regional de Zona No. 1 de la Ciudad de Chihuahua, y "Por una Seguridad Completa y Para Todos los Mexicanos", del muralista David Alfaro Siqueiros en el Auditorio del Centro Médico Nacional "La Raza".

Capacitación y Adiestramiento Técnico

- Fortalecer la certificación de los docentes para la acreditación y operación de los CSS como Centros Evaluadores de Competencia Laboral.
- Diversificar la cartera de cursos de capacitación presencial y buscar su aval académico con otras instancias educativas o empresariales, e impulsar los talleres de capacitación empresarial en las unidades operativas.
- Apoyar la incorporación y reincorporación de las personas con discapacidad a la planta productiva.
- Fortalecer la prevención de riesgos a la salud en la población trabajadora y sus familias a través de la vinculación con empresas socialmente responsables y coadyuvar en la prevención de riesgos en la salud de los trabajadores, así como promover estilos de vida saludables mediante las actividades de deporte, bienestar social, cultura y capacitación.
- Promover entre la población usuaria y trabajadora actitudes positivas mediante pláticas de desarrollo humano.
- Difundir los servicios de Prestaciones Sociales en empresas e instituciones.
- Apertura del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART) para lograr la inclusión laboral de personas con discapacidad.

V.3. GUARDERÍAS

El servicio de Guarderías contribuye a la integración de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado, o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos, y al mercado laboral, al proporcionar atención y cuidados al menor durante la jornada laboral de su madre o padre.

Por esta razón, la estrategia del servicio de Guarderías busca, por una parte, incrementar la cobertura de la demanda del servicio mediante nuevas Unidades operativas o el incremento de los lugares disponibles en las ya existentes. Por otra, fortalecer la prestación del servicio mediante la mejora en los procesos, la normatividad y la supervisión.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Derivado del lamentable accidente en la Guardería ABC de Hermosillo, Sonora, en 2009, el enfoque estratégico del Sistema de Guarderías del IMSS cambió y se dirigió al fortalecimiento del Modelo de Guardería, haciendo especial énfasis en la calidad, seguridad y transparencia.

Calidad

Se llevó a cabo un diagnóstico integral del Modelo, lo que contempló el análisis de prácticas de referencia nacional e internacional y la situación actual de las guarderías del Instituto, a fin de identificar las mejores prácticas aplicables.

Se realizaron al respecto las siguientes actividades:

1. Análisis de la visión y normatividad del Sistema de Guarderías;
2. Análisis de prácticas y estándares nacionales e internacionales;
3. Análisis de procesos, organización, tecnología y normativa a nivel central;
4. Análisis de procesos, organización, y tecnología a nivel regional;
5. Planteamiento de mejoras y evaluación de prioridades y configuración de proyectos bajo un enfoque de corto plazo para el nuevo Modelo del Sistema Nacional de Guarderías.

Derivado de lo anterior, se detectaron áreas de oportunidad que en el mediano plazo permitirán la mejora de procesos y de la normatividad, así como de la configuración de una estructura organizacional que garantice una supervisión ordenada, eficiente y efectiva de las Unidades operativas. Asimismo, permitirán una comunicación más fluida entre las áreas normativa y operativa.

En este sentido, durante 2009 y 2010 se trabajó en la expansión del Sistema y en la actualización de la normatividad con base en el diagnóstico realizado, pero además se establecieron como ejes estratégicos de la operación de guarderías: 1) la seguridad integral de los menores que reciben el servicio

de Guardería; 2) la mejora del servicio, medida a través de la satisfacción de los derechohabientes usuarios y estableciendo niveles mínimos de calidad requeridos, y 3) la transparencia en la contratación y en la operación de las guarderías, aspecto al que se le da especial atención. Se establecieron así medidas de control para asegurar que en todas las guarderías del Sistema se dé cumplimiento puntual de la normatividad.

Los proyectos que se consideraron de alto impacto y factibles de realizar en el corto plazo, que ya han sido desarrollados son:

- El Expediente Electrónico, cuyo objetivo es concentrar la documentación de todas las Guarderías del IMSS, tanto de prestación directa como indirecta, para verificar que el expediente de cada guardería cuente con la documentación necesaria para su operación y alerte con oportunidad el vencimiento o falta de algún documento. La fase I de este desarrollo se encuentra concluida. Ésta consiste en la carga de documentos asociados al contrato o convenio de prestación del servicio vigente, para las guarderías de prestación indirecta y la carga de la información básica, de las guarderías de prestación directa.
- El indicador de asistencia de menores y de personal, mediante la utilización de un lector de huella dactilar, cuyo objetivo es controlar el registro de la asistencia del menor mediante la lectura de la huella dactilar de las personas autorizadas para entregarlo o recogerlo. Asimismo, registra la presencia del personal en las guarderías para la generación de indicadores de verificación del cumplimiento de la normatividad y garantizar que en todo tiempo la guardería cuente con el personal necesario para su correcto funcionamiento. Se ha concluido el desarrollo de este sistema y se lleva a cabo la prueba piloto en 11 guarderías.
- Un módulo de seguimiento de indicadores de supervisión, capacitación, quejas y satisfacción del servicio, con el que se pretende llevar un mejor control del seguimiento de las supervisiones realizadas y de los resultados obtenidos en las mismas. Además, se podrá llevar la programación y control de la capacitación al personal, tanto a nivel de la guardería como de la Delegación, monitorear la atención a las quejas del servicio que se presenten y conocer de manera oportuna los resultados de las encuestas de satisfacción del servicio que se aplican durante las visitas de supervisión. Al respecto, se ha concluido con el desarrollo de la primera fase.

En diciembre de 2009 venció la vigencia de 90% de los contratos de prestación del servicio de Guardería. Uno de los principales requisitos que se establecieron para la selección de guarderías que serían contratadas fue alcanzar 90% de calidad en el servicio, medida a través de los formatos de supervisión. Hay que señalar que por primera vez se estableció un nivel mínimo, que debe

mantenerse a lo largo de la vigencia del contrato. Para el mismo efecto, se estableció el requisito de alcanzar 90% de satisfacción del usuario, a través de las encuestas que se aplican en cada guardería.

Adicionalmente, en junio de 2009, con el objeto de medir la satisfacción de los usuarios del servicio de Guarderías para mejorar la calidad de los servicios, se realizó una encuesta con el acompañamiento y supervisión de Transparenca Mexicana (TM), quien fungió como un aval ciudadano que permitiera asegurar la veracidad y confiabilidad de los resultados. Es de destacarse que 71% de los encuestados manifestaron que no cambiarían a su hijo a otra guardería del IMSS, si tuvieran la oportunidad de hacerlo.

Como muestra de las acciones implementadas para mejorar la atención a los usuarios, en septiembre de 2009 se otorgó un reconocimiento a la Guardería 001 de Nuevo Laredo, Tamaulipas y a la Guardería 034 de la Delegación D. F. Norte, las que participaron junto con otras 12 guarderías del Instituto, en el Premio IMSS de Calidad 2008.

Para 2009 el indicador de supervisión de guarderías (visitas de supervisión realizadas contra programadas) alcanzó 119%, lo que refleja un mayor número de visitas realizadas por las Coordinadoras Zonales, con respecto a las programadas por los Departamentos Delegacionales de Guarderías.

Un elemento que se considera indispensable para elevar la calidad del servicio es la capacitación del personal. En el marco de diversos programas, se impartió capacitación a 1,114 personas de guarderías:

- Como parte del Programa de Derechos de los Niños y de las Mujeres, se continuó con la capacitación sobre la materia en el Sistema Nacional de Guarderías del IMSS, con el apoyo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). De febrero a septiembre de 2009 se impartieron talleres en 15 Delegaciones, a un total de 836 personas.
- También en 2009 se diseñó, elaboró e impartió el Curso para Aspirantes a la Categoría de Técnico en Puericultura a un total de 100 personas. Asimismo, para reforzar los conocimientos del personal, se impartió el Curso Guarderías Integradoras, para Jefes de Departamento Delegacional de Guarderías y Coordinadoras Zonales.
- A principios de 2010 se iniciaron los trabajos encaminados a la capacitación del personal operativo de las guarderías de los Esquemas Madres IMSS y Ordinario, sobre el Programa de Educación Temprana propuesto por la Fundación Carlos Slim, para reforzar, en forma complementaria, el programa educativo-asistencial que actualmente se aplica en las Unidades. Al mes de mayo se han capacitado 148 personas de nivel central y delegacional.

- A finales de mayo de 2010, 30 Coordinadoras Zonales y Directoras de guarderías de 29 Delegaciones participaron en el Cuarto Taller Nacional de Asesores convocado por la Secretaría de Educación Pública (SEP), con el objetivo de continuar con los compromisos derivados del Programa Sectorial de Educación y responder a los planteamientos que demandan una atención prioritaria a la primera infancia. Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009, en las guarderías de prestación directa se realizaron eventos culturales, actividades recreativas y de fortalecimiento pedagógico para los niños de tres a seis años de edad.

Con el fin de actualizar el marco normativo que regula la operación de guarderías y orientarlo al cumplimiento de las obligaciones que se establecen en el Sistema de Mejora Regulatoria Interna, se realizó un análisis situacional a partir de la revisión de los servicios de Administración, Pedagogía, Fomento de la Salud y Alimentación en las Guarderías, la alineación de los procesos y la normatividad. Actualmente, está en revisión la totalidad de la normatividad de guarderías, a fin de contar con los más altos niveles de servicio.

Seguridad Integral

La seguridad de los inmuebles se convirtió en una de las prioridades durante 2009 y 2010. Personal de las Delegaciones del IMSS realizó más de 3,000 visitas a los inmuebles de guarderías, tanto de prestación directa como de prestación indirecta, a fin de constatar que éstas contaran con medidas de seguridad que permitieran una operación segura. Asimismo, una empresa especializada en materia de seguridad y protección civil llevó a cabo la revisión de las guarderías que, de acuerdo con las Delegaciones, pudieran presentar incumplimientos importantes a la normatividad vigente. Así, se detectaron riesgos colindantes e inmuebles que por sus características resultaba imposible que contaran al menos con salidas adecuadas de emergencia, lo que llevó a la rescisión de contratos.

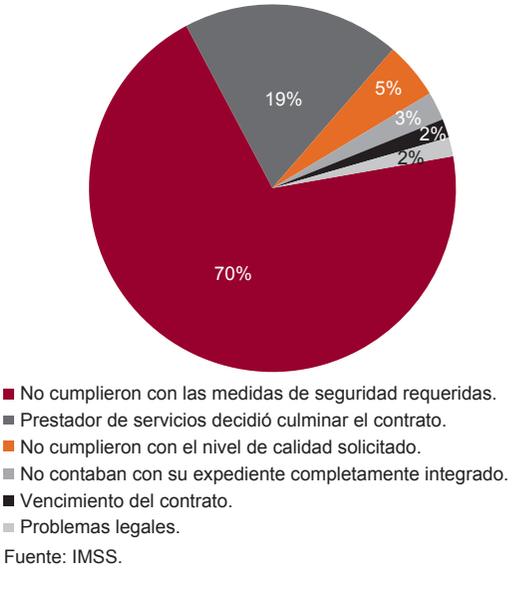
En virtud de que en diciembre de 2009 vencería la vigencia de 90% de los contratos y convenios de prestación del servicio de Guardería, se incluyó como anexo a los nuevos contratos una serie de medidas de seguridad que las guarderías deberían cumplir para estar en posibilidad de dar el servicio al IMSS. Dichas medidas constituyeron estándares de seguridad superiores a los que establecen las normas oficiales. Asimismo, se establecieron requisitos de utilización de materiales seguros para guarderías nuevas.

Derivado de que algunas guarderías no pudieron cumplir con las medidas de seguridad que el Instituto estableció para nuevas contrataciones, así como la rescisión o la terminación anticipada, de los respectivos contratos, en enero de 2010, 120 guarderías dejaron de prestar el servicio respecto de las que operaban en 2009.

De los 120 contratos antes mencionados, 29 dejaron de prestar el servicio al IMSS antes de diciembre de 2009 y 91 a partir de enero de 2010. La distribución se muestra en la gráfica V.1 y corresponde a 84 guarderías que no cumplieron con las medidas de seguridad requeridas, 23 en las que el prestador de servicios decidió culminar el contrato, seis que no cumplieron con el nivel de calidad solicitado, tres no contaban con su expediente completamente integrado, dos tuvieron vencimiento de la vigencia de sus contratos y dos más enfrentaban problemas legales.

Lo anterior significó una reducción de la capacidad instalada de 12,969 lugares, a lo cual se suma el decremento de la capacidad instalada en 33 guarderías por un total de 581 lugares.

GRÁFICA V.1. DISTRIBUCIÓN DE LAS GUARDERÍAS QUE DEJARON DE PRESTAR EL SERVICIO AL IMSS EN 2009



Fuente: IMSS.

Derivado de la rescisión o no contratación de guarderías que venían operando y a fin de apoyar a los derechohabientes que dejaron de recibir el servicio por motivos de seguridad, el H. Consejo Técnico (HCT) aprobó en diciembre de 2009 la modificación del Artículo 2, fracción IV y Artículo 31, fracción III del Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería. Dicha modificación establece que mientras permanezca la suspensión temporal del servicio anteriormente recibido, derivado de la existencia de algún riesgo en la seguridad de los menores, de los empleados de la guardería y, en general, de las personas que debieran asistir a dicho inmueble, bajo la consideración del Instituto, se otorgaría una ayuda en efectivo equivalente a la cuota que cubre el Instituto a los prestadores del servicio de Guardería en la localidad correspondiente, a fin de que se puedan proporcionar a los menores los cuidados necesarios durante la jornada de trabajo de la madre o el padre, según corresponda.

Para dar cumplimiento a lo anterior, la DPES emitió los lineamientos correspondientes. A partir del mes de febrero de 2010 se empezaron a pagar las ayudas en efectivo a las madres o padres de los menores que se quedaron sin el servicio de Guardería por razones de seguridad, beneficiando en dicho mes a 1,583 usuarios. Esta cifra ha disminuido progresivamente en la medida que es posible asignar a los menores a otras guarderías, o bien por la pérdida del derecho

a recibir el servicio. De esta forma, en el mes de junio de 2010 se benefició a 906 usuarios (cuadro V.7). De febrero a junio de 2010, el Instituto ha erogado 15.8 millones de pesos por este apoyo.

Por otro lado, derivado de las revisiones realizadas por las Delegaciones a las guarderías en operación, se detectó un área de oportunidad para mejorar la integración de los expedientes. De tal forma que se procedió a llevar a cabo la recopilación de información e integración de documentos (entre ellos, los que garantizaran la seguridad estructural del inmueble, el buen estado de instalaciones eléctricas, de gas, el dictamen de protección civil y el programa interno de protección civil) en expedientes únicos, dando mayor certeza y aval sobre el estado de sus instalaciones.

Se incorporó en el contrato de prestación de servicio, vigente a partir de enero de 2010, una cláusula que contempla la contratación de un seguro en materia de responsabilidad civil por una suma asegurada de 10 millones de pesos, con un sublímite por persona de 250,000 pesos.

Las guarderías operadas directamente por el Instituto también cumplieron con todos los requisitos de seguridad solicitados a las de prestación directa. Para ello se realizaron inversiones por 80.5 millones de pesos para trabajos y compra de equipos destinados a cubrir de manera definitiva las medidas de seguridad de las 134 Guarderías Ordinarias y las ocho Guarderías Madres IMSS. Adicionalmente, se ejercieron 33.8 millones de pesos en trabajos de remodelación y mantenimiento.

CUADRO V.7. NÚMERO DE AYUDAS PAGADAS POR DELEGACIÓN

Descripción	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Baja California Sur	210	198	185	173	156	922
Campeche	109	52	36	24	20	241
Coahuila	122	86	126		44	378
Durango	115	102	97	89	89	492
Guanajuato	91	88	2	1	1	183
Guerrero	163	154	148	144	139	748
Hidalgo	144	145	147	129	125	690
Jalisco	30	24	24	24	23	125
Estado de México Poniente	24	18	22	22	19	105
Morelos	26	23	17	14	9	89
Sinaloa	104	73	60	50	47	334
Tabasco	67	63	59	54	51	294
Tlaxcala	57	50	53	53	49	262
Veracruz Sur	15	18		11	5	49
Distrito Federal Norte	81	79	70	68	74	372
Distrito Federal Sur	225	213	142	129	55	764
Total	**1,583**	**1,386**	**1,188**	**985**	**906**	**6,048**

Fuente: IMSS.

En particular, en mayo de 2010, se concluyeron los cambios y adaptaciones del edificio de la Guardería Madres IMSS IV, dentro del conjunto de edificios del CMN "La Raza". Esta obra tuvo una inversión de 16.1 millones de pesos.

Por otro lado, con motivo del brote de la Influenza A H1N1 en nuestro país, se mantuvo una estrecha colaboración con la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), específicamente con las Coordinaciones de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias y de Programas Integrados de Salud de las Delegaciones, con el fin de reforzar la vinculación de los servicios entre ambas áreas en situaciones de contingencia. Se elaboró y difundió a las 35 Delegaciones el documento denominado ABC de Higiene para las Guarderías IMSS, que contiene las medidas que deberán ser observadas en las guarderías.

Al 31 de mayo de 2010 fueron reportados por las Delegaciones 161 casos de niños usuarios del servicio con Influenza A H1N1 y 47 trabajadores de guarderías para sumar un total nacional en guarderías de 208 casos. Se aplicaron vacunas contra la Influenza A H1N1 en 1,464 guarderías a 143,551 niños asistentes y a 40,948 trabajadores de guarderías.

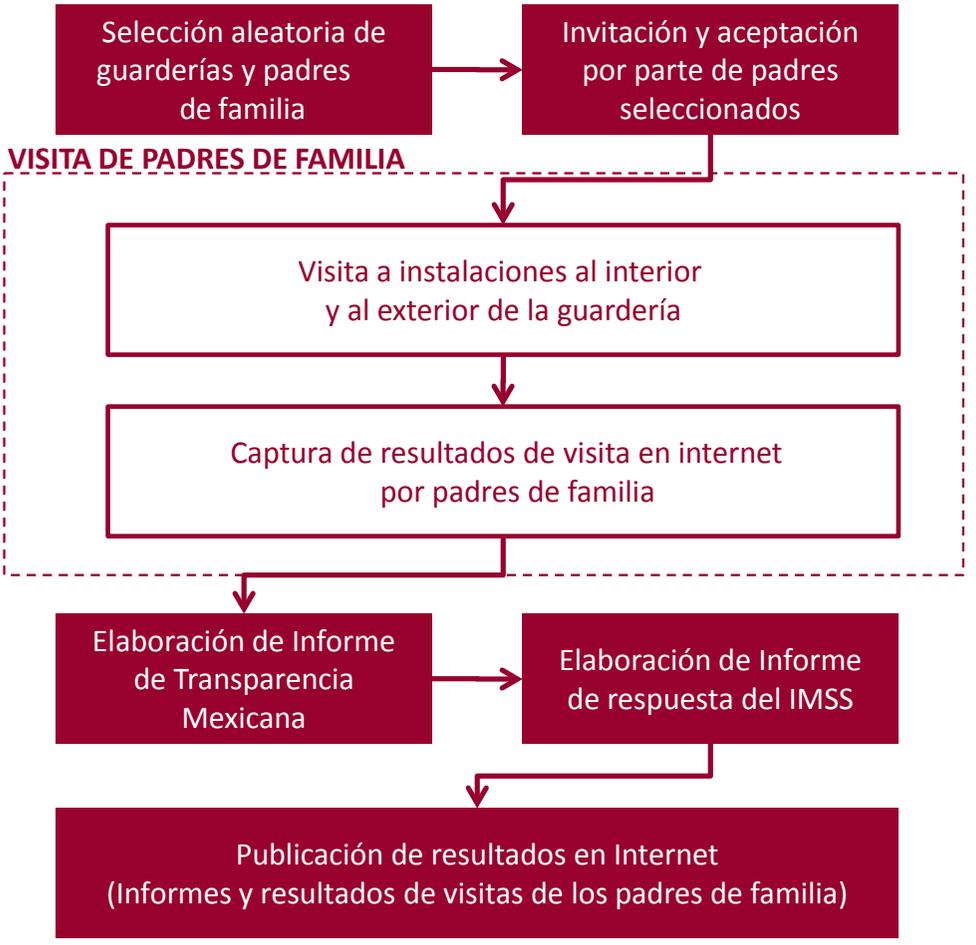
Participación Social en Guarderías

La principal característica de la estrategia de seguridad y calidad consiste en incorporar a los jueces más importantes de la labor del Instituto: los padres de los niños que asisten a las guarderías IMSS. En este sentido, se solicitó a TM el diseño de un mecanismo que permitiera a los padres de los menores usuarios de las guarderías y población en general conocer la operación y las medidas de seguridad integral adoptadas. Así, TM entregó al IMSS el mecanismo de Participación Social en Guarderías en el que los padres de familia podrán participar voluntariamente y aportar su visión sobre la seguridad integral de sus hijos, a través de una visita a su guardería. Tanto los padres de familia como las guarderías serán seleccionados aleatoriamente, mes con mes, por TM.

Cada mes se llevarán a cabo visitas en cerca de 150 guarderías, en las que participarán siete padres de familia por guardería, de tal forma que en diez meses se haya cubierto la totalidad de las guarderías del país. Derivado de estas visitas, TM hará recomendaciones al IMSS, mismas que habrán de atenderse y reportarse (gráfica V.2).

El mecanismo facilitará el involucramiento de los padres de familia, al activar su participación de manera directa, efectiva y organizada, en los esfuerzos que lleva a cabo el Instituto, para preservar la integridad de los niños en las guarderías. Asimismo, permitirá contar con la participación de los padres de familia en la observación de las medidas implementadas que garantizan la seguridad integral del menor.

GRÁFICA V. 2. OPERACIÓN DEL MECANISMO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN GUARDERÍAS



Fuente: IMSS.

La seguridad integral del menor se refiere a:

- La seguridad de los inmuebles. Para que se encuentren adecuadamente equipados a fin de enfrentar cualquier siniestro posible y que ofrezca facilidades para evacuar el inmueble y actuar ante una emergencia (equipamiento de protección civil, contar con licencias de funcionamiento, con dictámenes que garanticen el buen estado de las instalaciones y el aval de Protección Civil, capacitación del personal, entre otros).
- La salud de los menores. Principalmente entendido como la prevención de enfermedades mediante la preparación higiénica de alimentos y la revisión diaria para detectar oportunamente síntomas de enfermedad que podrían poner en riesgo la salud de los menores.
- Prevención de accidentes dentro de la guardería. Al utilizar materiales antiderrapantes, no tóxicos, al establecer indicadores de personal que permiten una atención adecuada de los menores y normas que evitan que los menores transiten por la guardería solos.

Con base en lo anterior, TM elaboró la Guía Pasos a Seguir Durante la Visita, que utilizarán los padres de familia que visiten las guarderías para comprobar la existencia de medidas de seguridad integral en nuestras instalaciones. Asimismo, se elaboró el video Programa de Visita a Guarderías que ayudará a los padres a conocer las medidas de seguridad que debe cumplir una guardería del Instituto.

Con el apoyo tanto de personal de las Delegaciones como de las Directoras de las Guarderías, se invitará a un grupo de padres de familia a participar en estas visitas, cuyos resultados serán publicados en lugar visible de cada guardería y en el visor de guarderías del Instituto.

La implantación del mecanismo implicará llevar a cabo diversas acciones de comunicación, a fin de darlo a conocer a los padres y a la población en general. Para ello, se diseñaron carteles informativos que se exhibirán en todas las guarderías del país, a partir de la implantación en septiembre próximo. Asimismo, se entregarán trípticos donde se explican las medidas de seguridad que deberá observar cada guardería, a todos los padres de familia junto con una carta explicativa de TM y el IMSS.

Como parte del diseño del mecanismo, se preparó documentación detallada para que el personal de las Delegaciones y de las guarderías que intervendrá en las visitas conozca las funciones que deberán desempeñar antes, durante y después de las visitas, a fin de que éstas se realicen según lo programado.

Para la operación y seguimiento de este mecanismo se incluyó un módulo en el Sistema de Información y Administración de Guarderías Central (SIAGC) para la programación de las visitas, así como un sitio de Internet donde los participantes deberán capturar los resultados.

Cada mes, la Coordinación de Guarderías dará a conocer a las Delegaciones las guarderías que han sido seleccionadas y la fecha en que éstas deberán consultar el SIAGC para saber cuáles fueron los padres seleccionados de dichas guarderías, para que cada Delegación realice la programación de cada visita. Se entregará a las guarderías seleccionadas las invitaciones personalizadas para que se haga entrega a cada padre de familia, quienes deberán confirmar o rechazar por escrito su participación.

En cada visita participará personal de la Delegación designado por el Jefe de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, en conjunto con la Jefa del Departamento Delegacional de Guarderías, quien dará el apoyo necesario durante la visita y se asegurará de que la Directora de la Guardería se limite a explicar las medidas de seguridad adoptadas por la guardería, sin emitir juicios de valor.

Con base en la información recolectada por los padres de familia durante la visita a la guardería, y guiada por el formato que les fue proporcionado, TM elaborará informes ejecutivos que serán entregados al IMSS. Estos informes tendrán carácter público. Asimismo, el IMSS proporcionará respuesta en la que se reportará la atención dada a las posibles fallas relacionadas con los aspectos de seguridad integral del menor en las guarderías, detectadas por los padres de familia, y se compromete a establecer las acciones de seguimiento definiendo plazos y resultados esperados. El informe de respuesta del IMSS también será público. Estos informes, así como el resultados de las visitas de los padres de familia, se publicarán en el Visor de Guarderías del IMSS.

Finalmente, el Instituto, en cooperación con la Secretaría de Gobernación y el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), mediante aplicación web, inició a finales de 2009 la carga de las cédulas correspondientes a las guarderías del Instituto que contienen datos sobre: las características generales de los inmuebles, número de trabajadores en plantilla, número de niños que se encuentran inscritos y asisten a las guarderías, así como información sobre el Programa Interno de Protección Civil y de medidas de seguridad del inmueble. La carga de información en el SINAPROC se concluyó en mayo de 2010, como parte del diagnóstico nacional de seguridad en guarderías.

