INFORME DE LABORES 2011-2012 Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES

INFORME DE LABORES 2010-2011
Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2010

Primera edición, 2011.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma No. 476, Col. Juárez
06600 México, D. F.

Impreso y hecho en México.

Portada
Obra: “El pueblo en demanda de salud”.
Autor: Diego Rivera.

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

El Informe de Labores 2011-2012 y Programa de Actividades estuvo a cargo de las Direcciones Normativas del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Unidad de Planeación Estratégica de la Dirección General.

En la elaboración del Informe participaron: José Luis Romo Cruz, José Luis Bustos Villegas, Sara Zetune Calderón, Susana Elizabeth Lugo Sánchez, Isaac Guzmán Valdivia Tovar, Daniel Hernández Galindo y Samantha Julie Cassista.

El diseño, cuidado de la edición e impresión estuvieron a cargo de la División de Diseño y Producción Editorial de la Coordinación de Comunicación Social.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Informe de labores 2011-2012 y Programa de actividades 2012

México D.F., 15 de octubre de 2012

Vivir Mejor

IMSS

Gobierno Federal

Estados Unidos Mexicanos

PRESENTACIÓN I

I. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS 1

I.1. PRESTACIONES MÉDICAS 2
I.1.1. Equipamiento Médico 2
I.1.2. Impacto Médico de las Obras de Infraestructura 6
I.1.3. Servicios Médicos Integrales 10
I.1.4. Programa de Consulta de Medicina Familiar en 6º y 7º Día 12
I.1.5. Mejorar la Atención en Urgencias 14
I.1.6. Diferimiento en Cirugía Programada 17
I.1.7. Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en Derechohabientes IMSS 20
I.1.8. Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células 22
I.1.9. DIABETIMSS 28
I.1.10. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) 30
I.1.11. Reestructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas 44
I.1.12. Enfermería 45
I.1.13. Educación en Salud: Formación de Médicos Especialistas 47
I.1.14. Investigación en Salud 51
I.1.15. Guías de Práctica Clínica 53
I.1.16. Economía de la Salud 55
I.1.17. Cita Médica Telefónica 58
I.1.18. Nuevo Expediente Clínico Electrónico 58
I.1.19. Información en Salud 60
I.1.20. Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad 61
I.1.21. Salud en el Trabajo 62
I.1.22. Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios 64
I.1.23. Convenio de Subrogación con Hospitales Regionales de Alta Especialidad 67
I.1.24. Vigilancia Epidemiológica 69
I.1.25. Plan Institucional Frente a Emergencias y Desastres 75
I.1.25.1. Hospital Seguro y Unidad Médica Segura 75
I.1.25.2. Centro Virtual de Operación de Emergencias y Desastres 76
I.1.25.3. Plan de Evacuación de Hospitales con Énfasis en Áreas Críticas 77
I.1.25.4. Plan de Delegaciones y UMAE en Respuesta al Plan Sismo del Gobierno Federal 78

I.1.26. Control de Calidad de los Insumos 79
I.2. UNIDAD IMSS-OPORTUNIDADES 81
I.2.1. Desarrollo de Infraestructura 82
I.2.2. Padrón de Beneficiarios 84
I.2.3. Prioridades en Salud 85
I.2.4. Encuentros Médico-Quirúrgicos 100
I.2.5. Capacitación 101
I.2.6. Otros Procesos de Acción Comunitaria para la Salud 102

II. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES 105

II.1. PRESTACIONES ECONÓMICAS 105
II.2. Bienestar Social 117
II.3. Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil 130
II.4. Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas 142

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES 155

III.1. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES 156
III.1.1. Transparencia en Adquisiciones 156
III.1.2. Desarrollo de Infraestructura 160
III.1.3. Esquema de Distribución de Medicamentos 166
III.1.4. Estrategia de Compras y Contratación de Servicios 170
III.1.5. Imagen Institucional: Orden y Limpieza 174
III.1.6. Transcripción de Medicamentos 176
III.1.7. Esquema para la Reducción de Mermas 177
III.1.8. Personal 180
III.1.9. Atención a Usuarios de Servicios en Unidades Operativas 186
III.1.10. Programa de Mejora de la Gestión 188
III.1.11. Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI) 190
III.1.12. Investigación y Desarrollo en Calidad (MEFHADIC®) 191
III.1.13. Atención de las Recomendaciones de la H. Comisión de Vigilancia 193
III.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE DELEGACIONES 195
III.2.1. Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios 195
III.2.2. Evaluación de Delegaciones, Giras y *Ranking* Delegacional 199

IV. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN 203

IV.1. Emisión Mensual Anticipada 204
IV.2. Meta de Recaudación 206
IV.3. Incorporación y Clasificación de Empresas 208
IV.4. Reducción de Cartera en Mora 216
IV.5. Diseño y Aplicación de una Estrategia de Fiscalización 221
IV.6. Sistematización en Materia de Incorporación y Recaudación 232
IV.7. Mejora Regulatoria 233
IV.8. Acciones de Supervisión a la Operación 235
IV.9. Programas de Apoyo al Empleo 236

V. DIRECCIÓN JURÍDICA 239

V.1. DIRECCIÓN JURÍDICA 240
V.1.1. Legislación y Consulta 240
V.1.2. Asuntos Contenciosos 245
V.1.3. Asuntos Laborales 252
V.1.4. Investigación y Asuntos de Defraudación 257
V.1.5. Control y Mejora Continua de Procesos Jurídicos 258
V.1.6. Aspectos Jurídicos del Accidente Ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Sonora 262
V.1.7. Apoyos del Gobierno Federal a los Afectados por el Incendio Ocurrido el 5 de Junio de 2009 en la Guardería ABC, S. C., en la Ciudad de Hermosillo, Sonora 264
V.1.8. Participación en el Proceso de la Revisión del Contrato Colectivo de Trabajo 265
V.1.9. Convenios con el Servicio de Administración y Enajenación de Bienes (SAE), Relacionados con Ex Trabajadores de Luz y Fuerza del Centro (LYFC) 266
V.1.10. Aspectos Jurídicos de la Reforma al CCDF y al CPCDF del 29 de Diciembre de 2009, Relativa al Cambio de los Conceptos de Matrimonio y Concubinato 267
V.1.11. Instrumentación de la Portabilidad de Derechos Entre el ISSSTE y el IMSS 268
V.1.12. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios 269
V.2. Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente 280
V.2.1. Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente 280
V.2.2. Fortalecimiento de la Atención al Derechohabiente 282

V.2.3. Programa Nacional de Capacitación “Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente” 283
V.2.4. Atención a Quejas Médicas ante la CNDH y la CONAMED 284
V.2.5. Mejora de los Servicios con base en la Evaluación del Derechohabiente 286
V.2.6. Transparencia y Acceso a la Información 287
V.2.7. Uso del Fideicomiso y Apoyos en el Caso de la Guardería ABC 289
V.2.8. Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales (CAICE) en Hermosillo, Sonora 291

VI. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO 293

VI.1. Aplicativos de Cómputo 294
VI.2. Cómputo de Escritorio 303
VI.3. Red de Telecomunicaciones 305

VII. DIRECCIÓN DE FINANZAS 309

VII.1. Estado de Resultados y Balance General al 31 de Diciembre de 2011 310
VII.2. Suficiencia Financiera 314
VII.3. Administración de las Reservas y Fondo Laboral 319
VII.4. Administración de Riesgos Institucionales 344
VII.4.1. Programa de Administración de Riesgos Institucionales 345
VII.4.2. Evaluación de Iniciativas de Reforma a la Ley del Seguro Social 349
VII.4.3. Valuaciones Actuariales 351
VII.5. Programa de Aseguramiento Integral y Atención de Siniestros 353
VII.6. Gestión Presupuestal 356
VII.7. Seguimiento a las Observaciones Derivadas de Auditorías Practicadas en el IMSS por Órganos Fiscalizadores 367

VIII. VINCULACIÓN 371

VIII.1 Vinculación con Organizaciones Públicas, Privadas y Sociales 372
VIII.2. Vinculación con Asuntos Internacionales 374

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL 377

IX.1. Estrategia Técnica de Difusión 378
IX.1.1. Campaña “Logros Institucionales” 379
IX.1.2. Campaña “PREVENIMSS” 379
IX.1.3. Redes Sociales en el IMSS 381
IX.1.4. Diseño y Producción Editorial 382
IX.2. Estrategia Técnica de Información 384
IX.2.1. Vinculación con los Estados 386
IX.2.2. Retroalimentación y Análisis 388

ÍNDICE DE TABLAS 391

ÍNDICE DE GRÁFICAS 397

SIGLAS Y ACRÓNIMOS 401

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 2011-2012. El Informe está conformado por nueve capítulos en los cuales se hace una reseña sobre las principales acciones realizadas durante el periodo junio de 2011 a junio de 2012, así como el Programa de actividades del segundo semestre de 2012, el cual se circunscribe a la Política Institucional 2009-2012.

En el Capítulo I se presentan las actividades del área médica, tales como los Programas de infraestructura; 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, trasplantes y formación de médicos especialistas, entre otros.

De igual modo, se reportan importantes avances dentro del Programa IMSS-Oportunidades en la atención de prioridades en salud como la reducción de la mortalidad materna, encuentros médico-quirúrgicos, y formación de médicos especialistas para el medio rural.

Las acciones emprendidas en materia de prestaciones económicas y sociales, enfocadas a lograr las metas planteadas, están contenidas en el Capítulo II. También destacan los avances en los programas para mejorar la seguridad y calidad del servicio de guarderías, así como en los procesos para el pago de pensiones, velatorios, centros vacacionales y tiendas.

El Capítulo III detalla las acciones desarrolladas por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), con el objeto de planear, Programar, dirigir y controlar los procesos de administración, adquisición o suministro de los recursos materiales y obra pública. Lo anterior, en un marco de transparencia y eficiencia en el gasto.

Los capítulos IV y V enlistan los avances alcanzados en los principales Programas de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) y la Dirección Jurídica (DJ), en congruencia con las directrices trazadas en el Programa de Trabajo 2009-2012. En el área de incorporación y recaudación, destacan acciones para 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.

Por su parte, el área jurídica se encarga de la orientación y atención a quejas del derechohabiente y las respectivas acciones de mejora emprendidas y por instrumentar.

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

A su vez, en el Capítulo VII la Dirección de Finanzas (DF) presenta un diagnóstico sobre la situación financiera y presupuestaria del 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, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Asimismo, describe las principales acciones instrumentadas encaminadas a fortalecer las finanzas 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 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 el 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.

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.

POLÍTICA INSTITUCIONAL

Misión

En su carácter de organismo fiscal autónomo, lograr la transparencia y recaudación eficaz.	Administrar las contribuciones y los recursos financieros para garantizar las prestaciones en especie y dinero.	Fomentar de manera integral la salud de la población a través de proveer los servicios preventivos, curativos médicos, de guarderías, así como de prestaciones económicas y sociales.

Líneas de servicio

Recaudación	Aseguradora	Prestación de servicios
Incorporación y recaudación	Administración de riesgo de salud	Servicios médicos
	Administración de riesgos de trabajo	Guarderías
	Gestión de pensiones	Centros vacacionales y deportivos
	Gestión de prestaciones sociales	Teatros y centros de capacitación

Fuente: IMSS.

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.

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:

EJES RECTORES

Fuente: IMSS.

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) atención para la rehabilitación de incapacitados, y v) 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. En este sentido, se busca brindar permanentemente un trato al derechohabiente con mayor sensibilidad humana en un marco definido por trámites claros y simplificados, que permitan una atención oportuna. Lo anterior, en espacios físicos dignos, en los que esté al frente personal profesional que brinde atención con calidez a nuestros derechohabientes.

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 integral de planeación de obras nuevas, acciones de ampliación y remodelación, y ii) hacer más eficiente 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 proyectos de capacitación y formación de recursos humanos que son el sostén de la operación diaria

del Instituto. Sobresalen dentro de esta línea de trabajo, la formación de médicos especialistas y la capacitación del personal que tiene contacto directo con el derechohabiente. El objetivo es contar con servidores públicos que desarrollen capacidades que les permitan brindar un servicio cálido, amable, de calidad y que refuercen su capacidad de respuesta.

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, 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 en las licitaciones; iii) 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), entre otros.

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.

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 de Acreditación como Derechohabiente del IMSS (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, entre otras.

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.

PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS DURANTE EL PERIODO JUNIO DE 2011 A JUNIO DE 2012

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 iniciativas antes citadas, son descritos en los capítulos subsecuentes del presente Informe, presentándose a continuación, un resumen de las mismas:

Prestaciones Médicas:

- Al cierre de junio de 2012, el IMSS tenía 56 millones de derechohabientes, 4.7 por ciento más que en el mismo mes de 2011. De este universo, aproximadamente 41 millones se encontraban adscritos a un médico familiar.

- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción a los Derechohabientes Usuarios de los Servicios Médicos del IMSS (ENSAT) de noviembre de 2011, 78 por ciento de los usuarios se encuentra muy satisfecho o algo satisfecho con los servicios recibidos.

- Al cierre de este Informe, en promedio, cada día se registraron 485,522 consultas; 48,998 atenciones de Urgencias; 5,405 egresos hospitalarios; 4,048 intervenciones quirúrgicas, y 1,187 partos, entre otros.

- Asimismo, cada día se realizaron, en promedio, 755,643 análisis clínicos; 55,906 estudios de radiodiagnóstico; 3,572 tomografías; 17,088 sesiones de inhaloterapia; 2,121 sesiones de medicina nuclear, y 7,739 sesiones de electrocardiografía.

- Para sustentar con calidad y oportunidad la operación antes descrita, se establecieron una serie de estrategias enfocadas a fortalecer los servicios médicos. Entre los principales logros destacan:

  ° **Equipamiento médico:** en 2010 se identificó un requerimiento nacional de equipo médico e instrumental quirúrgico por más de 12,000 millones de pesos (mdp). En un esfuerzo sin precedente, entre 2010 y 2012 se gestionó una inversión de más de 5,800 mdp, que contribuye a mejorar significativamente la prestación de estos servicios.

  Para fortalecer los servicios oncológicos se invirtieron 1,923 mdp en la adquisición de 15 aceleradores lineales, destacando el acelerador lineal robotizado *CyberKnife*, que es el instrumento más moderno, preciso y seguro para tratamientos radiológicos.

  ° **Fortalecimiento de la infraestructura:** durante el periodo de reporte, se realizaron 41 acciones de obra nueva, ampliación o remodelación que generaron 76 consultorios de medicina familiar nuevos y 813 camas nuevas.

  Se han orientado acciones para reforzar programas específicos como el fortalecimiento de Unidades de Terapia Intensiva para adultos, neonatos y pacientes quemados, destacando la creación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para el Paciente Quemado, en el Estado de Sonora.

  ° **Consulta en fin de semana:** a partir de 2008, el Instituto estableció el Programa Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° Día, que hace uso eficiente de los recursos desocupados en fin de semana, mejorando la accesibilidad y oportunidad

en la atención médica. En el periodo del Informe se otorgaron 2'121,689 consultas en el fin de semana, de las cuales 93 por ciento fueron para derechohabientes que solicitaron cita previa.

° **Mejora de los servicios de Urgencias:** dada la importancia de este servicio, se diseñó una estrategia para reducir la saturación en el mismo, mediante la implantación de 93 Redes Zonales. Al cierre de junio de 2012, se logró una reducción de 7.8 y de 25.1 puntos porcentuales en la ocupación y estancia prolongada en Observación de Urgencias del segundo nivel, respectivamente, respecto a lo registrado al inicio del Programa en febrero de 2010.

Asimismo, se instalaron 757 pantallas en las salas de espera de los servicios de Urgencias, para dar a conocer el estado de los pacientes internados.

° **Reducción del diferimiento quirúrgico:** dentro de un universo de 1.5 millones de cirugías cada año, el Instituto enfrentó, en marzo de 2009, una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos diferidos. Como resultado de la aplicación de la estrategia para abatir el diferimiento quirúrgico, al cierre de junio de 2012 se reportaron únicamente 491 procedimientos rezagados.

° **Abatimiento de la mortalidad materna:** al cierre de 2011, la tasa de muerte materna en el Régimen Ordinario fue de 29.1 por cada 100,000 nacidos vivos; al cierre de julio de 2012, la tasa preliminar fue de 26.9.

° **Trasplante renal:** en los quirófanos del IMSS se realizaron 57.3 por ciento del total de trasplantes renales a nivel nacional. La meta es alcanzar una tasa de trasplantes de 50 por millón de derechohabientes, similar a la de España y Estados Unidos de América

° **Cita Médica Telefónica:** en noviembre de 2011 se logró la cobertura de Cita Médica Telefónica a nivel nacional en 1,222 UMF. En el periodo del Informe, el número de citas Programadas ascendió a 1'268,144.

° **Programa DIABETIMSS:** en el periodo del Informe se implantaron 40 nuevos módulos, en los que se atendieron 89,691 pacientes y se otorgaron 593,299 consultas. Se alcanzaron metas de control en glucosa, presión arterial, colesterol total y triglicéridos en 43 por ciento de los pacientes.

° **Formación de médicos especialistas:** en febrero de 2012 egresaron del Instituto 3,348 nuevos médicos en 63 diferentes especialidades, 11 por ciento más con relación a 2011. Con esta cifra el IMSS se convierte en la institución que forma el mayor número de médicos especialistas en el país y en América Latina.

° Nuevo Expediente Clínico Electrónico: se liberó la versión de prueba que contiene funcionalidades específicas para hospitales, el módulo de Enfermería, la agenda de quirófano, el módulo de Urgencias, entre otros. Durante el segundo semestre de 2012 se trabajará en realizar adecuaciones a esta versión, con base en los hallazgos que se encuentren mediante pruebas de "casos trazadores".

° Programa PREVENIMSS: bajo el esquema preventivo de este Programa se benefició a más de 23 millones de derechohabientes en 2011.

Entre 2006 y 2011 se observó una disminución en la prevalencia de obesidad de 7.9 por ciento en niños menores de cinco años y de 12.8 por ciento en niños de cinco a nueve años de edad. Adicionalmente, el Programa de Salud del Niño ha contribuido a reducir en 33.3 por ciento la mortalidad prescolar en el periodo 2000 a 2011.

Asimismo, se superó el compromiso del Programa Nacional de Salud de disminuir la tasa de cáncer cérvico-uterino en 4.5 por ciento anual. Logrando una reducción de 54.6 por ciento en la mortalidad por este padecimiento durante el periodo 2000-2011.

Se estima que gracias a PREVENIMSS, el Instituto ha generado ahorros por 6,800 mdp en los últimos tres años.

° IMSS-Oportunidades: en el periodo que se informa, el Programa tuvo una cobertura de 11.8 millones de mexicanos de escasos recursos sin acceso a la seguridad social, de los cuales más de 3 millones son indígenas.

En el periodo de reporte se invirtieron 275.2 mdp para la construcción de 11 Unidades Médicas Rurales, la remodelación de 29 servicios de Urgencias en Hospitales Rurales y la construcción de 15 Centros de Atención Rural Obstétrica.

El avance en la reducción de la mortalidad materna es claro y contundente. Al cierre de 2011, la tasa de muerte materna fue de 42.6 por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que la tasa preliminar a junio de 2012 fue de 42.4.

En el periodo 2007 a junio de 2012 se realizaron más de 8.4 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino, con lo que se evitó que 27,252 mujeres desarrollaran este padecimiento y que 1,149 mujeres más murieran por esta enfermedad.

Durante el periodo de junio de 2011 a marzo de 2012 se realizaron 19 Encuentros Médico-Quirúrgicos en 12 delegaciones, en los cuales se valoraron 12,682 pacientes y se realizaron 3,261 procedimientos quirúrgicos.

Prestaciones Económicas y Sociales:

- Prestaciones económicas: de junio 2011 a junio de 2012, la erogación por el pago de las prestaciones económicas ascendió a 147,876 mdp.

- Pensiones: en el periodo que cubre el Informe, el Instituto registró un total de 2'974,638 pensionados, 4.5 por ciento más con respecto al año anterior. Para agilizar la atención y respuesta que se presta a los pensionados, se han puesto en marcha diversos desarrollos informáticos y mejoras administrativas.