Transparencia en la Contratación y Operación de Guarderías

A partir del 8 de julio de 2009, como respuesta a una exigencia social de conocer la situación de las guarderías, se habilitó un espacio en el portal del IMSS en el que se publicó toda la documentación relativa a cada una de las guarderías (http://aplicaciones.imss.gob.mx/guarderias/principal.htm). Los documentos que se pueden consultar son los siguientes:

- Cédula de Seguridad y Protección Civil.
- *Currículum Vitae* de la Directora de la Guardería.
- Contrato o Convenio.
- Escritura Constitutiva de la Persona Moral
- Convenios modificatorios.

Asimismo, se publicaron más de 5,500 documentos que permiten conocer el grado de cumplimiento de las guarderías en materia de seguridad. Dicha información se mantiene en actualización permanente por parte de las Delegaciones del IMSS. Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido por el IFAI (para mayor detalle, ver sección VII.8).

Ante el vencimiento de la vigencia de 1,360 contratos entre julio y diciembre de 2009, y a fin de garantizar la continuidad en la atención de los menores derechohabientes del servicio de Guardería, se diseñó un procedimiento transparente para la selección y contratación de guarderías, que garantizara

el cumplimiento de las medidas de seguridad requeridas y niveles de 90% en calidad del servicio y satisfacción del usuario. Asimismo, el expediente de cada guardería tenía que estar correctamente integrado. De esta forma, cada Delegación realizó la contratación de las guarderías seleccionadas, por un periodo de uno o tres años.

Se suscribieron 1,240 instrumentos jurídicos en los esquemas Vecinal Comunitario Único, Guardería Integradora y Guardería en el Campo, a nivel nacional, de los 1,360 que vencieron en diciembre de 2009. De ellos, 350 se suscribieron por un año, mientras que el resto se hizo por tres años.

Las nuevas medidas de seguridad establecidas por el Instituto implicaron un costo importante para los prestadores del servicio de Guardería, por lo que, reconociendo este esfuerzo, el IMSS determinó otorgar un plazo de seis meses para el total cumplimiento de dichas medidas, siempre que a la firma del contrato se hubiera cumplido con medidas que se consideraron indispensables y cuya implementación no debía postergarse. Se estableció en los contratos una cláusula que obliga a las guarderías a cumplir con el puntaje más alto posible en medidas de seguridad seis meses después de la firma de los mismos, pero el incumplimiento de esta cláusula representa una causal de rescisión.

Con el propósito de establecer procesos transparentes que permitan sujetar los procesos licitatorios al escrutinio público, se solicitó a la Secretaría de la Función Pública (SFP) la participación de un testigo social en las licitaciones públicas que se realicen para la contratación de nuevas guarderías. De este modo, se podrá conocer con oportunidad a los participantes y ganadores de los mismos.

Derivado de lo anterior, a mayo de 2010 se contaba con una infraestructura total de 1,480 guarderías con una capacidad instalada de 232,941 lugares (cuadro V.8).

En abril de 2009 se publicó en el DOF la licitación pública para la contratación del servicio de Guarderías de los esquemas Vecinal Comunitario Único e Integradora a nivel nacional para el ejercicio 2009. Sin embargo, en el mismo mes de abril se publicó la cancelación de la misma, debido a la aparición del virus de Influenza Estacional Epidémica A H1N1.

CUADRO V.8. EXPANSIÓN DE GUARDERÍAS

Concepto	2009 (Mayo)	2010 (Mayo)	Variación % Absoluta	Variación % Relativa
Guarderías	1,570	1,480	-90	-5.73
Capacidad Instalada	239,080	232,941	-6,139	-2.57

Fuente: IMSS.

Durante el mes de mayo se publicó una licitación pública nacional para la contratación del servicio de Guarderías de los esquemas Vecinal Comunitario Único e Integradora a nivel nacional para el ejercicio 2009. Sin embargo, el 15 de junio se publicó su cancelación, debido al lamentable accidente sucedido en la Guardería ABC de Hermosillo, Sonora.

Con la finalidad de contar con un número mayor de lugares disponibles para proporcionar el servicio de Guarderías, el pasado 18 de febrero de 2010 se emitieron los "Criterios para la autorización de ampliación de capacidad instalada en guarderías del Esquema Vecinal Comunitario Único y del Esquema de Guardería Integradora", aplicable a las guarderías que actualmente prestan el servicio. El 30 de abril, una vez realizadas las evaluaciones respectivas, se autorizó ampliar la capacidad instalada por 2,682 lugares, en un total de 49 guarderías.

De mayo de 2009 a mayo de 2010 se incrementó en 7,411 lugares la capacidad instalada, de los cuales 4,946 (66.7%) se derivan del inicio de operaciones de 26 Unidades y 2,465 (33.3%) lugares se derivan de ampliaciones de la capacidad instalada en 50 guarderías. Lo anterior es resultado del Programa de Expansión 2008.

Programa de Actividades para 2010

Mejora en la Calidad del Servicio

En cuanto a la normatividad que sustenta los servicios de Administración, Pedagogía, Fomento de la Salud y alimentación se continuará en el proceso de actualización a la normatividad, con un enfoque de alineación, consolidación y simplificación, dando especial atención al diseño de un nuevo esquema de supervisión.

Adicionalmente, se iniciarán los cursos de Formación de Facilitadores de "Crecer Juntos" y "Metodología de Educación Temprana", impartidos por la Fundación Carlos Slim, para su réplica en las guarderías de los Esquemas Madres IMSS y Ordinario en las 35 Delegaciones.

También se ha iniciado la tercera etapa del trabajo interinstitucional con la SEP para la actualización del Nuevo Modelo de Educación Inicial para niños de cero a tres años y se participará en el pilotaje del Nuevo Modelo de Atención a nivel nacional.

En lo que respecta al Premio IMSS de Calidad 2009, se dará seguimiento a las 17 guarderías que pasaron a la etapa de selección de finalistas.

Seguridad Integral

En el segundo semestre de 2010, en cumplimiento de lo que establece la Cláusula 4ª del Contrato de Prestación del Servicio de Guarderías suscrito en diciembre pasado por 1,240 guarderías, se deberá realizar la verificación del cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas por el Instituto. En caso de que no se haya dado el cumplimiento de 100% de dichas medidas, las Delegaciones procederán a rescindir los contratos respectivos.

Entre el 30 de junio y el 7 de diciembre, vencerá la vigencia de 56 instrumentos jurídicos de guarderías de prestación indirecta, en los esquemas Vecinal Comunitario Único, Guardería en el Campo y Guardería Integradora a nivel nacional, que corresponden a los contratos que fueron suscritos por tres años a partir de 2007. A fin de asegurar que las guarderías contratadas por el Instituto cumplen con todas las medidas de seguridad requeridas, se efectuará por parte de las Delegaciones una revisión previa al vencimiento de los contratos.

Adicionalmente, en diciembre de 2010 se podrían formalizar 350 instrumentos jurídicos, correspondientes a las Unidades cuyo contrato se formalizó en diciembre de 2009, con vigencia de un año, siempre que cumplan con las medidas de seguridad establecidas.

Transparencia en la Contratación y Operación de Guarderías

En 2010 vence la vigencia de 406 contratos de prestación de servicio de Guardería. A fin de que la contratación de éstas o las que resulten sea transparente, se llevará a cabo un procedimiento similar al de 2009. Las guarderías que se contraten deberán cumplir con todas las medidas de seguridad, sin prórroga, y con los niveles de calidad en el servicio y satisfacción del usuario de 90%.

En cuanto a la operación del mecanismo de Participación Social en Guarderías, se prevé su implantación a nivel nacional en el mes de septiembre. Todas las guarderías del IMSS serán visitadas, al menos una vez, al cabo de diez meses. TM elaborará reportes periódicos que contendrán los resultados de las visitas, dudas y observaciones de los padres de familia, así como las recomendaciones para la mejora en el servicio. En respuesta, el IMSS elaborará un Informe de Seguimiento a las Visitas de Padres de Familia. Ambos informes serán públicos.

Mecanismos de Control y Fortalecimiento de la Supervisión

En lo que resta del año se liberará a las Delegaciones el Expediente Electrónico en su segunda fase, el cual incluye el módulo de alertas de los documentos faltantes, por vencer y vencidos, en función del tipo de documentos que sean obligatorios para cada guardería.

Asimismo, se llevará a cabo la implantación a nivel nacional de la versión 2.0 del Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), que incluye, además del indicador de personal en la guardería y el control de asistencia de los menores mediante el dispositivo de huella dactilar, el módulo de evaluación del desarrollo del menor y una mejora al proceso de certificación de vigencia de derechos.

Por otra parte, se desarrollará la segunda fase del módulo de seguimiento de indicadores de supervisión, capacitación, quejas y satisfacción del servicio, los resultados de las visitas realizadas para que a finales de año la programación y seguimiento de las visitas de supervisión se lleven a cabo de manera completamente automatizada y las Delegaciones cuenten con un mecanismo de control sobre el cumplimiento de los programas de trabajo de supervisión y capacitación, al tiempo que atiendan con oportunidad las áreas de mejora relacionadas con la calidad del servicio.

Programa de Inversión

Durante el segundo semestre de este año se invertirán 5.8 millones de pesos en la adaptación de un Centro de Seguridad Social para alojar a la Guardería Ordinaria 001 de Zacatecas; 1.9 millones de pesos en la ampliación y remodelación de la Guardería Ordinaria 002 de San Luis Potosí y 24.2 millones de pesos en obra nueva para la sustitución de la Guardería Ordinaria 001 de San Miguel de Allende, Guanajuato.

Además, se dará seguimiento al ejercicio de los 23.5 millones de pesos autorizados para mobiliario y equipo de las Guarderías Ordinarias y Madres IMSS.

Programa de Expansión 2010

Durante los meses de junio y julio, 14 guarderías que participaron en el proceso de ampliación realizado en el primer semestre del año ampliaron su capacidad instalada, lo que representó un incremento de 728 espacios, quedando pendiente la ampliación en 35 guarderías en lo que resta del año para cumplir con los 2,718 lugares autorizados. En el segundo semestre de 2010 se emitieron nuevamente los Criterios para la Autorización de Ampliación de Capacidad Instalada en Guarderías del Esquema Vecinal Comunitario Único y del Esquema de Guardería Integradora, teniendo como resultado la presentación de 51 proyectos ejecutivos, lo que representa 3,226 lugares a nivel nacional. Sin embargo, el número definitivo de lugares para ampliar se conocerá una vez que concluya la evaluación de los mismos a finales del mes de septiembre de 2010.

V.4. SERVICIOS DE INGRESO

A través de los servicios de Ingreso, el IMSS provee a sus asegurados, derechohabientes, trabajadores y población en general, servicios y prestaciones sociales que fortalecen su poder adquisitivo y amplían sus oportunidades de desarrollo.

Durante el periodo de mayo de 2009 al mes de abril de 2010 se benefició a un total de 7.3 millones de usuarios en Tiendas, Centros Cacacionales, Velatorios y Unidad de Congresos del CMN "Siglo XXI". Con ello se generaron ingresos por 2,231.3 millones de pesos y se generó un déficit de operación de 388.6 millones de pesos, lo que equivale a un decremento de 1.6% y 1.2%, respectivamente, en términos reales con relación al mismo periodo del año anterior.

Los gastos de operación en el mismo periodo ascendieron a 809.3 millones de pesos, cifra que representó una disminución real de 3.2%.

En el periodo que se informa, el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS participó con 90.2% del total de los usuarios atendidos; por los servicios de Ingreso y Centros Vacacionales aportó 9.4%.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

Se dio continuidad a la estrategia de precios regionalizados para cumplir con el objetivo primordial de las Tiendas IMSS-SNTSS de apoyar el poder adquisitivo de los trabajadores, jubilados y pensionados del Instituto.

Se implementó el Sistema de Resurtido Automático, el cual opera en las 23 Tiendas que cuentan con sistema de punto de venta y se diseñaron planogramas de acomodo de mercancía en el marco de la implantación del proceso de administración de categorías.

También se continuó dando impulso al programa de acumulación de tarjetones de descuento, con el cual los trabajadores, jubilados y pensionados del Instituto pueden ejercer su prestación de descuentos acumulados en determinados departamentos, y se inició la implementación del sistema punto de venta en las 113 Tiendas no sistematizadas.

Centros Vacacionales y Unidad de Congresos del CMN "Siglo XXI"

En los Centros Vacacionales se continuó con la revisión de las funciones del personal para la actualización de los manuales de organización; se mejoró la infraestructura hotelera para aumentar el desarrollo de grupos; se atendió la contingencia del virus A H1N1 y se creó una campaña de prevención. Asimismo, se inició el proceso de adquisición de un nuevo Sistema de Administración Hotelera, tecnología que garantizará un crecimiento operativo, financiero y comercial; se diseñó y autorizó la nueva página de Internet, sitio comercial que ampliará la distribución de los servicios y presencia a nivel internacional.

En la Unidad de Congresos del CMN "Siglo XXI" se realizaron las acciones de mantenimiento mayor en el Auditorio uno y se llevó a cabo el proceso de asignación y ocupación de locales comerciales, destacando la integración de dos cafeterías, dos librerías y un centro de negocios.

Sistema de Velatorios

En avance al Programa de Expansión de Velatorios se determinó la reserva territorial para la construcción de los Velatorios Toluca y Ecatepec. Con el propósito de llevar a cabo la consolidación de la infraestructura y mejora de la imagen se determinó el color de pintura, la remodelación y acondicionamiento de 12 Unidades, así como el mantenimiento y conservación de la infraestructura de 11 Velatorios. El programa de inversión consideró primordialmente la adquisición de vehículos, carrozas de cortejo, equipo funerario y de oficina.

Adicionalmente, se llevó a cabo la consolidación y simplificación de los procesos normativos, así como la conclusión del mapeo de procesos. Con el propósito de fortalecer la promoción del servicio se realizó su difusión en la sección amarilla, medios de transporte, así como la impresión de material de apoyo.

Programa de Actividades para 2010

Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

En el cuadro V.9 se muestra el Programa de Actividades detallado por eje estratégico y línea de acción.

CUADRO V.9. PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010 DEL SISTEMA NACIONAL DE TIENDAS IMSS-SNTSS

Eje Estratégico: Fortalecimiento de los ingresos	
Línea de Acción	**Actividad**
Política de precios bajos	Actualizar y difundir los artículos de la política de precios bajos en el Sistema Nacional de Tiendas.
Mejoramiento del abasto	Continuar el proyecto de resurtido automático en lasTiendas con punto de venta.
	Mejorar el acomodo de la mercancía en función de la implantación del proceso de Administración de Categorías (CATMAN).
Mejoramiento de la imagen y difusión	Difundir el servicio entre los trabajadores del IMSS a través de medios electrónicos.
	Emitir lineamientos con el propósito de estandarizar y mejorar la imagen del Sistema de Tiendas en colores de la pintura, logotipo, acomodo de anaqueles, distribución de espacios, señalización uniforme de precios, mantenimiento y arreglo del mobiliario.
	Desarrollar un plan de difusión en salas de espera de Hospitales y Clínicas del Instituto que permita dar a conocer a los derechohabientes y trabajadores del IMSS los servicios, ofertas, promociones que ofrecen las Tiendas del IMSS, a través de videos, que contendrán mensajes enfocados a la salud.
Fortalecimiento de las prestaciones	Continuar con el programa de descuentos acumulados.
	Continuar con el sistema de vales en tiendas, el cual se encuentra en operación desde diciembre de 2009.
Eje Estratégico: Mejoramiento en la eficiencia de la operación	
Línea de Acción	**Actividad**
Control de la operación y mejora tecnológica	Finalizar la instalación del sistema punto de venta en las Tiendas que no cuentan con dicho equipo.

Fuente: IMSS.

Centros Vacacionales y Unidad de Congresos del CMN "Siglo XXI"

El Programa de Actividades detallado por eje estratégico y línea de acción se muestra en el cuadro V.10.

CUADRO V.10. PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010 DE LOS CENTROS VACACIONALES Y UNIDAD DE CONGRESOS DEL CMN "SIGLO XXI"

Eje Estratégico: Incremento en el número de usuarios atendidos	
Línea de Acción	**Actividad**
Infraestructura y mejora de la imagen	Continuar con las actividades de promoción y comercialización a través de acercamientos y firma de convenios con operadoras, proveedores de viajes y empresas.
	Crear una campaña de promoción y publicidad enfocada a la comercialización de grupos, congresos, convenciones y eventos sociales potencializando la infraestructura hotelera con la que cuentan los Centros Vacacionales.
	Realizar acciones de difusión con el fin de apoyar la reciente remodelación de los auditorios a través de la página de Internet y comercialización directa con casas de incentivos, operadoras de grupos y convenciones, logrando con esta estrategia alcanzar las metas de ingresos fijadas.
	Incrementar el nivel de servicio y atención a los organizadores y usuarios.
Diseño e implantación de estrategias innovadoras	Potencializar la comercialización de la nueva página de Internet (www.centrosvacacionales.imss.gob.mx) que contará con un módulo de reservaciones en línea.

Eje Estratégico: Mejoramiento en la eficiencia de la operación	
Línea de Acción	**Actividad**
Simplificación de procesos y la normatividad	Concluir la consolidación y actualización normativa, de los procedimientos de Centros Vacacionales, así como la actualización del procedimiento para las áreas de la Unidad de Congresos, partiendo de la revisión del marco normativo vigente.
Sistema de monitoreo y evaluación	Adquirir un Sistema de Administración Hotelera, tecnología que permitirá aumentar los estándares de operación, control y servicio.
Fortalecimiento de la organización	Incrementar el nivel de servicio a través de la implementación de acciones de mejora identificadas en los resultados de la Encuesta de Satisfacción aplicada en los Centros Vacacionales.

Fuente: IMSS.

Sistema de Velatorios

El Programa de Actividades detallado por eje estratégico y línea de acción se muestra en el cuadro V.11.

CUADRO V.11. PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010 DEL SISTEMA DE VELATORIOS

Eje Estratégico: Fortalecimiento de los ingresos mediante el incremento en el número de servicios otorgados en Velatorios	
Línea de Acción	**Actividad**
Infraestructura y mejora de la imagen	Desarrollar el proyecto ejecutivo modelo; construcción de nuevas unidades (Toluca y Ecatepec); adquisición de nuevos inmuebles (Guadalajara); instalación de hornos crematorios en Monterrey y San Luis Potosí; realizar estudios de factibilidad para las unidades por construir en 2011. Comprar equipos para Velatorio y mobiliario de oficina. Realizar estudios de previsión funeraria (estudio actuarial y revisión de costos); llevar a cabo el Nuevo Convenio Comisión Nacional Paritaria de Protección al Salario; Personal (diagnóstico de funciones, perfil de puestos, evaluación del desempeño y capacitación); comercialización y promoción; determinación y verificación de necesidades de los Velatorios; elaboración del presupuesto 2011.
Eje Estratégico: Mejoramiento en la eficiencia de la operación	
Línea de Acción	**Actividad**
Simplificación de los procesos y la normatividad	Concluir la consolidación y la actualización normativa, así como la simplificación de los procesos, partiendo de la revisión del marco normativo vigente y la supervisión de su aplicación.

Fuente: IMSS.

DIRECCIÓN JURÍDICA

VI.1. DIRECCIÓN JURÍDICA

Las actividades que desarrolla la Dirección Jurídica (DJ) del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen los objetivos siguientes:

- Dictar y encauzar el criterio jurídico institucional, resolver consultas y otorgar asesoría jurídica, con el fin de que los actos que realiza el Instituto se apeguen a la Ley que lo rige, a los reglamentos que de ella emanan y, en general, a las disposiciones legales y administrativas que inciden en su ámbito de competencia.
- Establecer y aplicar las estrategias a seguir en los juicios del orden laboral, fiscal, administrativo, civil, penal o de cualquier otra naturaleza, para fortalecer la defensa de los intereses institucionales.
- Determinar los criterios jurídicos conforme a los cuales se realicen las investigaciones administrativas de conductas presuntamente delictivas en perjuicio del Instituto y, en su caso, presentar las denuncias o querellas correspondientes.
- Definir los criterios para que las investigaciones laborales que practique se apeguen a lo que establecen la Ley Federal del Trabajo y el Contrato Colectivo de Trabajo que rige las relaciones laborales entre el Instituto y sus trabajadores.

- Automatizar y analizar la información del trámite y resultados de los procesos jurídicos, con el fin de apoyar la operación institucional, a efecto de alcanzar niveles óptimos de eficacia y calidad en la prestación de los servicios Jurídicos.

Con las labores desarrolladas que se describen en el presente Informe, la DJ ha contribuido en la misión y objetivos esenciales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.1.1. LEGISLACIÓN Y CONSULTA

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Se continuaron los trabajos relacionados con el Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la Aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución, y se determinaron los lineamientos jurídicos a observar en la prestación de servicios a ex trabajadores del extinto organismo público descentralizado Luz y Fuerza del Centro (LyFC).

Se tramitaron 1,277 publicaciones en el Diario Oficial de la Federación (DOF), entre otras las relacionadas con convocatorias para licitaciones públicas, avisos y acuerdos del H. Consejo Técnico (HCT), con lo que se legalizó su existencia y efectos jurídicos. A petición de la Unidad de Vinculación, se opinaron 31 iniciativas publicadas en las gacetas parlamentarias del Congreso de la Unión, relacionadas con el quehacer institucional y el impacto que representan.

Asuntos Consultivos

Se elaboró el proyecto de Bases Generales de Colaboración Interinstitucional entre el ISSSTE y el IMSS, para el cumplimiento de obligaciones derivadas de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE).

Se apoyó la elaboración y se validó la suscripción de 14 convenios de colaboración con secretarías de estado, institutos de seguridad social, instituciones de educación superior, administradoras de fondos para el retiro y empresas, tendientes a beneficiar a las familias derechohabientes del Sistema de Protección Social en Salud, otorgándoles servicios de salud correspondientes al primer y segundo niveles de atención en localidades en donde no hay Unidades Médicas de los servicios estatales de salud, a través del Programa IMSS-Oportunidades, para intercambiar información en los procesos para la apertura y registro expedito de empresas; proveer servicios de salud a mujeres en edad gestacional que presenten emergencia obstétrica; realizar actividades relacionadas con la salud y prevención de enfermedades entre la población estudiantil; establecer mecanismos para transferencias de suma asegurada, aportación del Gobierno Federal, traspasos y devoluciones de la cuenta individual, así como la promoción y difusión de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS).

Se instrumentó lo relativo a la donación de la Fundación Gonzalo Río Arronte I. A. P., de diverso equipo nuevo destinado a Hospitales y Unidades Médicas Rurales del Programa IMSS-Oportunidades.

Se coadyuvó con la instrumentación legal de los acuerdos del HCT, relacionados con la donación de la República Popular China de artículos para atender la alerta sanitaria por Influenza A H1N1, así como aquel para cubrir los costos de las erogaciones por la asistencia obstétrica en caso de embarazo a las beneficiarias hijas menores de 16 años de edad.

Contratos y Convenios

En el periodo se revisaron y dictaminaron 191 contratos y convenios plurianuales suscritos por el Director General en materia de adquisiciones y 19 en materia de obra pública, que generan obligaciones de pago por 19,405.02 millones de pesos.

La adquisición de medicamentos representa 94.4% de los recursos comprometidos; el servicio de orientación y atención al público 2.7%; las pruebas de laboratorio representan 1.5%; y la contratación de los servicios de diálisis y guarderías representa, cada uno, 0.5% y 0.9% del total de los recursos comprometidos.

Los recursos comprometidos en materia de obra pública fueron 83.3% a construcción, 12.2% a ampliación y 4.5% a terminación de obra.

Notariado y Operaciones Inmobiliarias

Se regularizaron 39 inmuebles del Régimen Ordinario y 334 inmuebles afectos al Programa IMSS-Oportunidades. Se desincorporaron 96 inmuebles de 114 destinados al servicio de Guarderías; de los 55 inmuebles sin uso institucional, el HCT autorizó la enajenación de nueve en las Delegaciones Chihuahua, Estado de México Oriente, Guanajuato (dos), Hidalgo (dos), Nuevo León, Oaxaca y Tabasco; de los cuatro inmuebles por regularizar con el Infonavit, se concluyó la formalización de dos; uno se encuentra en trámite ante Notario Público y en el restante, ubicado en la Delegación Estado de México Oriente, se continúan las gestiones para su regularización.

Se tramitó la formalización de 50 créditos hipotecarios, 165 cancelaciones de hipoteca y 56 préstamos personales a mediano plazo, con base en las prestaciones insertas en el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT). Con relación al extinto Fideicomiso de Unidades Habitacionales, se regularizaron 15 expedientes.

Con fundamento en los Artículos 75, fracción VI, y 77, fracción XI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, se registraron 58 nombramientos y firmas de servidores públicos que por sus atribuciones pueden comprometer al Instituto frente a terceros. Se instrumentó el otorgamiento de poder a 166 servidores públicos de conformidad con sus atribuciones, y la revocación del mismo a 26.

Programa de Actividades para 2010

Concluir el anteproyecto de reformas y adiciones al Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Concluir el anteproyecto del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la Aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución (PAE).

Implementar el Registro del Patrimonio Inmobiliario Institucional, que dará certeza jurídica sobre el estado que guardan los inmuebles propiedad del IMSS.

VI.1.2. ASUNTOS CONTENCIOSOS

A nivel nacional se atendieron 34,161 juicios fiscales y administrativos, así como 1,116 juicios civiles, mercantiles y de procedimientos especiales. Se revisaron 13,553 acuerdos emitidos por Tribunales Federales; se desahogaron 15,944 requerimientos judiciales; se rindieron 1,723 informes previos y justificados en juicios de amparo, y se resolvieron 1,297 consultas realizadas por las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos, destacando por su importancia los siguientes asuntos.

Impuesto sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal Prestado bajo la Dirección y Dependencia de un Patrón (Impuesto sobre Nóminas Federal)

Juicio de nulidad 10054/09-17-02-2, interpuesto por este Instituto el 16 de abril de 2009, en contra de la resolución contenida en el oficio 900-09-05-2009-19326 de 28 de enero de 2009, emitida por el Sistema de Administración Tributaria (SAT), en cumplimiento a la sentencia dictada el 27 de mayo de 2008 en el juicio de nulidad 27365/06-17-09-3, por la Sala Superior del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, en la que se determina un crédito fiscal por los ejercicios de 1990, 1991 y 1992, en cantidad de $4,041´243,137.93. El 7 de julio de 2009 se dictó sentencia interlocutoria, otorgando la suspensión definitiva de la ejecución del acto impugnado. Pendiente de sentencia.

Impuesto sobre Nóminas en Trámite

Se han interpuesto diversos medios de defensa en contra del cobro que pretenden realizar los gobiernos de los Estados de Coahuila y Tlaxcala en cantidad total de $256'967,525.79, los cuales se encuentran pendientes de resolución; asimismo, en el Estado de Campeche se promovieron 21 juicios de amparo directo, en contra de las sentencias emitidas por el Pleno del Tribunal

Superior de Justicia del Estado, en las que resuelve confirmar las sentencias dictadas por la Sala Administrativa del citado Tribunal, que declaran la validez de los requerimientos de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado al IMSS Delegación Estatal Campeche, para la presentación de declaraciones omitidas por dicho impuesto por los ejercicios fiscales 1996 a 2004. Pendientes de resolución.

Impuesto sobre Nóminas Favorables

En las Delegaciones Veracruz Norte y Sur se promovieron juicios de amparo en contra de sentencias definitivas que confirman la validez de los créditos fiscales por el periodo 2002 a 2005, por concepto del pago de Impuesto sobre Nóminas. La cantidad total de estos juicios suman $547'736,367.51. Se concede el amparo y protección de la Justicia Federal, en virtud de que el IMSS no es sujeto de contribuciones conforme al Artículo 254 de la Ley del Seguro Social (LSS). Inconforme la Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz, interpuso recursos de revisión desechados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), en sesiones del 30 de septiembre, 25 de noviembre de 2009 y 20 de enero de 2010, respectivamente, quedando totalmente concluidos con resultados favorables al Instituto.

También es favorable el juicio de amparo directo 183/2009, promovido por el IMSS Delegación Campeche, dado que el 4 de febrero de 2010 se concede el amparo y protección, para el efecto de que el Tribunal del Estado deje insubsistente la sentencia reclamada, y se emita otra en la que se resuelva que la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado no acreditó la legalidad del crédito fiscal determinado por el periodo de enero de 1993 a agosto de 1996, por $84'054,625.02, por concepto de Impuesto sobre Nóminas.

Impuesto Sobre la Renta

Juicio de nulidad 9544/09 interpuesto ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa en contra de la determinación de dicho impuesto, correspondiente al ejercicio fiscal 2003, en cantidad de $4,299'266,067.11. El 21 de mayo de 2009 se promueve incidente de suspensión, a fin de evitar cualquier acto tendente a cobrar el importe del crédito impugnado. El 13 de agosto de 2009 se admite a trámite la demanda y se concede la suspensión provisional a este Instituto. Pendiente de sentencia.

Ferrocarriles Nacionales de México

Juicio de nulidad 3075/09, interpuesto por la empresa en liquidación, en contra del oficio 09-52-17-9000-3539 del 3 de noviembre de 2008, emitido por el Director de Incorporación y Recaudación del IMSS, por el que se resuelve que es improcedente la aplicación del Artículo 13 de la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio de 2008, tratándose de cuotas obrero-patronales (COP), por lo que no opera de pleno derecho la extinción de los créditos

fiscales a favor del Instituto. El 12 de enero de 2010 se notificó sentencia interlocutoria que otorga la suspensión definitiva de los actos impugnados, para el efecto de que las cosas se mantengan en el estado que se encuentran. Pendiente de sentencia.

Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V. (PROCE)

Juicio de nulidad 23443/08-17-01-4, interpuesto en contra de la resolución contenida en el oficio 0952174000/360, del 5 de junio de 2008, emitida por el Director Jurídico del Instituto, a través del cual revoca la concesión otorgada a la empresa actora, para la construcción, uso y explotación de un parque acuático en el Centro Vacacional IMSS Oaxtepec. El 28 de agosto de 2010 se rindió dictamen por parte del IMSS en materia de ingeniería civil. El 9 de diciembre de 2009 se rindió dictamen contable por parte del perito ofrecido por el IMSS, para acreditar el incumplimiento de la concesionaria, respecto de las contraprestaciones consignadas en el Título de Concesión. Pendiente de resolverse la suspensión definitiva.

Juicio ordinario mercantil, se dictó sentencia favorable al Instituto, condenando a PROCE al pago de $151'179,561.32, por lo que la empresa promovió recursos de revisión, reclamación y queja, mismos que fueron resueltos desfavorablemente a sus intereses, quedando firme la sentencia, por lo que el IMSS realizó las acciones de requerimiento de pago y embargo, quedando inscrito este último en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del Distrito Federal.

Juicio Ordinario Administrativo Federal 8/2007-IV, promovido por PROCE, demandando entre otras prestaciones, la declaración judicial de que está obligada sólo al pago de la prestación de 5% sobre ingresos a que se refiere el Artículo 232 A de la Ley Federal de Derechos, así como la nulidad de las contraprestaciones pactadas en el título de concesión respectivo. El 3 de noviembre de 2008 el Juzgado Décimo Sexto de Distrito en Materia Administrativa en el D. F., resuelve que es improcedente la acción planteada por la empresa al actualizarse la excepción de cosa juzgada, por lo que interpone recurso de apelación, el cual se confirma en la sentencia definitiva, interpone juicio de amparo, mismo que es concedido y el 18 de mayo de 2010 se notificó al Instituto la sentencia dictada en cumplimiento a la ejecutoria de amparo, a través de la cual se determina que no es procedente la vía intentada por la empresa, dejando a salvo sus derechos.

Juicio Ordinario Civil Federal, 264/2010-C., promovido por el Instituto el 14 de mayo de 2010, en el que reclama entre otras prestaciones, la declaración de simulación de actos por parte de PROCE e INFOMIN, S. A. de C. V., la declaración de nulidad de todos los actos jurídicos derivados del título de crédito "pagaré", suscrito por PROCE, así como todo lo actuado en el juicio ejecutivo mercantil 881/2006 promovido por INFOMIN. El 17 de mayo de 2010 se admite la demanda. Pendiente de emplazarse a las demandadas.

Impuesto Predial

Juicio de amparo directo 999/2009, promovido por el Instituto en contra de la sentencia del 10 de agosto de 2009 emitida por el Pleno del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Campeche, que resuelve confirmar la sentencia dictada el 14 de agosto de 2008, por la Sala Administrativa del Tribunal Superior de Justicia que declara la validez del requerimiento TSI/NC/041/07 del 20 de marzo de 2007, emitido por el Tesorero del Ayuntamiento del Municipio de Campeche, mediante el cual comunica al IMSS Delegación Estatal Campeche el inicio de las facultades de comprobación para verificar si ha cumplido con la obligación tributaria del pago por el predio tipo urbano ubicado en la Avenida Lázaro Cárdenas s/n, Sector Las Flores. Pendiente de resolución.

Centro de Asistencia Renal, S. A. de C. V.

Juicio de amparo indirecto 577/2009, promovido por la empresa en contra de la Convocatoria y Bases de la Licitación Pública Internacional número 00641321-007-08, para la contratación del servicio subrogado de hemodiálisis, y el Acta de Reposición de Fallo del 1 de abril de 2009, con el que se adjudicaron contratos a las empresas Centro de Diagnóstico Ángeles, S. A. de C. V., y Corphomed, S. A. de C. V. Se concedió la suspensión definitiva, por lo que este Instituto interpuso recursos de revisión, logrando la negativa de la suspensión definitiva. Pendiente de resolución.

Decreto por el que se Reforman, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado

DOF del 4 de marzo de 2008, Artículos 1, fracción II; 5 último párrafo; 9, segundo párrafo; 12, 12 A, 12 B y 16. Se han promovido 395 juicios de amparo; el Poder Judicial ha concluido 387 juicios, de los cuales en 383 las resoluciones han sido favorables al Instituto al sobreseer en el juicio y en otros negar el amparo y protección de la Justicia Federal. En cuatro juicios conceden el amparo respecto del Artículo 12 primero y segundo párrafos y niegan el amparo por el Artículo 9, segundo párrafo. Pendientes ocho de resolución definitiva.

Decretos por los que se Reforman y Adicionan Diversos Artículos de la Ley del Seguro Social (LSS)

DOF del 16 de enero de 2009, específicamente los Artículos 5 A, fracción XVIII, y 27. Se han promovido 35 juicios de amparo; el Poder Judicial ha concluido 24 juicios con resultados favorables al Instituto, al sobreseer en el juicio y negar el amparo y protección de la Justicia Federal, por considerar que el Artículo 27 de la LSS no es violatorio del principio de legalidad tributaria y seguridad jurídica. 11 juicios pendientes de resolución definitiva.

Diario Oficial de la Federación del 9 de julio de 2009, Artículos 5 A, fracción VIII, y 15 A. Se promovieron 49 juicios de amparo que comprenden 67 empresas quejosas; el Poder Judicial ha concluido cinco juicios con resultados favorables al Instituto. 44 juicios pendientes de resolución definitiva.

Juicios de Amparo en Contra de la Aplicación del Artículo 109, Fracción III, de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

Se han promovido 473 juicios que comprenden 1,560 quejosos; se han concluido cinco juicios en el sentido de sobreseer en el juicio y en otros niegan el amparo y protección de la Justicia Federal. 468 juicios pendientes de resolución definitiva.

Juicio Civil Promovido por el IMSS en Contra de la Secretaría de Hacienda del Estado de Sonora, Guardería ABC, S. C., y Otros

El 19 de junio de 2009, este Instituto demandó de la Secretaría de Hacienda del Estado de Sonora y otros, ante el Juzgado Primero de Distrito en Hermosillo, Sonora, Expediente 06/2009, la declaración judicial de que los codemandados son civilmente responsables del siniestro ocurrido el 5 de junio de 2009 en la Guardería ABC, S. C. y, por vía de consecuencia, el pago de daños al Instituto. Se encuentra pendiente de emplazarse a dos codemandados.

Rescisión de Contratos de Obra Pública

Se encuentran en trámite ante el Poder Judicial Federal y Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa 43 juicios interpuestos por diversas empresas, en los cuales se demandó al Instituto las resoluciones por las que rescindieron diversos contratos de obra pública para la construcción, reestructuración, ampliación y remodelación de diversas clínicas, Hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). En la mayoría de los juicios se ha logrado que se niegue a los contratistas la suspensión de las obras públicas, a fin de que el Instituto esté en posibilidad de concluir los trabajos de construcción o remodelación. Se encuentran pendientes de resolución.

Programa de Actividades para 2010

Atender oportuna y eficazmente los recursos administrativos e interponer los medios de defensa en los juicios fiscales, administrativos, de amparo, civiles, mercantiles, y de procedimientos especiales ante los tribunales jurisdiccionales, en beneficio de los intereses institucionales.

Asistir y apoyar a los servicios Jurídicos delegacionales, con el objeto de fortalecer la defensa de los juicios que se tramitan ante los tribunales judiciales y jurisdiccionales.

Mantener comunicación permanente con el personal del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, que se encuentra a cargo del desarrollo e instrumentación del Juicio en Línea, a fin de atender los juicios fiscales a través del Sistema de Justicia en Línea.

Capacitar jurídica y técnicamente a nivel nacional a los abogados, para la atención del juicio en línea, que iniciará su operación en diciembre de 2010, conforme a las reformas a la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, publicadas en el DOF, el 12 de junio de 2009.

VI.1.3. ASUNTOS LABORALES

Juicios Laborales

De acuerdo con el Inventario de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, al cierre del periodo que se informa, se tenían en trámite 41,323 juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

Con el objeto de fortalecer la defensa jurídica en materia laboral, a partir de junio de 2009, la Coordinación Laboral inició el programa de revisión de contestaciones y demás escritos presentados por los abogados ante las Juntas, así como la revisión de los acuerdos de las audiencias diarias, de tal forma que se han revisado 9,404 escritos.

Asimismo, a fin de llevar a cabo la homologación de criterios y estrategias de defensa institucional, se han realizado 57 acciones de capacitación y actualización dirigida a los abogados litigantes y personal administrativo de la Coordinación Laboral.

Como resultado de lo anterior, en lo que corresponde al año 2010, se obtuvo 53.4% de laudos favorables. Por otra parte, al cierre del periodo que se informa, se concluyó 13.2% de los juicios en trámite, y se bajó 4.81% el rubro de audiencias diferidas por causas imputables al Instituto Mexicano del Seguro Social, respecto de juicios radicados en las Juntas indicadas y que actualmente se encuentran bajo la responsabilidad de la Coordinación Laboral de la DJ.

Mediante la intervención directa de la DJ, a través de la Coordinación Laboral, se han logrado ahorros relevantes en distintos juicios, entre los que destacan los siguientes:

Expediente laboral 2151/1995, radicado en la Junta Especial No. 9 bis de la Federal de Conciliación y Arbitraje. En éste asunto se evitó el pago de $50'000,000.00 (CINCUENTA MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.).

Expediente 952/2000, radicado en la Junta Especial No. 20 de la Federal de Conciliación y Arbitraje con residencia en Monterrey, N. L., al 31 de julio de 2010, se han suscrito 715 convenios para dar por concluido el juicio con igual número de actores. Con lo anterior, se ha generado un ahorro aproximado de $86'797,632.46 (OCHENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS 46/00 M.N.).

Se dio respuesta a 505 consultas y solicitudes de apoyo técnico. Se concluyeron 1,526 expedientes mediante la aplicación del estudio denominado Conveniencia para Concluir Litigios sin Agotar todos los Procedimientos Jurisdiccionales, autorizado por el HCT mediante Acuerdo 280/2004.

Se llevaron a cabo 11 visitas de apoyo y 13 revisiones de gabinete a las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos, con el objeto de revisar los contenidos de la defensa institucional, así como atender las observaciones derivadas de la Revisión 945 de la Auditoría Superior de la Federación (ASF).

Se realizó el análisis de los informes de juicios de trascendencia de las 35 Delegaciones, del cual se desprendieron diversas acciones para atender los juicios riesgosos; asimismo, se redujo el pasivo contingente de este tipo de juicios laborales a 327 millones de pesos a nivel nacional.

Se revisaron 464 expedientes con base en el acuerdo de Colaboración con la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), celebrándose 305 convenios.

Se estableció mesa de conciliación con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) en el nivel central, y se impulsó el establecimiento de la instancia de conciliación en 21 Delegaciones del Sistema; a la fecha se han recibido 520 casos, de los cuales en 229 se determinó procedente la propuesta para su conclusión; 155 expedientes fueron rechazados por no convenir a los intereses institucionales y los 136 juicios restantes se encuentran en proceso de dictaminación o pendientes de obtener información adicional para evaluar la propuesta.

En el mes de octubre de 2009 se llevó a cabo una Reunión Nacional en Materia Laboral en Mérida, Yucatán, lo que permitió difundir de manera amplia la Norma que establece las Disposiciones para la Atención de Asuntos, Investigaciones, Juicios y Amparos en Materia Laboral, en vigor desde el 22 de septiembre de 2009, así como los procedimientos aplicables a la atención de juicios, amparos e investigaciones laborales. Además, se actualizaron los criterios, estrategias y lineamientos para el desarrollo de dichos procesos. De manera particular, se hizo énfasis en las acciones de conciliación promovidas con el SNTSS y la PROFEDET,

así como el seguimiento de las metas comprometidas en el Programa Nacional de Atención y Control de Juicios.

Los días 26, 27 y 28 de mayo de 2010 se llevó a cabo la Reunión Nacional en Materia Laboral en el Estado de Baja California Sur, en la que se abordaron diversos temas, entre otros: Formas de Terminación de las Relaciones de Trabajo, Indicadores del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios en Materia Laboral, Mejora de Procesos, La Prueba de Inspección en el Juicio Laboral, Criterios para la Atención de Juicios en los cuales se reclama Jubilación Anticipada, Consideraciones sobre el Incidente de Liquidación, Aspectos Relevantes de la Reforma Laboral, Las Pruebas en el Juicio Laboral, Generalidades y estadísticas sobre la PROFEDET.

Se interpusieron 17 recursos de queja en contra de Presidentes de Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje, motivados por irregularidades en su actuación y se colaboró para la interposición de denuncia penal contra apoderados particulares que patrocinan demandas en las que se reclaman prestaciones de manera fraudulenta.

Amparos Laborales

Se atendieron 1,367 juicios de amparo relacionados con la devolución de las cuotas del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y aportaciones al Infonavit.

Se atendieron dos juicios de amparo, en los que se señaló como acto reclamado la irreparable lesión a la salud y vida, ante la deficiente prestación del servicio subrogado de hemodiálisis recibido en las instalaciones del Centro de Diagnósticos Ángeles S. A. de C. V., así como la violación al derecho de salud contenido en el Artículo 4º constitucional, como resultado del servicio de hemodiálisis sin los mínimos requisitos técnico-médicos, de protección civil, de sanidad, de salubridad y de bioética, así como discriminación y desigualdad, en contravención de los Artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre otras, en los que se señala como autoridad responsable al Director General del Instituto. La autoridad de conocimiento resolvió en el sentido de sobreseer las demandas de garantías.

El Juzgado Primero de Distrito del Centro Auxiliar de la Primera Región, resolvió fuera de audiencia el juicio de amparo No. 3062/2009, en el sentido de sobreseer por desistimiento el amparo del quejoso, quien señaló como acto reclamado la aplicación del Decreto por el que se extingue el organismo descentralizado LyFC, publicado en el DOF el 11 de octubre de 2009.

El Juzgado Primero de Distrito del Centro Auxiliar de la Primera Región resolvió el juicio de amparo No. 3063/2009, en el sentido de sobreseer el amparo del quejoso, quien señaló como acto reclamado la aplicación del Decreto por el que se extingue el organismo descentralizado LyFC, publicado en el DOF el 11 de octubre de 2009.

El Juzgado Primero de Distrito del Centro Auxiliar de la Primera Región, resolvió el juicio de amparo No. 3061/2009, en el sentido de sobreseer el amparo del quejoso, quien señaló como acto reclamado la aplicación del Decreto por el que se extingue el organismo descentralizado LyFC, publicado en el DOF el 11 de octubre de 2009.

Investigaciones Laborales

Durante 2009 se resolvieron 124 investigaciones laborales.

Programa de Actividades para 2010

Reforzar las estrategias de atención, control y resultados de los Juicios Laborales, a través de líneas de acción complementarias a las existentes, para mejorar las contestaciones de demandas y la operación de las mesas de trámite.

Homologar criterios al interior de las áreas operativas responsables de la atención de Juicios Laborales, con el propósito de superar criterios obsoletos, erradicar inercias en el trámite de juicios y estandarizar modelos de contestación.

Impulsar acciones de colaboración con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo, para la instalación de mesas de trámite de convenios, tanto en nivel central, como en las Jefaturas de Servicios Jurídicos Foráneos, con el objeto de abatir el rezago en la resolución de juicios, impulsar su conciliación y prevenir la interposición de nuevas demandas.

Agilizar las acciones de conciliación de juicios promovidos por trabajadores, jubilados y pensionados del IMSS, preferentemente aquellos patrocinados por el SNTSS, y extender dichas acciones a todas las Delegaciones.

Identificar las causas imputables al Instituto, que inciden en la presentación de nuevas demandas por parte de asegurados y trabajadores, e impulsar las medidas necesarias para su corrección conjuntamente con las áreas institucionales competentes.

Mantener la actualización profesional periódica de los abogados responsables de la atención de investigaciones, juicios y amparos laborales, mediante la difusión de la norma y procedimiento para la atención de dichos procesos, así como los criterios de las autoridades laborales y el intercambio de experiencias litigiosas favorables entre las Delegaciones.

Incrementar el apoyo a las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos, a través de visitas y/o revisiones de gabinete, dando prioridad a las entidades con el mayor número de asuntos de trascendencia y con menos resultados favorables.

Difundir las nuevas formalidades y condiciones para el desahogo de las investigaciones laborales, estipuladas en el CCT 2009 a 2011, así como reiterar el cumplimiento de la normatividad vigente para la adecuada y oportuna elaboración y entrega de los reportes a cargo de las unidades administrativas por faltas o irregularidades de los trabajadores.

Continuar con la identificación de actos irregulares, cometidos por funcionarios del Instituto y/o de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y/o apoderados de la parte actora, y promover las acciones administrativas y legales a que haya lugar ante la autoridad competente.

Fortalecer las acciones de registro y actualización de los datos incluidos en el Sistema de Seguimiento de Casos de la DJ, en materia de juicios, amparos e investigaciones laborales.

Mantener la media nacional de laudos favorables considerados para efectos del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios. Al respecto, se dará atención prioritaria a las Delegaciones que al término de 2009 registraron una proporción inferior a 50%.

Mantener la meta nacional de 54% de laudos favorables al Instituto.

Reducir a 4.6% el promedio de audiencias diferidas por causas imputables al Instituto. En este rubro se dará atención prioritaria a las Delegaciones que al término de 2009 registraron una proporción superior a 8%.

Impulsar ante las Jefaturas de Servicios Jurídicos la conclusión de 10% de los juicios en trámite, mediante la aplicación del Estudio denominado Conveniencia para Concluir Litigios sin agotar todos los procedimientos jurisdiccionales.

VI.1.4. INVESTIGACIÓN Y ASUNTOS DE DEFRAUDACIÓN

Durante el periodo que se informa se iniciaron 282 investigaciones administrativas con motivo de posibles ilícitos previstos en la LSS y otros delitos, cometidos en agravio del Instituto Mexicano del Seguro Social; se formularon 108 querellas y 76 denuncias.

Con motivo de las investigaciones administrativas, fueron citadas 316 personas entre patrones y trabajadores, obteniéndose con ello las documentales necesarias para la integración de los expedientes administrativos.

En el mismo periodo, se dio seguimiento a un total de 187 averiguaciones previas, en 26 de las cuales el Ministerio Público ejerció la acción penal al considerar que existían elementos para acreditar el cuerpo del delito y la probable responsabilidad penal de los inculpados.

Asimismo, se representó al Instituto ante los Tribunales Federales y Locales, coadyuvando con el Ministerio Público en la aportación de pruebas en un total de 36 asuntos; 22 son procesos penales, un recurso de apelación, un recurso de revocación, cuatro juicios de amparo, dos amparos en revisión y seis procesos en ejecución de sentencia.

De las averiguaciones previas destacan las relacionadas con: servidores públicos del Centro Vacacional Metepec, Puebla, quienes distrajeron de su objeto recursos económicos por $10’808,616.15; servidores públicos del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica (FOFOI), quienes distrajeron de su objeto fondos públicos destinados a la investigación médica por la cantidad de $5’261,118.72; administrador único de una empresa de transportes, y servidores públicos de la Delegación Estado de México Oriente, derivado de la oposición a un embargo con extracción de bienes derivado de adeudo de créditos fiscales, ofreciendo $9´000,000.00 para que personal del Instituto no lo ejecutara; servidor público adscrito a la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento en la Delegación Estatal San Luis Potosí, quien efectuó y autorizó compras con proveedores con los cuales tenía vínculos afectivos, en cantidad de $2’940,248.22; servidores públicos adscritos a la Delegación Estatal Jalisco, quienes autorizaron en forma ilegal el pago de diversas facturas a un proveedor que causó un daño económico por $1’793,016.75; servidor público de la UMAE "Magdalena de las Salinas", quien propició el aseguramiento y otorgamiento de pensiones de manera fraudulenta, lo que provocó un perjuicio al Instituto por $850,093.60; a un patrón por la omisión de enterar en su totalidad las COP y las aportaciones al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez por la cantidad de $8’009,095.10; la presentada en contra de servidores públicos de este Instituto, por la distracción de medicamentos de la farmacia de la UMAE-Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, por la cantidad de $3´350,923.46; la integrada a apoderados y socios de Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C.V. (PROCE), por la probable comisión del delito de fraude específico (por simulación de actos), así como en contra de varias personas, por el delito de abogados por simular actos jurídicos, en perjuicio del IMSS.

Así también, se destaca la defensa a los intereses institucionales en el Acta Circunstanciada iniciada con motivo de la denuncia formulada ante la Procuraduría General de la República por enfermos renales y familiares, en la que refieren que debido al cambio de proveedor para el tratamiento de diálisis, se han visto afectados en su salud y en algunos casos han causado la muerte; el acta se integró por un posible delito de genocidio imputable a servidores públicos del Instituto, requiriéndose a la DJ documentación e información relacionada con el tratamiento que reciben pacientes renales. El dictamen médico de los peritos oficiales de la Procuraduría General de la República concluyó sin responsabilidad para el Instituto

Mexicano del Seguro Social, lo que derivó en la determinación ministerial de archivo definitivo del asunto.

Respecto de los procesos penales, resaltan los instruidos en contra del administrador único de una empresa editorial, por la omisión de COP por $890,553.66; a servidores públicos de la Delegación Estatal en Jalisco, quienes en contubernio con el administrador único de una empresa textil, simularon la adquisición de ropa hospitalaria, ocasionando un perjuicio al Instituto por $2´502,173.50; el instaurado a un particular con motivo de la sustitución de personas para el cobro indebido de incapacidades por maternidad, utilizando identificaciones falsas, causando un daño de $2´714,851.36.

En el mismo periodo se obtuvo sentencia condenatoria en el proceso penal instruido en el Juzgado Décimo Segundo de Distrito de Procesos Penales Federales en el Distrito Federal, en contra de una persona que propició, para otros, la obtención de prestaciones en especie sin tener el carácter de derechohabiente, así como el seguido ante el Juzgado Décimo Quinto de Distrito de Procesos Penales Federales en el Distrito Federal, a una persona que mediante el uso de identificaciones falsas cobraba incapacidades de verdaderas derechohabientes.

Programa de Actividades para 2010

Atender con oportunidad los asuntos relativos a las investigaciones administrativas por los delitos contenidos en el Título Sexto, Capítulo III de la LSS y otros previstos en el Código Penal Federal cometidos por servidores públicos y/o particulares, en agravio del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asesorar a los órganos internos institucionales sobre la materia de defraudación, a fin de prevenir el incumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social y, en caso contrario, ejercer las acciones legales que correspondan al ámbito penal.

Coadyuvar con las autoridades administrativas o judiciales en los asuntos de su competencia.

VI.1.5. CONTROL Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS JURÍDICOS

Análisis y Control de Procesos Jurídicos

En el año 2009 la DJ eliminó tres normas y dos procedimientos, consolidó tres normas en una y 15 procedimientos en cinco; asimismo gestionó la reubicación de un procedimiento en la Secretaría General, con lo cual se logró la reducción de 18 documentos normativos registrados en el Catálogo Normativo Institucional.

Con las aportaciones de las Coordinaciones de la DJ se elaboraron el Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos y el Manual de Organización de la Dirección Jurídica, los cuales se encuentran en trámite de aprobación.

Se realizaron 24 informes relativos a los dos procesos del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios (PNACJ): 12 sobre Juicios Laborales y 12 sobre Juicios Fiscales.