- Guarderías: a fin de mejorar la calidad, seguridad y transparencia del servicio se han realizado una serie de acciones, entre las que destacan:

  ° Mejora de la calidad: para alcanzar este objetivo se ha consolidado el Programa Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad (DAR). Con este Programa se han revisado y rediseñado los procesos de administración, alimentación, fomento de la salud y pedagogía que se llevan a cabo en las guarderías.

  ° Fortalecimiento de la seguridad: se definieron estándares de seguridad más rigurosos para las guarderías, estableciendo en los contratos de prestación del servicio la obligación de cumplirlos, como una condicionante para continuar la relación contractual con el IMSS.

  Mensualmente se realizan más de 6,000 simulacros de evacuación en las guarderías IMSS. A la fecha, se han realizado más de 111,000 simulacros y se ha instalado equipamiento en materia de protección civil en todas las guarderías, conforme a los lineamientos adoptados en 2010.

  El IMSS emprende acciones para mejorar la seguridad y la calidad en el servicio de guarderías con base en las opiniones que los padres de familia expresan vía el Mecanismo de Participación Social, que funciona bajo la supervisión de Transparencia Mexicana, A. C. (TM).

  ° Mecanismo de Participación Social: como una acción para lograr el involucramiento de los padres de familia usuarios, a través de su observación sobre las condiciones de seguridad integral en las guarderías, el IMSS solicitó a TM diseñar un mecanismo para facilitar, estructurar y

sistematizar la participación de los padres de familia bajo los principios de aleatoriedad en su selección, participación voluntaria y homogeneidad en la información que se levante, la cual se integra a través de un sistema supervisado por TM, con lo que se busca la transparencia al hacer públicos los informes resultantes de cada visita que realizan.

A través del Mecanismo, a junio de 2012, 13,143 padres de familia usuarios del servicio han sido testigos del cumplimiento de las medidas de seguridad en las guarderías.

De las 1,422 visitas realizadas a junio de 2012, el resultado global es 98.3 por ciento de cumplimiento de las medidas de seguridad.

° Transparencia: sobre la contratación de los servicios de guarderías, actualmente es pública toda la información posible, dentro de lo que establece la ley. Derivado de lo anterior, se han digitalizado y colocado en Internet todas las cédulas de seguridad y de protección civil de las guarderías, los currículos del personal directivo, las escrituras constitutivas, las evaluaciones de los padres y los contratos que amparan la prestación del servicio. En total, son más de 10,400 documentos electrónicos los que se encuentran en el portal del IMSS. De igual manera, se hace pública la información relativa a la capacidad instalada de cada inmueble, la cuota que el Instituto paga por niño, la vigencia del contrato y los nombres de los socios.

En el marco de colaboración que se tiene con TM, se estableció el levantamiento de una encuesta anual sobre el servicio de guarderías. Los resultados de la encuesta levantada en 2011 revelaron que 99 por ciento de los usuarios se encontraban muy o algo satisfechos con el servicio.

° Credencial ADIMSS: cerca de 23 millones de derechohabientes que actualmente cuentan con la credencial ADIMSS se han beneficiado por la simplificación de trámites dentro del Instituto. Adicionalmente, el derechohabiente obtiene otros beneficios ya que puede utilizarla como medio oficial de identificación en bancos, dependencias de gobierno y otras instancias.

° Deporte: los equipos representativos del IMSS participaron en diversas competencias y eventos nacionales, destacando el papel que desempeñaron en los procesos selectivos rumbo a la Olimpiada y la Paralimpiada Nacional.

° Prestaciones Sociales: en los servicios de Prestaciones Sociales se organizaron más de 172,000 eventos con más de 43 millones de asistencias.

Como resultado del posicionamiento de su imagen y servicios, el IMSS obtuvo el Premio Internacional Marcas de Confianza México 2011 a la Institución Pública de Mayor Confianza en México.

Administración y Evaluación de Delegaciones:

- **Integridad y transparencia en los procesos de adquisiciones:** como parte de esta estrategia se plantearon una serie de acciones entre las que destacan:

  ° **Adopción de los Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas:** en 2011, el IMSS se convirtió en la primera institución gubernamental del mundo en suscribir con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) dichos lineamientos.

  ° **Acuerdo Interinstitucional con la OCDE para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones:** el IMSS también fue el primer organismo público en todo el mundo en firmar un acuerdo para que la OCDE realizara una revisión general de sus procesos de adquisiciones.

  Las recomendaciones derivadas de ambos convenios suscritos con la OCDE serán incorporadas en los procesos de licitaciones del Instituto, lo cual permitirá obtener bienes y servicios en mejores términos para el IMSS.

  ° **Fortalecimiento de los recursos humanos:** para mejorar el proceso selectivo de su personal involucrado en los procesos de adquisiciones, se reforzaron los controles de confianza y criterios de selección.

  ° Se puso en marcha el Portal de Adquisiciones IMSS como parte de la estrategia de integridad en las compras. A junio de 2012, el portal cuenta con información de más de 153,000 contratos, una carga de documentación histórica de 99 por ciento.

- **Estrategia de compras:** de 2007 a 2012 se generaron economías en los procesos de adquisiciones por un total de 35,000 mdp. Por su parte, en servicios integrales se obtuvieron economías por más de 3,907 mdp.

- **Programa de Obras:** gracias al esfuerzo iniciado en 2007 en materia de infraestructura médica, al cierre de 2012 se habrán invertido 23,000 mdp en beneficio de los derechohabientes del IMSS, inversión que no se observaba en los últimos 25 años.

- **Abasto de medicamentos:** en 2011 se presentaron 160.1 millones de recetas y para 2012 se estima que se presenten 163.2 millones, lo que representa un incremento de 25.8 por ciento respecto a 2007. Estos niveles de abasto permitieron mantener un surtimiento de recetas completamente surtidas de 96 por ciento tanto en delegaciones como en UMAE.

- **Recursos Humanos:** al cierre del ejercicio 2011, se tuvo una ocupación promedio de 391,071 plazas. Con esta plantilla se fortaleció la atención a derechohabientes a través de los siguientes Programas: i) Programa de inversión: obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones; ii) Contingencias de salud, y iii) Programas médicos de alta prioridad como DIABETIMSS, PREVENIMSS, Consulta de 6° y 7° día, y Abatimiento del Diferimiento Quirúrgico, entre otros.

- **Programa Atención en Ventanilla:** se consolidó dicho Programa el cual busca garantizar un encuentro eficiente, resolutivo y amable entre los usuarios y el personal que atiende las ventanillas de servicio al público.

- **Mejora de la gestión:** con relación a la etapa de expansión del MEFHADIC® se realizó la evaluación diagnóstica 360° con enfoque de competencias a 49 directivos de cuatro cuerpos de gobierno delegacionales: Veracruz Sur, Chihuahua, Morelos y Aguascalientes, iniciando el proceso de fortalecimiento de competencias directivas. En forma simultánea, se dio inicio a la etapa de generalización en 21 unidades médicas, administrativas y sociales, de 17 delegaciones.

Incorporación y Recaudación:

- **Recaudación:** en 2011 la recaudación del Instituto fue de 183,050 mdp, en tanto de enero a junio de 2012 fue de 93,241.7 mdp, aumentando en términos reales 4.8 por ciento, respecto al mismo periodo de 2011. En materia de recaudación, se realizaron importantes acciones para incentivar el cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social, como el uso de la Firma Electrónica Avanzada, la simplificación de trámites, el uso de instrumentos electrónicos como el portal www.tuempresa.gob.mx, la dispensa de garantía del interés fiscal para la autorización de solicitudes de pago a plazos, entre otros.

- **Cartera en mora:** de enero a diciembre de 2011, se logró una recuperación de cartera en mora de 1,047.8 mdp, lo que representa 100.8 por ciento de la meta de dicho periodo. De enero a junio de 2012 este rubro alcanzó un monto de 415.1 mdp.

- **Fiscalización:** se mejoró la Programación de los actos de fiscalización, se ha trabajado con otras entidades para el intercambio de información fiscal, entre otras. Al mes de

diciembre de 2011 se recaudaron 1,939.8 mdp por actos de fiscalización, cifra superior en 130.4 por ciento, en términos reales, a la obtenida en 2007. Durante el periodo de enero a junio de 2012, los ingresos por este concepto fueron de 770.7 mdp.

Jurídico y Orientación al Derechohabiente:

- Se han obtenido mejores resultados en cuanto a laudos favorables en materia de juicios laborales, ya que se pasó de 46.5 por ciento en el 2004, a 56.4 por ciento en junio de 2012.

- El Instituto inició 229 investigaciones administrativas con motivo de posibles ilícitos previstos en la Ley del Seguro Social y otros delitos cometidos en su agravio.

- Se han obtenido resultados favorables a nivel nacional en cuanto a la reducción en el diferimiento de audiencias por causas imputables al IMSS. En 2004, éstas representaban 17.1 por ciento del total de audiencias Programadas, en 2012 se disminuyó este porcentaje a 1.8 por ciento.

- Las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados han disminuido en 2011 en 50.3 por ciento en comparación con 2008. A junio de 2012 se observa la misma tendencia a la baja respecto a 2008.

- Se fortaleció la cultura y la atención al derechohabiente, inaugurando el espacio de Contacto Ciudadano. En el periodo que se reporta, se atendieron de manera personal a 23,782 usuarios, con un tiempo de atención promedio de tres minutos y 26 segundos.

- A nivel nacional, se proporcionaron 20'615,858 orientaciones y se captaron 70,458 quejas de servicio.

- A través de los Programas para mejorar la calidez y la cultura de servicio, se han capacitado a más de 100,000 trabajadores.

Finanzas, Innovación y Desarrollo Tecnológico, Vinculación y Comunicación Social:

- La inversión de los recursos financieros institucionales se realizó bajo criterios de prudencia, seguridad, rendimiento, liquidez, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero nacional e internacional con instrumentos y valores de alta calidad crediticia.

- Al cierre de junio de 2012, la posición de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 145,641 mdp.

- Se encuentran en proceso de desarrollo y despliegue operativo varios proyectos estratégicos, entre los que destacan el Nuevo Expediente Clínico Electrónico, la actualización al Sistema de Finanzas y Abasto, el Sistema de Trámite de Pensión y el Sistema DELTA de incorporación y recaudación.

- Para darle soporte a los diferentes sistemas que se encuentran en proceso de despliegue operativo, se proporcionó el equipamiento necesario y se generó un esquema de actualizaciones automáticas para mantener los equipos vigentes y protegidos contra ataques informáticos o explotación de vulnerabilidades.

- Gracias a los convenios de colaboración, se han beneficiado a cerca de 500 mil trabajadores con servicios de atención médica preventiva, capacitación sobre el cuidado de la salud, así como con información referente a las actividades culturales, recreativas y de bienestar social del IMSS.

- Dentro del Programa de cooperación técnica entre México y la Unión Europea para el periodo 2007-2013, se desprendió un catálogo de proyectos que permitió reforzar la cooperación técnica entre la Unión Europea y México.

- En aplicación de los Convenios de Seguridad Social suscritos por México con España y Canadá, del 1° de junio del 2011 al 31 de mayo del 2012 se dio trámite a 880 solicitudes de pensión o de desplazamiento.

- Entre los años 2007 a 2012, destacan la suscripción del Memorándum de Entendimiento sobre la Instrumentación de los Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas, así como el Acuerdo Interinstitucional para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones en el IMSS, ambos con la OCDE en 2011.

- En línea con la estrategia institucional de fortalecer la prevención, se difundió a nivel nacional la campaña PREVENIMSS, la cual se orientó a que las futuras generaciones cuenten con mejores condiciones de salud.

- Se generaron en total 73,620 impactos que se reflejaron en las menciones del Instituto emitidas por reporteros, columnistas, articulistas, caricaturistas, conductores de radio, televisión, noticiarios y de forma general en todos los medios impresos y electrónicos.

- Como resultado del posicionamiento de su imagen y servicios, el IMSS obtuvo el primer lugar del Premio Internacional Marcas de Confianza México 2011 dentro de la categoría de instituciones de servicios.

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 mediante políticas, estrategias y acciones prioritarias con un enfoque anticipatorio, restablecedor, rehabilitatorio y con subsidio ante la incapacidad laboral. Asimismo, la Dirección fortalece sus servicios al promover la formación de recursos humanos, el mantenimiento de la competencia en salud y la promoción de la investigación para la generación de nuevos conocimientos en temas fundamentales de la atención médico-social.

El capítulo describe los logros del presente sexenio en cada uno de sus programas, las principales acciones desarrolladas en el periodo del Informe y las actividades pendientes de desarrollo en 2012. También se mencionan los retos a enfrentar en el mediano plazo para continuar con la tendencia de mejora. Destacan los programas destinados a fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico; la estrategia de mejora de los servicios de Urgencias; el desarrollo del Nuevo Expediente Clínico Electrónico

(NECE), así como los resultados generados por los Programas Integrados en Salud (PREVENIMSS) y la formación de médicos especialistas, entre otros. De igual manera, se presentan los avances de la Unidad IMSS-Oportunidades en materia de infraestructura y la atención de las prioridades en salud del Programa.

I.1. PRESTACIONES MÉDICAS

I.1.1. EQUIPAMIENTO MÉDICO

En un esfuerzo sin precedente y con el fin de fortalecer la calidad de la atención en el IMSS, entre 2007 y 2011 se realizó una inversión histórica para renovar el equipamiento médico institucional. La inversión se destinó a los programas nacionales, a las necesidades prioritarias de la proforma electrónica y a la adquisición de artículos solicitados de manera urgente. Destacan los equipos asignados a los Programas de Enfermería e Imagenología, el fortalecimiento de los servicios oncológicos y de los consultorios de medicina familiar, así como de aquellos requeridos para atender la contingencia por el virus de la influenza A H1N1.

Para hacer esto posible se realizaron mejoras en la gestión del equipo médico, optimizando los procesos de solicitud y monitoreo de la recepción, capacitación al personal y puesta en operación de los equipos. La proforma electrónica, herramienta informática para la solicitud de equipo médico dentro del Instituto, fue optimizada para lograr la adquisición de bienes de alto costo (precio igual o mayor a 500 mil pesos) y bajo costo (precio menor a 500 mil pesos), la solicitud de equipo de cómputo y de nutrición y dietética. Asimismo, se gestionaron recursos económicos para atender las necesidades prioritarias en Programas nacionales, proforma y solicitudes extraordinarias realizadas por las unidades médicas.

Con las acciones mencionadas se adquirieron 82,245 artículos, con una inversión de 7,994.6 millones de pesos (mdp), independientes del equipo médico asociado a obra. Adicionalmente, en 2012 se encuentran autorizados 90.6 mdp para la adquisición de equipo médico, con lo que la inversión total de 2007 a 2012 asciende a 8,085.2 mdp (tabla I.1).

TABLA I.1. INVERSIÓN EN EQUIPAMIENTO MÉDICO NO ASOCIADO A OBRA PÚBLICA
(MILLONES DE PESOS, 2007-2012)

Año	Importe
2007	146.4
2008	343.9
2009	1,771.6
2010	3,809.7
2011	1,923.0
2012	90.6
Total	**8,085.2**

Fuente: IMSS.

En un esfuerzo sin precedente, el IMSS realizó una inversión histórica de 8,085 mdp en equipamiento médico entre los años 2007 y 2012, que contribuye a mejorar significativamente la prestación de los servicios.

En el año 2007 se invirtieron 146.4 mdp en la adquisición de 34,724 equipos dentro del Programa de Enfermería, 276 carros rojos, 911 refrigeradores para vacunas, 580 congeladores para refrigerante y cuatro unidades radiológicas (tabla I.2).

TABLA I.2. EQUIPAMIENTO MÉDICO POR PROGRAMA
(MILLONES DE PESOS, 2007)

Programa	Cantidad	Importe
Enfermería	34,724	19.4
Carros rojos	276	59.4
Refrigeradores para vacunas	911	50.7
Congeladores para refrigerante	580	10.3
Unidades radiológicas y fluoroscópicas	4	6.6
Total	**36,495**	**146.4**

Fuente: IMSS.

Durante 2008 se invirtieron 343.9 mdp en equipamiento, destacando 8,338 dentro del Programa de Enfermería y 259 dentro del Programa Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, por un monto de 33.8 y 49.7 mdp, respectivamente; además, se adquirieron 160 monitores de signos vitales, 46 equipos de soporte de vida y 449 equipos de Oftalmología, por un monto de 35.3, 20.7 y 65.5 mdp, en cada caso.

En 2009, para el programa de certificación, recertificación, licenciamiento y operación de unidades médicas, se invirtieron 13.1 mdp para la adquisición de 53 bienes, entre los cuales destacan incubadoras para recién nacido y de traslado, ventiladores de alta frecuencia oscilatoria, camillas y laringoscopios. En ese mismo año, para atender la contingencia por el virus de la influenza A H1N1, se compraron 2,174 artículos, por un monto de 334.7 mdp, destacándose 948 ventiladores volumétricos intermedios, 468 oxímetros de pulso, 30 esterilizadores, 666 refrigeradores para vacunas y 11 monitores de signos vitales.

Entre 2009 y 2010 se adquirieron 972 equipos destinados al Programa de Imagenología, los cuales representaron una inversión de 3,092.2 mdp; sobresalen dos unidades de resonancia magnética avanzada, 81 unidades de tomografía de 20 y 64 cortes, 57 ecocardiógrafos bidimensionales y tridimensionales y 21 cámaras de centelleo (tabla I.3).

TABLA I.3. INVERSIÓN EN EL PROGRAMA DE IMAGENOLOGÍA
(MILLONES DE PESOS, 2009-2010)

Equipo	Cantidad	Importe
Angiógrafo	16	296.7
Cámara de centelleo	21	276.7
Ecocardiógrafo bidimensional y tridimensional	57	201.8
Mastografía, Negatoscopios para	161	1.3
Mastografía, Reveladores para	161	21.2
Mastografía, Unidad radiológica para	16	83.0
Ultrasonógrafo básico, intermedio y avanzado	39	45.4
Ultrasonógrafo gineco-obstétrico segundo y tercer niveles	16	21.0
Unidad de resonancia magnética avanzada	2	103.9
Unidad de tomografía de 20 cortes y 64 cortes	81	782.5
Unidad para ultrasonografía coloproctológica	1	2.6
Unidad para ultrasonografía urológica	2	5.2
Unidad radiográfica de 500 mA	140	434.8
Unidad radiológica para urología	5	51.1
Unidad radiológica portátil	140	342.1
Unidad radiológica y fluoroscópica	114	422.9
Total	**972**	**3,092.2**

Fuente: IMSS.

En el año 2010 se llevó a cabo la inversión más grande en equipamiento médico, no sólo de la presente administración, sino de los últimos años. Los programas nacionales efectuados en 2010 incluyeron, además de los equipos de Imagenología, la adquisición de unidades de anestesia, pletismógrafos y microscopios de cirugía en tres tipos (tabla I.4).

TABLA I.4. INVERSIÓN EN LOS PROGRAMAS NACIONALES 2010
(MILLONES DE PESOS, 2010)

Equipo	Cantidad	Importe
Unidades de anestesia intermedia	324	271.4
Unidades de anestesia básica	170	88.7
Oxímetros de pulso portátiles básicos	1,460	11.8
Microscopios de cirugía en tres tipos	38	65.4
Pletismógrafos	2	6.0
Refrigeradores para vacunas	430	21.4
Total	**2,424**	**464.7**

Fuente: IMSS.

Durante ese mismo año se asignaron 120 mdp, 2 millones para cada delegación y Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), para adquirir el equipo más urgente o prioritario. Mediante este esquema se ejercieron 97.7 mdp en la compra de 2,406 artículos. Además, se invirtieron 46.1 mdp en 2,644 bienes de cocina y comedor, y se asignaron 2 mil mdp para la adquisición de los equipos que constituían las prioridades de la proforma institucional. De estos últimos recursos se destinaron 1,270 mdp para la compra de 887 equipos de alto costo y de 16,618 equipos de bajo costo.

El seguimiento del funcionamiento adecuado de los equipos médicos adquiridos a partir de su recepción se realizó por medio de un instrumento informático en el que las delegaciones y UMAE registraron las fechas de cada etapa del proceso hasta la puesta en operación de los equipos. A partir de 2011, también se registró el calendario del mantenimiento preventivo y correctivo que deberán realizar los proveedores durante la garantía de los bienes.