Se elaboraron 48 informes relativos a los indicadores del Marcador Balanceado: 36 sobre Juicios Laborales y 12 sobre Juicios Fiscales. Dicha información contiene cifras del PNACJ con nivel de desagregación delegacional.

Se integró la información enviada por las Coordinaciones correspondiente al Programa Institucional de Trabajo de la DJ 2006 a 2012, realizando así, de forma trimestral, cuatro documentos actualizados.

Se actualizó el Sistema del Orden Jurídico Nacional de la Secretaría de Gobernación con 19 disposiciones, entre las que se encuentran: Acuerdos emitidos por el HCT y Avisos, publicados en el DOF.

Se elaboró el Programa de Visitas de Apoyo a las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos para el año 2010. Al mes de mayo de 2010 se efectuaron cinco visitas por parte de las Coordinaciones de Legislación y Consulta, de Asuntos Contenciosos, Laboral y Técnica de Control y Mejora Continua de Procesos Jurídicos a las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos en: Distrito Federal Norte, Estado de México Oriente, Jalisco, Puebla, Tamaulipas y Veracruz Norte.

En 2009 se Coordinó el Grupo de Trabajo denominado “Desregulación”, del Programa de Mejora de la Gestión, en el que se revisaron los trámites y servicios inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER); se identificaron aquellos susceptibles de eliminar o fusionar, se elaboró el Programa de Trabajo con metas calendarizadas y se remitieron los reportes de avances a la COFEMER y al Órgano Interno de Control en el IMSS. A partir de 2010 se participa en el Programa de Regulación Base Cero o Tala Regulatoria.

Se realizó el seguimiento de las Iniciativas del Programa de Trabajo Institucional 2009 a 2010, en las que es corresponsable la DJ.

Del mes de mayo de 2009 al correlativo de 2010 se llevó a cabo el análisis de las tesis y jurisprudencias emitidas por el Poder Judicial de la Federación y se elaboraron 12 discos compactos que contienen los criterios que impactan directamente al quehacer institucional.

Se integró la información correspondiente al Capítulo XI del Informe 2009 a 2010 que se rinde al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, denominado Riesgos Adicionales del Instituto.

Durante el primer trimestre de 2010, con motivo de la Auditoría de los estados financieros del Instituto Mexicano del Seguro Social que está llevando a cabo el despacho externo Mancera S. C., integrante de *Ernst & Young Global*, se elaboraron tres informes, que se rindieron al citado despacho el 18 de enero, 16 de marzo y 9 de abril de 2010, respectivamente.

Información Estadística Jurídica

Se fortalecieron los mecanismos de control para asegurar que se registre y actualice de manera permanente y oportuna en el Sistema de Seguimiento de Casos (SSC) de la DJ, el estado procesal de los juicios fiscales, por lo que se han registrado en el SSC 88.9% de los Juicios Fiscales notificados en 2009, y en cuanto a la actualización de los que se encuentran en trámite del referido año, se tiene un avance de 75.2%. Asimismo, al cierre del mes de mayo de 2010, se obtuvo un avance de 93.7%, ya que de 4,433 expedientes por capturar, se registraron 4,152.

Con el objeto de integrar al SSC el módulo correspondiente al juicio contencioso administrativo promovido por el IMSS (Federal y Local), recursos administrativos y Amparo Indirecto Administrativo, conjuntamente con la División de Sistemas de Apoyo Institucional de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), se elaboraron los mapas de flujo de los citados procesos.

Se coordinó la inclusión en el SSC de la funcionalidad para que al momento de registrar la acción reclamada en una demanda laboral, automáticamente se asigne el costo estimado conforme a los criterios que determinó la Coordinación Laboral, actualizándose la totalidad de los asuntos que se encontraban en trámite.

Se realizaron actividades tendientes a la depuración de los Juicios Laborales que representan un pasivo contingente y que el SSC reporta en trámite.

Durante el periodo que se informa, se elaboraron 12 informes analíticos del comportamiento de los Juicios Laborales que se tramitan ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, que representan un pasivo contingente.

Se realizaron 12 acciones para la mejora de la página de la DJ en Intranet, donde se puede consultar el acervo jurídico normativo, el cual está conformado por las reformas a la LSS desde 1943 hasta la última reforma publicada el 9 de julio de 2009, las leyes y reglamentos federales que inciden el quehacer institucional y el DOF de 1973 a la fecha.

Programa de Actividades para 2010

Análisis y Control de Procesos Jurídicos

Se dará seguimiento al cumplimiento del Programa de Simplificación y Actualización Normativa de la Dirección Jurídica 2010 y se continuará con el trámite hasta su conclusión de los manuales de organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos y de la DJ.

Se continuará realizando el seguimiento de las Iniciativas del Programa de Trabajo Institucional 2009 a 2010, en las que es corresponsable la DJ.

Se tienen programados 14 informes relativos a los dos procesos del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios: siete sobre Juicios Laborales y siete sobre Juicios Fiscales. Se elaborarán 28 informes relativos a los indicadores del Marcador Balanceado, 21 sobre Juicios Laborales y siete sobre Juicios Fiscales. Dicha información contiene cifras del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios con nivel de desagregación delegacional.

Se realizarán 14 informes sobre diez indicadores alimentados en el Marcador Balanceado con cifras enviadas por las Coordinaciones Laboral y de Asuntos Contenciosos, con nivel de desagregación delegacional.

Se tiene programado realizar tres documentos integrando la información correspondiente al Programa Institucional de Trabajo de la Dirección Jurídica 2006 a 2012 y se continuará con la actualización del Sistema del Orden Jurídico Nacional, de acuerdo con lo publicado en el DOF.

Se dará seguimiento al Programa de Visitas de Apoyo para vigilar el cumplimiento de los compromisos adquiridos en las mismas.

Se tiene programada la elaboración de seis discos compactos con la información relativa a tesis y jurisprudencias.

Información Estadística Jurídica

Se seguirán realizando acciones tendientes a la actualización oportuna del SSC, a efecto de contar con la información confiable y oportuna, y se concluirá la incorporación del Módulo del Juicio Contencioso Administrativo cuando el Instituto es actor en el SSC.

Se visitarán las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos de las Delegaciones Veracruz Norte, Tamaulipas, Sonora, Puebla, Querétaro, Coahuila, Durango, Baja California y Nuevo León, para apoyarlas en la captura y actualización de los Juicios Laborales y contenciosos administrativos federales, así como en las investigaciones laborales en el SSC.

Se continuará con las acciones de actualización y mejora de la página de la DJ en Intranet, para incorporar las tesis y jurisprudencias sobre temas relevantes del IMSS, así como los criterios normativos que sirvan de apoyo para el desahogo de los asuntos institucionales.

VI.1.6. ASPECTOS JURÍDICOS DEL ACCIDENTE OCURRIDO EN LA GUARDERÍA ABC, EN HERMOSILLO, SONORA

En el aspecto jurídico, este lamentable acontecimiento dio lugar a diversas acciones por parte del Instituto, como se reseña a continuación:

Investigación Administrativa Ordenada por el Director General

El Director General ordenó que en forma inmediata se procediera a realizar un análisis integral, a fin de establecer las condiciones en que la Guardería ABC prestaba el servicio de Guardería al ocurrir el incendio que afectó sus instalaciones, para lo cual, personal de la DJ, encabezado por su Titular, se trasladó a Hermosillo, en donde llevó a cabo la revisión de la documentación e información proporcionada por la Delegación Estatal en Sonora, permaneciendo en esa ciudad durante cuatro semanas, en las cuales, además, se colaboró con la Delegación estatal en el desahogo de los requerimientos que le fueron formulados por las instancias de procuración de justicia estatal y federal.

El Informe sobre las condiciones legales en que operaba el servicio prestado por la Guardería ABC, que comprendió 224 fojas y un total de 153 anexos documentales, fue rendido al Director General del Instituto y atendiendo a sus indicaciones, con fecha 6 de julio de 2009 se envió a la Procuraduría General de la Republica, en términos de los Artículos 116 y 118 del Código Federal de Procedimientos Penales, así como al Órgano Interno de Control y a la Secretaría de la Función Pública (SFP), de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8, fracción XVIII, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Solicitud a la Secretaría de la Función Pública

Con independencia del análisis interno ordenado, con fecha 8 de junio de 2009 el Director General solicitó a la SFP que ordenara una auditoría integral a las áreas de Guarderías, enfocada a aspectos relacionados con la operación del esquema de contratación del servicio y, en su caso, deslindar y fincar responsabilidades.

En respuesta, la Secretaría citada informó que el proceso de auditoría abierto en febrero de 2009, para verificar que los procedimientos de adjudicación de los contratos de servicios de Guarderías se apeguen a la normatividad y legislación vigente en la materia, se ampliaría en tiempo y con relación a las acciones a implementar. De manera adicional, se comunicó la apertura de un expediente de

denuncia, a cuyo amparo se realizarían las investigaciones correspondientes a la Guardería ABC.

Informes Rendidos a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y Adopción de Medidas Precautorias Solicitadas por la Misma

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos dirigió al Instituto la Recomendación N° 49/2009, relacionada con el expediente CNDH/1/2009/2557/Q, señalando diversas recomendaciones específicas, entre ellas, las de carácter jurídico, siguientes:

"PRIMERA. Con las observaciones contenidas en el cuerpo del presente documento, se amplíe la vista dada al Órgano interno de Control en ese Instituto ante el cual se integra el expediente DE/422/09/SON, a efecto de que se tomen en cuenta en la resolución del citado procedimiento administrativo, manteniendo informada a esta Comisión Nacional de los avances que se registren en su integración hasta su determinación final."

"QUINTA. Se instruya a quien corresponda para que se realice de manera inmediata la revisión de las condiciones físicas y legales en que operan las Guarderías Subrogadas por ese Instituto a nivel nacional, así como en aquellas en la que el servicio se preste de manera directa."

Dichas recomendaciones fueron cumplimentadas en tiempo y forma, enviando al Órgano Interno de Control, el día 4 de agosto de 2009, copia de la Recomendación 49/2009 y, como ha quedado señalado, el día 6 de agosto se le envió copia del Informe sobre las condiciones legales en que operaba el servicio prestado por la Guardería ABC y de sus 153 anexos documentales.

Atención de Requerimientos de los Órganos Federal y Local de Procuración de Justicia

A partir del 6 de junio de 2009, la Procuraduría General de Justicia del Estado de Sonora y posteriormente la Procuraduría General de la República, formularon al Instituto requerimientos de información y de documentos. Asimismo, se recibieron requerimientos de autoridades judiciales. Todos los requerimientos recibidos fueron desahogados por conducto de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal Sonora, en tiempo y forma.

Informes Rendidos a la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)

- **Informe sobre las diligencias realizadas con motivo del siniestro ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Son., en cumplimiento al requerimiento formulado, con motivo de la solicitud de ejercicio de la Facultad de Investigación.**

Los padres de niños afectados por el incendio que se extendió a las instalaciones de la Guardería ABC, solicitaron a la SCJN, ejercer la facultad de investigación prevista en el segundo párrafo del Artículo 97 constitucional.

Dicha petición fue hecha propia por el Ministro Sergio A. Valls Hernández, y con fecha 15 de julio de 2009, el Presidente de la SCJN admitió a trámite la solicitud referida, para cuya resolución el Ministro Ponente designado solicitó un informe a este Instituto.

En cumplimiento a lo requerido por la SCJN, se elaboró y presentó el documento denominado “Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social que se rinde a la SCJN, sobre las diligencias realizadas con motivo del siniestro ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Son., en cumplimiento al requerimiento formulado, con motivo de la solicitud de ejercicio de la facultad de investigación 1/2009”, documento de 42 fojas y 37 anexos, contenidos en 11 carpetas y 75 expedientes individuales, que en conjunto sumaron 5,300 fojas útiles de información.

- **Informes rendidos a la Comisión Investigadora nombrada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con motivo de la Facultad de Investigación 1/2009.**

El Pleno de la SCJN en sesión del 6 de agosto de 2009 determinó, entre otras medidas: crear una comisión para investigar los hechos ocurridos, así como los actos administrativos y omisiones que dieron lugar a ellos.

En términos generales, el objeto de la investigación se estableció en analizar el marco jurídico inherente al servicio de Guardería que presta el Instituto, la competencia de las autoridades para celebrar los convenios para la prestación correspondiente, el procedimiento en la contratación con la Guardería ABC, S. C., y las acciones y omisiones en que hubieran incurrido las autoridades, identificando a las personas que participaron en los hechos calificados como graves violaciones a las garantías individuales.

Durante los seis meses que comprendieron los trabajos de la Comisión Investigadora, el Instituto, por conducto de la DJ atendió en tiempo y forma todas las solicitudes y requerimientos de información, de documentos y de auxilio para realizar investigaciones de campo que le fueron requeridos.

En total se recibieron y desahogaron un total de nueve requerimientos, de los que se destacan los siguientes:

a) Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre el origen, procedimiento para su otorgamiento, formalización, contenido y cumplimiento del "convenio

de subrogación" celebrado con los particulares que prestaban el servicio en la Guardería ABC, S. C.,

b) Informe sobre el marco jurídico del Instituto Mexicano del Seguro Social relativo al origen, establecimiento, operación y funcionamiento de los servicios de Guarderías; listado identificando el número, nombre y ubicación de los tipos de guarderías denominados Madres IMSS, Ordinarias y Vecinal Comunitarias;

c) Relación de los contratos de guarderías terminados anticipadamente y rescindidos a septiembre de 2009;

d) Relación y expedientes completos de 1,481 guarderías, a las que correspondían los 1,494 contratos de prestación de servicios celebrados por este Instituto con patrones que tienen instaladas guarderías en sus establecimientos, así como los formalizados con particulares no patrones para la prestación del servicio de Guardería. Esta documentación se entregó en 182 cajas, con un peso aproximado de seis toneladas, y comprendió un total de 931,729 fojas útiles, todas ellas debidamente certificadas ante Notario Público.

El esfuerzo realizado por el Instituto, coordinado por la DJ con las 35 Delegaciones, para cumplir este requerimiento en tiempo y forma, a pesar de haber contado para ello con un plazo breve de quince días hábiles, fue objeto de reconocimiento por la Comisión Investigadora, la cual en el Informe Preliminar respectivo señaló lo siguiente:

"El Director Jurídico del Instituto Mexicano del Seguro Social remitió los mil cuatrocientos ochenta expedientes completos y certificados de las guarderías provenientes de cada una de las treinta y cinco delegaciones de dicho Instituto. Esos expedientes comprenden un total de novecientos treinta y un mil setecientos veintinueve fojas." (vid. Página 92, Informe Preliminar Comisión Investigadora 1/2009).

Acuerdos de Ayudas Solidarias Dictados por el H. Consejo Técnico

La DJ, en términos de lo dispuesto por el Artículo 75, fracción IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, coordinó la elaboración de los Acuerdos del HCT, a través de los cuales ese Órgano de Gobierno dictó instrucciones tanto para la atención médica necesaria para los menores y adultos lesionados con motivo del incendio, así como de los que estuvieron expuestos al humo y tóxicos producidos por dicho siniestro, como para otorgar diversos apoyos por solidaridad a los menores lesionados y a los padres de los menores fallecidos. Dichos Acuerdos son los siguientes:

- **ACDO.AS1.HCT.100609/126.P.DG**

  En el cual se autoriza el otorgamiento de atención médica, quirúrgica, hospitalaria, psicológica, farmacéutica y de rehabilitación necesaria, de forma vitalicia a los menores lesionados, así como una ayuda por equidad, para cubrir diversos conceptos, derivados del fatal

incidente ocurrido el 5 de junio de 2009, en la Guardería ABC, S.C., en Hermosillo, Sonora.

- **ACDO.SA1.HCT.260809/171Bis.P.DG**

El cual complementa los apoyos aprobados en el Acuerdo ACDO.AS1. HCT.100609/126.P.DG, y los hace extensivos a los menores que el día del siniestro estuvieron presentes en las instalaciones de la Guardería ABC, sin haber sufrido lesiones por quemaduras pero que inhalaron el humo y tóxicos producidos por dicho incendio, derivado de lo cual presentaban o pudieran presentar algún padecimiento directamente relacionado con el mismo. Asimismo, se incluyó a los adultos derechohabientes que se encontraban en dicho supuesto.

- **ACDO.SA1.HCT.281009/245.P.DG**

Mediante el cual se modifica el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.260809/171Bis.P.DG en el punto Primero inciso c) y punto Segundo inciso g) a fin de precisar los apoyos respectivos.

- **ACDO.AS1.HCT.230610/127.P.DPES y DPM**

En el cual se puntualizan los apoyos y ayudas otorgados por el IMSS mediante los Acuerdos ACDO.AS1. HCT.100609/126.P.DG, ACDO. SA1. HCT.260809/171Bis.P.DG y ACDO.SA1. HCT.281009/245.P.DG, con objeto de otorgar certeza y seguridad jurídica a las personas afectadas por el siniestro ocurrido en la Guardería ABC, así como facilitar el acceso a los mismos.

- **ACDO.AS1.HCT.230610/128.P.DF y DJ**

En este Acuerdo se autoriza a la Dirección General del IMSS, por conducto de la Dirección de Finanzas, a solicitar recursos presupuestarios a la SHCP, por concepto de ayuda extraordinaria, para la constitución de un fideicomiso, para cubrir diversas erogaciones con motivo del incendio ocurrido en la Guardería ABC.

VI.1.7. CONTINGENCIA POR EL BROTE DEL VIRUS DE INFLUENZA A H1N1

En abril de 2009 se identificaron en México casos de una nueva cepa del virus de Influenza Humana (Influenza A H1N1). Evaluado el riesgo por la autoridad sanitaria nacional y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 17 de abril se decretó la alerta epidemiológica para Influenza Estacional y Neumonía Atípica Grave.

En el ámbito del IMSS, el Director General, en uso de sus facultades, dictó diversas medidas necesarias para hacer frente a la contingencia, en congruencia con las acciones determinadas por la autoridad sanitaria. La DJ tuvo a su cargo la elaboración de los siguientes documentos que las formalizaron:

a) Acuerdo por el que ordena a las Unidades Médicas del Instituto la atención de las personas no derechohabientes de este Instituto, afectadas por el virus de Influenza Estacional epidémica de origen porcino; b) Acuerdo por el que se suspenden trámites y servicios de carácter presencial a cargo de las Delegaciones, Subdelegaciones, Unidades de Medicina Familiar (UMF) y áreas de servicios en Unidades No Médicas del Instituto, así como las acciones de cobro coactivo, competencia de las Delegaciones, Subdelegaciones y oficinas para cobros; c) Oficio circular 09 52 19 0500/03, por el que se instruye a los Delegados y titulares de UMAE, sobre el cumplimiento del Acuerdo del Secretario de Salud, que ordena la suspensión de labores en la Administración Pública Federal (CAPF) y en el sector productivo de todo el territorio nacional, durante el periodo comprendido del 1 al 5 de mayo, y d) Acuerdo No. DG/050509/FE/05 Lineamientos Generales de Prevención y Control en materia de Influenza A H1N1, con motivo de la reanudación de actividades en los centros de trabajo del IMSS.

VI.1.8. PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE LA REVISIÓN INTEGRAL DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO (CCT)

En 2009 se realizó la revisión integral del CCT que regirá las relaciones laborales entre el IMSS y el SNTSS para el bienio 2009 a 2011. El 11 de agosto el SNTSS presentó el Pliego Petitorio con emplazamiento a Huelga respectivo. Ante la urgencia de dar contestación, la DJ elaboró la respuesta correspondiente, que el Director General del Instituto, en su carácter de Representante Legal del mismo y en ejercicio de la facultad establecida en el Artículo 66, fracción VIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, presentó ante la Autoridad Laboral antes mencionada, la promoción correspondiente, el día 14 de agosto de 2009.

El Director Jurídico fue designado por el Director General para integrar la representación del Instituto en la Comisión Revisora conformada con la representación del SNTSS. Se logró una negociación óptima mediante el análisis y la discusión de la totalidad de los planteamientos del Pliego Petitorio. En resumen, se modificaron y adicionaron 26 cláusulas; se modificaron 24 artículos de 12 reglamentos; se otorgó un aumento de 3.9% al Tabulador de Sueldos, y de 2.2% a la Cláusula 63 Bis, inciso b) “ayuda para el pago de renta para casa habitación”.

VI.1.9. INSTRUMENTACIÓN DE LA PORTABILIDAD DE DERECHOS ENTRE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

La nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE), publicada el 31 de marzo de 2007, crea un sistema nacional de seguridad social con cobertura nacional, en el que los trabajadores tendrán plena certidumbre y flexibilidad para hacer efectivos sus derechos a la seguridad social. Entre otros aspectos, establece el derecho de los trabajadores que prestan sus servicios simultáneamente al Gobierno Federal del Estado Mexicano y a patrones comprendidos en el Apartado A del Artículo 123 de la Carta Magna, para recibir servicios médicos tanto del ISSSTE como del IMSS y establece las bases para la portabilidad de derechos de la seguridad social a los trabajadores, quienes podrán transitar en su actividad laboral, entre el sector público y el privado, acumulando en su cuenta individual los recursos para el financiamiento de su pensión de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, así como el registro de los periodos cotizados en uno y otro régimen de seguridad social, sin perder las aportaciones que ellos mismos y sus patrones hayan realizado.

Acorde con lo anterior, se derivan diversas obligaciones a cargo del IMSS en los rubros de servicio médico y de pensiones.

La DJ colaboró en la elaboración del Convenio de Colaboración Interinstitucional que se formalizó por ambos organismos de seguridad social, el 17 de febrero de 2009. Asimismo, participó con las áreas normativas en la revisión de los cuatro Anexos Técnicos que forman parte integrante del Convenio de Colaboración Interinstitucional.

VI.1.10. REFORMAS A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

En Materia de *Outsourcing*

En abril de 2008 el pleno de la H. Cámara de Diputados aprobó una iniciativa de reformas a la LSS, cuyo objeto era prever mecanismos de control para fiscalizar y, en su caso, exigir el cumplimiento de las obligaciones patronales de este tipo de empresas. Múltiples organizaciones del sector patronal manifestaron su inconformidad a ésta, argumentando que presentaba deficiencias. Considerando que en esencia la iniciativa era correcta y de importancia para el Instituto, la DJ participó en la formulación de una propuesta alternativa, en la cual se precisaron claramente los sujetos, se simplificaron al máximo las obligaciones de carácter administrativo a cargo de los patrones y de quienes contratan con ellos la prestación de los servicios de los trabajadores, conservando los aspectos sustantivos que se refieren

a la responsabilidad solidaria de ambos contratantes y a la obligación de proporcionar al Instituto información básica que le permitirá ejercer control y fiscalización de estos casos.

La DJ en forma conjunta con otras áreas institucionales, realizaron reuniones de análisis con las Secretarías del Trabajo y Previsión Social (STPS) y de Economía (SE), obteniéndose su acuerdo con la propuesta alternativa. Se proporcionó la información necesaria a diversas representaciones patronales, con el fin de reiterar las razones por las que resultaba necesario legislar al respecto.

El día 9 de julio de 2009 se publicó en el DOF el Decreto por el que se REFORMAN la fracción VIII del Artículo 5 A, las fracciones XX y XXI del Artículo 304 A y la fracción IV del Artículo 304 B; se ADICIONAN los párrafos tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo, con lo que el actual tercero pasa a ser noveno del Artículo 15 A; el párrafo segundo del Artículo 75, y la fracción XXII del Artículo 304 A, de la LSS.

Asimismo, para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 15 A reformado, la DJ apoyó en la revisión de los proyectos de Reglas Generales del Consejo Técnico y de formatos para la presentación de información por parte de los patrones y beneficiarios de los servicios de los trabajadores.

Cuota Social y Retiro de Recursos de la Cuenta Individual por Desempleo

El Acuerdo Nacional en favor de la Economía Familiar y el Empleo comprendió el compromiso por parte del Ejecutivo Federal de ampliar la capacidad de retiro de ahorro de la Cuenta Individual del trabajador en caso de desempleo, con el fin de brindar un apoyo adicional para los mexicanos que como consecuencia de la crisis económica se vieran privados de su fuente de ingresos.

La DJ participó en los trabajos de análisis y discusión del proyecto de iniciativa de reformas a la LSS, con las SHCP, STPS y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

El proyecto acordado propuso redistribuir la cuota social a cargo del Gobierno Federal en el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, a fin de otorgar una mayor aportación en favor de los trabajadores de menores ingresos y para los que perciben hasta un máximo de 15 veces el salario mínimo general. Asimismo, se consideró incrementar los montos que los trabajadores podrían retirar con motivo de la pérdida de su empleo y precisar los requisitos establecidos en función de la antigüedad de la apertura de la cuenta individual y de un determinado número de cotizaciones acreditadas, tratándose de trabajadores cuya cuenta individual tenga una antigüedad de hasta tres años.

Dentro del proceso de consultas, la DJ sugirió considerar en la reforma el derecho del trabajador para que, una vez superada la contingencia del desempleo, pudiese reintegrar los recursos retirados de su cuenta individual, a fin de que se le acredite nuevamente el número de semanas cotizadas que se le hubiesen descontado con motivo del retiro realizado.

El 26 de mayo de 2009 se publicó en el DOF el Decreto por el que se reforman los Artículos 139, segundo párrafo; 165, primer párrafo; 168, fracción IV y último párrafo; 191, fracción II, y 198 de la Ley del Seguro Social.

VI.1.11. PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE DIVERSOS ACUERDOS DEL H. CONSEJO TÉCNICO, DE ESPECIAL RELEVANCIA

Ampliación del Periodo de Conservación de Derechos para Asegurados Privados de su Trabajo

La crisis internacional de finales de 2008 afectó las economías a nivel mundial, observándose fenómenos de recesión que incidieron de manera directa en la disminución de los empleos. En ese entorno, el Gobierno Federal tomó diversas medidas y además convocó a los sectores productivos a suscribir el Acuerdo Nacional a favor de la Economía Familiar y el Empleo, dentro del cual se consideró ampliar el periodo de conservación de derechos de los asegurados que perdieran su trabajo remunerado en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2009, a fin de que ellos y sus beneficiarios pudieran seguir recibiendo la asistencia médica y de maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que fuese necesaria durante 16 semanas adicionales a las ocho siguientes a la fecha de baja del trabajador establecidas en la LSS.

Para ese efecto, la DJ, conjuntamente con la normativa competente, estableció coordinación con las instancias competentes del Gobierno Federal, a fin de instrumentar el cumplimiento del compromiso mencionado, observando lo previsto en el Artículo 109 de la Ley del Seguro Social.

De esta forma, con fecha 9 de enero de 2009, el Ejecutivo Federal solicitó formalmente al HCT del Instituto, dictar el Acuerdo correspondiente, conforme a lo previsto en la disposición legal citada, determinando que la aplicación del beneficio cubriera el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009.

En ese contexto, la DJ coordinó la elaboración del proyecto de Acuerdo del HCT, a través del cual se dio la debida atención a la solicitud del Ejecutivo Federal, el cual fue aprobado el 14 de enero de 2009, y publicado en el DOF el 27 de enero de 2009.

Propuesta de Autorización de un Programa para la Regularización de Adeudos a Cargo de Ex Trabajadores del IMSS, por Créditos Hipotecarios Otorgados para la Adquisición de la Vivienda Familiar

En atención a la prestación contractual prevista en la Cláusula 81 del CCT, el Instituto otorga a sus trabajadores préstamos para el fomento a la habitación, que se formalizan mediante contratos de mutuo, con garantía de hipoteca constituida sobre el bien inmueble adquirido con el crédito respectivo. La recuperación del crédito se realiza mediante descuento en nómina, de tal manera que, en principio, su cobro está asegurado. Sin embargo, en los casos que se suspende o termina la relación de trabajo, el cobro del saldo del crédito queda supeditado a que el deudor continúe realizando en forma directa los pagos acordados en el contrato de mutuo respectivo. Los registros institucionales arrojan que en el 2007, 500 ex trabajadores se encontraban en incumplimiento reiterado del pago de créditos hipotecarios.

A fin de dar una alternativa a la problemática expuesta, la DJ en conjunto con la normativa competente consideraron pertinente someter a la sanción del HCT un Programa de Regularización en el que se autorizara en forma general a los ex trabajadores del Instituto, a cubrir el saldo insoluto del crédito hipotecario respectivo en condiciones similares a las previstas para los trabajadores en el Reglamento de Préstamos para el Fomento de la Habitación de los Trabajadores.

Los objetivos de dicho Programa son que el Instituto, sin incurrir en mayores erogaciones, obtenga en un plazo razonable el saldo de los importes nominales de los créditos hipotecarios en mora, más un porcentaje de la actualización respectiva para compensar gastos administrativos, y el ex trabajador resuelva su situación ante el Instituto, conservando y liberando del gravamen la casa habitación familiar. Este programa fue aprobado mediante Acuerdo ACDO. SA2. HCT.130509/95.P.DJ., el 13 de mayo de 2009.

Convenio del Seguro de Responsabilidad Civil para Médicos

El 25 de febrero de 2009, el HCT dictó el ACDO.SA3.HCT.250209/37.P.DAED, en el que autorizó la erogación de hasta 2.9 millones de pesos durante el año 2009 para cubrir el incremento en las aportaciones correspondientes a 50% de la prima del seguro de responsabilidad civil contratado por el SNTSS, en favor del personal con categoría de Médico Familiar y de Médico No Familiar, de acuerdo con la solicitud planteada por la organización sindical. Asimismo, instruyó sobre la celebración del convenio correspondiente para la incorporación de este compromiso institucional al CCT y a efectuar la ratificación y depósito del mismo ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

Acorde con lo anterior, la DJ elaboró el convenio respectivo, firmado el 26 de febrero de 2009, a fin de que dichos trabajadores cuenten con la protección para el caso de reclamos que les lleguen a dirigir en lo individual derechohabientes insatisfechos con la atención proporcionada en su carácter de servidores públicos del Instituto.

VI.1.12. CONVENIOS CON EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES (SAE), RELACIONADO CON JUBILADOS Y EX TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA DEL CENTRO (LYFC)

Con motivo de la publicación, el 11 de octubre de 2009, del Decreto por el que se extingue el organismo descentralizado LyFC, la Dirección Jurídica colaboró en el establecimiento de la coordinación necesaria con el Servicio de Administración y Enajenación de Bienes (SAE) [liquidador de LyFC], para obtener el pago de los créditos fiscales a favor del Instituto por concepto de COP causadas a la fecha de la extinción. A esa fecha se tenían registrados 44,619 trabajadores inscritos en el Régimen Obligatorio y 22,741 asegurados en el Régimen Voluntario, al amparo del Convenio de Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), suscrito por LyFC y el Sindicato Mexicano de Electricistas con el IMSS, el 14 de mayo de 1998, que incluyen a Jubilados de LyFC, beneficiarios de estos y beneficiarios adicionales de trabajadores de LyFC.

También se dio apoyo en la elaboración de los Convenios del SSFAM, celebrados con el SAE el 17 de noviembre de 2009, a fin de otorgar prestaciones de seguridad social a los sujetos siguientes: a) personas cuya inscripción solicite el SAE, en virtud de tener el carácter de jubilados de LyFC hasta la edad de 60 años, así como a los mayores de 60 años que no tengan la calidad de pensionados ante el IMSS; b) ex trabajadores de LyFC que al día 10 de octubre de 2009 se encontraban al servicio del extinto organismo, y c) personas cuya inscripción solicite el SAE, en virtud de haber concluido su trámite de indemnización laboral voluntario, derivado de la extinción del organismo descentralizado LyFC. Las prestaciones que se proporcionarán al amparo de los referidos convenios son atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

VI.1.13. CONVENIO IMSS-AMIS

Con el fin de fortalecer medidas de seguridad en los establecimientos de guarderías que prestan dicho servicio a los derechohabientes, se consideró la colaboración técnica del sector asegurador, para lo cual se contó con la participación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). La DJ apoyó en la elaboración del Convenio de Colaboración, suscrito el 14 de julio de 2009.

VI.1.14. PARTICIPACIÓN EN LA INICIATIVA SOBRE LA LEY DE GUARDERÍAS

La Secretaría de Gobernación convocó a diversas dependencias y entidades federales, entre ellas a este Instituto, para elaborar un proyecto de Ley General de Guarderías, que pretende la definición de normas mínimas para todos los establecimientos públicos y privados que tengan a su cargo la guardia y custodia de menores, creando así una homogeneidad regulatoria. Al cierre de mayo de 2010 la DJ participa en el proyecto.

VI.2. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

VI.2.1. ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

Con el objetivo de proporcionar a los Derechohabientes y usuarios atención personal especializada, de manera cálida, oportuna y eficaz, en un entorno de comodidad, transparencia e higiene, respecto a los servicios que otorga el Instituto, la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (CAQOD) ha venido desarrollando programas orientados a mejorar la percepción del derechohabiente.

En el marco del Programa de la Mejora de la Gestión 2009, emitido por la SFP y publicado en el DOF el 10 de septiembre de 2008, se definió y puso en operación el proyecto espacio de Contacto Ciudadano, el cual se ubicó en el ala oriente de las oficinas centrales del Instituto. Con esta iniciativa, el IMSS incursiona en la implementación de dichos espacios.

Además de cumplir con los lineamientos establecidos por la SFP, el espacio de Contacto Ciudadano del IMSS ha sido precursor al respecto, por haber adaptado y equipado el mismo con elementos de accesibilidad y de comunicación, para la atención a personas con discapacidad.

Contacto Ciudadano IMSS inició operaciones el 26 de abril de 2010. Cuenta con 11 módulos que brindan atención especializada; uno de ellos proporciona atención y orientación en relación con quejas médicas; dos módulos fungen como Unidades de Enlace para la atención de solicitudes de información pública y los ocho módulos restantes atienden peticiones relativas a: orientaciones, gestiones, solicitudes de atención, quejas, sugerencias y reconocimientos, con relación a trámites y servicios médicos y administrativos.

Al 31 de mayo de 2010 se han atendido personalmente a 1,518 usuarios.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el periodo que se reporta, la CAQOD ha proporcionado, a nivel nacional, los siguientes servicios: 17'260,537 orientaciones y se captaron 55,977 quejas de servicio, las cuales fueron procesadas y turnadas hacia las áreas correspondientes. Asimismo, se realizaron 1'384,236 gestiones ante Unidades Médicas y Administrativas institucionales.

El Área de Atención Ciudadana de nivel central atendió 5,039 peticiones por escrito, como son: orientaciones, solicitudes de atención, quejas de servicio, sugerencias y reconocimientos, recibidas directamente de la ciudadanía, o bien, a través de la Red Federal de Servicio a la Ciudadanía de la Presidencia de la República. Adicionalmente, se captaron 21,550 peticiones a través del Correo Electrónico institucional.

Con el fin de incorporar nuevas herramientas para la atención de los usuarios, a partir de enero de 2010, el Instituto celebró un nuevo contrato plurianual de servicio denominado Centro de Contacto del Instituto Mexicano del Seguro Social (CCIMSS). Esta iniciativa permite continuar brindando servicios de telefonía, *chat* y correo electrónico.

Debido a que el CCIMSS opera varias campañas, la administración del contrato está bajo la responsabilidad de la DIDT, y la CAQOD tiene a su cargo la supervisión de la operación de la campaña dirigida a derechohabientes, cuyo objetivo es atender las peticiones de los usuarios en dos niveles:

- El primer nivel de atención es operado por consultores telefónicos del prestador de servicios desde sus instalaciones, quienes brindan información básica, como: requisitos de trámites y ubicación de Unidades Médicas y Administrativas del Instituto. En este nivel se atendieron 214,782 llamadas.
- El segundo nivel es atendido por personal del IMSS, desde las instalaciones del Instituto, el cual brinda atención especializada de trámites y servicios que otorga la institución. En el periodo que se informa se atendieron 148,486 llamadas.

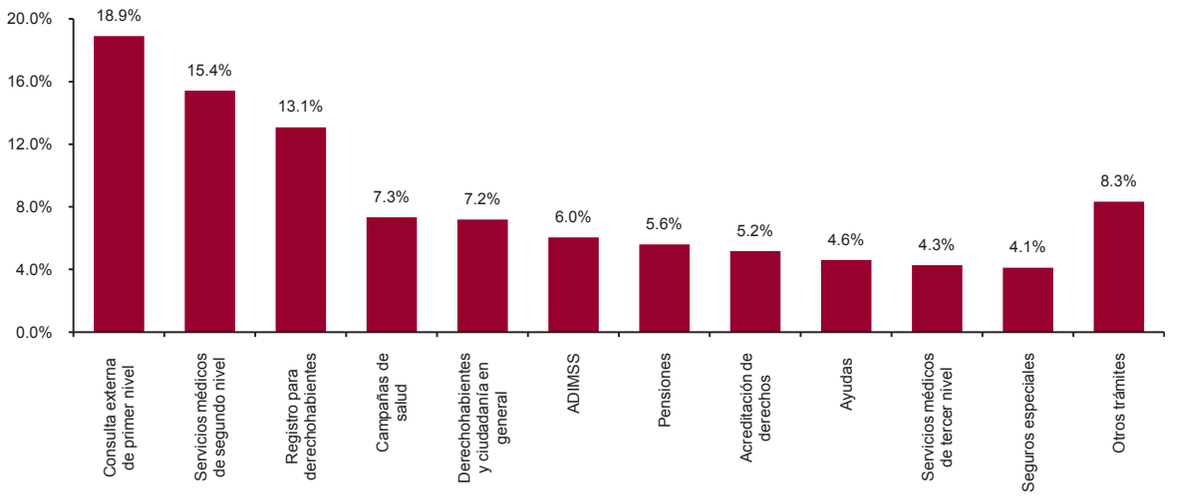
Otra campaña que opera en el CCIMSS es Planificatel que brinda orientación en relación con temas de Planificación Familiar, en la cual la CAQOD funge como enlace con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de la Secretaría de Gobernación.

Durante el periodo de este Informe, a nivel global, y correspondiente a todas las campañas operadas a través de CCIMSS (Derechohabiente, Contribuyente, Cita Médica Telefónica, Planificatel, etcétera) fueron atendidas 7'935,166 llamadas y se sostuvieron 38,793 sesiones de *chat*.

De acuerdo con el número de orientaciones proporcionadas, se tiene un área de oportunidad con relación a la falta de información, principalmente en los trámites de: consulta externa de primer nivel, servicios médicos de segundo nivel, registro de derechohabientes, campañas de salud, derechohabientes y ciudadanía en general, credencial ADIMSS, pensiones, acreditación de derechos, ayudas, servicios médicos de tercer nivel y seguros especiales, como puede observarse en la gráfica VI.1.

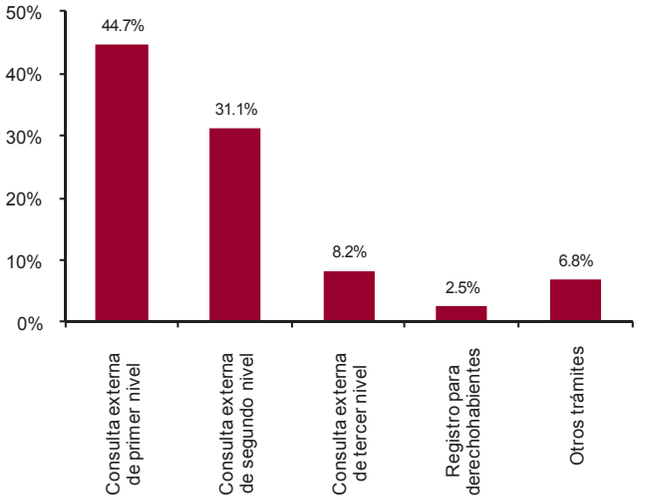
Asimismo, los trámites y/o servicios que generaron la mayoría de las peticiones clasificadas como Quejas de Servicio son: consulta externa de primer nivel, servicios médicos de segundo nivel, registro de derechohabientes, campañas de salud, derechohabientes y ciudadanía en general, credencial ADIMSS, pensiones, acreditación de derechos, ayudas, servicios médicos de tercer nivel y seguros especiales, de acuerdo con lo que se observa en la gráfica VI.2.

GRÁFICA VI.1. ORIENTACIONES OTORGADAS POR TRÁMITE O SERVICIO
(DE MAYO DE 2009 A MAYO DE 2010)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA VI.2. QUEJAS DE SERVICIO CAPTADAS POR TRÁMITE O SERVICIO
(MAYO 2009 A MAYO 2010)



Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Para el fortalecimiento de la atención a los derechohabientes, durante el primer semestre de 2010, la Coordinación, con apoyo del proveedor de servicio del CCIMSS, desarrollaron una herramienta informática en línea, que será implementada en el segundo semestre de este año, para que las Técnicas en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), quienes brindan atención a usuarios en las Unidades Médicas y Administrativas en todo el país, puedan consultar la información institucional actualizada de los trámites y servicios que ofrece el IMSS, y de esta manera atender con información oportuna a los usuarios que así lo requieran.

VI.2.2. FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE

A fin de acercar los servicios de la institución a nuestros usuarios y atender con oportunidad y eficiencia sus peticiones, a partir de 2008 dio inicio el proyecto de ampliación de cobertura de Técnicas de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), en los dos turnos de las Unidades de Medicina Familiar con cinco o más consultorios, Hospitales y UMAE.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Este proyecto originalmente se diseñó en tres etapas de cobertura, cada una contemplaba la contratación de 300 TAOD.

A junio de 2010 se tiene un avance de 97% y 90%, para las etapas 1 y 2, respectivamente; con la contratación de 290 técnicas de la primera etapa y 270 de la segunda.

En diciembre de 2009 el Director General dio instrucciones a efecto de concluir el proyecto original de la cobertura al término de la primera y segunda etapas con la cobertura de TAOD en Unidades Médicas, de la siguiente manera:

- 100% de las UMAE en turnos matutino y vespertino.
- 100% de los Hospitales en turnos matutino y vespertino.
- 100% de los Hospitales con UMF en turnos matutino y vespertino.
- 100% de las UMF con cinco o más consultorios en turno matutino.
- 100% de las UMF con más de 16 consultorios en turnos matutino y vespertino.

Reorientación de la tercera etapa del proyecto original, con el objetivo de "Fortalecer la gestión y la atención que se brinda a las personas que acuden a las áreas de Urgencias de los Hospitales y UMAE, a través de la presencia de Técnicas en Atención y Orientación al Derechohabiente, y así coadyuvar con las acciones de mejora institucionales que están siendo implementadas en dichas áreas", asignando TAOD a las áreas de Urgencias de Hospitales.

En primer término se cubrirán 65 servicios de Urgencias en Hospitales a nivel nacional; 46 seleccionados por la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), con base en sus indicadores de deficiencia, y 19 Hospitales que resultaron con el mayor número de orientaciones, gestiones, solicitudes de atención y quejas por deficiencia, de acuerdo con la información de la CAQOD.

De marzo a mayo de 2010 la DPM autorizó la liberación de 69 plazas, las cuales fueron asignadas para cubrir 41 Hospitales de los antes mencionados, en los turnos matutino y vespertino.

Programa de Actividades para 2010

Como parte de la estrategia de imagen institucional, durante el segundo semestre de 2010 se llevará a cabo la compra concentrada de 2,700 uniformes para las TAOD, de las 35 Coordinaciones Delegacionales y 25 UMAE, con el fin de que los usuarios de los servicios del Instituto las identifiquen como icono de una atención, orientación y apoyo a los derechohabientes, con calidad y calidez.

A partir del programa de cobertura de TAOD en áreas de Urgencias, para el segundo semestre de 2010 se pondrá en marcha la Cruzada Nacional de Orientación en estos servicios, la cual consiste en proporcionar al derechohabiente información útil, veraz y accesible a través de medios de difusión impresos (volantes y carteles), satisfaciendo la demanda de orientación e información.

VI.2.3. PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN ATENCIÓN CON CALIDAD Y CALIDEZ AL DERECHOHABIENTE

Con el objetivo de promover cambios sustanciales en la actitud de servicio, mediante el fortalecimiento de habilidades y conocimientos del personal que tiene contacto con el derechohabiente, en el mes de octubre de 2009 dio inicio el curso taller "Formación de Instructores en Calidad y Calidez para la Atención al Derechohabiente" dentro del Programa Nacional de Capacitación "Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente".

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Se han llevado a cabo seis promociones del curso taller, formándose a 613 instructores, quienes replicarán el curso en las 206 UMF que cuentan con diez consultorios o más, en las 35 Delegaciones.

Al mes de mayo del año actual, los instructores formados en los talleres han capacitado a 7,469 trabajadores, en 428 cursos, lo que representa un avance de las metas programadas para el 2010, de 15% y 21%, respectivamente.

Programa de Actividades para 2010

El Programa Nacional de Capacitación "Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente" tiene programado que a diciembre de 2010 se haya capacitado a 30,000 trabajadores de las 206 UMF que cuentan con diez o más consultorios, a través de 2,000 cursos impartidos.

VI.2.4. ATENCIÓN A QUEJAS MÉDICAS, ANTE LA CNDH Y LA CONAMED

Las quejas médicas son aquellas denuncias relacionadas con la atención médica recibida por un derechohabiente o sus familiares, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que requieren de una investigación y, eventualmente, la reparación de un daño; éstas pueden derivarse desde un mal diagnóstico hasta el suministro de un medicamento inadecuado.

Una administración de calidad supone un buen manejo de quejas y la correcta utilización de la información que proveen para detectar las debilidades de la organización y superarlas. Se plantea como un principio fundamental el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a quejarse en caso de insatisfacción por el servicio obtenido, así como a recibir una explicación satisfactoria y una solución a sus reclamos.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Quejas Médicas

Se recibieron 6,418 quejas administrativas relacionadas con la prestación de servicios médicos por parte del Instituto, de las cuales 2,166 se resolvieron procedentes (1,954 concluidas totalmente, 212 quejas en notificación de la resolución); 3,299 improcedentes, 521 se dieron por terminadas sin agotar el procedimiento y 432 se encuentran en trámite (en integración, en investigación o en aprobación de los Órganos Colegiados).

Quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

En relación con las quejas presentadas ante la CONAMED, se recibieron en el periodo 944 quejas, de las cuales se resolvieron 641 y se encuentran pendientes 303. Asimismo, se realizó la actualización del procedimiento que regula esta actividad en las Delegaciones, en UMAE y en nivel normativo.

Durante 2009 se firmaron cuatro Convenios de Colaboración entre el Instituto, la CONAMED, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y el ISSSTE, en los estados de: Sinaloa, Oaxaca, Querétaro, y la primer UMAE del Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines", en el Puerto de Veracruz.

Quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

Por lo que se refiere a las quejas presentadas ante la CNDH, se recibieron 683, de las cuales 526 se concluyeron de la siguiente manera: durante el proceso, 191; por incompetencia de la CNDH, 94; por falta de interés, tres; por no violación de derechos humanos, 206; por conciliación, 10; por orientación, 12; por acumulación de expediente, una, y por desistimiento, dos. En cuanto a recomendaciones, se recibieron siete.

De las diez propuestas de conciliación, a la fecha han sido consideradas como cumplidas seis y cuatro se encuentran en proceso de cumplimiento.

Programa de Actividades para 2010

Se seguirán implementando las brigadas de trabajo los martes de cada semana para la debida atención y seguimiento de las quejas presentadas ante la CNDH, en coordinación con personal de dicho organismo.

En coordinación con la Primera Visitaduría General de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se llevará a cabo un seminario con el objeto de impartir temas relevantes para la atención de las quejas ante la CNDH.

Se realizará un evento a fin de presentar la obra denominada “Compendio de Normas Oficiales Mexicanas sobre el Derecho a la Protección de la Salud”; dicha obra es producto del trabajo conjunto entre el IMSS y la CNDH, la cual contiene la compilación de 43 normas oficiales sanitarias de constante aplicación en el quehacer diario del Instituto.

Con independencia de las brigadas de trabajo de los martes de cada semana, se continuará dando especial atención ante la Primera Visitaduría General de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y, de ser el caso, ante otras Visitadurías Generales de dicho organismo, de aquellos casos considerados como relevantes y que conllevan el riesgo de una recomendación.

Se tiene previsto llevar a cabo reuniones y talleres regionales de capacitación con la participación de autoridades de la CNDH, para el personal médico y administrativo de las distintas Delegaciones del IMSS a nivel regional, con el objeto de tratar los temas más relevantes en materia de quejas por violación a los derechos humanos y, a la vez, como una estrategia del Instituto para la realización de acciones de mejora en su atención y seguimiento.

VI.2.5. MEJORA DE LOS SERVICIOS CON BASE EN LA EVALUACIÓN DEL DERECHOHABIENTE

Con el propósito de coadyuvar con el Instituto en la mejora de los servicios que presta, se puso en marcha la iniciativa “Mejora de los Servicios con base en la Evaluación del Derechohabiente”, para lo cual se identificaron los trámites y servicios recurrentes en las peticiones de los derechohabientes y se establecieron metas de reducción para cada una de las Delegaciones del Instituto en el país.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En la actualidad se tiene un avance de 16% en el cumplimiento de las metas de reducción de peticiones recurrentes, las cuales contemplan el periodo de 2009 a 2012.

Adicionalmente, a fin de fortalecer dicha iniciativa, se puso en marcha el programa de visitas de supervisión a las CAQOD, con el objetivo, entre otros, de capacitar y verificar que el personal delegacional analice las peticiones de los derechohabientes e identifique la problemática de los trámites y servicios para promover las acciones de mejora correspondientes.

A la fecha se han realizado 25 visitas a Delegaciones, diez en 2009 y 15 en 2010, en donde se han establecido compromisos para la promoción de acciones de mejora en las Unidades en donde se ha detectado recurrencia.

Programa de Actividades para 2010

Durante el segundo trimestre de 2010 se pondrá en marcha el procedimiento de Acciones de Mejora en Trámites y Servicios, con el cual se homologará el método de identificación de las peticiones recurrentes y su presentación ante las autoridades institucionales, a fin de promover la implementación de acciones de mejora que combatan las causas de las inconformidades de los derechohabientes.

Asimismo, se dará continuidad al programa anual de visitas de supervisión con el propósito de capacitar al personal en la aplicación del citado procedimiento, dando seguimiento a las acciones comprometidas en dichas visitas.

VI.2.6. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Desde la entrada en vigor de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG), el IMSS se ha mantenido a la cabeza como la entidad con mayor recepción y atención de solicitudes de acceso a la información en la APF. En particular, a partir del año 2004 se ha observado un incremento exponencial en las solicitudes, lo que nos ha llevado a redoblar esfuerzos, a fin de mantener el nivel de atención en la Unidad de Enlace del IMSS, bajo la responsabilidad de esta Coordinación.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En materia de acceso a la información, en el periodo de mayo de 2009 a mayo de 2010, el IMSS se mantuvo como la entidad con mayor número de solicitudes en la APF, al recibir 23% del total.

De las 24,157 solicitudes que se recibieron, se entregó información en 16,688; se clasificaron 699 por tratarse de documentos reservados o confidenciales; 2,047 se declararon inexistentes; en 2,727 se desechó la solicitud por falta de pago o de respuesta a un requerimiento de información adicional, y en 174 no correspondía el marco de la Ley o no eran competencia del IMSS. Al 31 de mayo se encontraban en proceso de atención 1,822 solicitudes.

VI.2.7. CENTRO DE ATENCIÓN INMEDIATA PARA CASOS ESPECIALES (CAICE) EN HERMOSILLO, SONORA

El 6 de junio de 2009, después del lamentable incendio de la Guardería ABC en Hermosillo, Sonora, se instaló el Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales (CAICE), dependiente de la CAQOD, cuyo objetivo fue

dar atención y orientación a los lesionados y sus familiares.

Derivado de los acuerdos emitidos por el H. Consejo Técnico, el CAICE proporciona atención médica y psicológica a los menores y a sus familias, así como apoyo de tipo administrativo. Su estimado de población adscrita consta de 600 personas, integradas por 24 niños con lesiones por quemaduras, 80 niños expuestos a la inhalación de humo, sus familiares y las familias de los 49 niños fallecidos.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para el cumplimiento de sus funciones se cuenta con: un director, un médico especialista en Rehabilitación, un coordinador médico, un coordinador de vinculación, un administrador, ocho técnicas de atención a usuarios del CAICE, dos pediatras, dos psicólogos, dos choferes y un auxiliar administrativo.

Para los servicios médicos se recibe apoyo principalmente de los servicios de cirugía plástica, psiquiatría, nutriología y alergología del Hospital de Gineco-Pediatría y del HGZ No. 2, así como de servicios institucionales y subrogados en hospitales privados del Distrito Federal, Sonora, Arizona y Texas en los Estados Unidos de América.