Informe de Labores

Para fortalecer los servicios oncológicos de radioterapia, en 2011 se adquirieron 15 aceleradores lineales destinados a siete UMAE y dos Hospitales Generales Regionales (HGR). La compra de estos equipos se realizó a través de dos licitaciones (nueve aceleradores lineales en la primera y cinco en la segunda) y una adjudicación directa para el equipo *CyberKnife*, que implicó una inversión de 1,923 mdp (tabla I.5).

Para fortalecer los servicios oncológicos se invirtieron 1,923 mdp en la adquisición de 15 aceleradores lineales, destacando el acelerador lineal robotizado CyberKnife, que es el instrumento más moderno, preciso y seguro para tratamientos radiológicos.

Con la adquisición del acelerador lineal dedicado a radiocirugía robótica (*CyberKnife*), que fue ubicado en la UMAE del Hospital de Oncología del CMN "Siglo XXI", se consideró la construcción

TABLA I.5. INVERSIÓN EN EQUIPAMIENTO PARA LOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS
(MILLONES DE PESOS, 2011)

Equipo y destino	Cantidad	Importe
Acelerador Lineal de Baja Energía	2	202.2
UMAE, Hospital de Oncología, CMN "Siglo XXI"		
Acelerador Lineal de Alta Energía con Sistema de Radiocirugía	3	394.7
UMAE, Hospital de Especialidades No. 25, Monterrey, Nuevo León		
UMAE, Hospital de Oncología, CMN "Siglo XXI"		
UMAE, Hospital de Especialidades, Puebla, Puebla		
Acelerador Lineal de Alta Energía con Braquiterapia	5	646.8
UMAE, Hospital de Especialidades, CMN de Occidente		
UMAE, Hospital de Especialidades, León, Guanajuato		
UMAE, Hospital de Oncología, CMN "Siglo XXI"		
HGR No. 20, Tijuana, Baja California		
UMAE, Hospital de Especialidades, Mérida, Yucatán		
Acelerador Lineal de Alta Energía	4	522.9
UMAE, Hospital de Especialidades, CMN de Occidente		
HGR No. 1, Ciudad Obregón, Sonora		
UMAE, Hospital de Especialidades No. 71, Torreón, Coahuila		
Acelerador Lineal Robotizado (*CyberKnife*) y equipo de dosimetría	1	156.3
UMAE, Hospital de Oncología, CMN "Siglo XXI"		
Total	**15**	**1,923.0**

Fuente: IMSS.

del nuevo Servicio Oncológico para Diagnóstico y Radiocirugía Robótica del CMN "Siglo XXI". Este equipo se terminó de instalar durante el mes de mayo y, una vez que finalizó la capacitación y se obtuvieron las licencias de operación por parte de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias, ya se encuentra en operación.

Se dio seguimiento a la conclusión de las gestiones para la instalación, capacitación y puesta en operación de cada uno de los aceleradores lineales, capacitando al personal de los servicios de radioterapia en las fechas establecidas por las autoridades de las unidades médicas. Dentro de la capacitación intramuros, incluida en la segunda etapa que finalizó en agosto de 2012, se capacitaron ocho físicos médicos, 11 técnicos radioterapeutas, seis dosimetristas y un médico radioterapeuta.

Por último, se participó como evaluador técnico de las propuestas presentadas en los procesos de licitación para el equipamiento de cuatro unidades nuevas: dos HGR, uno en Metepec, Estado de México y otro en Charo, Michoacán, y dos Unidades de Medicina Familiar (UMF) con Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), una en Hermosillo, Sonora y otra en El Marqués, Querétaro.

Programa de Actividades

Como parte de las actividades de la evaluación técnico-médica se participará en los procesos de adquisición de equipamiento de dos unidades médicas nuevas: un Hospital General de Zona (HGZ) en Reynosa, Tamaulipas y un HGZ en Hermosillo, Sonora.

I.1.2. IMPACTO MÉDICO DE LAS OBRAS DE INFRAESTRUCTURA

El IMSS cuenta con infraestructura médica avanzada que sustenta la extensa cobertura en salud que brinda en el país. Sin embargo, como consecuencia del crecimiento de la población derechohabiente, de la esperanza de vida, de la transición epidemiológica y del desarrollo económico en el país, con los movimientos poblacionales que se generan en consecuencia, dicha capacidad instalada resulta insuficiente. Por este motivo, el Instituto trabaja en la creación y fortalecimiento de infraestructura que permita dar respuesta oportuna a las necesidades actuales y futuras de servicios de salud.

Durante el periodo de diciembre de 2006 a junio de 2012 se invirtieron 13,487.6 mdp para la creación de 49 UMF (38 de ellas fueron obras de nueva creación, seis sustituyeron otras unidades médicas y cinco asociadas a UMAA). Para el segundo nivel de atención médica se crearon 25 obras, de las cuales 12 corresponden a UMAA, dos son Hospitales Generales de Subzona (HGSZ) por sustitución, un HGSZ, un Hospital Rural que pasó al Régimen Ordinario, cinco HGZ (un HGZ con UMAA) y cuatro HGR, como se muestra en la tabla I.6. Cabe señalar que estas acciones dieron como resultado 415 consultorios de medicina familiar y 1,893 camas nuevas.

En el periodo de diciembre de 2006 a junio de 2012 se invirtieron 13,487.6 mdp para la creación de 49 UMF y 25 unidades de segundo nivel, que generaron 415 consultorios de medicina familiar y 1,893 camas nuevas.

TABLA I.6. RESUMEN DE OBRAS NUEVAS
(NÚMERO DE OBRAS, DICIEMBRE DE 2006-JUNIO DE 2012)

Año	Número de obras por nivel de atención			Consultorios nuevos de medicina familiar	Camas nuevas
	1er. nivel	2o. nivel	3er. nivel		
Diciembre 2006	3	2	0	30	126
2007	13	5	0	118	0
2008	8	2	0	63	0
2009	8	6	0	54	426
2010	11	6	0	90	431
2011	3	3	0	30	667
Junio 2012	3	1	0	30	243
Total	**49**	**25**	**0**	**415**	**1,893**

Fuente: IMSS.

Durante el periodo se inauguraron cuatro Hospitales Regionales con una capacidad de 1,032 camas, en las zonas de mayor crecimiento poblacional (Distrito Federal Sur, Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco; Tecámac, Estado de México Oriente, y Metepec, Estado de México Poniente). Asimismo, se concluyeron todas las acciones de obra que se encontraban inconclusas de periodos previos.

Debido a que la infraestructura de las unidades médicas cuenta con un promedio de 30 años de antigüedad, se requiere de obras de ampliación y remodelación que satisfagan la demanda de atención médica de la población derechohabiente. En el periodo comprendido de diciembre de 2006 a junio de 2012 se invirtieron 4,759.9 mdp para realizar 38 acciones de obra en unidades de primer nivel, 88 en segundo nivel y 31 en el tercer nivel de atención (tabla I.7).

Programa Hospital sin Ladrillos

Se creó el Programa Hospital sin Ladrillos, mediante el cual se recuperaron espacios poco utilizados en hospitales y se transformaron algunas camas de servicios con baja demanda, en camas de servicios con una mayor demanda. Con la conclusión de los trabajos al cierre de noviembre de 2011, se recuperaron 1,483 camas, lo que equivale a la construcción de 10 hospitales modelo de 144 camas, con un ahorro de 7,590 mdp. Además, se transformaron 761 camas, con lo que la suma de camas recuperadas y transformadas fue de 2,244, que en conjunto corresponderían a la construcción de 15 hospitales de 144 camas, lo que representa un ahorro de 11,385 mdp.

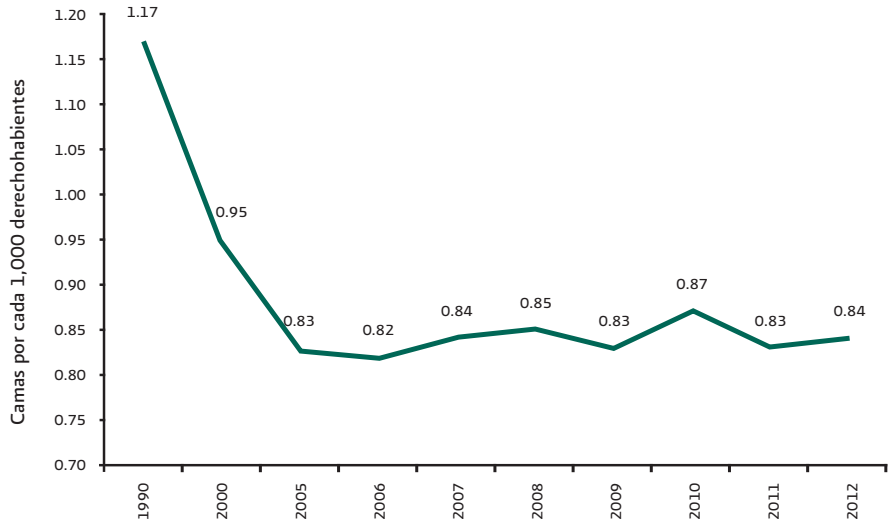
Estas acciones permitieron incrementar las camas censables por 1,000 derechohabientes adscritos a medicina familiar de 0.82 en 2006 a 0.84 en 2012 (gráfica I.1).

TABLA I.7. RESUMEN DE OBRAS DE AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN
(NÚMERO DE OBRAS, DICIEMBRE DE 2006-JUNIO DE 2012)

Año	Número de obras por nivel de atención			Consultorios nuevos de medicina familiar	Camas nuevas
	1er. nivel	2o. nivel	3er. nivel		
Diciembre 2006	2	3	3	2	0
2007	8	15	8	22	0
2008	9	13	5	10	38
2009	8	17	9	13	68
2010	4	18	4	6	270
2011	7	22	2	4	339
Junio 2012	1	10	0	9	4
Total	**39**	**98**	**31**	**66**	**719**

Nota: Las obras de ampliación y remodelación incluyen acciones dentro de unidades médicas que no necesariamente repercuten en la ganancia de consultorios o camas.
Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.1. CAMAS CENSABLES POR 1,000 DERECHOHABIENTES
(ÍNDICE DE CAMAS POR 1,000 DERECHOHABIENTES ADSCRITOS A MEDICINA FAMILIAR, 1990-2012)



Fuente: IMSS.

La población adscrita a medicina familiar se ha incrementado año con año, pasando de 23.4 millones de derechohabientes en 1990 a 39.2 millones en 2012, por lo que el impacto del incremento de camas obtenido a través de obras y programas especiales no se observa de manera significativa en la evolución del indicador de camas por 1,000 derechohabientes. Sin embargo, el crecimiento real de camas censables en la presente Administración será de 4,280, lo que se traduce en un incremento de 14.5 por ciento de la infraestructura inicial.

Informe de Labores

En el periodo del Informe se ha continuado con la creación de obras nuevas, de ampliación y remodelación, tanto en UMF, como en hospitales del segundo nivel de atención y UMAA (tabla I.8).

Durante el periodo de junio de 2011 a junio de 2012, para el primer nivel de atención médica, se concluyeron 10 obras, seis nuevas y cuatro de ampliación o remodelación, mientras que para el segundo nivel de atención se concluyeron dos hospitales y se remodelaron 28 unidades. Estas acciones requirieron una inversión de 4,479.9 mdp y generaron 76 consultorios de medicina familiar nuevos y 813 camas nuevas.

Durante el periodo de junio de 2011 a junio de 2012 se realizaron 41 acciones de obra nueva, ampliación o remodelación que generaron 76 consultorios de medicina familiar nuevos y 813 camas nuevas.

De manera adicional a los esfuerzos tradicionales de construcción, remodelación y ampliación de

TABLA I.8. RESUMEN DE OBRAS NUEVAS Y POR REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN REALIZADAS EN EL PERIODO DEL INFORME
(NÚMERO DE OBRAS, JUNIO DE 2011-JUNIO DE 2012)

Año	Número de obras por nivel de atención			Consultorios nuevos de medicina familiar	Camas nuevas
	1er. nivel	2o. nivel	3er. nivel		
2011	6	19	1	33	570
2012	4	11	0	43	243
Total	**10**	**30**	**1**	**76**	**813**

Nota: Las obras de ampliación y remodelación incluyen acciones dentro de unidades médicas que no necesariamente repercuten en la ganancia de consultorios o camas.
Fuente: IMSS.

unidades médicas, se han orientado acciones para fortalecer programas específicos como son las Unidades de Terapia Intensiva para adultos, neonatos y pacientes quemados.

Se han orientado acciones para fortalecer programas específicos como las Unidades de Terapia Intensiva para adultos, neonatos y pacientes quemados, destacando la creación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para el Paciente Quemado en Sonora.

Fortalecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos en Hospitales con Atención Gineco-Obstétrica

En respuesta a la estrategia de abatimiento de la mortalidad materna, se identificaron siete unidades médicas de segundo nivel en las Delegaciones Tlaxcala, Baja California, Estado de México Oriente, Estado de México Poniente y Quintana Roo, en las cuales es prioritario establecer servicios de Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) o bien, mejorar los existentes.

De este universo, la UCIA del HGZ No.1 de Tlaxcala se incluyó en el programa de obras de 2011 y cuenta con un avance en las acciones de remodelación de 19 por ciento al mes de junio de 2012. Los seis hospitales restantes se encuentran en espera de autorización y asignación de recursos por parte del H. Consejo Técnico para ser incluidos en el programa de obras.

Fortalecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatales

Como parte de la estrategia de prevención de la mortalidad perinatal, se identificaron las unidades médicas en las cuales es prioritario establecer y/o modernizar las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatales. Se estima que en este año inicien las obras que están pendientes de inclusión al programa de obras y asignación de recursos (tabla I.9).

TABLA I.9. FORTALECIMIENTO DE UCI NEONATALES

Delegación	Localidad	Unidad
Chiapas	Tapachula	HGZ/MF No. 1
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	HGZ No. 2
Hidalgo	Pachuca	HGZ /MF No. 1
Nuevo León	San Nicolás de los Garza	HGZ /MF No. 6
Quintana Roo	Cancún	HGP No. 7

Fuente: IMSS.

TABLA I.10. FORTALECIMIENTO DE UCI PARA EL PACIENTE QUEMADO

Delegación	Unidad	Tipo de obra
México Poniente	Hospital de Trauma y Ortopedia Lomas Verdes	Ampliación y remodelación
Nuevo León	Hospital de Trauma y Ortopedia No. 21	Ampliación y remodelación
Sonora	HGZ No. 180 con Unidad de Quemados	Nueva

Fuente: IMSS.

La obra correspondiente al HGZ con Medicina Familiar No.6 de San Nicolás de los Garza, en Nuevo León, se concluyó en junio de 2011; la obra del HGZ con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hidalgo, se inició en abril de 2012 y reporta un avance de 29 por ciento a junio de 2012. Por su parte, el HGZ No. 2 de Tuxtla Gutiérrez reporta un avance de 97 por ciento y su conclusión está Programada para julio de 2012. Los dos hospitales restantes se encuentran en proceso de inclusión en el Programa de obras.

Fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos para el Paciente Quemado

Se tomó la determinación de fortalecer las UCI para el Paciente Quemado, usando como modelo la UCI del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco. A la fecha del Informe se tienen dos unidades médicas pendientes de inicio de obras y se ha creado la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para el Paciente Quemado, en el Centro de Seguridad Social de Hermosillo, Sonora (tabla I.10).

Programa de Actividades

Con el propósito de fortalecer la infraestructura inmobiliaria y mejorar la capacidad resolutiva en los servicios médicos, se continuará con las acciones de obra pública. En el segundo semestre de 2012 se tiene proyectada la conclusión de cinco obras nuevas, dos unidades de primer nivel, dos HGZ, un HGR y una UMAA, así como la revisión de plantillas de personal y la validación de guías de equipamiento (tabla I.11).

En cuanto a las obras de ampliación y remodelación para el segundo semestre, se tiene proyectada la conclusión de ocho unidades médicas de primer nivel de atención médica y de 54 obras correspondientes al segundo nivel, así como la revisión de cuatro plantillas de personal y la validación de las guías de equipamiento.

I.1.3. SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES

Los servicios integrales son una alternativa de contratación de servicios médicos para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, dando respuesta a las demandas

TABLA I.11. PROGRAMA DE OBRAS NUEVAS DEL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012
(NÚMERO DE OBRAS, JULIO-DICIEMBRE 2012)

Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Fecha estimada de término de la obra
Primer nivel			
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMF 10 Consultorios	sep-12
Jalisco	Poncitlán	UMF 3 Consultorios	dic-12
Segundo nivel			
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMAA y Mod. Rehabilitación	jul-12
Tamaulipas	Reynosa	HGZ 216 Camas	sep-12
Sonora	Hermosillo	HGZ 189 Camas con Unidad de Quemados	nov-12
Michoacán	Charo Tres Marías	HGR 259-4 Camas	nov-12

Fuente: IMSS.

de atención de forma integral, sin interrupciones y evitando los imprevistos que afectan el otorgamiento de la misma. De acuerdo con la Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Implantación, Evaluación y Control de los Servicios Médicos Integrales 2000-001-001, dichos servicios están conformados por el equipo médico y sus accesorios, así como por el instrumental quirúrgico y los bienes de consumo compatibles con el equipo médico y entre sí. Incluyen la capacitación del personal para el uso y manejo del equipo, además del equipo de cómputo y los sistemas de información necesarios para el control de los servicios.

En diciembre de 2007 se autorizó por primera vez la contratación de los cuatro servicios médicos plurianuales: banco de sangre, pruebas de laboratorio clínico, hemodiálisis interna y procedimientos de mínima invasión. En el periodo 2011-2013 nuevamente se autorizó esta opción, integrando un requerimiento proporcionado por las delegaciones y UMAE de 392,000 pruebas de laboratorio clínico, más de 3.5 millones de procedimientos de banco de sangre, 530,000 procedimientos de cirugía de mínima invasión y casi 4.9 millones de sesiones de hemodiálisis interna. La contratación plurianual de estos servicios integrales en 2011-2013, aprobada por el H. Consejo Técnico en septiembre de 2010, asciende a un monto global de 19,769 mdp. De este presupuesto, 9,860.4 mdp se asignan a pruebas de laboratorio clínico, 3,826 mdp a banco de sangre, 3,868 mdp a procedimientos de mínima invasión y 2,214.6 mdp a sesiones de hemodiálisis interna.

Entre los beneficios de la contratación de este tipo de servicios destaca la mejora de la calidad de la atención médica, al realizar de manera oportuna el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. A través de los servicios integrales se ha logrado una mayor disponibilidad de sangre

segura en las unidades médicas institucionales, se ha implementado una variedad de cirugías y procedimientos de mínima invasión como es el caso de la endoscopia (gástrica y neumológica), Oftalmología y Otorrinolaringología en el periodo 2011-2013, y se ha obtenido una mayor cobertura en la terapia sustitutiva de soporte de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC).

Informe de Labores

Se consolidaron los requerimientos remitidos por las delegaciones y UMAE, y se elaboraron las especificaciones técnico-médicas que incluyen, entre otros puntos, el Programa de Supervisión acordado previamente con el Órgano Interno de Control (OIC) en el IMSS, para los Programas de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), para los pacientes en el periodo abril-diciembre de 2012. De manera relacionada, se participó en el proceso de evaluación de las propuestas técnico-médicas en los procesos licitatorios de DPA y DPCA. Cabe señalar que con motivo de estas contrataciones, las delegaciones y UMAE darán seguimiento a los bienes entregados en el domicilio de los pacientes y la recolección de aquellos que por algún motivo hayan egresado de dichos programas, en apego a los acuerdos establecidos con el OIC.

Programa de Actividades

Para este periodo se tienen programadas actividades de seguimiento y control de los servicios integrales plurianuales, con base en el comportamiento de productividad de las unidades médicas del IMSS. Asimismo, se analizará la necesidad de contratar nuevos servicios que contribuyan a mejorar la cobertura de la demanda de atención médica, con base en los estudios de costo-beneficio y la disponibilidad presupuestaria del Instituto. Finalmente, se consolidarán los requerimientos de los programas DPA y DPCA para el ejercicio 2013 y se participará en los procesos licitatorios de dichos programas.