Por su parte, el área de Vinculación se apoya básicamente con el área de Gestión Desconcentrada en Hermosillo de la Jefatura de Finanzas de la Delegación Sonora.

La productividad del CAICE generada por el área médica desde su creación a mayo del 2010 es la siguiente:

- Se otorgaron tanto en servicios institucionales como subrogados:
  - 3,533 consultas a niños, de los servicios de pediatría, neumología, nutrición, rehabilitación, tanatología, psicología, cirugía pediátrica, alergología, otorrinolaringología, dermatología, neurología, cirugía plástica, cardiología, nefrología, ortopedia, hematología y oftalmología.
  - 1,417 consultas a adultos en los servicios de rehabilitación, psicología, psiquiatría, otorrinolaringología, ginecología, cirugía general, alergología, ortopedia, hematología, neumología, endocrinología, cirugía plástica, oftalmología, dermatología, gastroenterología, neurología, proctología, medicina interna, reumatología, inhaloterapia y cardiología.
  - 263 estudios de laboratorio y gabinete: 60 gamagramas, diez tomografías, 54 ecocardiogramas, 42 pruebas de función pulmonar (en Arizona y Texas), 72 gasometrías y 25 estudios de alergología.
- Se otorgaron 115 incapacidades (2,271 días) en el ramo de Enfermedad General y 19 incapacidades (477 días) por Riesgo de Trabajo.

- Para contar con un diagnóstico neumológico especializado, expertos en neumología pediátrica de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, acudieron a la ciudad de Hermosillo los días 31 de mayo, 1 y 2 de junio, quienes realizaron 43 valoraciones a menores, sin detectar en ningún caso lesión permanente en los menores expuestos valorados.
- El resto de los menores no fueron valorados ante la negativa de sus padres.

La productividad del área de Vinculación a mayo de 2010 es la siguiente:

Se entregaron 106 constancias de Atención Médica Vitalicia, elaboradas por la DPM a menores hospitalizados y 28 credenciales que los acreditan como usuarios del CAICE. También se entregaron 71 constancias de Atención Médica Vitalicia, a menores que estuvieron expuestos a los humos y gases tóxicos y 73 credenciales del CAICE.

Se gestionaron el pago de viáticos y pasajes a 73 menores y cuatro adultos lesionados y sus acompañantes para que acudieran a distintas ciudades en el país y en el extranjero a recibir atención médica. Además de que se apoyó en el trámite de visas y pasaportes para las familias que acudieron a los Estados Unidos de América.

Adicionalmente se tuvo presencia en las 49 funerarias, donde se llevaron a cabo los trámites administrativos para la obtención de las actas de defunción y pago de 45 de estos servicios.

Se gestionó el pago por concepto de panteón y nichos de los 49 menores fallecidos.

Se entregaron los cheques por ayuda de solidaridad a las madres de 28 menores y seis cheques por ayuda de equidad a adultos. Se ha gestionado el apoyo a 24 menores y un adulto lesionado que lo requieren, con la instalación de aires acondicionados, pago de energía eléctrica, adecuaciones en los baños, etcétera, para que tengan las mejores condiciones de salud.

Se ha entregado a 90 madres el importe equivalente a la cuota mensual autorizada que paga el Instituto por menor atendido en las guarderías contratadas para prestar el servicio, cuando los padres de los menores no puedan cuidarlos directamente.

Programa de Actividades para 2010

Debido a la creciente demanda de los servicios que proporciona el CAICE, y como resultado de una evaluación operativa, actualmente se desarrolla su reestructuración, con el uso de nuevas instalaciones, adquisición de equipamiento específico y contratación de personal de salud con perfiles especializados para la atención a la población objetivo.

Con estas acciones, se espera incrementar la plantilla con cuatro pediatras, cuatro psiquiatras, cuatro psicólogos, cuatro enfermeras, ocho trabajadoras sociales, tres asistentes médicas, dos choferes y un auxiliar administrativo. La finalidad de este grupo es cubrir las necesidades de atención médica y de vinculación con un especial énfasis en la salud mental de las 153 familias afectadas por el accidente.

DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) se ha focalizado en atender las necesidades tecnológicas de las Direcciones Normativas del Instituto, de manera que se automaticen los procesos para facilitar y agilizar la atención a derechohabientes y patrones y se logre un mejor control de los mismos.

Para la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) se está utilizando el Centro de Atención Telefónica para facilitar la atención médica orientando a los derechohabientes en los servicios que se prestan en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) y Hospitales de segundo y tercer niveles.

En la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) se agilizó el proceso de altas patronales, lo que permitió calendarizar las citas en Subdelegaciones a través del Portal IMSS. También se creó el Registro Patronal por Clase en el Sistema de Alta Patronal para las empresas de Servicios de Personal. Con el Sistema de Prestación de Servicios se han registrado alrededor de 2,500 contratos mensuales de empresas que se dedican a prestar y recibir servicios de *outsourcing*, y con el Módulo de Registro de Incidencias se registra la localidad de cada trabajador de dichas empresas.

En la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) se han optimizado los procesos de pensiones y rentas vitalicias, asegurando el pago de las pensiones de la Ley de 1973, automatizando la recepción de las solicitudes y el envío de órdenes de pago de nómina de pensionados para pago en ventanilla.

Para el Sistema Nacional de Guarderías, en el Portal del Instituto se concentró toda la información requerida para dar cumplimiento con transparencia a las obligaciones de los prestadores del servicio. También se crearon iniciativas para mejorar los procesos operativos, administrativos y de seguridad de las mismas.

Para el Sistema de Tiendas se automatizaron los procesos de compra de mercancías, altas de proveedores, catalogación de productos, ofertas, entre otros, y se instalaron 150 terminales de punto de venta para automatizar 113 Tiendas.

Dentro de los Centros Vacacionales se está trabajando en las características técnicas que deberá incluir la licitación de un nuevo sistema que se enfoque a la modernización de los mismos.

Para la Dirección de Finanzas (DF) y la Dirección de Adminitración y Evaluación de Delegaciones (DAED) se está trabajando en optimizar los procesos de Finanzas, Abasto y Recursos Humanos, a través de la implantación de las últimas versiones de la Plataforma Tecnológica del Sistema de Planeación de Recursos Empresariales (ERP) de *Oracle Peoplesoft*.

Con la Dirección Jurídica (DJ) se está trabajando en optimizar el registro y seguimiento de expedientes con el Sistema de Seguimiento de Casos Jurídicos.

Dentro de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (CAQOD) se está construyendo un sistema que permita registrar y dar seguimiento a las quejas, necesidades y sugerencias que emitan los derechohabientes, así como que se pueda analizar toda esta información y se tomen acciones que solucionen problemas específicos de las diferentes áreas de la Institución.

Se está en el proceso licitatorio para la compra de computadoras e impresoras que aseguren el equipamiento necesario para la buena implantación de los sistemas anteriormente mencionados.

Con todas las Direcciones Normativas se está trabajando en el proyecto de Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TITAN), que en una primera fase se ha enfocado en identificar la problemática, definir mejoras e iniciar su implantación para los 14 trámites que tienen un alto impacto en la atención de los derechohabientes.

VII.1. CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA-CENTRO DE CONTACTO (*CALL CENTER*)

Desde 2007 el Instituto cuenta con el servicio del Centro de Atención Telefónica para la prestación de servicios de atención, orientación e información, a fin de gestionar servicios a patrones, derechohabientes, jubilados y público en general en la República Mexicana y los Estados Unidos de América, así como para promocionar campañas del Instituto hacia la población en general. A este servicio se le ha denominado Centro de Contacto IMSS (CCIMSS), con el que se busca:

- Fortalecer los mecanismos de tecnología de información del Instituto para servir a su población derechohabiente cada día mejor.
- Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios institucionales.
- Funcionar como un punto único de contacto para derechohabientes, contribuyentes y público en general.
- Incrementar la cobertura de servicios en orientación telefónica, Internet, *chat*, correo electrónico, fax y envío de mensajes a celulares.
- Proporcionar servicios en idioma español e inglés, los 365 días del año, con cobertura en la República Mexicana y los Estados Unidos de América.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo de enero a junio de 2009 se realizaron ajustes al servicio, resultado de la prueba piloto que se aplicó en tres UMF de la Delegación Nayarit.

Para el periodo de julio a septiembre de 2009 se realizó la planeación para extender el servicio a más UMF y Delegaciones. El Plan de Implantación establece dos criterios: la liberación del servicio en todas las UMF de una Delegación en un mes determinado y la liberación en Delegaciones que tuvieran implementados los Sistemas de Información de Medicina Familiar (SIMF) y del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer) en todas sus UMF.

En el periodo de noviembre de 2009 a mayo de 2010 el servicio ha sido habilitado en 503 UMF en las Delegaciones Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas, lo que representa una cobertura de 32%, con una actividad total de más de 60,000 citas al cierre de mayo de 2010.

Programa de Actividades para 2010

Continuar con la liberación de las 264 UMF previstas para los meses de junio y julio de 2010, correspondientes a las Delegaciones Michoacán, Tabasco y Oaxaca.

VII.2. TRANSFORMACIÓN INTEGRAL DE TRÁMITES DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE Y NORMATIVIDAD (TITAN)[1]

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

El objetivo del Programa es mejorar el proceso de los trámites que presta el Instituto, incidiendo en la gestión y elevando la calidad de atención al derechohabiente y patrones.

La estrategia de ejecución del proyecto inició con el levantamiento de un padrón de 105 trámites que realizan los derechohabientes con diferentes áreas del Instituto, seleccionados con base en diversas fuentes de información, tales como el resultado del concurso del "Trámite más inútil", instrumentado por el Gobierno Federal.

Del total de trámites se seleccionaron los 14 más críticos para ser mejorados en 2009:

1. Autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea.
2. Solicitud de medicamentos de alto costo.
3. Contrarreferencia del seguro a primer nivel de atención médica.
4. Solicitud de pensión por cesantía en edad avanzada.
5. Referencia a segundo nivel de atención médica de adscripción.
6. Solicitud de pensión por vejez.
7. Solicitud de cambio de Unidad Médica de adscripción.
8. Solicitud de pensión por viudez.
9. Solicitud de cita médica en primer nivel.
10. Solicitud de registro de beneficiarios.
11. Solicitud de cita médica de primera vez (especialidad).
12. Solicitud de visita domiciliaria.
13. Solicitud de incapacidad por riesgo de trabajo.
14. Transcripción de medicamentos.

Se definieron propuestas consensadas con las áreas operativas de las Delegaciones y las Direcciones Normativas para garantizar la posterior implementación de soluciones reales; se documentaron los beneficios, se cuantificaron los impactos que se generarán al implantar las mejoras de cada trámite y se definieron propuestas de mejora globales.

CUADRO VII.1. CALENDARIO 2010 PREVISTO PARA LOS 33 TRÁMITES SELECCIONADOS

Trámites	Fecha		Implementación de mejoras
	Inicio	Fin	
7, primer semestre	11 de marzo de 2010	4 de junio de 2010	31 de agosto
26, segundo semestre	8 de junio de 2010 (inicia proceso)	31 de diciembre de 2010	31 de marzo de 2011

Fuente: IMSS.

[1] Ver sección II.7.

En el periodo que se reporta se eliminaron hasta 45 requisitos de los 14 trámites antes listados y se homologaron los documentos y requisitos en todas las fuentes de la información.

Con este proyecto se tendrá una conceptualización clara y precisa de los pasos a seguir para los trámites y se podrá disponer de formatos en Internet para ser llenados por derechohabientes y patrones. Asimismo, la identificación de los derechohabientes se facilitará y agilizará con el uso de la credencial de Acreditación como Derechohabiente del IMSS (ADIMSS).

Programa de Actividades para 2010

A la fecha, las Direcciones Normativas se encuentran implantando en las áreas Operativas las mejoras de los trámites enunciados y recabando la información para determinar el *As Is* (el estado en que se encuentran) de los trámites a mejorar en 2010, así como identificar la problemática, recomendaciones y posibles soluciones de los mismos.

CUADRO VII.2. TOTAL DE UNIDADES CON OPERACIÓN DEL SISTEMA DE TRÁMITE DE PENSIONES (SISTRAP)

Delegación	Unidades	Delegación	Unidades
Aguascalientes	3	Michoacán	33
Baja California Norte	25	Morelos	5
Baja California Sur	12	Nayarit	24
Campeche	2	Nuevo León	36
Coahuila	28	Oaxaca	22
Colima	3	Puebla	18
Chiapas	26	Querétaro	21
Chihuahua	47	Quintana Roo	12
Sector Central	1	San Luis Potosí	25
Distrito Federal Norte	29	Sinaloa	17
Distrito Federal Sur	29	Sonora	11
Durango	32	Tabasco	34
Guanajuato	37	Tamaulipas	23
Guerrero	19	Tlaxcala	10
Hidalgo	9	Veracruz Norte	22
Jalisco	117	Veracruz Sur	22
Estado de México Oriente	42	Yucatán	41
Estado de México Poniente	31	Zacatecas	3

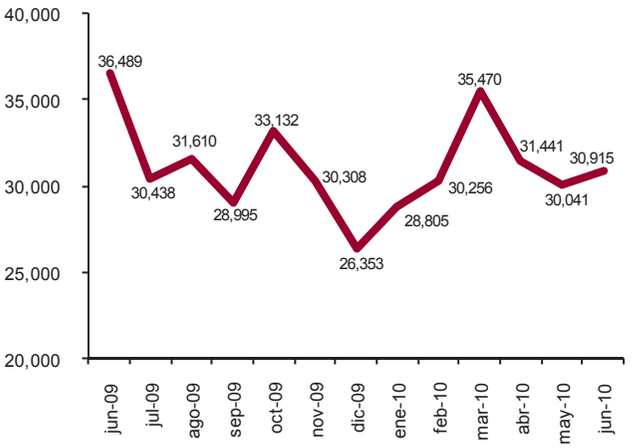
Fuente: IMSS.

VII.3. SISTEMAS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

La DPES del IMSS, en conjunto con la DIDT, tienen encomendada la tarea de optimizar los trámites de pensiones y rentas vitalicias. Dicha mejora implica el desarrollo e implementación, a nivel nacional, del Nuevo Sistema de Pensiones. Como parte de la estrategia global se han liberado tres grandes funciones:

1. Sistema de Comprobación de Supervivencia, cuyo principal objetivo es asegurar que el pago de las pensiones se realice dentro de lo estipulado en la Ley del Seguro Social de 1973 (LSS).
2. Sistema de Trámite de Pensiones (SISTRAP), el cual se desarrolló con el objetivo de automatizar la recepción de solicitudes de pensiones y rentas vitalicias, que en el pasado se realizaba de forma manual en las UMF del país.
3. Enlace seguro con entidades bancarias, el cual automatizó el envío de órdenes de pago y recepción de respuestas de la nómina de pensionados para depósito en cuenta y pago en ventanilla.

GRÁFICA VII.1. SOLICITUDES DE PENSIÓN REGISTRADAS EN SISTRAP
(DE JUNIO DE 2009 A JUNIO DE 2010)



Fuente: IMSS.

Con estas herramientas, se cuenta ahora con la publicación de servicios que permitan a la población derechohabiente acceder a información de primera mano en torno a su pensión, entre otros: estado de las solicitudes de pensión, estado de su pensión, próxima fecha de comprobación de supervivencia, impresiones de los informes de pago y estado del pago de pensiones con entidades bancarias.

Es importante señalar que la publicación de dichos servicios sólo es posible gracias al desarrollo del nuevo sistema; de haber permanecido dicha funcionalidad en el actual Sistema de Pensiones (SPES) no hubiera sido posible su publicación.

Lo anterior, son los primeros resultados sobre las ventajas que se tienen al migrar la funcionalidad del SPES a una arquitectura abierta.

La disponibilidad de acceder a dichos servicios representa una oportunidad para el Instituto al acercar dichos servicios al derechohabiente a través de múltiples puntos de contacto, tales como el Portal IMSS, el CCIMSS o mayores servicios en las ventanillas de prestaciones económicas a lo largo del país.

Asimismo, se podrán otorgar préstamos a cuenta de pensión al momento de presentar la solicitud, en lugar de esperar tres días como se hace en la actualidad. También el trámite de alta de pensión se puede reducir en cinco días al incorporarse completamente en el Sistema de Trámite de Pensiones.

Otro beneficio es la validación de cuentas individuales en línea con Procesadora de la Base de Datos Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (PROCESAR) al inicio del trámite de alta de pensión, permitiendo reducir el trámite en dos días para todos los derechohabientes y en ocho días para los casos con problemas en cuenta individual.

Con el fin de brindarle mayor transparencia al derechohabiente sobre el estado de su solicitud, se han implementado procesos de medición y control de niveles de servicio en el trámite de alta de pensión.

Por otro lado, con un enfoque orientado al ciudadano, se implementan programas como la Comprobación de Supervivencia de pensionados al momento de asistir a su consulta en los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). El Programa elimina al pensionado una visita adicional a la ventanilla de Prestaciones Económicas para el trámite de comprobación de supervivencia, al permitir realizarlo de manera transparente al momento de su consulta.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

A partir del 1° de junio de 2009 se liberó a nivel nacional del SISTRAP en más de 870 UMF, 133 Subdelegaciones y 35 Delegaciones del país, optimizando el trámite de solicitud de pensión, ya que se puede acudir a cualquier UMF del país a comenzar el trámite. Mediante la habilitación del Sistema en las ventanillas de atención se puede consultar el estado que guardan todas las solicitudes; adicionalmente, se liberó el Sistema de Administración de Ofertas y Resoluciones (SAOR).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en conjunto con la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF), implementaron, a partir de agosto de 2009, el proceso de subastas para prospectos de pensión LSS de 1997, con lo que se proporciona información comparativa sobre las ofertas de cuantías por régimen y aseguradora.

En relación con el nuevo esquema de rentas vitalicias, algunos de los logros obtenidos son la liberación del enlace con PROCESAR para la validación de las cuentas individuales y la implementación del retiro programado en el otorgamiento de pensiones por el ramo de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) de la LSS de 1997.

Con respecto a la nómina mensual de pensionados, se implementó a partir de la nómina de febrero de 2010 la retención del Impuesto Sobre la Renta (ISR).

Por último, a fin de mejorar la atención al derechohabiente, se publicaron en el Portal www.imss.gob.mx servicios informativos tales como la consulta de próxima fecha de comprobación de supervivencia y el estado de pensión a titulares de pensiones en vida. De igual forma, se otorga información sobre el trámite de Comprobación de Supervivencia a través del CCIMSS (*Call Center*).

Programa de Actividades para 2010

Implementar procesos de medición y control sobre el trámite de Alta de pensión a través de bandejas con alertas y alarmas operativas, así como Tableros de Control ejecutivos a nivel nacional, Delegación, Subdelegación y UMF.

Optimización y reducción en el tiempo de los trámites de Alta y Modificación de Pensión, proporcionando herramientas en las ventanillas de Prestaciones Económicas del país para el seguimiento proactivo de solicitudes pendientes. De igual forma, ofrecer el servicio de Precaptura de Solicitud de Pensión en el portal Internet, a fin de acelerar el resto del trámite en ventanilla.

En cuanto a mejorar la atención al pensionado, se proporcionará respuesta en el momento de su solicitud de préstamo a cuenta de pensión y se establecerá la comprobación de supervivencia a titulares de pensiones en vida, en el momento que acudan a su consulta en PREVENIMSS, incrementando la cultura preventiva y reduciendo visitas adicionales a las ventanillas de Prestaciones Económicas.

VII.4. PREALTA PATRONAL (REGISTRO Y ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL ANTE EL IMSS)

El Sistema de Prealta Patronal fue diseñado y construido en 2005 con el propósito de agilizar las altas patronales; con este Sistema se permite el registro (o prealta) de los patrones (persona física o persona moral) en el IMSS de una manera rápida y sencilla; igualmente, se pueden registrar varias modalidades del Régimen Voluntario ante el Instituto; se genera una cita en la Subdelegación correspondiente y acude el patrón para concluir su trámite.

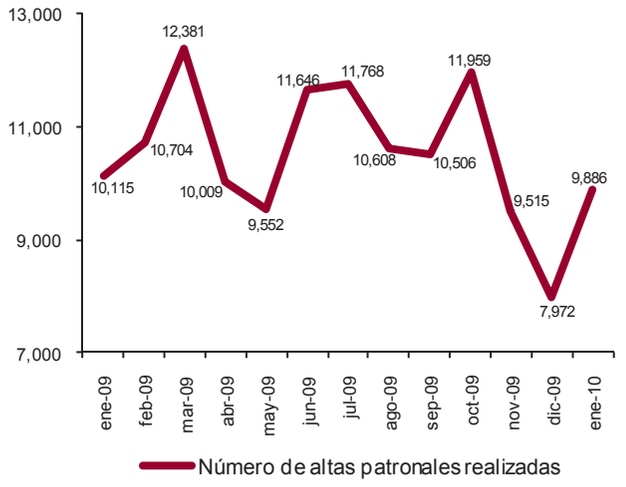
Actualmente se utilizan diversos canales de acceso como son el Portal IMSS (Internet) y la Secretaría de Economía (SE) que generan cita para los patrones o puede acudir el patrón directamente a la Subdelegación que le corresponde para realizar el trámite, sin necesidad de tener previamente una cita.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Con fecha 2 de febrero de 2010 fue solicitada una modificación al Sistema de Alta Patronal e Inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT). La modificación consistió en identificar a todas aquellas empresas cuya función consiste en la Prestación de Servicios de Personal (*outsourcing*) y asignarle el Registro Patronal por Clase. Dicha modificación fue liberada al público en general el 18 de marzo, habiéndose registrado a la fecha un total de 27,617 patrones.

Actualmente se tiene un promedio mensual de operaciones de 25,000 citas, con un total de 10,132 altas patronales al mes. Es decir, 59.5% de las citas no se concreta en una operación exitosa de alta.

GRÁFICA VII.2. ALTAS PATRONALES REALIZADAS DE ENERO DE 2009 A MAYO DE 2010



Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Se continuarán realizando las actividades para la incorporación del uso de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) del Servicio de Administración Tributaria (SAT) en el Sistema de Prealta Patronal, a partir del mes de octubre de 2010.

VII.5. SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (SIPRESS)

El 9 de julio de 2009, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se obligó a que el IMSS proporcionara una herramienta automatizada para que todos los patrones cuya función sea la prestación de servicios y para aquellos que reciban estos servicios (conocidos como patrones beneficiarios o simplemente beneficiarios), registren sus contratos y los trabajadores que son asignados para dichos servicios.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el mes de agosto de 2009 se formularon los requerimientos para la elaboración del Sistema de Prestación de Servicios (SIPRESS), cuyas pruebas fueron revisadas y autorizadas por el usuario, quedando liberado el 30 de septiembre pasado.

Al 3 de junio del año en curso se tienen registrados 18,280 operaciones realizadas por los patrones o beneficiarios, desde su liberación, promediando aproximadamente un total de 2,500 contratos mensuales.

Programa de Actividades para 2010

Durante el presente año se han efectuado mejoras y cambios solicitados por el usuario conformando una segunda versión de SIPRESS, la cual está siendo probada por el usuario para ser liberada en cuanto sea autorizada.

VII.6. MÓDULO DE REGISTRO DE INCIDENCIAS (MRI)

Relacionado con el SIPRESS, publicado también en el DOF el 9 de julio de 2009, se obligó al IMSS a que en un término de 250 días posteriores se proporcionaran las herramientas para el registro de incidencias de trabajadores, es decir, el registro de la localidad al que acudirán los trabajadores a laborar para prestar los servicios que proporciona la empresa en cuestión.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el mes de diciembre de 2009 se formularon los requerimientos para la elaboración del MRI, cuyas pruebas fueron revisadas y autorizadas por el usuario en marzo de 2010, para que finalmente el día 16 de ese mismo mes fuera liberada la aplicación.

El MRI es la aplicación que permite a los patrones de prestaciones de servicios (*outsourcing*), registrar las incidencias de sus trabajadores. A la fecha se tienen 4,256 lotes con 147,183 incidencias que fueron registradas por los patrones de prestación de servicios. En promedio, esto representa 1,500 lotes mensuales.

Programa de Actividades para 2010

Actualmente el Sistema está trabajando sin problemas; no se tiene previsto adicionar nuevas funcionalidades en lo que resta del año.

VII.7. GUARDERÍAS

Desde hace más de 30 años, el IMSS brinda los servicios de Guarderías a las madres trabajadoras aseguradas, ofreciendo un espacio educativo-formativo para sus hijos en la primera infancia, mientras ellas desarrollan sus labores durante la jornada de trabajo.

Con la finalidad de mejorar el servicio y dar transparencia al cumplimiento de obligaciones de los prestadores de servicio, se han realizado una serie de proyectos de mejora en temas normativos, tecnológicos y de procesos en el periodo comprendido de junio de 2009 a junio de 2010.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

A finales de julio de 2009 se liberó en el Portal IMSS el Visor de Guarderías, sitio en Internet que concentra la información de las Guarderías de Prestación Indirecta, con el propósito de dar transparencia al cumplimiento de obligaciones de los prestadores de servicio Indirecto en las Guarderías.

En el Visor, es posible consultar no sólo los contratos y quiénes son los socios de las guarderías en operación, sino también los resultados de las verificaciones de seguridad que se han realizado en cada una de ellas y, próximamente, los resultados de las visitas de padres de familia a las guarderías de sus hijos.

En el periodo de agosto a diciembre de 2009 se trabajó en centralizar toda la información en una sola fuente de datos y se desarrolló una aplicación denominada Expediente Electrónico, la cual permitió almacenar todos los documentos vigentes e históricos del expediente de las guarderías en el Sistema de Información y Administración de Guarderías Central. Este aplicativo fue puesto en marcha a inicios de enero de 2010.

En octubre de 2009 se liberó la primera fase del Sistema que administra toda la información del Centro de Atención Inmediata a Casos Especiales (CAICE), establecido en Hermosillo, Sonora.

En el periodo comprendido de septiembre de 2009 a febrero de 2010 se realizaron diversos proyectos enfocados a la detección de áreas de oportunidad de mejora para los diferentes ámbitos del Sistema de Guarderías del IMSS, temas enfocados a normatividad, operación, herramientas tecnológicas y procesos, dando como resultado una serie de iniciativas conocidas como:

- Cultura de Seguridad Integral para las Guarderías (adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades, así como integración de medidas y prácticas de seguridad).
- Estrategia de implementación y plan de comunicación del Modelo de Cultura de Seguridad Integral.

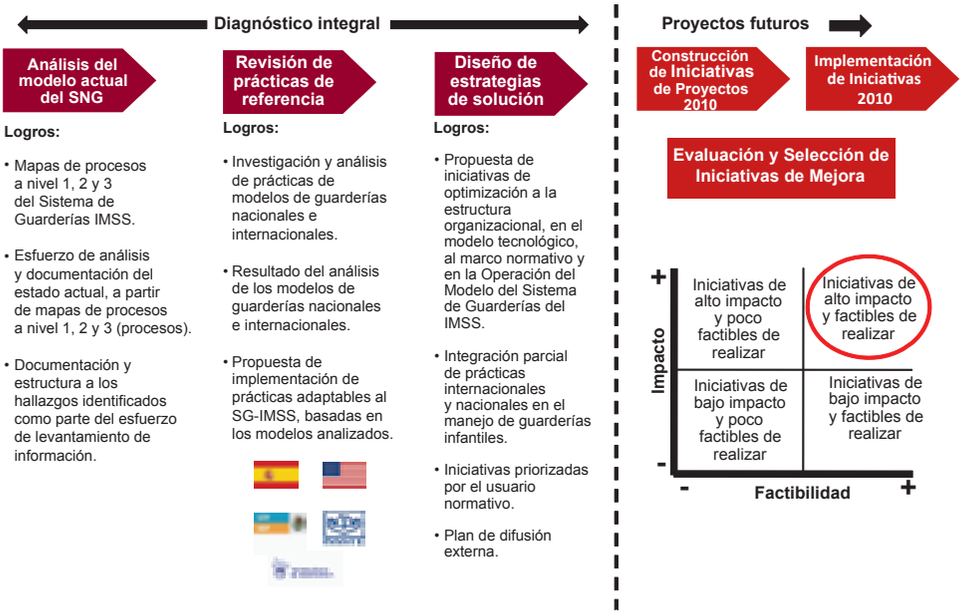
Fase de desarrollo para los proyectos de:

- Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), Subsistema de Integradoras. Automatización de procesos de los menores con discapacidad (inscripción, registro, control de asistencia y desarrollo del menor).
- SIAG, Sistema para la Planeación y Control de Alimentos para los menores (SOPA). Planeación de compras de los alimentos y raciones diarias entregadas a los menores que concurren a las guarderías. Control de alimentos desde la programación de adquisición de alimentos hasta su preparación y distribución en las guarderías.

Diagnóstico Integral del Sistema de Guarderías:

- Revisión del Modelo Nacional de Guarderías del IMSS con respecto a otros modelos nacionales e internacionales.
- Mapeo de procesos que comprende el análisis detallado de los procesos y subprocesos de las guarderías.

CUADRO VII.3. DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE GUARDERÍAS



Fuente: IMSS.

- Planteamiento de iniciativas de operación, normatividad y de incorporación de prácticas de referencia al Sistema de Guarderías del IMSS, como resultado del diagnóstico elaborado.

Asimismo, se han realizado acciones para implementar mecanismos de seguridad más robustos al incorporar lectores de huellas dactilares que permitan identificar tanto a los papás de los niños al entregar o recoger a los menores, como al personal de la guardería.

Implementación de Acciones a Nivel Delegacional

Para reforzar el papel de las Delegaciones en el seguimiento de la norma de operación de guarderías se captura la información de lo siguiente:

- Identificación de áreas de oportunidad de las Delegaciones.
- Portafolio de propuestas de mejora de las áreas de oportunidad identificadas.
- Planes de acción de las mejoras.
- Plan de implementación de las iniciativas factibles a desarrollar a corto plazo.

En enero de 2010 se liberó una nueva versión del SIAG que opera localmente en las guarderías y que incluye el nuevo esquema de pago a prestadores del servicio surgido de la renovación de contratos para 2010.

De febrero a mayo de 2010 se han desarrollado nuevos proyectos para el Sistema de Guarderías, con el objetivo de dar cumplimiento a la normatividad y brindar servicios de calidad, garantizando la seguridad de los menores y la transparencia de la información.

Programa de Actividades para 2010

Se realizará la prueba piloto y liberación a producción de los proyectos ya concluidos a nivel central y nacional del Expediente Electrónico Fase II, Módulo de Indicadores, Indicadores del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), SIAG Versión 2.0, así como la atención de los nuevos requerimientos que se han detectado a lo largo de la fase de análisis y construcción. Para el Módulo de Indicadores se desarrollará el Indicador de Accidentes en las Guarderías.

VII.8. PRESTACIONES SOCIALES

El IMSS ha sido responsable de atender la salud de millones de trabajadores mexicanos y sus familias con un enfoque integral, en el que además de las acciones curativas y de rehabilitación se da una gran importancia a los aspectos de prevención y promoción de la salud, a través de diversas estrategias que incluyen, entre otros, los servicios de Prestaciones Sociales.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para reforzar el objetivo que tiene Prestaciones Sociales de:

- Conocer y difundir conocimientos relativos a la salud, prevención de enfermedades y accidentes, y contribuir a la elevación de los niveles de vida de la población.
- Apoyar el adiestramiento técnico y la capacitación para el trabajo.
- Fomentar la práctica de las actividades físicas y deportivas.

Se ha estado trabajando en optimizar y extender la funcionalidad que apoye a dar cumplimiento a dichos objetivos. Para noviembre de 2009 se concluyó el desarrollo de Seguimiento Mensual de Actividades Centralizado, que busca sustituir el sistema actual obsoleto por un Sistema centralizado que brinde información en tiempo real y en línea de las actividades mensuales en el área de Prestaciones Sociales.

El tiempo del proceso de cierre de Seguimiento Mensual y la entrega de la información a Planeación de Recursos Institucionales (PREI), se ha reducido hasta 15 días antes de lo que se realizaba inicialmente.

En los primeros días de agosto de 2009 se concluyó el Programa Anual de Actividades 2010, que permite la adecuación de criterios con base en la estructura programática vigente para la distribución del presupuesto asignado a las Unidades Operativas a nivel nacional.

En ese mismo año, en el periodo de septiembre a octubre se desarrolló el Módulo para la Emisión de Credenciales Digitales con el fin de evitar suplantaciones de socioalumnos en las Unidades Operativas y el desvío de recursos en las mismas.

A finales de 2009 e inicios de 2010 se optimizaron procesos y se establecieron mejoras al Módulo de Servicios de Enlace para el seguimiento a los pacientes referidos del área médica en actividades de mayor beneficio para controlar sus padecimientos.

A finales de 2009 se creó el Módulo de Registro de Asistencias por Socioalumno para disminuir el proceso de registro en las Unidades Operativas y tener la información real de metas de forma confiable y actualizada en una base de datos centralizada.

Se generaron reportes de ingresos por alumno con base en convenios, adeudos y pagos, con el fin de darle seguimiento a los ingresos reportados en las Unidades Operativas a nivel nacional, a finales de octubre de 2009.

A inicios de 2010 se continuó con el proyecto del rediseño del Sistema de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) en la conclusión de la fase de análisis. El objetivo del rediseño es integrar en un solo sistema las actividades actuales que permitan de manera automatizada y en línea llevar a cabo los procesos operativos de prestaciones sociales que son responsabilidad del Normativo Central, Delegaciones y Unidades Operativas de Prestaciones Sociales.

Para abril de 2010 se solicitaron nuevos requerimientos para el SIPSI que opera localmente en las 141 Unidades Operativas que incluían simplificación y mejoras a los procesos operativos de prestaciones sociales. Estas mejoras han resultado en la generación de una nueva versión del SIPSI.

Programa de Actividades para 2010

Conclusión de la nueva versión del SIPSI, que incluye los siguientes requerimientos:

- Ajustes al proceso de monitoreo de pagos.
- Carga de información de personal voluntario y de honorarios del Fideicomiso para el Desarrollo del Deporte del IMSS (FIDEIMSS).
- Generación de proceso de actualización de la información local.
- Generación de reporte mensual de ingreso por tipo de convenio (Fondo Social y FIDEIMSS F-16).
- Generación de carta de autorización del padre o tutor para los usuarios menores de edad inscritos a cursos de prestaciones sociales.
- Carta de autorización del padre o tutor para realizar visitas fuera de la Unidad Operativa de usuarios inscritos en el Curso Vacacional Recreativo.

Para agosto de 2010 se iniciará la fase de construcción para la primera entrega y liberación a producción del rediseño del SIPSI que involucra los Módulos de Catálogos, Cédula de Factores de Riesgo y Programa Anual.

VII.9. TIENDAS

El IMSS y su Sindicato, con el propósito de beneficiar a sus trabajadores, convinieron establecer Tiendas de consumo para los mismos en los términos del Reglamento. Asimismo, ambas partes convinieron crear la Comisión Nacional y Subcomisiones Mixtas de Tiendas de Consumo, integradas por un representante de cada una de las partes, quienes vigilan su funcionamiento, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento respectivo.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para dar cumplimiento a lo que establece el Reglamento y proporcionar calidad en los servicios que proporcionan las Tiendas se han realizado una serie de actividades, todas encaminadas a mejorar procesos y a la detección de oportunidades de mejora.

De mayo de 2009 a junio de 2010 se realizaron mejoras a los procesos y tareas operativas de acuerdo con las estrategias definidas por el Normativo Central, con el objetivo de mejorar la calidad en el servicio y automatizar procesos de las Tiendas.

- Resurtido Automático:
  - Automatización de la compra de la mercancía, basada en la información de las ventas que genera el sistema punto de venta.
  - Implementación con 217 proveedores.
  - Surtido de productos acorde con la demanda.
- Sistema de Gestión de Proveedores y Ofertas V 1.0:
  - Simplificación y automatización del proceso de alta de proveedor y catalogación de sus productos.
  - Análisis y toma de decisiones más expedito de los movimientos que presentan los proveedores:
    * Alta de proveedores.
    * Ampliaciones de línea.
    * Incremento de precios y ofertas.

De octubre de 2009 a mayo de 2010 se realizó el proceso de adquisición e implementación de puntos de venta en las Tiendas que no estaban automatizadas. De las 136 Tiendas que tiene el IMSS, 23 ya se encuentran automatizadas desde 2003 con equipos obsoletos y 113 Tiendas formaron parte del proyecto de implantación de puntos de venta, donde se instalan 150 terminales de punto de venta.

Programa de Actividades para 2010

Se está concluyendo la primera fase del proyecto de implantación de puntos de venta en las Tiendas, trabajando en la estabilización de la operación de las Tiendas automatizadas.

Se desarrollará el módulo de costeo de las operaciones de las Tiendas a costos promedios con la totalidad de las Tiendas automatizadas.

Para el segundo semestre de 2010 se pretende conseguir los recursos necesarios (materiales y financieros) para dar inicio a la segunda fase del proyecto de implantación de puntos de venta que incluirá la actualización de las 23 Tiendas automatizadas en 2003 y el reforzamiento de algunas Tiendas que sólo quedaron con una caja automatizada.

VII.10. CENTROS VACACIONALES

En la misma línea de la prestación de servicios sociales a sus derechohabientes, el IMSS cuenta con infraestructura propia destinada a la recreación y el descanso en sus Centros Vacacionales.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para el segundo semestre de 2009 se llevó a cabo la actualización de la documentación de los procesos operativos de los Centros Vacacionales y la estandarización de dichos procedimientos.

A finales de 2009 y hasta mayo de 2010 se han realizado actividades encaminadas a la preparación de la licitación para la adquisición de una nueva solución integral para la administración hotelera de los Centros Vacacionales y la Central de Reservaciones, con la finalidad de modernizar y facilitar la administración de estas instalaciones.

Las actividades han estado enfocadas a:

- Buscar proveedores en el mercado que cuenten con soluciones hoteleras acordes con las necesidades de los Centros Vacacionales del IMSS.
- Establecer demos en el sitio de las soluciones hoteleras de los proveedores.
- Recibir y documentar especificaciones técnicas de su solución.
- Recibir y analizar propuestas comerciales.
- Integrar el estudio de mercado.

A finales de abril se inicia el desarrollo del Módulo de Reservaciones para los Centros Vacacionales, el cual se integrará al sitio comercial de los Centros Vacacionales, que incluirá información más detallada para darla a conocer al público en general y agilizar el proceso de reservaciones.

Programa de Actividades para 2010

- Se continuará con el proyecto de modernización de Centros Vacacionales en la fase de generación del anexo técnico para la licitación y adquisición de la solución integral para la administración de los Centros Vacacionales y la Central de Reservaciones.
- Se llevará a cabo la implementación de la solución que resulte ganadora.
- Se concluirá el Módulo de Reservaciones y se publicará con el sitio comercial.

VII.11. VELATORIOS

Adicionales a los servicios previamente comentados, se encuentran los Velatorios, a los que tiene acceso el público en general, sin necesidad de estar afiliado al IMSS o ser empleado del IMSS.

Los Velatorios del IMSS apoyan en los momentos más difíciles, brindando paquetes a la medida de las necesidades de la población en general, a precios económicos, en instalaciones adecuadas.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Para el segundo semestre de 2009 se llevó a cabo la actualización y estandarización de la documentación y de los procesos operativos de los Velatorios.

Se realizaron diversas mejoras operativas al Sistema de Información y Administración Contable de Velatorios (SIACOV), en el periodo comprendido de mayo de 2009 a junio de 2010, que incluyeron:

- Ajustes al proceso de alta de costos para los servicios de traslados.
- Optimización al proceso de sincronización de información a la base de datos centralizada.
- Reportes de ingresos y servicios.
- Proceso de facturación a persona moral para un grupo de contratos de previsión funeraria.

CUADRO VII.4. SERVICIOS FUNERARIOS OTORGADOS DE ENERO A JUNIO DE 2010

Velatorio	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Doctores	417	381	352	322	380	320
Chihuahua	82	64	80	28	83	32
Mérida	188	164	178	179	178	138
Torreón	163	176	206	180	194	143
Cd. Juárez	111	78	69	54	62	108
IMSS No. 8 Guadalajara	264	250	315	281	312	214
Toluca	84	73	80	90	92	62
Monterrey	292	167	212	197	177	163
Puebla	209	206	230	182	194	183
Veracruz	170	184	182	161	192	123
Querétaro	65	57	44	50	50	45
San Luis Potosí	188	160	175	158	144	118
Pachuca	55	52	45	44	38	42
Tapachula	77	79	82	82	81	77
Tequesquináhuac	528	498	531	448	451	466
Total	**2,893**	**2,589**	**2,781**	**2,456**	**2,628**	**2,234**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

Se continuará la atención a las observaciones en materia de seguridad y soporte de aplicaciones derivadas de la auditoría realizada por el despacho *Ernst & Young*; se llevarán a cabo mejoras a los procesos operativos de Velatorios y se hará la evaluación y adquisición de una solución tecnológica para los mismos.

VII.12. SISTEMA DEL PROGRAMA DE ESTADÍSTICAS Y RESULTADOS SOBRE ENCUESTAS ORGANIZACIONALES (PERSEO)

El Sistema del Programa de Estadísticas y Resultados Sobre Encuestas Organizacionales (PERSEO) brinda visibilidad sobre el nivel de surtimiento de medicinas en las farmacias del Instituto.

El Sistema está operado por la Coordinación de Evaluación de Estudios de Usuarios de la Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED) y administra a nivel nacional las encuestas enfocadas a medir el nivel de surtimiento de recetas médicas.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Se dio apoyo a la operación del Sistema principalmente en la descarga y aseguramiento de la consistencia de la información capturada en cada campaña de medición.

Programa de Actividades para 2010

Se iniciará la modernización del PERSEO a través del desarrollo del Sistema PERSEO-Pro que además cubrirá las siguientes necesidades: permitir el registro “fuera de línea”; integrar las nuevas reglas de negocio, como son: tamaño de muestra, roles del administrador, líder de grupo y encuestador; permitir la sincronización de los catálogos de UMF, Hospitales y claves de medicamento; corregir las fallas operativas del PERSEO actual, permitiendo más volúmenes y mejores cifras de control.

La construcción del PERSEO-Pro iniciará en el transcurso del mes de junio de 2010 y tendrá una duración planeada de siete meses.

De acuerdo con las cifras obtenidas del Sistema actual en operación, se registran 364,262 cuestionarios levantados durante el periodo señalado.

VII.13. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESPONSABILIDADES (SIPAR)

El Sistema pertenece al Órgano Interno de Control (OIC) y tiene como objetivo principal permitir el seguimiento diario del estado procesal de los expedientes de responsabilidades administrativas, así como evaluar el desempeño de las Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades (AAQR).

El SIPAR permite reducir tiempos y recursos en la atención de los expedientes que administra el área de Responsabilidades al contar con procesos automatizados de evaluación y monitoreo oportunos.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el periodo reportado se concluyó la fase de análisis generando 50 casos de uso y se inició en el mes de septiembre de 2009 la construcción del Sistema.

Programa de Actividades para 2010

Se continuará con la construcción del Sistema que se entregará al usuario en el transcurso del mes de septiembre de 2010, después de la fase de pruebas de aceptación por parte del usuario, que está planeada para tener lugar durante los meses de julio y septiembre de 2010.

VII.14. SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE CASOS JURÍDICOS (SSC)

El SSC provee al usuario de un control sobre el registro y seguimiento de los expedientes de las materias de investigación laboral, juicio laboral, inconformidades y juicio contencioso administrativo federal, permitiendo tener acceso a la información en el momento que se requiera.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el periodo reportado se terminó la documentación de los diagramas de los seis procesos que la Auditoría Superior de la Federación (ASF) solicita a la DJ automatizar e integrar al SSC.

Se inició la revisión con el área usuaria de dichos procesos, con el objetivo de obtener la aceptación de los mismos antes de iniciar su construcción.

Programa de Actividades para 2010

Continuar con la aceptación de la documentación de los diagramas de los seis procesos mencionados anteriormente y llevar a cabo un análisis que permita la selección de la solución tecnológica que soportará mejor la automatización de dichos procesos.

Respecto del sistema en producción, se ha continuado con el soporte a la operación e implementado modificaciones o mejoras en dicho Sistema para adecuarlo a las necesidades requeridas por la DJ del Instituto.

Para los casos de juicio laboral y juicio contencioso administrativo promovido por terceros, corresponden a las demandas notificadas al Instituto, ya sea por una Junta de Conciliación y Arbitraje o por alguna sala de un tribunal fiscal administrativo.

Las investigaciones laborales corresponden a los reportes registrados en el Sistema durante el periodo indicado y en el caso de las inconformidades, éstas son las ingresadas al Instituto en el mismo periodo.

VII.15. SISTEMA DE INFORMACIÓN DELEGACIONAL PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL (SIDDI)

El Sistema pertenece a la Coordinación de Investigación y Desarrollo en Calidad de la UED y permite la captura y reporte de alrededor de 400 métricas enfocadas a medir el desempeño de las Unidades Médicas y Administrativas del Instituto.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En el periodo reportado se desarrolló la funcionalidad "fuera de línea" que permite a los evaluadores la captura de información sin tener que estar en comunicación permanente con el servidor y descargar posteriormente, cuando estén conectados a la red, las evaluaciones de desempeño.

Programa de Actividades para 2010

Durante el periodo se buscará la aceptación por parte del usuario de la funcionalidad antes mencionada y se integrarán al Sistema la funcionalidad y los indicadores que permitan medir el desempeño de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y de las Unidades IMSS-Oportunidades.

VII.16. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES

El IMSS, acorde con los lineamientos del programa de austeridad del Gobierno Federal, busca hacer más eficientes sus procesos, elevar la calidad de sus servicios y reducir sus gastos operativos. Con este fin está haciendo un esfuerzo por optimizar el uso de la plataforma tecnológica Sistema de Planeación de Recursos Empresariales (ERP) *Oracle Peoplesoft*, buscando actualizar los productos ya adquiridos del ERP a la versión 9.0. Al mismo tiempo, tiene planificado extender los procesos de finanzas, administración de costos, cadena de abasto, recursos humanos y nómina a las áreas correspondientes del Instituto.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Durante el periodo comprendido del 1° de mayo de 2009 al 31 de mayo de 2010, en el desarrollo de programas se inició y concluyó el proyecto estratégico institucional denominado Actualización de la Plataforma Tecnológica del ERP de *Oracle Peoplesoft* V 9.0, en su fase de diseño para los modelos de Recursos Humanos y Nómina, Cadena de Suministros del IMSS y Finanzas.

En lo referente a proyectos no estratégicos se iniciaron y concluyeron los siguientes:

División de Sistemas de Personal

Se sistematizó el Proceso de Capacitación, se mapeó el Proceso de Nómina del Personal de Tiempo y Obra Determinado; se implementó el Sistema de Nómina para Trabajadores Contratados por Tiempo Determinado; se realizó el cálculo para el Estímulo a la Calidad y Eficiencia y Motor de SUA Enlace. Adicionalmente, se da inicio al proyecto Regulación de Obligaciones IMSS-Patrón.

Se incorporaron herramientas que permiten un seguimiento automatizado a los procesos de capacitación que el Instituto otorga a sus trabajadores y que permiten cuantificar el costo que estos eventos representan para la institución.

Se incorporaron herramientas que permitieron automatizar el proceso de pago de la nómina para los trabajadores contratados por tiempo determinado (Localizadores, Ejecutores, Notificadores), fortaleciendo la transparencia del uso de los recursos económicos del Instituto.

Se incorporó la herramienta que permite la automatización del cálculo del estímulo por concepto de Calidad y Eficiencia para los trabajadores del tipo de contratación Base del Instituto que cumplan con los criterios establecidos por las autoridades institucionales y sindicales.

División de Sistemas de Abasto

Se mapearon los procesos en la Coordinación de Control de Abasto, de la División de Evaluación y Seguimiento al Gasto de Adquisiciones de Bienes.

- Sistema Portal IMSS-Transparencia.
- Subsistema Registro de Contratistas.
- Sistema Ejecutivo de la Información de Abasto (SEI).
- Modelado de los Procesos de Negocio de la Coordinación Técnica de Administración de Activos.
- Levantamiento de Procesos a Tercer, Cuarto y Quinto Niveles para el Diseño de la Solución de Punto de Uso de Farmacias.
- Optimización de los Procesos de Licitación, Contratación y Seguimiento Financiero de Obras-Fase de Prediseño y Finalización.

Se liberó el SEI que representa un avance tecnológico importante para la integración de la información del control del abasto de medicamentos a nivel nacional; este Sistema permite recuperar de manera electrónica más de 25,000 archivos diariamente, de las más de 1,200 farmacias y 700 almacenes delegacionales que conforman la red de Unidades Médicas que atiende a los derechohabientes del Instituto.

División de Sistemas de Planeación de Recursos Institucionales

Se concluyó el proyecto Modelo de Administración de Costeo Basado en Actividades (ABC) para el Instituto Mexicano del Seguro Social.[1]

Se inicia el proyecto *PeopleSoft* Inversiones Financieras-Fase 2.

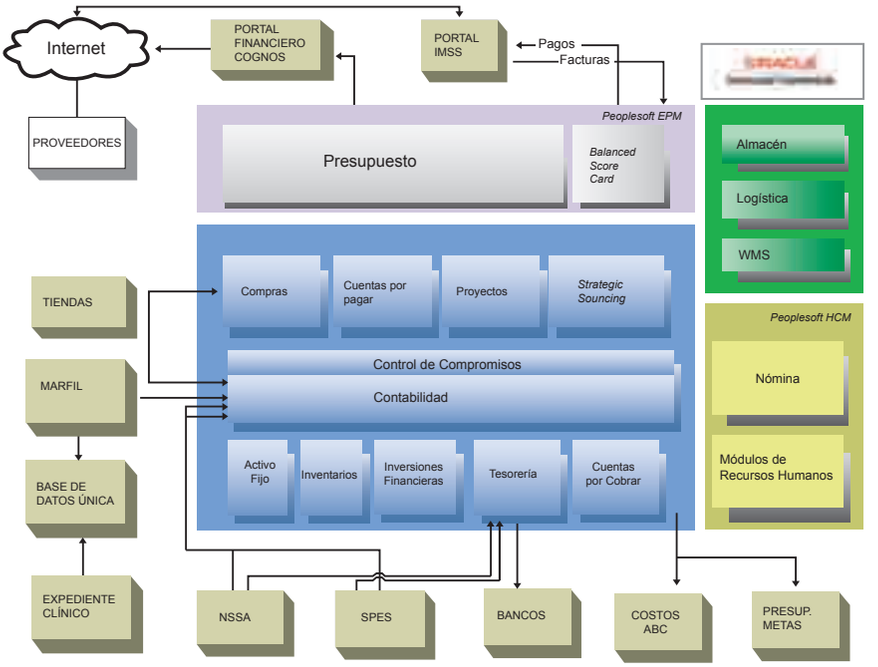
Se liberó el Modelo de Administración de ABC para el IMSS. Este Modelo le permite a las Direcciones Normativas del Instituto conocer con un elevado nivel de confianza el costo de los servicios que cada una de ellas, en su ámbito de competencia, entrega a los derechohabientes, patrones y población en general.

Esta moderna herramienta tecnológica permitirá entonces a las mencionadas Direcciones realizar una mejor planeación de sus recursos presupuestales.

Programa de Actividades para 2010

Durante el periodo comprendido del 1° de junio al 31 de diciembre de 2010 se tiene planeado dar inicio a la fase de Construcción y Parametrización del proyecto estratégico institucional denominado Actualización de la Plataforma Tecnológica del ERP de *Oracle Peoplesoft* V 9.0 para los Modelos de Recursos Humanos y Nómina, Cadena de Suministros del IMSS y Finanzas.

CUADRO VII.5. SITUACIÓN FUTURA DEL ERP INSTITUCIONAL



Fuente: IMSS.

[1] Ver Sección I.4.

En lo referente a proyectos no estratégicos se concluirá con el de Regulación de Obligaciones IMSS-Patrón y el de *PeopleSoft* Inversiones Financieras-Fase 2.

VII.17. EQUIPAMIENTO

En cumplimiento a lo establecido en el numeral 22 de los Lineamientos Específicos para la Aplicación y Seguimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto de la Administración Pública Federal, el pasado mes de enero se sometió a consideración de la Unidad de Gobierno Electrónico y Política de Tecnologías de la Información, dependiente de la Secretaría de la Función Pública (SFP), la solicitud de autorización para la adquisición de equipo de cómputo correspondiente al ejercicio 2009-2010, siendo autorizada por dicha instancia el pasado 1° de marzo de 2010.