I.1.4. PROGRAMA DE CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN 6° Y 7° DÍA

El Programa de Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° Día surgió en 2008 con el objetivo de dar respuesta al desequilibrio generado por la creciente demanda de atención y el déficit de consultorios de medicina familiar. El Programa busca hacer uso eficiente de los recursos que no son ocupados en fin de semana, mejorando la accesibilidad y oportunidad en la atención médica. Las unidades participantes en el Programa son seleccionadas con base en dos criterios: población adscrita a medicina familiar igual o mayor a 3,000 derechohabientes por UMF y promedio de consulta hora-médico igual o mayor de cuatro.

Desde el inicio del Programa en 2008, al mes de junio de 2012 se han otorgado 5'701,167 consultas en fin de semana. El número de consultas otorgadas por año se ha incrementado paulatinamente, pasando de 127,440 en 2008 a 1'842,107 en 2011. Los valores alcanzados en los indicadores de desempeño se han consolidado durante este periodo y se mantienen dentro de la referencia establecida.

Desde el inicio del Programa en 2008, al mes de junio de 2012 se han otorgado 5'701,167 consultas en fin de semana, de las cuales 2'121,689 tuvieron lugar en el periodo del Informe.

En el periodo comprendido de junio de 2011 a junio de 2012 participaron en el Programa 32 delegaciones con 205 UMF y 1,110 consultorios. Se otorgaron 2'121,689 consultas en fin de semana, de las cuales 93 por ciento fueron para derechohabientes que solicitaron cita previa (tabla I.12).

El promedio hora-médico alcanzado fue de 4.1 y el porcentaje de atención a asegurados de 38. Del total de consultas, 4.6 por ciento se otorgó a mujeres embarazadas, cumpliendo con la disposición de promover y privilegiar la cita previa para estas derechohabientes. En comparación con

TABLA I.12. CONSULTAS OTORGADAS EN 6° Y 7° DÍA
(NÚMERO DE CONSULTAS, JUNIO DE 2011-JUNIO DE 2012)

Delegación	Consulta	Delegación	Consulta
Aguascalientes	33,463	Michoacán	76,414
Baja California	31,356	Morelos	16,391
Baja California Sur	8,269	Nayarit	19,081
Campeche	10,807	Nuevo León	250,321
Chiapas	49,275	Oaxaca	32,935
Chihuahua	108,765	Puebla	84,675
Coahuila	121,369	Querétaro	80,353
Colima	13,058	Quintana Roo	135,022
D. F. Sur	53,568	San Luis Potosí	74,056
Durango	24,384	Sinaloa	78,009
Guanajuato	94,892	Sonora	122,784
Guerrero	29,159	Tamaulipas	58,530
Hidalgo	14,453	Veracruz Norte	80,150
Jalisco	144,235	Veracruz Sur	45,500
México Poniente	52,293	Yucatán	37,703
México Oriente	128,314	Zacatecas	12,105
Total		**2,121,689**	

Fuente: IMSS.

el periodo 2010-2011, se registró un incremento de 9,618 consultas (0.4 por ciento), consolidándose los logros en los indicadores de desempeño del Programa. En tal sentido, el promedio de consulta hora-médico se ha mantenido en 4.1, superando el valor de referencia (vr) de 4, mientras que el porcentaje de atención a través de cita previa fue de 93 por ciento (vr > 90 por ciento). Por su parte, el porcentaje de atención a asegurados es de 38 (vr > 40 por ciento) y la atención a embarazadas se incrementó un punto porcentual, de 4.5 a 4.6 (vr > 3.5 por ciento). Todos ellos, a excepción del porcentaje de atención a asegurados, dentro de las metas establecidas para el Programa.

Un avance adicional fue la instalación en todas las UMF de la versión 4.2 del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), que ya contiene la agenda electrónica de 6° y 7° día. Por otra parte, ha continuado la operación de ocho UMF en la estrategia presidencial Todos Somos Juárez, con un total de 12 consultorios. Mediante este esquema se proporcionaron un promedio de 1,035 consultas por mes, de las cuales 49 por ciento correspondieron a asegurados trabajadores y 3.5 por ciento a embarazadas, con un promedio de consultas hora-médico de 3.9.

Programa de Actividades

Como resultado del dinamismo del Programa, la apertura de nuevas UMF y la redistribución de la población, se espera que durante el segundo semestre, el número de UMF y consultorios se mantenga estable, estimándose otorgar 2 millones de consultas durante el periodo enero-diciembre de 2012. Al cierre del periodo se espera que las consultas otorgadas por cita previa representen 95 por ciento del total y se mantenga un promedio hora-médico mayor a cuatro. Adicionalmente, se estima que la atención a asegurados trabajadores corresponda a 40 por ciento y la de mujeres embarazadas a 6 por ciento del total de consultas otorgadas. Por último, continuarán las acciones de monitoreo, análisis y validación de la información en el ámbito nacional con el propósito de identificar con oportunidad aquellas unidades médicas que cumplan criterios de inclusión.

I.1.5. MEJORAR LA ATENCIÓN EN URGENCIAS

El Programa Nacional de Salud (PRONASA) establece en su segundo objetivo la necesidad de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Indiscutiblemente, la atención médica en todas sus vertientes tiene por objetivo restaurar la salud e idealmente satisfacer las expectativas del usuario. En este sentido, la patología aguda es de especial interés tanto para el paciente como para los profesionales de salud, pues en muchas ocasiones la atención oportuna con la toma de decisiones evitará complicaciones severas o la muerte. Estas condicionantes hacen especial el servicio de Urgencias, por ser un área crítica y la principal puerta de entrada a la atención hospitalaria.

Una problemática importante de este servicio es la sobredemanda, generada en gran medida por las urgencias sentidas. Este término se utiliza institucionalmente para referirse a la inadecuada utilización del servicio, en donde los pacientes acuden por patologías que no requieren atención en Urgencias y que podrían ser atendidas en el primer nivel de atención. La magnitud de este fenómeno se ha incrementado considerablemente, de tal manera que los servicios de Urgencias llegan a atender urgencias sentidas hasta en 78 por ciento.

En el 2009 se realizó el diagnóstico del estado que guardaban los servicios de Urgencias, identificando 18 delegaciones con estancia prolongada en Urgencias, así como problemas de gestión en los propios servicios y en su interrelación con los servicios auxiliares de diagnóstico, de hospitalización o bien, de oportunidad en la interconsulta con las diferentes especialidades.

Como resultado del diagnóstico se llevaron a cabo acciones para mejorar la gestión interna hospitalaria y del servicio de Urgencias, y en este último se implantó un sistema de clasificación para agilizar la atención de pacientes de acuerdo con su nivel de gravedad (*triage*). Además, se creó la estrategia de Redes Zonales que busca utilizar la infraestructura ya instalada en los servicios de Urgencias de UMF, en apoyo a estos servicios en hospitales.

De manera adicional a las mejoras derivadas del diagnóstico de los servicios, se comenzó un Programa de obras para fortalecer los servicios de Urgencias y cumplir con la norma denominada Regulación de los Servicios de Salud, que establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos de atención médica. Se incluyeron 36 obras adicionales dentro de este Programa para ampliación y remodelación de los servicios de Urgencias, aunque en 2010 esta cifra se redujo a 35, al determinar que el HGZ No. 29 de San Juan de Aragón quedaría fuera, en virtud de requerir más obras de ampliación y remodelación.

Se consolidaron 93 Redes Zonales, cuya población beneficiada asciende a 26’447,821 derechohabientes. Durante el periodo de junio de 2011 a junio de 2012 se trasladaron 13,336 pacientes de los servicios de Urgencias de hospitales a los servicios de Urgencias de UMF en las 93 Redes Zonales, observando un impacto positivo en los porcentajes de ocupación y estancia prolongada de pacientes en las áreas de Observación de Urgencias de los hospitales. En la medición comparativa del periodo julio-diciembre de 2011 y enero-junio de 2012 se continúa observando una mejoría, registrando una disminución de 4.23 puntos porcentuales

para el indicador de estancia prolongada. Por su parte, el porcentaje de ocupación en las áreas de Observación se redujo en 12.1 puntos, resultando el acumulado total de dicha mejora en el periodo de febrero de 2010 que inició la estrategia a junio de 2012 de 7.8 y 25.1 puntos porcentuales, respectivamente, lo que se traduce en una mayor oportunidad de la atención e incremento de la disponibilidad de recursos para la atención de la demanda de servicios de los derechohabientes.

La operación de 93 Redes Zonales permitió la reducción a junio de 2012 de 7.8 y 25.1 puntos porcentuales en la ocupación y estancia prolongada en Observación de Urgencias del segundo nivel, respecto a lo registrado al inicio del Programa en febrero de 2010.

Con el propósito de mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes se instaló el Sistema de Información Aeropuerto, que consta de pantallas informativas para dar a conocer el estado de salud y ubicación de los pacientes internados en el área de Observación de Urgencias. Para este fin se adquirieron 732 pantallas, las cuales se complementaron con 15 ya existentes en las unidades y 10 que se anexaron como resultado de la apertura de unidades nuevas, logrando un universo total de 757 para las salas de espera de los servicios de Urgencias de los tres niveles de atención.

El Sistema de Información Aeropuerto consta de 757 pantallas en las salas de espera de los servicios de Urgencias que comunican a las familias el estado de salud y ubicación de los pacientes internados.

Se concluyó el diagnóstico del requerimiento de Sala de Altas en los diferentes hospitales de segundo nivel, con la finalidad de agilizar el egreso de los pacientes hospitalizados e incrementar la disponibilidad de camas para el ingreso de pacientes a Urgencias con indicación de hospitalización.

Programa de Actividades

Para garantizar el adecuado funcionamiento de las 93 Redes Zonales se continuará la supervisión mensual del desempeño operativo mediante el análisis de los registros contenidos en las cédulas “Registro de Actividades en Redes Zonales” e “Informe mensual de los servicios de Urgencias” enviadas por las delegaciones. Estos documentos permiten otorgar retroinformación a las delegaciones de los resultados identificados susceptibles de mejora, a fin de que se efectúen las acciones pertinentes a través de asesorías presenciales o a distancia.

Se dará continuidad en forma conjunta con Servicios Generales para la dotación de las 76 ambulancias requeridas para el traslado oportuno de pacientes entre las unidades médicas que

integran las Redes Zonales. Asimismo, se dará seguimiento a la solicitud de instalación del sistema de intercomunicación que enlazará los servicios de Urgencias de dichas Redes.

Respecto al Sistema de Información Aeropuerto, se dará seguimiento al funcionamiento integral e instalación de las pantallas faltantes. En relación con las acciones de comunicación interna, se supervisará la permanencia de los materiales gráficos seleccionados con la finalidad de dar continuidad a la difusión de la estrategia a derechohabientes y personal institucional hasta la conclusión y puesta en marcha de las obras que actualmente se encuentran en proceso. Cabe señalar que se cuenta con material visual para dar a conocer a los derechohabientes dicho sistema, mismo que se distribuirá durante el segundo semestre de 2012.

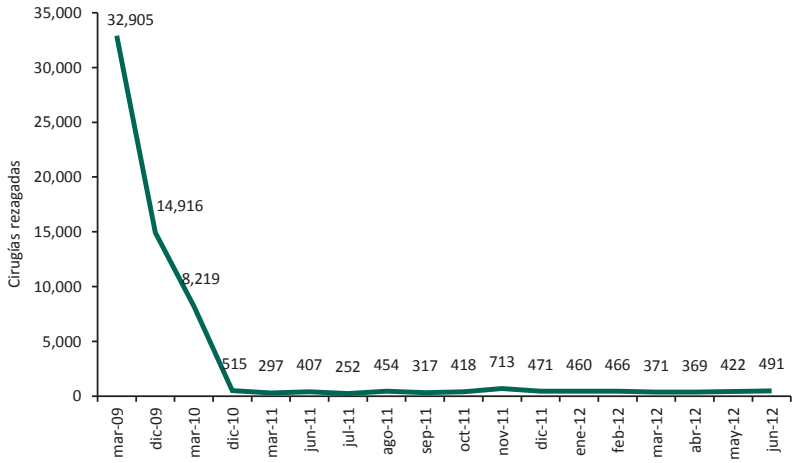
En corresponsabilidad con las diferentes instancias involucradas, se dará seguimiento al avance físico de las 35 obras de ampliación y remodelación de los servicios de Urgencias. Para el segundo semestre de 2012 se tienen programadas las revisiones de las plantillas teóricas restantes del Programa de Fortalecimiento de Urgencias.

I.1.6. DIFERIMIENTO EN CIRUGÍA PROGRAMADA

El Instituto realiza un promedio de 1.5 millones de cirugías cada año en unidades de segundo y tercer niveles. A pesar de la alta productividad hospitalaria, en marzo de 2009 se tenía una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 19,309 se encontraban en delegaciones y 13,596 en UMAE. Para atender estos procedimientos diferidos se implementó un programa estratégico emergente basado en la optimización de la utilización de salas quirúrgicas en unidades médicas de segundo y tercer niveles en los turnos matutino, vespertino y en jornadas quirúrgicas extraordinarias en fines de semana, en el fortalecimiento de la gestión del proceso quirúrgico y en la realización de encuentros médico-quirúrgicos. Asimismo, se estableció una política permanente de evitar el resurgimiento del rezago quirúrgico y disminuir progresivamente los tiempos de espera para recibir cirugía electiva.

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se realizaron 1’631,802 cirugías en unidades de segundo y tercer niveles. Al 30 de junio de 2012, 23 delegaciones y 21 UMAE lograron eliminar el diferimiento quirúrgico. A nivel nacional se registraron 491 cirugías electivas rezagadas, de las cuales 373 corresponden a unidades de segundo nivel y 118 a unidades de tercer nivel. Este resultado representa un avance en la reducción del diferimiento en cirugía programada de 98.5 por ciento (gráfica I.2).

GRÁFICA I.2. DISMINUCIÓN DEL REZAGO EN CIRUGÍA ELECTIVA
(NÚMERO DE CASOS, MARZO DE 2009-JUNIO DE 2012)

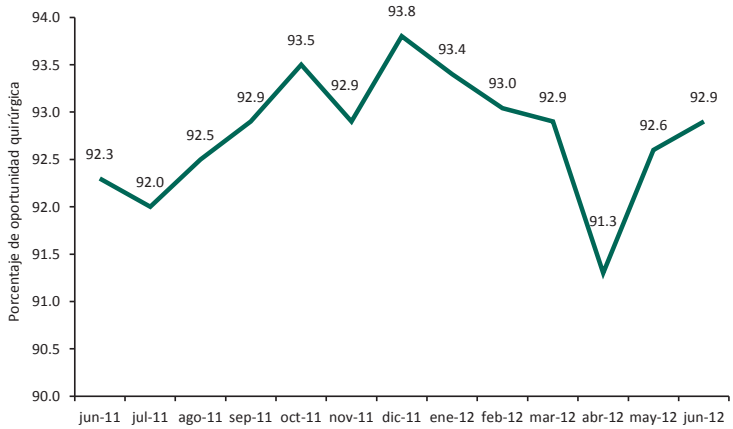


Fuente: IMSS.

La oportunidad quirúrgica, entendida como el total de cirugías electivas realizadas, no concertadas en unidades de segundo nivel, a los 20 días hábiles o menos, a partir de su solicitud (con un valor de referencia ≥ 80 por ciento), se mantuvo por arriba de 90 por ciento en 28 delegaciones, entre junio de 2011 y junio de 2012. A nivel nacional se obtuvo un promedio de 93.8 por ciento en el mismo periodo (gráfica I.3).

En el periodo del Informe se realizaron 1.6 millones de cirugías electivas con 491 procedimientos en espera de atención, que representan un avance de 98.5 por ciento en la eliminación del diferimiento registrado en 2009.

GRÁFICA I.3. OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA
(PORCENTAJE, JUNIO DE 2011-JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

Por otra parte, de marzo a julio de 2012 se actualizó la medición de los tiempos de programación quirúrgica, misma que se caracterizó por un incremento en la certidumbre de las estimaciones para procedimientos de mediana y alta complejidad. En esta medición se analizaron 20,669 registros de cirugías electivas realizadas durante el año 2011 (14,350 y 6,319 en el segundo y tercer niveles, respectivamente), evaluando el tiempo transcurrido en las distintas fases de Programación, desde la referencia del paciente del primer nivel de atención, hasta su intervención quirúrgica.

Como se observa en las tablas I.13 y I.14, se ha logrado una tendencia de disminución progresiva en el número de pacientes en rezago y en la reducción de los tiempos de espera en el proceso que comprende desde la referencia del paciente del primer nivel de atención, hasta que éste es intervenido quirúrgicamente.

Programa de Actividades

Para asegurar la continuidad de los resultados en materia de tiempo de espera y evitar el resurgimiento del rezago quirúrgico, se

TABLA I.13. COMPARATIVO DE LA MEDICIÓN DE LAS FASES DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DELEGACIONES
(DÍAS HÁBILES, 2009-2012)

Periodo evaluado	2009	Enero-Junio de 2010[1/]	Julio-Agosto de 2010	2011
Tamaño de muestra en delegaciones	4,484	7,940	16,416	14,350
Envío de UMF a primera consulta de especialidad[2/]	**20.0**	**20.0**	**18.1**	**20.0**
Primera consulta de especialidad a solicitud de cirugía	49.8	44.1	46.9	44.0
Primera consulta de especialidad a realización de cirugía	65.9	63.9	62.2	59.4
Solicitud a realización de cirugía	16.2	19.8	16.3	16.4
Envío de UMF a realización de cirugía	**85.2**	**84.0**	**79.4**	**78.4**

[1/] Medición realizada en días naturales.
[2/] 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.
Fuente: *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Annex* 3: *Detailed Country reviews*. Jeremy Hurst and Luigi Siciliani. OECD *Health Working Papers*, 2003. IMSS.

TABLA I.14. COMPARATIVO DE LA MEDICIÓN DE LAS FASES DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN UMAE
(DÍAS HÁBILES, 2009-2011)

Periodo evaluado	2009	Enero-Junio de 2010	Julio-Agosto de 2010	2011
Tamaño de muestra en UMAE	2,272	2,942	18,291	6,319
Envío de HGZ a primera consulta de especialidad	**13.2**	**10.0**	**12.8**	**13.07**
Primera consulta de especialidad a la Programación de cirugía	115.0	55.0	49.7	45.41
Programación de la cirugía a su realización	26.2	13.0	15.5	14.11
Envío de HGZ a realización de cirugía	**154.4**	**78.0**	**76.1**	**70.72**

Fuente: IMSS.

fortalecerá la gestión para optimizar la eficiencia en el uso de la capacidad instalada en salas de cirugía y cama hospitalaria. Cabe señalar que durante los últimos 12 meses, el seguimiento de los avances se ha basado en los registros nominales de pacientes en lista de espera, los cuales serán modernizados para su obtención sistematizada a través del NECE.

I.1.7. ACCIONES PARA ABATIR LA MORTALIDAD MATERNA EN DERECHOHABIENTES IMSS

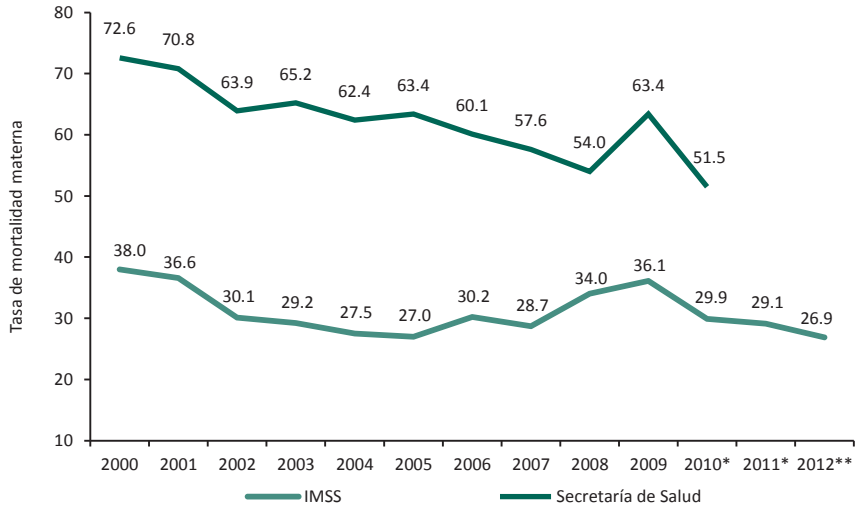
La muerte materna es uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. Por este motivo, México ha asumido el compromiso de disminuir la muerte materna de acuerdo con lo establecido en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio y en el PRONASA 2007-2012.