CUADRO VII.6. CANTIDADES AUTORIZADAS PARA ADQUISICIÓN

Equipo	Cantidad
PC	71,465
Impresoras	14,846
Switches	3,600

El equipamiento a adquirir dependerá del presupuesto que se asigne en el capítulo 5000 a la DIDT. Al día de hoy, con el presupuesto asignado, se adquirirán un mínimo de 28,888 computadoras y 8,000 impresoras. Dicho equipamiento se destinará prioritariamente para dar atención a los proyectos del área médica.
Fuente: IMSS.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Se realizó un levantamiento de información del equipo de cómputo obsoleto que se tiene en las Delegaciones, necesario de sustitución, y de equipo nuevo requerido para los proyectos institucionales.

CUADRO VII.7. CANTIDADES DE EQUIPO REQUERIDO EN DELEGACIONES Y ÁREAS NORMATIVAS CON PRESUPUESTO PROPIO

Fondo	Delegaciones				Áreas normativas	Total
	Laptop		PC		PC	
	Nueva	Sustitución	Nueva	Sustitución	Nueva	
Fondo Incorporación y Recaudación	729	481	2,506	8,065		**11,781**
Fondo Prestaciones Económicas y Sociales	190	23	1,425	1,430		**3,068**
Fondo Salud	744	247	9,434	14,427		**24,852**
Fondo Servicios Compartidos	740	284	3,222	7,206		**11,452**
FOFOE					186	**186**
IMSS-Oportunidades					5,936	**5,936**
Total	**2,403**	**1,035**	**16,587**	**31,128**	**6,122**	**57,275**

Fuente: IMSS.

El resultado del levantamiento de información que se llevó a cabo a nivel delegacional fue enviado a cada una de las Coordinaciones Normativas de la DIDT que dan servicio a las respectivas Direcciones Normativas del Instituto, para que éstas, a su vez, validaran, rectificaran y/o ratificaran la información proporcionada, quedando como resultado final las cifras que se muestran en el cuadro VII.8.

CUADRO VII.8. CANTIDADES DE EQUIPO VALIDADO EN DIRECCIONES NORMATIVAS

Dirección/Área	Laptop		PC		Total
	Obsoleta	Nueva	Obsoleta	Nueva	
Dirección General	6	7	15	1	29
Órgano Interno de Control	151	152	316	173	792
Unidad de Vinculación		1	13	5	19
Dirección de Prestaciones Médicas	0	26	0	13,778	13,804
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	0	429	0	5,482	5,911
Dirección de Incorporación y Recaudación	611	881	6,108	2,765	10,365
Dirección Jurídica	2	14	474	105	595
Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente	12	93	135	779	1,019
Secretaría General	0	9	0	70	79
Dirección de Finanzas	27	4	183	42	256
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones	40	396	1,117	3,593	5,146
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (Proyecto BEOP)	0	107	0	0	107
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (Unidad de Evaluación de Delegaciones)	0	10	0	40	50
Coordinación de Comunicación Social	3	18	23	30	74
Coordinación de Comunicación Social (Equipo MAC)	0	0	0	11	11
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	28	12	86	6	132
SNTSS	0	0	0	40	40
División de Coordinaciones Delegacionales de Informática (Información CDI Servicios Compartidos)	0	217	0	599	816
Total	**880**	**2,376**	**8,470**	**25,992**	**39,245**

Fuente: IMSS.

Impresoras para Consultorios

La adquisición de impresoras únicamente considera equipar a los consultorios de las Unidades Médicas, en virtud de la solicitud expresada por parte de la DPM a la DIDT.

Siendo las cifras del cuadro VII.9. la cantidad de impresoras a distribuir por Delegación.

Programa de Actividades para 2010

Se tiene considerado para la segunda quincena del mes de julio de 2010 comenzar el proceso de licitación para el equipamiento. Con el presupuesto actual se adquirirán un mínimo de 28,589 y un máximo de 71,465 equipos de cómputo, dando prioridad de abastecimiento a las áreas médicas.

En cuanto a las impresoras para consultorios, se comprarán un mínimo de 8,000 y un máximo de 14,846 equipos.

CUADRO VII.9. CANTIDADES DE EQUIPO REQUERIDO EN NIVEL CENTRAL

Fondo	Dirección	Laptop		PC		Total
		Nueva	Obsoleta	Nueva	Obsoleta	
Fondo Salud	Dirección de Prestaciones Médicas	0	0	192	0	192
Fondo Incorporación y Recaudación	Dirección de Incorporación y Recaudación	31	40	11	336	418
Fondo Prestaciones Económicas y Sociales	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	8	0	91	0	99
	Dirección General y Unidad de Vinculación Institucional	8	6	6	15	35
	Secretaría General	9	0	80	0	89
	Órgano Interno de Control	15	46	35	179	275
	Coordinación de Comunicación Social		2	8	3	13
Fondo Servicos Compartidos	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones	126	31	820	1,023	2,000
	Dirección Jurídica y Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente	6	13	83	172	274
	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	12	25	6	81	124
	Dirección de Finanzas	**4**	**27**	**42**	**183**	**256**
Total		**219**	**190**	**1,374**	**1,992**	**3,775**

Fuente: IMSS.

Dependiendo de la cantidad de equipos de cómputo e impresoras que se adquieran, se adquirirán los *switches* necesarios para conectar todos los equipos a la red.

CUADRO VII.10. CANTIDADES DE EQUIPO REQUERIDO EN DELEGACIONES

Delegación	Consultorios /Impresoras	Delegación	Consultorios /Impresoras
Aguascalientes	193	Michoacán	382
Baja California	470	Morelos	210
Baja California Sur	147	Nayarit	121
Campeche	117	Nuevo León	1054
Chiapas	194	Oaxaca	157
Chihuahua	598	Puebla	485
Coahuila	601	Querétaro	233
Colima	114	Quintana Roo	193
D. F. Noreste	602	San Luis Potosí	268
D. F. Noroeste	423	Sinaloa	435
D. F. Sureste	586	Sonora	486
D. F. Suroeste	738	Tabasco	126
Durango	251	Tamaulipas	534
Guanajuato	519	Tlaxcala	95
Guerrero	245	Veracruz Norte	460
Hidalgo	213	Veracruz Sur	389
Jalisco	1219	Yucatán	334
México Oriente	1017	Zacatecas	144
México Poniente	493		
Total			**14,846**

Fuente: IMSS.

UNIDAD DE VINCULACIÓN

VIII.1. VINCULACIÓN CON ORGANIZACIONES PÚBLICAS, PRIVADAS Y SOCIALES

Una de las prioridades del Instituto es crear conciencia en la población mexicana sobre la importancia de la prevención, ya que fomenta hábitos sanos y, por ende, incrementa la calidad de la vida. Asimismo, es necesario mantener una estricta supervisión y control sobre aquellas enfermedades que ocasionan complicaciones que deterioran severamente a la población y sus familias; tal es el caso de la diabetes e hipertensión arterial, entre otras enfermedades crónicas.

Está comprobado que a través de la prevención, la sociedad puede tener una mejor calidad de vida y ahorros importantes para las familias y para la economía nacional.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En este sentido de fomento de la cultura de la prevención, el IMSS ha buscado el apoyo y la corresponsabilidad de las empresas que a través de la firma de convenios han formalizado una serie de actividades que son difundidas entre sus trabajadores y beneficiarios.

Es así que desde diciembre de 2009 se han firmado los siguientes convenios de colaboración:

- Liverpool, incorporando a más de 40,000 trabajadores y presencia en toda la República.
- Walmart, con 180,000 trabajadores y presencia en toda la República.
- Telmex, con 40,000 trabajadores y presencia en toda la República.
- Comercial Mexicana, con 29,000 trabajadores y presencia en las principales ciudades del país.
- Coca Cola Femsa, con 27,000 trabajadores y presencia en algunos estados de la República.
- Cemex, con 10,000 trabajadores y plantas en distintos puntos del país.

Lo anterior ha significado para el Instituto: i) consolidar el compromiso del IMSS para llevar a los centros de trabajo la detección preventiva; ii) demostrar el compromiso de las empresas con sus trabajadores y beneficiarios, con la finalidad de verlos más sanos, y iii) acercar los beneficios a más de un millón de personas en total.

Programa de Actividades para 2010

Durante el segundo semestre de 2010 se continuará trabajando con empresas de presencia en todo el país, con el fin de incorporar un mayor número de trabajadores y familias a la procuración de su salud y calidad de vida.

VIII.2. VINCULACIÓN CON ASUNTOS INTERNACIONALES

Derivado de la importancia que tienen para el Instituto los asuntos internacionales y la relación con otros países, el IMSS impulsa, fomenta y da seguimiento a una agenda de cooperación institucional con gobiernos extranjeros y organismos e instituciones, bilaterales y multilaterales, tanto de salud, trabajo, educación y seguridad social, así como con las áreas de asuntos internacionales del Gobierno Federal Mexicano.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

En septiembre de 2009 el Instituto participó en la VII Conferencia Iberoamericana de Ministros/ Máximos Responsables de la Seguridad Social, celebrada en Lisboa, Portugal, en la que se presentó el Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social y el proyecto Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010-2013, elaborado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

En noviembre de 2009 el Director General del IMSS, en su calidad de Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), participó en la reunión anual de ese organismo en Guatemala.

Del 1 al 3 de diciembre en Ginebra, Suiza, el IMSS participó en la 100ª Reunión de la Mesa Directiva de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en la que se presentaron, entre otros temas, el programa y presupuesto de la asociación y las prioridades temáticas de la organización para el trienio 2011-2013. Asimismo, el IMSS ratificó su interés en temas de estrategia en eficiencia administrativa y operativa, extensión de la cobertura y suficiencia, y calidad de las prestaciones y los servicios de la seguridad social.

El 13 y 14 de mayo de 2010 el Director General participó en el Encuentro Unión Europea, América Latina y el Caribe sobre Coordinación de Regímenes de Seguridad Social: Reunión de Ministros y Máximos Responsables de Seguridad Social, en Alcalá de Henares, España, en el que se analizó la situación de los sistemas de seguridad social, el desarrollo de las normas de coordinación que regulan los procesos de integración regional e interregional y la modernización y mejora de los sistemas de seguridad social.

Del 24 al 27 de mayo de 2010 el IMSS recibió durante la celebración del Foro Regional de la Seguridad Social para las Américas, en Brasilia, Brasil, el Primer Premio de Buenas Prácticas de la AISS para las Américas por la buena práctica del Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad (MEFHADIC) presentado por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED).

En el marco del evento tuvo lugar la reunión semestral ordinaria de los órganos estatutarios de la CISS, en la que se presentó la postulación del Director General del IMSS a la Presidencia de dicho organismo, así como una propuesta de modificación a sus reglamentos y estatutos.

Por lo que hace al Programa de Cooperación Técnica entre México y la Unión Europea para el periodo 2007-2013, que se realiza a través del proyecto Diálogos sobre Políticas en Materia de Cohesión Social, se ejecutó en su primera fase de seminarios de alto nivel en materia de fiscalidad el 14 y 15 de octubre de 2009, en seguridad social el 20 y 21 de octubre de 2009, y en salud el 26 y 27 de enero de 2010. En este último seminario, el Director General del IMSS participó en la inauguración del evento.

Adicionalmente, en el primer semestre de 2010 se llevó a cabo la segunda fase del seminario de fiscalidad del 23 al 24 de marzo y de seguridad social del 27 al 28 de abril. El Instituto, a través de sus respectivas Direcciones Normativas participó en los tres diálogos sectoriales.

En aplicación de los Convenios de Seguridad Social vigentes entre México y el Reino de España, así como con Canadá, del 1º de junio de 2009 al 31 de mayo de 2010 se realizaron 1,396[1] gestiones a través del centro de conexión internacional, de las cuales destacan las siguientes:

- 223 solicitudes de pensión en aplicación de los Convenios de Seguridad Social.
- 86 resoluciones de pensión en aplicación de los Convenios de Seguridad Social.
- 333 trámites de Desplazamiento entre México y España.
- 431 trámites de Desplazamiento entre México y Canadá.

Programa de Actividades para 2010

Del 28 al 30 de junio tendrá lugar en Ginebra, Suiza, la 101ª Reunión de la Mesa Directiva de la AISS en la que se presentarán las candidaturas a los principales cargos de la asociación, así como la propuesta del programa y presupuesto para el trienio 2011-2013.

Se ha postulado la candidatura del Director General a la presidencia de la CISS para el trienio 2011-2013, elección que se definirá en la XXVI Asamblea General, del 20 al 23 de septiembre, en la ciudad de Panamá.

Finalmente, del 29 de noviembre al 4 de diciembre tendrá lugar en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, el Foro Mundial de la Seguridad Social, en el que se llevará a cabo la 30ª Asamblea General de la AISS, la Mesa Directiva y la reunión del Consejo (elección de autoridades[2] de la Asociación para el trienio 2011-2013). El Director General es Delegado titular del Consejo de la AISS con derecho a voto.

En el marco del Programa de Cooperación Técnica entre México y la Unión Europea; Diálogos sobre Políticas en Materia de Cohesión Social, en agosto el Instituto participará en la segunda fase del seminario de salud, el cual tendrá como objeto profundizar en los temas desarrollados en la primera etapa. Adicionalmente, y para concluir con el proyecto, el IMSS participará en el seminario transversal en diciembre de 2010, en el cual convergerán los tres sectores del proyecto de cooperación: fiscalidad, seguridad social y salud.

[1] Fuente: IMSS. Estadísticas mensuales junio-diciembre 2009 y enero-mayo 2010.

[2] Se llevará a cabo la elección de Presidente, Vicepresidente, Secretario General, Tesorero, miembros de la Comisión de Control y miembros de la Mesa Directiva.

COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL

IX.1. COORDINACIÓN TÉCNICA DE DIFUSIÓN

La Coordinación Técnica de Difusión es el área administrativa encargada de conformar la estrategia y el programa anual de comunicación social, así como de presentarlo ante la Secretaría de Gobernación para las aprobaciones conducentes.

En este sentido, se aprobaron las pautas y la contratación de medios de comunicación electrónicos, impresos, complementarios y de otros servicios para el desarrollo de las campañas institucionales. Asimismo, conduce la verificación de la publicación y difusión de los mensajes y campañas institucionales en los medios de comunicación contratados para la evaluación del impacto comunicacional de éstas. Esto se realiza mediante la contratación de empresas especializadas y con apego a la metodología definida por la Secretaría de Gobernación.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Logros Institucionales

La campaña se difundió del 22 de abril al 1° de mayo de 2009; se realizaron 20 inserciones en periódicos, seis en medios impresos nacionales y 14 en siete diarios de cuatro Estados de la República.

La campaña en radio contó con siete versiones y se transmitieron 11,291 *spots* en 181 estaciones en todo el país.

PREVENIMSS 2009 (Primera Etapa)

La campaña se transmitió del 7 de septiembre al 30 de noviembre. Contó con dos versiones: Tortería y Departamento; en radio se transmitieron 61,965 *spots* en 256 estaciones en todo el país; se realizaron 118 menciones y se transmitieron 77 historias de éxito. A través de 25 canales de televisión se transmitieron 2,883 *spots* y se realizó una entrevista, así como 38 cápsulas de casos de vida.

En medios impresos se publicaron 673 inserciones en 79 periódicos en los Estados y 181 inserciones en 14 periódicos del Distrito Federal.

En el Sistema de Transporte Colectivo Metro se colocaron 1,696 dovelas y 59 paneles andén; 116 muebles del tren suburbano; 350 *spots* en pantallas digitales del metro Monterrey; 50,292 *spots* en las centrales camioneras: ADO Tapo, Poniente, Toluca y Morelia; 262 mobiliarios urbanos como puntos de información (mupis) a nivel nacional; 167 multibuzón de SEPOMEX y 564 dispensadores de bolsas en tiendas Chedraui.

Se colocaron 1,000 pósters en tienditas en todo el país y 800 en tortillerías, 39 vallas urbanas, además de 198 kioscos de periódico, 37 kioscos de lotería y 32 anuncios en puentes peatonales.

Se contó con publicidad en 1,200 salas de cine a nivel nacional; publicidad virtual en 30 partidos de futbol televisados; *spots* en pantallas de 449 tiendas OXXO; 348 módulos en estacionamientos de Soriana, Comercial Mexicana, Mega Comercial y Chedraui, así como 7'603,680 *spots* en pantallas digitales a nivel nacional.

Se colocó un *banner* (banderola dentro de una página web) en el portal Concanaco-Servytur y se difundieron tres artículos en la misma página. Asimismo, se ubicó un *link* (elemento de vinculación) a la página web del Instituto, en la página web de Resumen Ejecutivo, y hubo presencia en imagen en dos eventos magnos. En la página de Internet de *StarMedia* se registraron 1'462,605 impresiones, 7,930 *clicks* y se subió un micrositio en el portal de Notimex y tres infografías.

PREVENIMSS 2009 (Segunda Etapa)

La campaña se transmitió del 1° al 14 de diciembre y mantuvo las dos versiones: Tortería y Departamento. En radio se transmitieron 51,820 *spots* y 35 menciones en 283 estaciones en todo el país. A través de 19 canales de televisión se transmitieron 1,589 *spots* y 30 cápsulas.

En medios impresos se anunciaron 322 inserciones en 57 periódicos en los Estados y 97 inserciones en 12 periódicos del Distrito Federal.

En el Sistema de Transporte Colectivo Metro se colocaron 1,696 dovelas o arcos y 59 paneles andén; 116 muebles del tren suburbano; 350 *spots* en pantallas digitales del metro Monterrey; 20,513 *spots* en las centrales camioneras: ADO Tapo, Poniente, Toluca y Morelia; 647 mupis a nivel nacional; 167 multibuzón de SEPOMEX y 441 dispensadores de bolsas en tiendas Chedraui.

Se colocaron 1,000 pósters en tienditas en todo el país, 39 vallas urbanas, además de 198 kioscos de periódico, 37 kioscos de lotería y 32 anuncios en puentes peatonales.

Se contó con publicidad en 1,200 salas de cine a nivel nacional; publicidad virtual en 30 partidos de futbol televisados; *spots* en pantallas de 449 tiendas OXXO; 220 módulos en estacionamientos de Soriana, Comercial Mexicana, Mega Comercial y Chedraui, así como 1'176,480 *spots* en pantallas digitales a nivel nacional.

En ambas etapas se realizaron 15 visitas a estaciones de radio y cinco visitas a televisoras en el Distrito Federal para confirmación de monitoreo.

PREVENIMSS 2009 (Versión Tercer Informe de Gobierno)

La campaña se transmitió del 27 de agosto al 3 de septiembre. En radio se transmitieron 352 cápsulas en 43 estaciones en la República; en televisión se transmitieron ocho cápsulas en cuatro canales de televisión.

PREVENIMSS 2010

- La campaña se difunde en radio a partir del 18 de mayo de 2010, cuenta con dos versiones: Saludable y Sabías.
- Al 30 de mayo se han transmitido 10,282 *spots* de radio en 353 estaciones de todo el país y 439 *spots* en 26 canales de televisión.

Publicaciones

De enero a mayo de 2009 la División de Diseño y Producción Editorial realizó el diseño y publicación de 133,400 carteles, 298,500 dípticos, 107,650 trípticos, 1,350 copiados de CD, 6,910 invitaciones, 50 reconocimientos, cinco mamparas, 31 lonas, 2,300 libros, seis pendones, seis troviceles (plástico espumado de PVC utilizado para señalamiento), 240,000 volantes, 8,000 manuales, 11,507 diplomas, 25 plotters, 2,000 folletos, 3,850 gafetes, 2,270 constancias, 12 personificadores, tres placas, 15,000 cintas métricas, 108 credenciales, 900

portadas de discos compactos, 1,000 hojas de respuesta para lector óptico y tres *foamboard* (marco de montura flexible).

Para el periodo de enero a mayo de 2010 se ha realizado el diseño y publicación de 14,714 carteles, 3,000 dípticos, 12,500 trípticos, 700 DVD, 2,490 invitaciones, 20,500 reconocimientos, tres mamparas, 35 lonas, 1,800 manuales, 124,849 constancias, ocho pendones, cuatro plotters, un vinil, 150 fólders, 250 gafetes y 5,000 hojas membretadas. El cuadro IX.1 muestra el comparativo de publicaciones para el periodo de enero a mayo de 2009 y de 2010.

CUADRO IX.1. ACTIVIDADES DEL ÁREA DE PRODUCCIÓN EDITORIAL. MATERIALES IMPRESOS, 2009-2010

Impresos	Ene-may 2009	Ene-may 2010
Carteles	133,400	14,714
Cintas métricas	15,000	
Constancias	2,270	124,849
Credenciales	108	
Diplomas	11,507	
Dípticos	298,500	3,000
Discos compactos	1,350	
DVD		700
Foamboard	3	
Fólders		150
Folletos	2,000	
Gafetes	3,850	250
Hojas de prespuesto para lector óptico	1,000	
Hojas membretadas		5,000
Invitaciones	6,910	2,490
Libros	2,300	
Lonas	31	35
Mamparas	5	3
Manuales	8,000	1,800
Pendones	6	8
Personificadores	12	
Placas	3	
Plotters	25	4
Portadas para CD	900	
Reconocimientos	50	20,500
Trípticos	107,650	12,500
Trovicel	6	
Vinil		1
Volantes	240,000	
Total de impresos	**834,886**	**186,004**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

- Desarrollar actividades de difusión a través de todos los medios disponibles, a fin de apoyar los objetivos que en materia de comunicación dicten la Dirección General y las Áreas Normativas que lo requieran.
- Posicionar temas médicos en la agenda de los medios a través de comunicados y ruedas de prensa.
- Supervisar que se cumpla la normativa vigente respecto del uso del logosímbolo en todos los materiales impresos.

En el transcurso del segundo semestre de 2010 se evaluarán y diseñarán las actividades de información y difusión a través de los medios de comunicación a nivel estatal, nacional e internacional, para instrumentar escenarios y estrategias de promoción de una imagen objetiva y de la evolución en materia de salud del IMSS.

IX.2. COORDINACIÓN TÉCNICA DE INFORMACIÓN

De acuerdo con el Artículo 67 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Coordinación de Comunicación Social (CCS) es un área auxiliar de la Dirección General del Instituto.

Sus principales objetivos son planear, difundir y vincular las estrategias de comunicación del Instituto para el fortalecimiento de la imagen institucional ante el público en general.

Informe de Labores de Mayo de 2009 a 2010

Información Nacional

Con objeto de dar a conocer al público en general la información relevante del Instituto, las actividades que se están desarrollando, así como los servicios o la mejora en los servicios que presta a sus derechohabientes, se elaboraron y emitieron 315 boletines de prensa.

También es importante difundir el seguimiento que, en forma personal, realiza el Director General mediante sus giras de trabajo al interior del país, en las que además de evaluar el día a día del Instituto en las Unidades Médicas y Delegaciones, tiene la oportunidad de conocer a la población derechohabiente de diversas regiones y sus necesidades particulares. En este sentido, durante este periodo se dio cobertura completa a 22 giras de trabajo en 2009 y diez giras más durante 2010.

Sistema de Información y Reacción Inmediata

El Sistema de Información y Reacción Inmediata (SIRI) se implementó a principios de agosto de 2009 como un programa de atención a derechohabientes radioescuchas y/o televidentes que utilizan los medios masivos de comunicación como foros para expresar su inconformidad con el Instituto, ya sea por la prestación de un servicio de salud o administrativo.

A finales de mayo de 2010 se recibieron y canalizaron 162 casos directos: 60% fueron de apoyo u orientación directa a derechohabientes en programas de radio y televisión, 30% de llamadas detectadas al aire y 10% fueron publicaciones en medios impresos, por ejemplo, cartas abiertas o información utilizada por columnistas en sus espacios periodísticos.

Todas las solicitudes son canalizadas a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (CAQOD).

Cabe destacar que desde la puesta en operación del SIRI, la participación directa del Instituto en programas radiofónicos como La Red con Sergio Sarmiento y Formato 21 con Lupita Juárez ha permitido apoyar y orientar a la gente que realizó poco más de 1,000 llamadas.

El SIRI se está consolidando de tal forma, que a la fecha los programas de radio y televisión canalizan a los derechohabientes a través de este Sistema, antes de difundir la información masivamente. Esto reduce en forma importante el tiempo en que el Instituto atiende la inconformidad de un derechohabiente.

División de Vinculación con los Estados

A continuación se desglosan las actividades realizadas por esta División.

CUADRO IX.2. ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA DIVISIÓN DE VINCULACIÓN CON LOS ESTADOS
(DE MAYO DE 2009 A MAYO DE 2010)

Concepto	May-dic 2009	Ene-may 2010
Comunicados en delegaciones	3,497	2,558
Síntesis de los estados	355	173
Reportes médicos y políticos	247	173
Cobertura de giras de trabajo	10	12
Quejas	526	517
Entrevistas	2,105	3,618
Casos de vida	118	109

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades para 2010

- Se diseñarán las políticas y estrategias informativas y de opinión para fortalecer la imagen institucional en el ámbito estatal y nacional.
- Se coordinarán con las Oficinas Delegacionales de Comunicación Social las directrices para la conducción y tratamiento de las situaciones delicadas o conflictivas que puedan dañar el interés y la imagen institucional en los Estados.
- Se planteará ante las Coordinaciones Delegacionales de Comunicación Social la metodología para evaluar la proyección periodística e informativa del IMSS en los medios impresos y electrónicos.
- Se promoverá la comunicación permanente de la Dirección General y los servidores públicos institucionales a fin de dar cobertura periodística a sus giras de trabajo, así como para la difusión de los programas de trabajo a su cargo, evaluando el impacto informativo que de las mismas resulte.
- Se concertarán conferencias, ruedas de prensa y entrevistas de los servidores públicos y especialistas del IMSS con los representantes de los medios de comunicación.
- Se realizará la Encuesta Nacional de Percepción del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010, entre derechohabientes y no derechohabientes del Instituto, a fin de identificar las áreas de oportunidad en la operación y diseñar una estrategia certera de comunicación social con el público usuario.
- En vista de su aceptación, se continuará con el SIRI, el cual tiene como finalidad la atención y seguimiento a las inconformidades que se deriven de las notas periodísticas relacionadas con presuntas fallas o deficiencias en la operación del Instituto. Esto permitirá identificar las áreas de conflicto que inciden en la opinión pública e integrar planteamientos para la definición de criterios para su manejo y la debida conservación de la imagen institucional.
- Se mantendrá vinculación permanente con las Delegaciones del Instituto para que los casos exitosos de vida que se generen día con día se difundan a nivel local y nacional.