En este sentido, las líneas de acción permanentes para abatir la mortalidad materna en el IMSS son la vigilancia prenatal, la prevención de embarazos de alto riesgo, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para atender las emergencias obstétricas se implantaron Equipos de Respuesta Inmediata en las unidades hospitalarias, que son acompañadas por equipos de apoyo a nivel delegacional y central.

Informe de Labores

La tasa de muerte materna obtenida en el Régimen Obligatorio del IMSS al cierre de 2011 fue de 29.1 por 100,000 nacidos vivos, menor al último reporte de la Secretaría de Salud (SSA) de 51.5 por 100,000 nacidos vivos en 2010 (gráfica I.4).

GRÁFICA I.4. COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE MUERTE MATERNA
(TASA POR 100,000 NACIDOS VIVOS, PRELIMINAR 2000-2012)



* Información preliminar.
** Tasa anualizada al mes de julio de 2012.
Fuente: DGIS, SSA, CIEMM, IMSS.

La tasa de muerte materna obtenida en el Régimen Obligatorio del IMSS en 2011 fue de 29.1 por 100,000 nacidos vivos, resultado de las acciones para incrementar la vigilancia prenatal, prevenir los embarazos de alto riesgo, así como brindar tratamiento oportuno durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En materia de vigilancia prenatal, el promedio de atenciones prenatales por embarazada en derechohabientes del Régimen Obligatorio fue de 7.7, cifra superior a la meta establecida en la NOM-007 de cinco consultas. Asimismo, al 31 de diciembre de 2011 se superó en 16 por ciento la meta estimada de vacunación a pacientes embarazadas de 250,000, con un total de 290,160 inmunizaciones aplicadas.

Para mantener las líneas de acción para la disminución de la mortalidad materna se realizan de manera permanente reuniones de capacitación a Coordinadores Delegacionales y Jefes de División y de Servicio de Gineco-Obstetricia, en unidades de segundo y tercer niveles de atención. En este sentido, los días 19 al 22 de junio de 2012 se efectuó la Sexta Reunión de Capacitación Gerencial para Jefes de Servicio de Gineco-Obstetricia de hospitales y Jefes de División de Obstetricia de UMAE, con el objetivo de mejorar la coordinación interdisciplinaria y promover la comunicación entre directivos, y la mayor eficiencia de los Equipos de Respuesta Inmediata para atención de la emergencia obstétrica y los Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna. Asimismo, se establecieron cursos de capacitación teórico-práctica en el manejo de la hemorragia obstétrica en las UMAE con Gineco-Obstetricia a los médicos operativos de segundo nivel de atención. Al cierre de junio de 2012 se han capacitado 130 médicos gineco-obstetras.

En concordancia con la universalización de los servicios el IMSS, al amparo del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, proporcionó atención a pacientes no derechohabientes que sufren una emergencia obstétrica. Entre mayo de 2009 y marzo de 2012 el Instituto ha proporcionado atención a 1,182 recién nacidos y 3,568 mujeres en estado grávido puerperal, de las cuales 1,867 se clasificaron como emergencia obstétrica.

En el marco del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, entre mayo de 2009 y marzo de 2012 se ha proporcionado atención a 3,568 mujeres en estado grávido puerperal no derechohabientes del IMSS.

Programa de Actividades

Con objeto de mejorar la oportunidad y la calidad de la atención materna, se mantienen como acciones continuas la vigilancia prenatal, la prevención de los embarazos de alto riesgo, especialmente en las pacientes con enfermedades preexistentes, y la atención de la emergencia obstétrica mediante Equipos Interdisciplinarios de Respuesta Inmediata.

En las unidades médicas permanece la práctica de simulacros para que los Equipos de Respuesta Inmediata consoliden acciones que permitan mejorar la eficacia y efectividad en la identificación y atención de la emergencia obstétrica. Adicionalmente, se continuará con la estrategia establecida en 2009 de reportar a todas las pacientes gestantes con emergencia y en riesgo de morir, a través de la notificación inmediata vía telefónica a nivel central y *chats* regionales las 24 horas del día, los 365 días del año. Lo anterior, con la finalidad de agilizar las gestiones de apoyo a pacientes derechohabientes y a aquellas pacientes que requieran atención al amparo del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica.

Se encuentra en proceso el diseño de los sistemas de información que permitan conocer el número de mujeres en edad fértil con enfermedades preexistentes que no usan métodos anticonceptivos, con el fin de otorgarles métodos preferentemente de alta continuidad y disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo.

I.1.8. PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

Derivado de las transiciones demográfica y epidemiológica, con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el alarmante número de casos de la pandemia de obesidad y el uso inadecuado de medicamentos, existe a nivel mundial, y en México particularmente, un importante aumento de pacientes con IRC. Esto es, el daño severo a los riñones que impide que filtren adecuadamente las sustancias tóxicas del organismo que, si no es tratado, conduce irreversiblemente a la muerte.

Existen en la actualidad varios tipos de tratamientos que permiten incrementar el número de años de vida como son la diálisis, la hemodiálisis y el trasplante renal. De estos, el trasplante ofrece una mejor calidad de vida, ya que con los tratamientos dialíticos el paciente es incapaz de mantener una actividad normal, por requerir frecuentes cuidados médicos.

El tratamiento con trasplante renal proporciona al paciente independencia de máquinas o de hospitales, facilitándole su reintegración a la vida económicamente activa. Es la mejor opción terapéutica confirmada por los expertos internacionales, médicos y economistas (tabla I.15), así como por la percepción y satisfacción de los propios pacientes y sus familiares; comparado con las otras opciones, el trasplante renal es hasta cinco veces más económico (tablas I.16 y I.17).

TABLA I.15. SOBREVIDA ESTIMADA CON DIÁLISIS PERITONEAL Y TRASPLANTE RENAL
(PORCENTAJE)

Sobrevida	Diálisis peritoneal	Trasplante renal
1 año	86	90
3 años	67	80
6 años	38	75

Fuente: IMSS.

TABLA I.16. COSTO DE LOS TRATAMIENTOS DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
(MONTO EN PESOS)

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
Trasplantes	**Primer año**	**> 1 año**	**5 años**
Donador vivo	288,174	49,674	486,870
Donador cadavérico	407,903	104,281	825,028

Fuente: IMSS.

TABLA I.17. ESTIMACIÓN DE COSTOS POR TIPO DE PACIENTE
(MILLONES DE PESOS)

Pacientes	Número de pacientes por año	Costo total a 5 años de los pacientes con trasplante	Costo total a 5 años de los pacientes en diálisis/hemodiálisis	Ahorro generado al realizar trasplantes	Porcentaje de ahorro
Adulto	2,220	1,298	2,132	834	39
Pediátrico	140	66	153	87	57
Total	**2,360**	**1,364**	**2,285**	**921**	**40**

Fuente: IMSS.

Actualmente, en nuestro país la IRC ocupa el décimo lugar como causa de mortalidad general, con una incidencia de 100 a 400 casos por cada millón de habitantes. En el IMSS se estiman de 4,600 a 18,400 nuevos casos por año y el manejo sustitutivo (diálisis/hemodiálisis) del paciente con falla renal consume aproximadamente 7 por ciento del presupuesto total destinado a la atención médica.

De acuerdo con estos datos, desde 2009 se estableció la meta de realizar 2,500 trasplantes al año para alcanzar una tasa de trasplantes de 50 por millón de derechohabientes, similar a la de España y Estados Unidos de América, por lo que se elaboró un proyecto de fortalecimiento de los programas de trasplante renal que permitirá equilibrar la oferta y la demanda gradualmente.

Este esfuerzo de fortalecer el programa de trasplantes ha generado resultados satisfactorios. Entre 2007 y 2011 el número de trasplantes renales realizados se incrementó en 39 por ciento, registrando un crecimiento anual promedio de 8.7 por ciento. En contraste, el crecimiento anual promedio del periodo 2001 a 2006 fue de 2.1 por ciento (gráfica I.5).

Entre 2007 y 2011 el número de trasplantes renales realizados se incrementó en 39 por ciento, registrando un crecimiento anual promedio de 8.7 por ciento. En contraste, el crecimiento anual promedio del periodo 2001 a 2006 fue de 2.1 por ciento.

GRÁFICA I.5. AVANCES EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DEL IMSS
(NÚMERO DE TRASPLANTES, 2001-2012)

Fuente: IMSS.

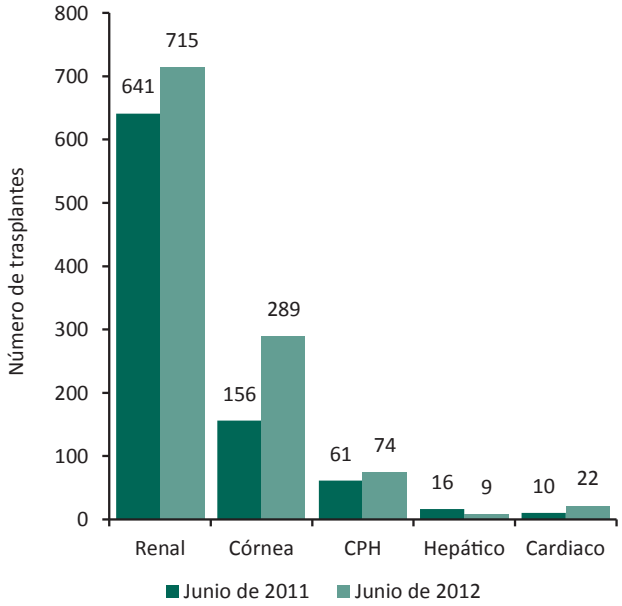
Acuerdos de Gestión para Incentivar el Programa de Trasplantes

Ante el compromiso de establecer medidas para fortalecer la viabilidad financiera del Instituto, se buscaron estrategias para asignar el presupuesto con base en resultados, así como fortalecer Programas que en el mediano plazo generen ahorros. Este es el caso de los Acuerdos de Gestión para Incentivar el Programa de Trasplantes, cuya meta es duplicar el número de trasplantes en tres años, con 2,000 trasplantes renales anuales a partir de 2012.

Informe de Labores

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se realizaron 1,990 procedimientos, sobresaliendo los de riñón (1,483) y los de córnea (350), que representan más de 90 por ciento del total de trasplantes. Los 1,483 trasplantes renales realizados en 13 UMAE y 13 unidades médicas hospitalarias del segundo nivel de atención representan 57.3 por ciento del total nacional. De estos trasplantes, 18.3 por ciento provienen de donadores cadavéricos, cifra 17 por ciento mayor al registrado en el periodo del Informe anterior. Durante el primer semestre de 2012 se observa un incremento en trasplante renal de 11.5 por ciento en relación con el periodo anterior; en córnea, de 85.2 por ciento; en células progenitoras hematopoyéticas (CPH), de 21.3 por ciento y en corazón, de 120 por ciento (gráfica I.6).

GRÁFICA I.6. TRASPLANTES REALIZADOS
(NÚMERO DE TRASPLANTES,
JUNIO DE 2011-JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

En el periodo del Informe el IMSS realizó 1,990 trasplantes, sobresaliendo 1,483 de riñón, que representan 57.3 por ciento del total de trasplantes de este tipo a nivel nacional.

El IMSS organizó en el segundo semestre de 2011 el cuarto Consenso Nacional de Médicos Dedicados al Trasplante Renal, en el que participaron especialistas clínicos y quirúrgicos. Entre otras, se establecieron estrategias y compromisos para incrementar el número de trasplantes renales exitosos con el fin de que la función del implante renal prevalezca para mejorar

la expectativa de vida del paciente. Otros puntos relevantes del Consenso Nacional fueron la identificación de áreas de oportunidad médica y social para incrementar la donación cadavérica y las acciones para favorecer el envío oportuno de pacientes a los hospitales.

Desde 2008 se ha dado prioridad a la capacitación del personal, instituyendo los Cursos de Alta Especialización en Trasplante Renal, dirigido a médicos especialistas y enfermeras, con duración de 11 y tres meses, respectivamente. A la fecha del Informe se ha capacitado a un total de 68 médicos y 69 enfermeras, y se encuentran en proceso de formación 42 especialistas clínicos y quirúrgicos, así como 23 enfermeras.

Se ha continuado con la implementación de los Acuerdos de Gestión para Incentivar el Programa de Trasplantes, en donde el pago de incentivos se otorga con base en el aumento del número de trasplantes realizados y el seguimiento de los pacientes. En 2010 se proporcionaron 38 mdp a UMAE, destinados principalmente al fortalecimiento de las áreas de trasplante renal. Para 2011 se incorporaron cuatro unidades y se dejaron fuera a las dos de menor productividad en 2010, colocando la meta de trasplantes en 1,155. Los incentivos generados en el 2011 fueron de 27 mdp.

Para favorecer el envío oportuno de pacientes con IRC terminal a los hospitales se difundió la normatividad en materia de trasplantes, estableciendo metas específicas y compromisos por cada delegación. Asimismo, se firmaron acuerdos para la referencia y recepción de pacientes entre las delegaciones y UMAE con programa de trasplante renal y se continuó con la integración de un listado nominal de pacientes con falla renal candidatos a trasplante para ser referidos a los hospitales. Esto ha significado un incremento en el registro de pacientes en la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), pasando de 5,139 a 6,100.

Con el objetivo de impulsar la cultura de donación cadavérica se asignaron 12 plazas para Coordinador Hospitalario de Donación y 10 más se encuentran en trámite. Se ha capacitado durante esta administración a 66 médicos en el Diplomado Universitario para la Formación de Coordinadores de Donación de Órganos con Fines de Trasplante, impartido conjuntamente con el CENATRA y avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para incrementar la donación de órganos y tejidos, también se actualizó la normatividad institucional relacionada con la exención de pago de los estudios que se deben realizar a los donadores vivos y de cadáver que no son derechohabientes, para que nuestros derechohabientes reciban el trasplante.

Programa de Actividades

Se supervisará la integración del censo nominal de pacientes con falla renal, candidatos a trasplante, referencia oportuna a los programas, así como la

inclusión en la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes y dar cumplimiento a las metas comprometidas por delegación.

Se dará continuidad a la capacitación y supervisión operativa, así como el seguimiento a la asignación de recursos financieros relacionados con los Acuerdos de Gestión para fortalecer los programas de trasplante renal en las unidades médicas. Durante lo que resta del año se estarán entregando recursos de 27 mdp para su ejercicio en 2012, en el marco del Anexo 4 "Lineamientos operativos para la asignación del presupuesto", que se otorgará a las UMAE por los incentivos del programa de trasplantes renales realizados al amparo del Acuerdo de Gestión. Los Acuerdos de Gestión para aquellas UMAE que logren incrementar el número de trasplantes y que estos sean exitosos serán incluidos como anexos para 2012 en los Acuerdos de Gestión para el Fortalecimiento Financiero y Administrativo de las UMAE.

Dado que se considera incorporar al Programa a unidades de segundo nivel, se elaborará un Acuerdo de Gestión específico con las delegaciones, como se muestra en la tabla I.18.

Por otro lado, se administrará el contrato para la prestación del servicio de extracción y procesamiento de tejido corneal humano por donación cadavérica proveniente del banco de tejidos del extranjero, en beneficio de los derechohabientes que requieren un trasplante. Asimismo, para obtener las licencias sanitarias, así como la disposición de órganos y tejidos en la modalidad de procuración, sobre todo de las unidades médicas que aún no se han integrado a la Red Institucional de Donación, se colaborará con la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para realizar los trámites administrativos pertinentes.

TABLA I.18. METAS DE TRASPLANTES RENALES DE LAS UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
(NÚMERO DE TRASPLANTES, 2009-2012)

	Trasplantes			Metas 2012	
Unidades de segundo nivel	**2009**	**2010**	**2011**	**Mínimas**	**Máximas**
HGZ No. 50, San Luis Potosí	11	19	22	15	24
HGZ No. 49, Los Mochis	7	20	16	15	24
HGR No. 33, Monterrey	*	14	10	12	18
HGR No. 1, Tijuana	18	29	12	20	32
HGR No. 1, Mc Gregor	18	19	6	15	24
HGZ/MF No. 1, La Paz	*	5	4	7	12
Total	**54**	**106**	**70**	**84**	**134**

*Programas que inician en 2010.
Fuente: IMSS.

I.1.9. DIABETIMSS

Debido al impacto social y económico que causa la diabetes, el Instituto puso en marcha el Programa DIABETIMSS. Para operar DIABETIMSS, se capacita al equipo de salud en el modelo de atención médico-asistencial y de educación grupal, formando un equipo multidisciplinario que se centra en la atención del paciente y su familia. El objetivo es enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar las metas de control metabólico con los parámetros de valores normales de glucosa, lípidos y presión arterial, así como a identificar en forma temprana las complicaciones en el riñón, ojos, pies, etcétera. De esta manera se busca lograr una intervención oportuna que se traduzca, en el mediano y largo plazos, en una disminución considerable de los efectos catastróficos de las complicaciones de esta enfermedad, y en una mejor calidad y esperanza de vida del paciente, en beneficio de éste y del Instituto.

En el IMSS, durante el año 2011 se otorgaron 13'561,680 consultas por diabetes en la consulta de medicina familiar y este padecimiento ocupó el quinto lugar en la consulta de especialidades. Fue la primera causa de muerte con 21,096 defunciones y a nivel nacional se espera que para el año 2025 existan 11 millones de enfermos.

En el IMSS, la diabetes fue la primera causa de muerte en 2011 con 21,096 defunciones y a nivel nacional se espera que para el año 2025 existan 11 millones de enfermos.

Los resultados económicos esperados con DIABETIMSS se podrán percibir a partir de los cinco y siete años de iniciado el Programa. Sin embargo, al lograr el control de los pacientes diabéticos como se planteó en marzo del 2010, los gastos diarios que se tienen por concepto de hemodiálisis ambulatoria (1'476,843 pesos), diálisis peritoneal (1'421,454 pesos) y rehabilitación de pacientes amputados (727,954 pesos) se reducirán. Se ha estimado que al transcurrir el periodo se tendrá una disminución de 15 por ciento de los costos totales por atención a los pacientes diabéticos, 20 por ciento en complicaciones, 18 por ciento en invalidez y 14 por ciento en mortalidad.

La primera fase del Programa inició en octubre de 2008 y se implantaron 35 módulos con recursos gestionados por nivel central. Los componentes del Programa son: consultorio de medicina familiar, área física para actividades educativas para 20 a 24 personas, Guía de Práctica Clínica y manuales de implantación y operación. Para la segunda fase, en 2009-2010 los recursos por parte de nivel central fueron aplicados a 39 módulos (cinco plazas de nueva creación por módulo), y las delegaciones implantaron 27 módulos más utilizando recursos propios.

En los meses de septiembre y octubre de 2008 se capacitó a 81 directivos delegacionales y 245 personas de categoría de Base con los que funcionarían los 35 módulos iniciales. Asimismo, en junio y septiembre de 2009 se capacitaron 105 directivos y 221 integrantes del equipo de salud

de Base, con el propósito de replicar el proceso entre el personal en las UMF seleccionadas para implementar nuevos módulos.

Informe de Labores

En el periodo junio de 2011 a junio de 2012 se implantaron 40 nuevos módulos, en los que se atendieron 89,691 pacientes y se otorgaron 593,299 consultas. El promedio hora-médico registrado fue de 3.64 y se alcanzaron metas de control en glucosa ≤ 126 mg/dl, presión arterial < 130/80 mmHg, colesterol total ≤ 200 mg/dl y triglicéridos ≤ 150 mg/dl en 43 por ciento de los pacientes. La referencia a segundo nivel de los pacientes en los que se identificaron complicaciones incipientes fue de 94 por ciento.

Al cierre de junio de 2012 se logró un total de 133 módulos de DIABETIMSS a nivel nacional. Se asignaron 140 plazas de nueva creación. Cabe señalar que en el mes de mayo del 2012 se llevó a cabo un curso-taller de evaluación y seguimiento de los módulos y del Programa en la consulta de medicina familiar, a la que asistieron 175 directivos de las 35 delegaciones (tabla I.19).

En el periodo del Informe se implantaron 40 nuevos módulos, en los que se atendieron 89,691 pacientes y se otorgaron 593,299 consultas. Se alcanzaron metas de control en glucosa, presión arterial, colesterol total y triglicéridos en 43 por ciento de los pacientes.

Durante los meses de junio de 2011 al mes de abril de 2012, se llevó a cabo la actualización de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, misma que fue difundida en Intranet y en todas las UMF, en conjunto con otros documentos normativos que complementan la buena práctica para la atención del paciente diabético. Adicionalmente, se definieron los diseños del material de comunicación interna y en marzo de 2012 se autorizó el presupuesto necesario para generar el material de difusión dirigido a los derechohabientes, personal médico y paramédico de las unidades.

TABLA I.19. AVANCES DEL PROGRAMA DIABETIMSS
(2008-JUNIO DE 2012)

Año	Implantación de módulos	Consultas otorgadas	Número de pacientes	Promedio hora-médico anual	Porcentaje de control metabólico	Referencia a segundo nivel
Oct-Dic 2008	26	12,628	6,489	1.20		
Ene-Dic 2009	9	151,076	24,421	2.55	52	91
Ene-Dic 2010	42	363,380	48,829	3.56	32	36
Ene-Dic 2011	24	603,598	61,736	3.60	44	59
Ene-Jun 2012	32	353,526	89,691	4.00	45	79
Acumulado	**133**	**1,484,208**	**231,166**	**2.98**	**43**	**66**

Fuente: IMSS.

Un instrumento tecnológico que permite brindar una atención integral al paciente diabético es la cámara no midriática de retina. Dicho instrumento se agregó en el Cuadro Básico Institucional en 2010 y facilitará la identificación oportuna de lesiones en los pacientes diabéticos. Igualmente, para atender las necesidades de los pacientes diabéticos se realizó el cálculo de servicios integrales de laboratorio para el trienio 2011-2013, por tipo de prueba.

Programa de Actividades

Se continuará con la vigilancia del funcionamiento de los módulos, dando seguimiento a los indicadores de promedio hora-médico, a la referencia de pacientes a segundo nivel y se mantendrá el control metabólico entre 35 y 50 por ciento. De manera similar se monitoreará el cumplimiento de las metas establecidas en las delegaciones a través de las Jefaturas de Servicio de Prestaciones Médicas, debiendo informar los avances de productividad de los indicadores, documentando las estrategias que operan en sus delegaciones para cumplir con el valor de referencia y realizar supervisión de forma sistemática cada 15 días del funcionamiento de los módulos implantados en las delegaciones.

I.1.10. PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD (PREVENIMSS)

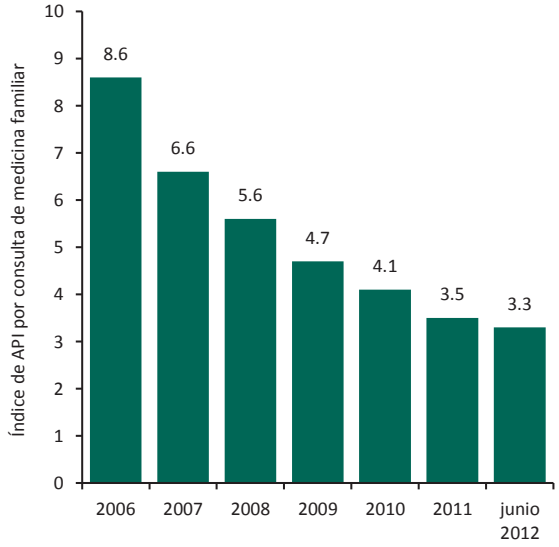
Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) otorgan un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud, dando respuesta a las aceleradas transiciones epidemiológicas y demográficas de la población y consolidando la protección a la salud de los derechohabientes en todas las etapas de la vida. Las acciones de PREVENIMSS buscan lograr un impacto favorable en la salud de los usuarios, disminuyendo el costo económico y social de la atención de enfermedades prevalentes, especialmente las crónico-degenerativas y los cánceres. Las atenciones se otorgan anualmente de acuerdo con la edad, sexo y factores de riesgo que le corresponden a cada derechohabiente.

Informe de Labores

PREVENIMSS ha favorecido un cambio en la utilización de los servicios de salud por parte de la población derechohabiente. En los últimos seis años se ha observado un incremento en la atención preventiva con relación a la atención curativa. Mientras que en 2006 por cada 8.6 consultas de medicina familiar se otorgaba una de medicina preventiva, en 2011 por cada 3.5 consultas de medicina familiar se brindó una de medicina preventiva. Al mes de junio de 2012 este indicador mantiene la tendencia descendente con 3.3 consultas de medicina familiar por una de medicina preventiva (gráfica I.7).

Se ha observado un incremento en la atención preventiva con relación a la atención curativa. En 2011, por cada 3.5 consultas de medicina familiar se brindó una de medicina preventiva, mientras que en 2006 esta razón fue de 8.6.

GRÁFICA I.7. ÍNDICE DE ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA POR ATENCIÓN CURATIVA
(ÍNDICE DE CONSULTAS, 2006-JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

Uno de los principales logros en PREVENIMSS ha sido el incremento que año con año se ha tenido en el número de derechohabientes con Atención Preventiva Integrada (API), entendida ésta como el otorgamiento de todas las acciones que conforman el Programa Integrado de Salud de cada derechohabiente, de acuerdo con su grupo de edad y sexo, en una sola consulta, otorgada por la enfermera en el módulo de PREVENIMSS. En 2006 recibieron el Programa Integrado de Salud 8.8 millones de derechohabientes; en 2011 se tuvo un incremento de 162.7 por ciento, con 23.2 millones de derechohabientes atendidos, que representa una cobertura de 64.2 por ciento. Los grupos de edad con mayor incremento porcentual en el periodo fueron: adolescentes (208 por ciento), hombres de 20 a 59 años (196.6 por ciento) y niños menores de 10 años (178.9 por ciento).

En 2011 PREVENIMSS benefició a 23.2 millones de derechohabientes, que representan una cobertura de 64.2 por ciento.

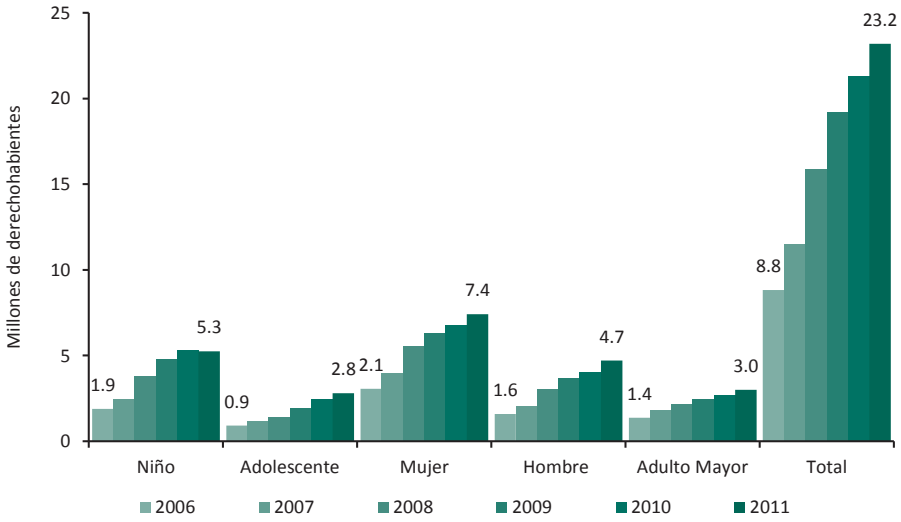
En 2011 se benefició a 5.3 millones de niños menores de 10 años (83.8 por ciento), 2.8 millones de adolescentes de 10 a 19 años (55.9 por ciento), 7.4 millones de mujeres de 20 a 59 años (71.1 por ciento), 4.7 millones de hombres de 20 a 59 años (55.1 por ciento) y 3 millones de adultos mayores (51.2 por ciento), cifras superiores a las obtenidas el año anterior en cada grupo de edad (gráficas I.8 y I.9).

Cabe señalar que de enero a junio de 2012 se alcanzó una cobertura de 55.7 por ciento, cifra similar a la reportada en el mismo periodo del año anterior de 53.4 por ciento. De continuar con esta tendencia, se superará el valor de referencia establecido a diciembre de 62.5 por ciento.

Programa de Salud del Niño Menor a 10 Años

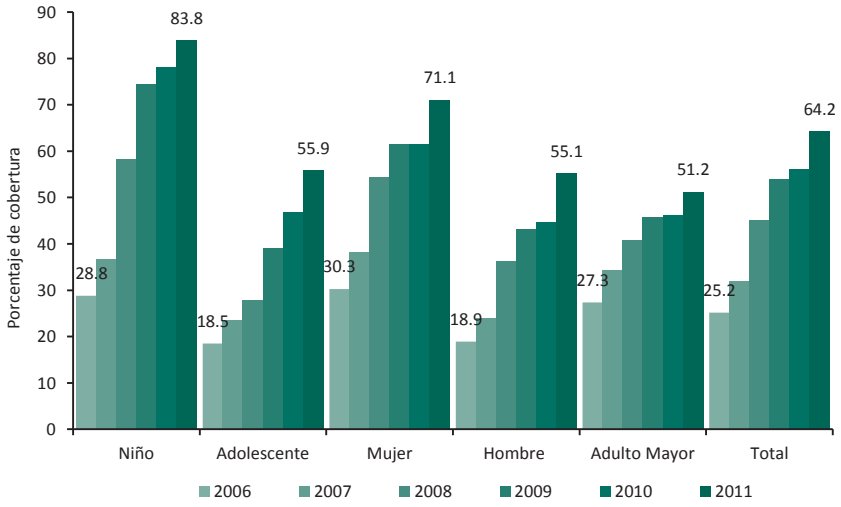
La vigilancia del estado nutricional de los niños de 0 a 9 años y las acciones orientadas a favorecer la alimentación correcta de los niños desde su nacimiento tiene un papel fundamental en este grupo. Estas acciones incluyen, entre otras, la promoción de la lactancia materna y la prevención de anemia y de cualquier grado de malnutrición. Cabe resaltar los esfuerzos orientados a la prevención y control del sobrepeso y la obesidad por el grave problema de salud pública que constituyen desde las etapas tempranas de la vida.

GRÁFICA I.8. DERECHOHABIENTES CON ATENCIONES PREVENTIVAS INTEGRADAS
(NÚMERO DE DERECHOHABIENTES, 2006-2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.9. COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS
(PORCENTAJE, 2006-2011)



Fuente: IMSS.

De 2006 a 2011 se evaluó el estado nutricional de 4.2 millones de menores de 10 años en promedio anual, observando una tendencia descendente en la prevalencia de obesidad, al pasar de 6.3 por ciento en 2006 a 5.8 por ciento en 2011 en los niños menores de 5 años, y de 14.8 por ciento a 12.9 por ciento para el mismo periodo en los de 5 a 9 años de edad, como se muestra en la gráfica I.10.

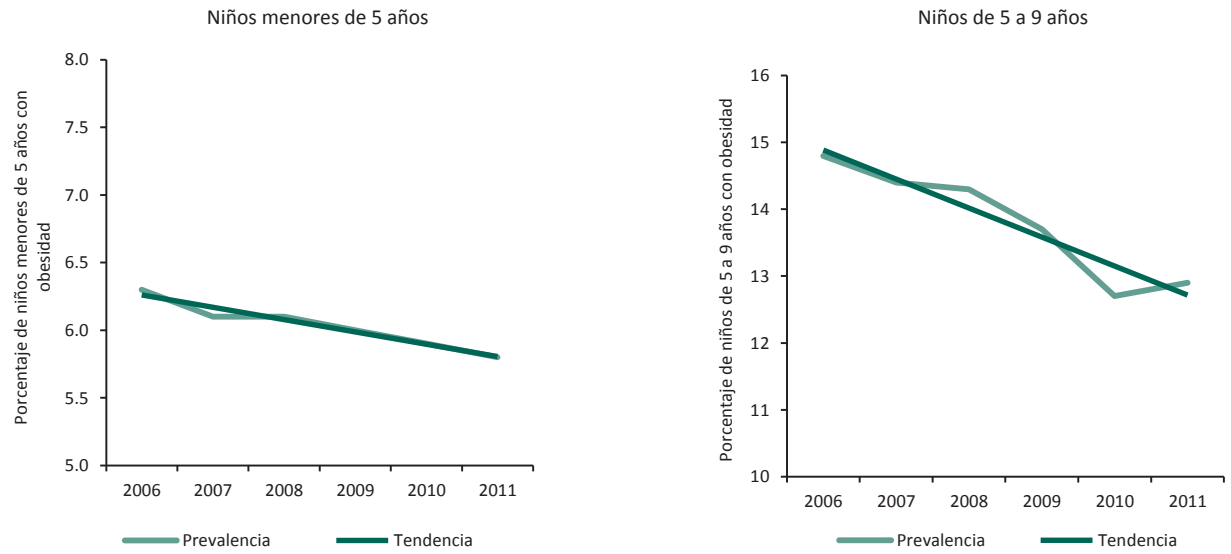
Entre 2006 y 2011 se observó una disminución en la prevalencia de obesidad de 7.9 por ciento en niños menores de 5 años y de 12.8 por ciento en niños de 5 a 9 años de edad.

En 2011 se realizó la medición de peso y talla a 4'407,873 niños menores de 10 años, que representó una cobertura de 70.3 por ciento; se identificó una prevalencia de sobrepeso de 14.2 por ciento y de 7.9 por ciento para obesidad.

De enero a junio de 2012 se vigiló el estado nutricional de 2.9 millones de niños menores de 10 años. Cabe destacar la aparente contención del sobrepeso y obesidad en este grupo de edad, ya que las prevalencias de estos padecimientos se mantienen con los mismos valores que el año anterior.

En el periodo analizado, la prevención de anemia en los menores de 1 año se ha mantenido en valores cercanos a 90 por ciento. Para 2011 se alcanzó una cobertura de 91 por ciento, cifra superior a la reportada el año anterior (88.6 por ciento), lo que contribuye a que los niños tengan un mejor desempeño durante la etapa escolar. A junio de 2012 se mantiene el logro de esta cobertura.

GRÁFICA I.10. TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS
(PORCENTAJE, 2006-2011)



Fuente: IMSS.

Otro componente de gran relevancia en este grupo de edad es la detección de enfermedades metabólicas congénitas. En 1994 se inició con la detección de hipotiroidismo congénito y en julio de 2005 se incorporaron las detecciones de fenilcetonuria, deficiencia de biotinidasa e hiperplasia adrenal congénita, padecimientos que si no se diagnostican y tratan tempranamente ocasionan retraso físico o mental, muerte prematura y definición incorrecta de sexo, entre otras complicaciones.

De 2000 a 2011 se han realizado 6'219,338 detecciones de hipotiroidismo congénito y de 2006 a 2011 2'816,921 de tamiz neonatal ampliado (fenilcetonuria, deficiencia de biotinidasa e hiperplasia adrenal congénita); las coberturas alcanzadas se han incrementado de 98.2 por ciento en 2006 a 99.1 por ciento en 2011, cifra superior al valor de referencia (95 por ciento).

Desde el inicio del Programa, se han diagnosticado y tratado 3,032 casos de hipotiroidismo congénito y de julio de 2005 a la fecha 364 casos de hiperplasia adrenal congénita, 28 de fenilcetonuria y ocho de deficiencia de biotinidasa.

Durante el 2011 se llevó a cabo en ocho delegaciones del sistema la prueba piloto para incorporar al tamiz neonatal ampliado la detección de galactosemia en los recién nacidos; como resultado se procesaron un total de 8,116 pruebas. En enero 2012 se implementó la detección de galactosemia clásica en las 35 delegaciones y al mes de mayo se han identificado tres casos probables, de los cuales se confirmaron dos casos procedentes de las Delegaciones Guanajuato y Sinaloa. A estos casos se les brindó atención médica especializada y se les prescribió fórmula de proteína aislada de soya.

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 1 año. Esta cobertura, bajo responsabilidad institucional, es de 94.8 por ciento, cifra cercana a la meta establecida por el Consejo Nacional de Vacunación de 95 por ciento en 2011. Al mes de junio de 2012 se ha mantenido una cobertura cercana a 95 por ciento.

Por otra parte, en el periodo invernal 2011-2012 se aplicaron 8'714,324 dosis de vacuna antiinfluenza estacional en los diferentes grupos de riesgo. Para mantener erradicado al polio virus silvestre del territorio nacional, se ha continuado con la estrategia de Semanas Nacionales de Salud. En este sentido, el IMSS protegió con acciones de vacunación durante las dos primeras Semanas Nacionales de Salud de 2011 a 5'434,974 niños menores de 5 años en las áreas de responsabilidad institucional, independientemente de su derechohabiencia. Para la Primera Semana Nacional de Salud de 2012 se aplicaron 2'793,478 dosis de vacuna Sabin y en la Segunda Semana de Salud, realizada en el mes de mayo, se beneficiaron alrededor de 3 millones de niños más.

Con fundamento en el éxito de JUVENIMSS, se diseñó la estrategia educativa para niños de 4 a 6 años de edad, denominada CHIQUITIMSS, que promueve el cuidado de la salud en los niños y sus familias, a través de 14 temas educativos de salud y seis de desarrollo humano, en UMF y guarderías. En 2010 se realizó una prueba piloto en la Delegación Estado de México Oriente con resultados satisfactorios, entre los que destacan el funcionamiento de seis grupos educativos en UMF con la formación de 600 promotores de CHIQUITIMSS y la participación activa de sus padres. Desde 2010 y a diciembre de 2011 se han realizado 1,973 cursos, beneficiándose a 43,908 niños y 29,773 padres. En el primer semestre de 2012 se han realizado 1,945 cursos con 44,222 niños graduados y 31,053 padres.

El Programa de Salud del Niño ha contribuido a reducir en 33.3 por ciento la mortalidad prescolar en el periodo 2000 a 2011, al pasar de una tasa de 3 por 1,000 derechohabientes menores de 5 años adscritos a médico familiar en 2000, a 2 para 2011 (gráfica I.11).

El Programa de Salud del Niño ha contribuido a reducir la mortalidad prescolar, al pasar de una tasa de 3 por 1,000 derechohabientes menores de 5 años adscritos a médico familiar en el año 2000, a 2 para 2011.

GRÁFICA I.11. MORTALIDAD EN NIÑOS DERECHOHABIENTES MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD
(TASA POR 1,000 DERECHOHABIENTES MENORES DE CINCO AÑOS, 2000-2011)

Fuente: IMSS.

Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 Años

Un componente prioritario en los adolescentes de 10 a 19 años es la vigilancia de su estado de nutrición. La medición de peso y estatura es fundamental, ya que permite conocer el adecuado crecimiento en esta importante etapa de desarrollo, así como el peso con el que el adolescente ingresará a la edad adulta. En 2011, la cobertura de medición de peso y talla fue de 57 por ciento, con una prevalencia de sobrepeso de 26.5 por ciento y de obesidad de 12 por ciento. Cabe señalar la aparente contención de las prevalencias de sobrepeso y obesidad, ya que se identificaron prevalencias ligeramente menores a las reportadas el año anterior. A junio

de 2012 se evaluó el estado nutricional de 1.8 millones de adolescentes, con una cobertura de 35.7 por ciento.

Los Centros JUVENIMSS continúan consolidándose con fundamento en la estrategia educativa entre pares, con énfasis en la promoción de conductas saludables entre las que destacan: la alimentación correcta, la práctica de ejercicio cotidiano, la salud sexual y reproductiva y la prevención de adicciones. Al término del 2011 están funcionando 355 Centros JUVENIMSS en UMF con cinco y más consultorios que ampliaron sus actividades a 677 escuelas. Se realizaron 2,861 cursos y se graduaron 114,270 promotores adolescentes, que sumados a los de años anteriores dan un total de 266,508 promotores formados. De enero a junio de 2012 se realizaron 1,925 cursos y se graduaron 82,863 adolescentes.

Durante el año 2011 continuaron las actividades en escuelas públicas de educación media superior y superior, logrando incorporar a PREVENIMSS un total de 370,917 estudiantes, los cuales se beneficiaron con todas las acciones médico-preventivas del Programa de Salud del Adolescente. Se cuenta con 98 Convenios de Colaboración suscritos a nivel nacional, delegacional o local, que formalizan el trabajo a desarrollar en este universo. Como resultado, 26 delegaciones del IMSS ya reportaron actividades en escuelas superiores. En el periodo enero a junio de 2012 el número de planteles educativos incorporados se incrementó a 768, con 400,804 alumnos beneficiados, lo que corresponde a un total acumulado desde el inicio de las acciones PREVENIMSS en escuelas de 1'893,085 estudiantes.

En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, a partir del segundo semestre de 2010 se fortalecieron las acciones para la alimentación correcta y la práctica de la actividad física en escuelas superiores. Las acciones sustantivas consistieron en promover la instalación y uso de bebederos de agua, promover la oferta de menús saludables en cafeterías y restaurantes de las escuelas e implementar el Circuito Pasos por la Salud u otra acción para la práctica de la actividad física, tanto de los estudiantes como del personal académico-administrativo. Los logros alcanzados durante 2011 en 677 planteles escolares fueron: 204 escuelas cuentan con bebederos de agua potable funcionando (30 por ciento); 368 (54 por ciento) ofertan menús saludables y en 223 (33 por ciento) se tiene implementado el Circuito Pasos por la Salud u otra actividad física. Para junio de 2012, estos logros se han superado de la siguiente manera: 402 escuelas cuentan con bebederos de agua potable funcionando (52 por ciento); 465 (60 por ciento) ofertan menús saludables y en 260 (34 por ciento) se tiene implementado el Circuito Pasos por la Salud u otra acción.

Desde marzo de 2010, el Gobierno Federal, con el propósito de mejorar las condiciones de la población de Ciudad Juárez, instituyó una estrategia con actividades intensivas de apoyo a la población de "100 días" y para dar continuidad a las mismas, implantó la estrategia Todos somos Juárez,

vigente hasta el momento. En Ciudad Juárez se están trabajando los 10 Centros JUVENIMSS comprometidos en UMF, en turnos matutino y vespertino. Se realizaron 543 cursos en los que se graduaron 9,619 promotores adolescentes PREVENIMSS.

La salud sexual y reproductiva, como componente prioritario, se enfoca al ejercicio responsable de la sexualidad para la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. El fortalecimiento de estas actividades en los adolescentes contribuyó a un incremento en la utilización del condón en la última relación sexual, de 59.9 por ciento en 2006 a 72.3 por ciento para 2010, según los resultados de la Encuesta Nacional de Cobertura de los Programas Integrados de Salud (ENCOPREVENIMSS) de estos años. A diciembre de 2011 la proporción de adolescentes con VIH/SIDA se ha mantenido por debajo del indicador de 2 por ciento.

Con respecto a la protección específica, con las vacunas aplicadas en 2011 se logró 100 por ciento de cobertura para tétanos y difteria, hepatitis B, sarampión y rubéola. Asimismo, se efectuaron 421,508 detecciones de agudeza visual, cifra superior a la realizada el año previo (391,455).

Por último, a junio de 2012, 510,268 jóvenes recibieron condones y capacitación sobre su uso correcto, y se realizaron 229,808 detecciones de agudeza visual. Las coberturas de vacunación se mantienen en 100 por ciento para los tres biológicos aplicados.

Programa de Salud de la Mujer de 20 a 59 Años

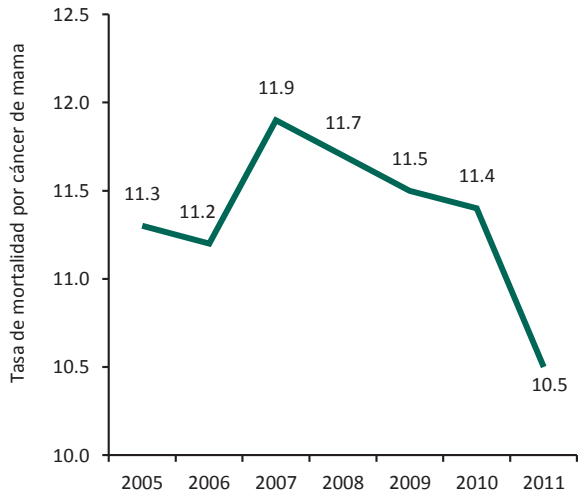
A diciembre de 2011 se vigiló el estado nutricional de 8'094,289 mujeres, con una cobertura de 77.6 por ciento. Lo anterior permitió identificar prevalencias de 36.6 por ciento de sobrepeso, 38.9 por ciento de obesidad y 86.1 por ciento de obesidad central (medida a través de la circunferencia de la cintura).

La vacunación con influenza estacional a mujeres embarazadas quedó incorporada al esquema de protección específica en este grupo a partir de la epidemia de influenza. En el periodo invernal 2011-2012 se protegió a 229,542 embarazadas, lo que corresponde a 100 por ciento de la meta programada.

La detección de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus se realizó en 687,386 mujeres de 45 a 59 años. En 4.6 millones de mujeres de 30 a 59 años se realizaron detecciones de hipertensión arterial y de tuberculosis en 543,348 casos. En todas ellas se obtuvieron coberturas superiores a las reportadas el año anterior y se cumplió con más de 85 por ciento de la meta de cobertura programada. Asimismo, se realizaron 2.9 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad, 5.4 millones de exploraciones clínicas de mama y 825,178 mastografías, cifras superiores a las reportadas en 2010.

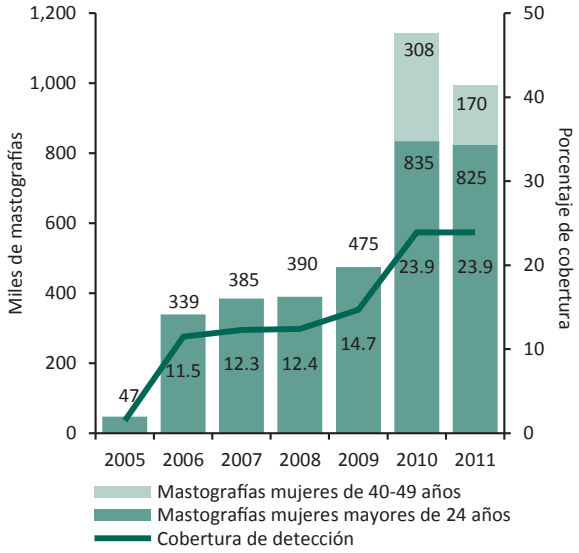
Respecto al cáncer de mama, en PREVENIMSS se dispone de diferentes medidas para su detección oportuna, de acuerdo con la edad de las mujeres, como es el caso de la exploración clínica para las mujeres de 25 a 69 años y de la mastografía para mujeres de 50 a 69 años de edad. En este sentido, la exploración clínica de mama alcanzó una cobertura de 51.1 por ciento, superior a la registrada en el mismo periodo en el año 2010 (44.4 por ciento) y a la meta sectorial establecida (35 por ciento). Por su parte, la cobertura de detección de cáncer de mama mediante mastografía fue de 23.9 por ciento, cifra superior a la meta de 20 por ciento, con una disminución de 6.3 por ciento de las defunciones por esta causa, en este grupo de edad, al pasar de una tasa de 11.2 por 100,000 mujeres de 25 y más años adscritas a médico familiar en 2006 a 10.5 en 2011 (gráfica I.12). Adicionalmente, se realizaron 169,527 mastografías de detección a las mujeres derechohabientes de 40 a 49 años, con factores de riesgo (gráfica I.13).

GRÁFICA I.12. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA
(TASA POR 100,000 MUJERES MAYORES DE 24 AÑOS ADSCRITAS A MÉDICO FAMILIAR, 2005-2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.13. DETECCIONES POR MASTOGRAFÍA
(MILES DE MASTOGRAFÍAS Y PORCENTAJE DE COBERTURA DE DETECCIÓN)

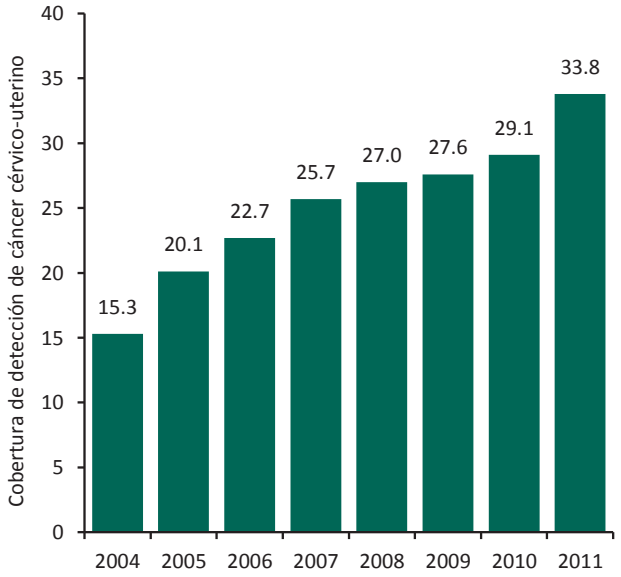


Fuente: IMSS.

La cobertura de detección de cáncer de mama mediante mastografía fue de 23.9 por ciento, contribuyendo a la disminución de 6.3 por ciento de las defunciones por esta causa en el periodo 2006-2011.

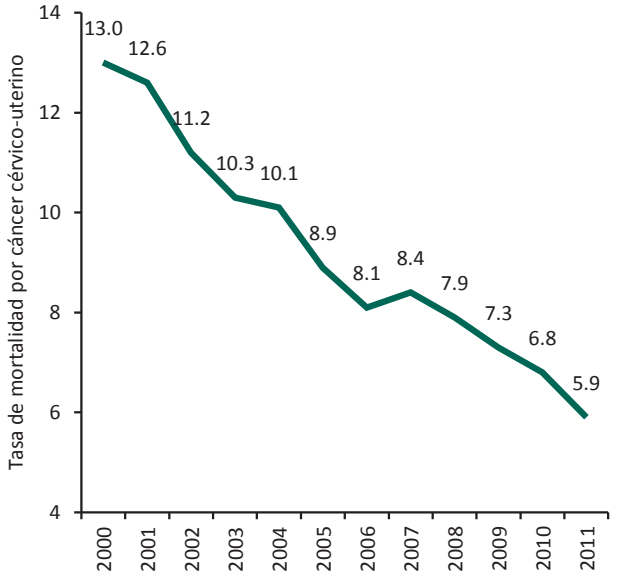
El incremento de las coberturas de detección de cáncer cérvico-uterino a partir de 2001 y la calidad de la atención médica para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno favorecieron una disminución de 54.6 por ciento en la mortalidad por este padecimiento durante el periodo 2000-2011. La tasa de mortalidad en 2011 fue de 5.9 por 100,000 mujeres de 25 años y más, lo que representa una disminución de 13.2 por ciento respecto a la tasa de 2010 (6.8). Con estos resultados se supera el compromiso del PRONASA de disminuir la tasa de cáncer cérvico-uterino en 4.5 por ciento anual (gráficas I.14 y I.15).

GRÁFICA I.14. COBERTURA DE DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS
(PORCENTAJE DE COBERTURA, 2004-2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA 1.15. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES MAYORES DE 24 AÑOS
(TASA POR 100,000 MUJERES MAYORES DE 24 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A MÉDICO FAMILIAR, 2000-2011)



Fuente: IMSS.

La mortalidad por cáncer cérvico-uterino disminuyó en 54.6 por ciento, al pasar de una tasa de 13 por 100,000 mujeres mayores de 24 años en el año 2000, a una tasa de 5.9 en 2011.

Durante el primer semestre de 2012 se han mantenido los logros obtenidos en este grupo de edad. Entre lo más relevante se encuentra la vigilancia del estado nutricional en 5.9 millones de mujeres, identificándose el mantenimiento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad; la detección de cáncer cérvico-uterino a 1.7 millones de mujeres y la mastografía para cáncer de mama a 446,696 mujeres. De continuar con este avance, al final de 2012 se obtendrán las coberturas e impactos en salud programados.

Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 Años y PREVENIMSS en Empresas

En el Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 años de edad se realizaron 5.1 millones de mediciones de peso y talla con el fin de evaluar su estado nutricional, 300,000 más que las reportadas el año anterior. Asimismo, se efectuaron 2.9 millones de detecciones de hipertensión arterial en hombres de 30 a 59 años. En lo referente a diabetes mellitus se llevaron a cabo 464,348 detecciones, y en hombres de 20 a 59 años se realizaron 313,563 pruebas de detección de tuberculosis pulmonar. Todas estas cifras fueron superiores a las registradas en 2010.

Como parte de las acciones del Programa PREVENIMSS en Empresas y acorde a la recomendación de la H. Comisión de Vigilancia en la CII Asamblea, la cual solicita **"Acercar a un mayor número de derechohabientes de las micro y medianas empresas a los beneficios del Programa PREVENIMSS"**, se informa lo siguiente:

Durante el primer semestre del año 2012 se ha logrado atender a 313,408 trabajadores, de los cuales a 288,436 se les realizó la API, que representa 92 por ciento del total de trabajadores atendidos en su centro laboral. Del total de trabajadores atendidos, 94,172 pertenecen a empresas con las que el Instituto firmó un convenio de colaboración nacional. Además de éstas, también se atienden a otras empresas con una gama muy amplia de características, que por su tamaño corresponden a: micro y pequeña empresa (32,357 trabajadores atendidos), mediana empresa (47,459 trabajadores atendidos) y, por último, la gran empresa (139,420 trabajadores atendidos); haciendo un total de 219,236 trabajadores atendidos en otras empresas sin convenio.

Dentro de las acciones efectuadas, se realizaron 144,323 pruebas de detección de diabetes mellitus; 215,859 de hipertensión arterial; 87,749 de hipercolesterolemia; 29,426 de cáncer cérvico-uterino, así como 44,885 de cáncer de mama; los casos que resultaron con sospecha fueron enviados a su UMF para corroboración del diagnóstico, seguimiento y, en su caso, tratamiento oportuno. En cuanto a la valoración nutricional, del total de trabajadores evaluados 33 por ciento tiene sobrepeso y 23 por ciento obesidad. Se aplicó un total de 256,717 dosis de vacunas, de acuerdo con su esquema por edad y sexo del trabajador.

Como parte de las acciones de PREVENIMSS en Empresas se llevaron a cabo 144,323 pruebas de detección de diabetes mellitus, 215,859 de hipertensión arterial y 87,749 de hipercolesterolemia, entre otras.

Otras acciones realizadas fueron: la entrega de 29,066 cartillas nacionales de salud, 255,919 detecciones de placa dentobacteriana y 253,693 sesiones de información en salud, impartidas de forma personalizada. De la misma forma se envió a 27,583 personas para atención médica y a 51,395 para integrarse a actividades de prestaciones sociales.

Programa de Salud del Adulto Mayor de 59 Años

En el Programa del Adulto Mayor, durante 2011 se realizó la medición de peso y talla a 4.4 millones de personas, identificándose prevalencias de 42.2 por ciento para sobrepeso, 33.8 por ciento para obesidad y 81.5 por ciento para medición de cintura. Para identificar oportunamente la detección de enfermedades crónicas se hicieron 934,941 detecciones de diabetes mellitus, 2.4 millones de hipertensión arterial y 324,088 de tuberculosis, lo que permitió el cumplimiento cercano a 80 por ciento en las metas de coberturas de 2011.

En lo que respecta a vacunación, se aplicaron en este grupo 4.2 millones de vacunas para protegerlos de enfermedades invasivas por neumococo y virus de la influenza estacional. En el periodo invernal 2011-2012 se aplicaron 2'711,358 dosis de vacuna antiinfluenza estacional, con lo que se logró 95 por ciento de la meta programada. Al mes de junio de 2012 se evaluó el estado de nutrición en 3.4 millones de adultos mayores, se realizaron 470,597 detecciones de diabetes mellitus, 1.7 millones de hipertensión arterial y 184,510 de tuberculosis pulmonar.

Durante el primer semestre de 2012 se concluyó el proyecto de certificación de supervivencia mediante el otorgamiento de la API, mismo que al lograr el consenso con el Sindicato podrá implementarse anualmente en 2013, en beneficio de 2.5 millones de jubilados y pensionados. Asimismo, se capacitó en la detección de síndrome geriátrico, en sus cuatro modalidades, a las Auxiliares de Enfermería en Salud Pública de los servicios de PREVENIMSS y se inició el funcionamiento de los grupos educativos de GERIATRIMSS para promover el envejecimiento activo y saludable en los adultos mayores bajo responsabilidad institucional.

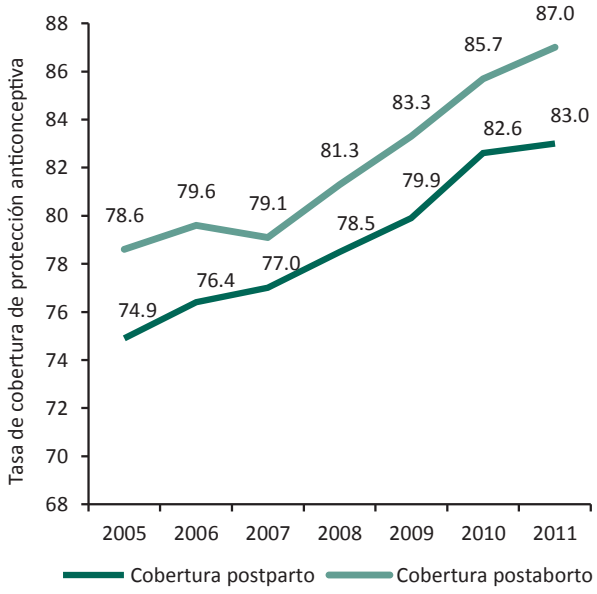
Programa de Planificación Familiar

Los resultados del Programa de Planificación Familiar han permitido mejorar los niveles de salud y bienestar de la mujer en edad reproductiva y de su núcleo familiar. Se han enfatizado las actividades de prevención de embarazos de alto riesgo mediante la disminución de los embarazos en las edades extremas de la vida reproductiva, el espaciamiento adecuado entre los hijos y la terminación oportuna de la reproducción una vez alcanzado el número de hijos deseado por la familia.

Se ha establecido como política institucional proporcionar información suficiente a la población para garantizar la libre elección informada en la adopción de los métodos anticonceptivos. Es importante destacar la calidad de la protección anticonceptiva que se otorga mediante métodos modernos, eficaces y con menores efectos secundarios, así como el fortalecimiento de la cobertura, penetración e impacto de las actividades educativas dirigidas a la población en etapa reproductiva. De esta manera, en el periodo de enero a diciembre de 2011, la cobertura de protección anticonceptiva postparto y transcesárea se incrementó a 83 por ciento y la protección anticonceptiva postaborto registró 87 por ciento, cifras superiores a las registradas el año anterior (gráfica I.16).

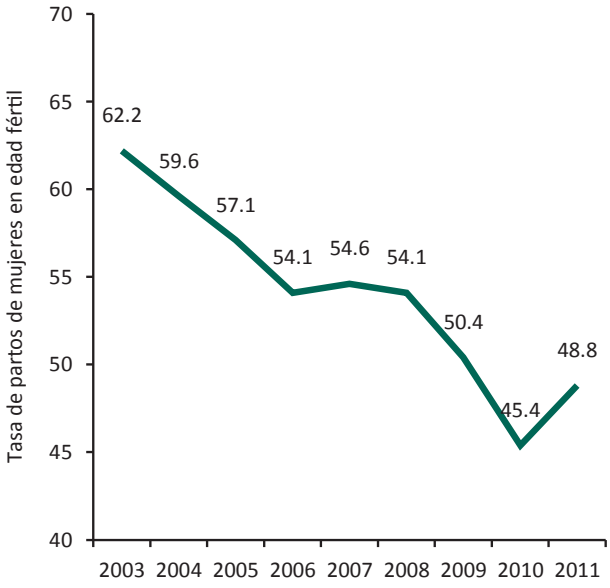
Ambos indicadores se mantuvieron por arriba de los valores de referencia en los primeros seis meses de 2012, con 84.2 por ciento de cobertura de protección anticonceptiva postparto y 87.5 por ciento en el postaborto. El impacto de las acciones del Programa de Planificación Familiar también se observa en la disminución de la fecundidad de la población derechohabiente, que se mide de manera indirecta a través de la tasa de partos por 1,000 mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar. En 2011, la tasa de partos por 1,000

GRÁFICA I.16. COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POSTPARTO[1/] Y POSTABORTO
(PORCENTAJE, 2005-2011)



[1/] Incluye cesárea.
Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.17. PARTOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL
(TASA POR 1,000 MUJERES, 2003-2011)



Fuente: IMSS.

mujeres en edad fértil fue de 48.8 (gráfica I.17), mientras que la tasa de abortos por 1,000 mujeres en edad fértil fue de 6.8. En 2012, con corte al mes de junio, la tasa de partos fue de 45.9 y la tasa de abortos de 6.4.

Programa de Actividades

Se continuará trabajando para lograr la meta de cobertura programada para que un número cada vez mayor de derechohabientes reciba las acciones preventivas por grupo de edad, sexo y factores de riesgo que les corresponden. Para 2012 nuevamente se establecieron criterios más estrictos en el sistema de evaluación y seguimiento, al incrementar los valores de referencia (vr) en tres indicadores: índice de API por atención curativa (vr 1:3.5), cobertura de atención integral PREVENIMSS (vr 62.5 por ciento) y cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía (vr 25 por ciento).

Para incrementar las coberturas de los programas de salud se continuará con la estrategia de obligatoriedad en guarderías, escuelas y empresas, así como en pensionados y jubilados, con lo que se beneficiará a más de 25 millones de derechohabientes al término de 2012.

Con motivo de la restructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas se fortalecerán las actividades de capacitación y asesoría en servicio para verificar que los avances en las coberturas de PREVENIMSS se mantengan o se consoliden en forma efectiva. Asimismo, se vigilará que los procedimientos

para la API y las actividades educativas se realicen con la calidad debida.

Para contribuir a disminuir la mortalidad materna y perinatal, se fortalecerán estrategias orientadas a incrementar la regulación de la fecundidad en las mujeres con alto riesgo reproductivo. Asimismo, se fomentará una mayor promoción a la consulta preconcepcional para que las mujeres que planeen embarazarse lo hagan en las mejores condiciones de salud.

Por otra parte, haciendo frente a los graves problemas que representan el sobrepeso y la obesidad, en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria se fortalecerá la estrategia Pasos por la Salud, mediante su implementación en todas las UMF cercanas a unidades operativas de prestaciones sociales, con el propósito de utilizar los espacios deportivos y recreativos, y consolidar la estrategia de actividad física sistemática en los derechohabientes participantes.

En los niños menores de 10 años de edad se continuarán los siguientes proyectos: fortalecimiento del tamiz neonatal ampliado para cinco enfermedades metabólicas congénitas; implementación de atresia de vías biliares; ampliación de cobertura con la vacunación de VPH en escolares del 5º año de primaria, aprovechando las acciones intensivas de la tercera Semana Nacional de Salud 2012 y la primera Semana Nacional de Salud, así como la consolidación de la estrategia educativa CHIQUITIMSS en 100 por ciento de guarderías bajo responsabilidad institucional, para beneficio de casi 50,000 niños y sus familias.

Entre los proyectos para los adolescentes de 10 a 19 años de edad destaca el fortalecimiento de la prevención universal de adicciones mediante la implementación operativa del convenio firmado con el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Centro Nacional para la Prevención y Control de Adicciones (CENADIC) para la utilización de los Centros Nueva Vida y la consolidación de las estrategias de educación participativa en los jóvenes. Se continuará el trabajo conjunto con la Subsecretaría de Educación Media Superior implementando en sus planteles escolares las estrategias PREVENIMSS y Centros JUVENIMSS. Asimismo, se mejorará el sitio Constrúyete para fomentar la salud de los jóvenes y disminuir los riesgos asociados con la edad.

Respecto a la salud de la mujer de 20 a 59 años, se continuará desarrollando un proyecto de fortalecimiento de infraestructura que permita ampliar la cobertura de detección del cáncer de mama en el grupo de mujeres menores de 50 años y en las de 50 a 69 años. Por su parte, en los hombres de 20 a 59 años de edad se ampliará la cobertura a través de PREVENIMSS en Empresas.

Para los adultos mayores de 59 años o más se concertará con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) para la implementación de la certificación de supervivencia a jubilados y pensionados en los módulos PREVENIMSS y con ello beneficiar a

un mayor número de adultos mayores con su programa de salud. Por último, como parte del proyecto GERIATRIMSS, en el que participan diversas áreas institucionales médicas y no médicas, se fortalecerán las acciones educativas y de promoción de salud para lograr un envejecimiento activo y saludable en la población derechohabiente.

Se estima que gracias a PREVENIMSS, el Instituto ha generado ahorros por 6,800 mdp en los últimos tres años.

Estimación de ahorros

Se ha hecho un esfuerzo por estimar los ahorros institucionales derivados de PREVENIMSS, teniendo como resultado preliminar un ahorro de poco más de 6,800 mdp en los últimos tres años.

I.1.11. REESTRUCTURACIÓN DE LAS JEFATURAS DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

La reestructura funcional de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas (JSPM) permitirá mejorar la calidad y eficiencia de las unidades médicas del Instituto, favoreciendo un esquema de trabajo horizontal y la supervisión integral de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, rehabilitación, educación e investigación.

La nueva estructura de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas entró en vigor en enero de 2011 con la finalidad de mejorar la calidad de la atención y eficiencia de las unidades médicas del Instituto.

A diciembre de 2010, las estructuras de las JSPM estaban integradas por siete coordinaciones bajo un esquema vertical que replicaba la estructura normativa de la DPM, lo que generaba duplicidad de funciones y, por ende, problemas de coordinación entre las áreas para la ejecución de sus actividades. La nueva estructura de las JSPM entró en vigor en enero de 2011 e incluye seis coordinaciones: Prevención y Atención a la Salud, Información y Análisis Estratégico, Planeación en Salud y Enlace Institucional, Salud en el Trabajo, Gestión Médica y Soporte Médico. Además, cuenta con un equipo de supervisión de unidades médicas.

Adicionalmente, para fortalecer las acciones de supervisión, se diseñó una Guía para la Supervisión de Unidades Médicas, basada en un enfoque sistémico en donde se identifican los puntos críticos que impiden que la práctica médica y de atención al derechohabiente se lleven a cabo con calidad y seguridad. Este documento está alineado a los estándares homologados del Consejo de Salubridad General y organismos internacionales como la *Joint Commission International y la Accreditation Canada,* y se tiene prevista su revisión y actualización cada dos años.

Informe de Labores

Del 29 de junio al 1 de julio de 2011 se llevó a cabo un taller de inducción sobre la Guía para la Supervisión de Unidades Médicas, que contó con la participación de los Coordinadores de nivel central de Estomatología, Trabajo Social, Nutrición y Asistentes Médicas. Asimismo, durante la 10ª Reunión Nacional de JSPM y Directores de UMAE que tuvo lugar en octubre de 2011, se impartió un taller a los titulares de las JSPM. En este evento se analizaron sus nuevas funciones y actividades, se revisaron los informes y comités bajo su responsabilidad, así como aspectos relevantes de la supervisión de unidades médicas.

En diciembre de 2011 y enero de 2012 se continuaron los esfuerzos de asesoría y capacitación. Se impartió un curso a distancia sobre el tema de reestructuración con el objetivo de que los integrantes de las JSPM identificaran la nueva dinámica de trabajo y reconocieran la interrelación de los procesos de promoción, prevención, atención a la salud y rehabilitación en las unidades médicas. Asimismo, se impartió una plática sobre el proceso de planeación en salud a los Coordinadores de Planeación y Enlace Institucional como parte del Taller para la Elaboración de Documentos de Gestión de la JSPM.

Programa de Actividades

En el segundo semestre de 2012 se realizarán visitas de seguimiento y asesoría a las Delegaciones Zacatecas, Oaxaca, Sinaloa y Querétaro. Se llevará a cabo la Reunión Nacional de Planeación en Salud con el fin de proveer a los Coordinadores Delegacionales de Planeación y Enlace Institucional, así como a los Coordinadores Auxiliares de Investigación y Educación, las técnicas y herramientas para elaborar planes y programas acordes a la transición epidemiológica y sociodemográfica.

I.1.12. ENFERMERÍA

Durante la trayectoria institucional, el personal de Enfermería ha reconocido la necesidad de conducir las estrategias de salud hacia escenarios de mayor efectividad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Los esfuerzos se enfocan principalmente a la disminución de las enfermedades infecciosas, la mortalidad materna y perinatal, las enfermedades crónico-degenerativas y los estilos de vida poco saludables.

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. Para enfrentar estos retos se conformó la Jefatura de División de Programas de Enfermería, dando representatividad a las más de 100,000 enfermeras que conforman la plantilla laboral. Las funciones de la División de Programas de Enfermería son proponer y elaborar planes y proyectos para la actualización

y capacitación del personal responsable de los Programas de Enfermería, acorde a la normativa institucional y sectorial.

Entre 2010 y 2011 se revisó la categoría de Coordinadora de Programas de Enfermería, para la cual se solicitó y autorizó una retabulación salarial. También en el aspecto normativo se elaboraron los perfiles de puesto (funciones, requisitos de escolaridad y experiencia laboral) de las categorías de Confianza. Relacionado con los avances de la reestructuración de las Jefaturas de Prestaciones Médicas se consideró relevante fortalecer la función directiva de las coordinadoras delegacionales y del equipo de supervisión, identificando áreas de oportunidad, para otorgar una atención de calidad a la población derechohabiente.

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. Por este motivo se realizan cursos-taller que rescatan el sentido de pertenencia de los trabajadores con el Instituto y proporcionan la capacitación necesaria para brindar atención con calidad y calidez. Destacan el taller de Sustentabilidad en la Calidad y Calidez de los Servicios de Enfermería (2010), el curso "El Reto Institucional, un Compromiso de Enfermería" (2010) y el curso de Gerencia de los Servicios de Enfermería (2011). Adicionalmente, a la fecha se ha capacitado a 13,050 enfermeras en la metodología del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).

Para reconocer la labor del personal de Enfermería, durante 2011 se entregaron seis premios por Fundación IMSS y Afore XXI. Adicionalmente, el IMSS fue acreedor al reconocimiento "María Guadalupe Cerisola Salcido", entregado por el Presidente de la República, licenciado Felipe Calderón Hinojosa, en enero de 2011, en cuyo acto se reconoció la actuación de siete enfermeras del IMSS.

Informe de Labores

A partir de junio de 2011 se realizó la 10ª Reunión de Directivas de Enfermería en donde se desarrolló un taller sobre la metodología para la conformación de indicadores de desempeño, avanzando así en el esfuerzo de estandarizar los sistemas de análisis y la evaluación de la calidad de atención que proporciona el personal de Enfermería. En dicho taller se acordó la incorporación de tres indicadores adicionales: prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, vigilancia y control de hiperbilirrubinemía neonatal y cuidados de Enfermería en el neonato menor de 1,500 g.

También se participa en la formación académica de enfermeras en cursos postécnicos de Nefrología y Oncología, desde la elaboración del plan de estudios de cada una de estas especialidades a la propuesta de incorporación de los profesiogramas en el Contrato Colectivo de Trabajo 2011-2013 de estas categorías. Esto representa ampliar la gama de oportunidades para el desarrollo profesional

de las enfermeras generales. En febrero de 2011 se inició el primer curso postécnico de Geriatría, ingresando 100 alumnas en cinco sedes a nivel nacional y egresando las 100 alumnas en noviembre de 2011.

Se elaboraron Planes de Cuidados de Enfermería con un cumplimiento a nivel nacional de 95 por ciento con referencia a los principales motivos de morbilidad de las unidades médicas. Actualmente está en proceso la integración del Lineamiento Técnico-Administrativo del Plan de Cuidados de Enfermería.

Ante la necesidad de reforzar los procesos de adquisición y suministro de los insumos terapéuticos a los servicios médicos, así como la supervisión en la sustitución de productos que no cumplen con las especificaciones de calidad en las unidades médicas, se elaboró el "Procedimiento para la verificación y atención sobre la calidad de los insumos para la salud en el IMSS". En este documento normativo se describen las funciones y actividades del nivel delegacional y operativo del personal de Enfermería y equipo multidisciplinario para la identificación de los insumos que no cumplen con la calidad establecida para la atención de los derechohabientes.

Para dar continuidad al Plan Institucional GERIATRIMSS, se capacitó al personal operativo y directivo de Enfermería en las unidades piloto, a través de un curso taller que se realizó del 24 al 27 de abril de 2012. En relación al X Foro Nacional y 7° Foro Internacional por la Calidad en Salud, se inició el proceso de la difusión a las 17 delegaciones a participar en la elaboración de proyectos de investigación y representarlos en carteles.

Programa de Actividades

Dar continuidad al Plan Institucional GERIATRIMSS, supervisando su implementación en las unidades piloto del sistema. Se implementará el Programa de Inducción al Puesto a las Coordinadoras Delegacionales de Enfermería y se efectuará una capacitación en el Modelo de Atención de Enfermería con el curso taller de PLACE dirigido al personal directivo y operativo de Enfermería de los tres niveles de atención. Asimismo, se continuará con el Programa de visitas de asesoría para verificar el Proceso de Gestión Directiva de Enfermería relacionado con el cumplimiento de los procesos de atención. Por último, continuando con el proceso de evaluación del desempeño, se participará en la evaluación del personal directivo y operativo de Enfermería, reconociendo los buenos resultados del personal.

I.1.13. EDUCACIÓN EN SALUD: FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

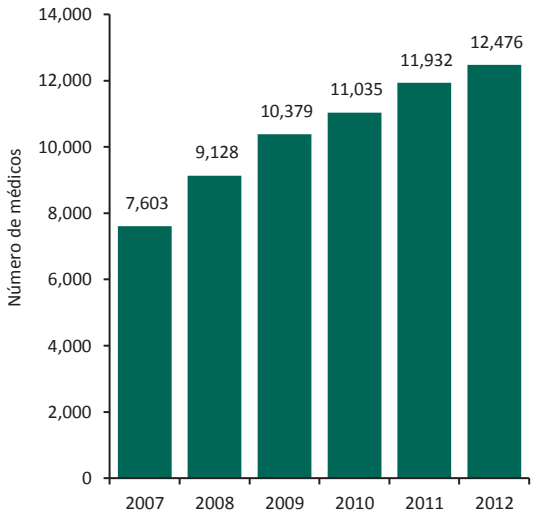
Uno de los principales retos del Instituto en el terreno de la atención a la salud es adecuar su capacidad de respuesta a las cambiantes necesidades de la población derechohabiente. Este desafío se conforma por la transición del perfil epidemiológico que motiva cambios en el tipo

de enfermedades más frecuentes y emergentes, así como la evolución del conocimiento científico y el desarrollo o recambio tecnológico. Durante los últimos años, a lo enunciado se ha sumado el crecimiento de la infraestructura como resultado de la remodelación y creación de nuevas unidades médicas, así como el aumento en el número de jubilaciones, particularmente de médicos especialistas.

A efecto de atender lo referente al personal médico especializado, se han orientado esfuerzos a fortalecer el Sistema Institucional de Residencias Médicas. Entre las acciones implementadas destaca el incremento en el número de médicos que realizan su formación en las unidades médicas del IMSS. En 2007, 7,603 médicos realizaban una residencia médica en 59 diferentes especialidades, en tanto que en 2012 se encuentran realizando este tipo de estudios 12,476 médicos en 72 diferentes especialidades. Es decir, el número de médicos residentes se incrementó en 47 por ciento con relación a 2007 (gráfica I.18).

El fortalecimiento del Sistema Institucional de Residencias Médicas ha permitido incrementar el número de ingresos a los cursos de especialización ofertados por el IMSS. Los ingresos de médicos residentes pasaron de 2,256 en 2007 a 4,152 en 2011, lo que significa un incremento de 86 por ciento. Por su parte, el número de médicos especialistas egresados se incrementó en 49 por ciento entre estos mismos años.

GRÁFICA I.18. MÉDICOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN EN EL SISTEMA INSTITUCIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS, TODOS LOS GRADOS
(NÚMERO DE MÉDICOS, 2007-2012)



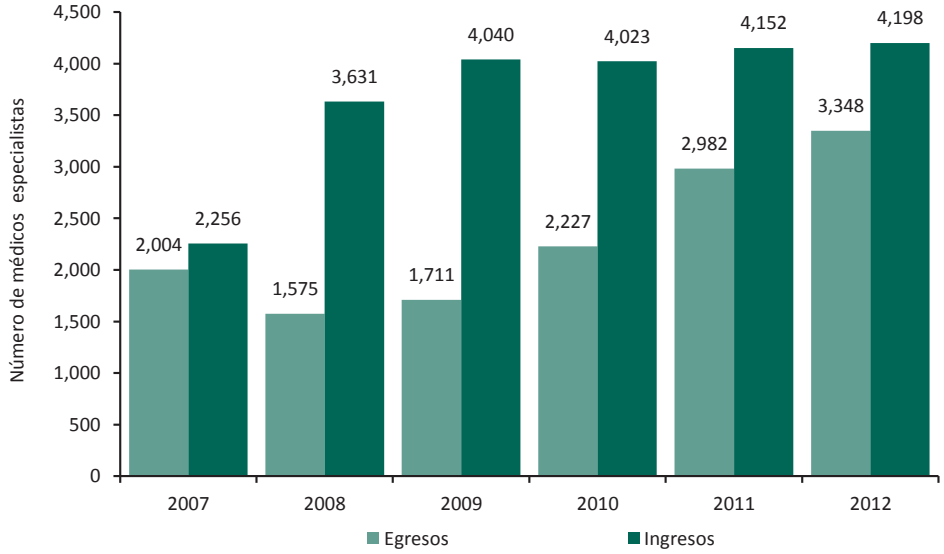
Fuente: IMSS.

Informe de Labores

En febrero de 2012 egresaron del Instituto 3,348 nuevos médicos especialistas en 63 diferentes especialidades, cifra 11 por ciento mayor a los egresos de 2011. El número de egresados después de periodos de formación de 3 hasta 9 años se incrementó en 67 por ciento con relación a 2007 (gráfica I.19).

En septiembre de 2011, 23,846 médicos realizaron el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) coordinado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), de la cual el Instituto forma parte. Para ingresar al ciclo académico que inicia en marzo de 2012, sólo 5,998 aspirantes recibieron acreditación para cursar una especialidad en las plazas disponibles del Sector Salud.

GRÁFICA I.19. INGRESOS Y EGRESOS DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS
(NÚMERO DE MÉDICOS, 2007-2012)



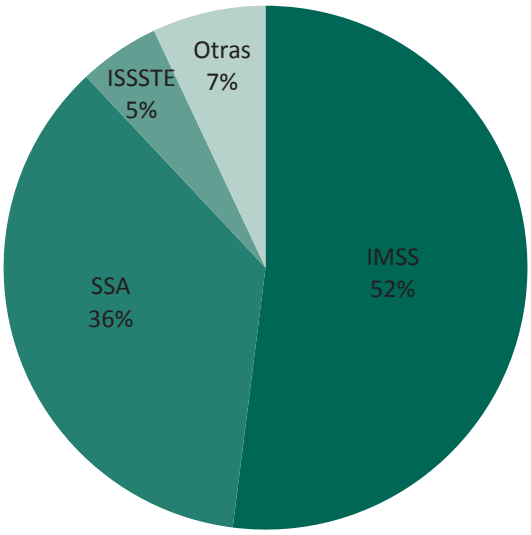
Fuente: IMSS.

El IMSS recibió a 52 por ciento de los médicos que acreditaron el ENARM, ubicándose como el mayor formador de especialistas en el país y en América Latina.

En 2012 el IMSS recibió a 52 por ciento de los médicos que aspiran a realizar una especialidad y que acreditaron el ENARM. Este nivel de aceptación por los médicos que realizan una especialidad médica ubica al IMSS como la institución que forma más especialistas en el país y en América Latina (gráfica I.20).

El inicio del ciclo académico 2012-2013 significó el ingreso de 4,198 nuevos residentes al Sistema Institucional de Residencias Médicas, a especialidades de entrada directa, de rama y a los cursos institucionales de formación de

GRÁFICA I.20. INGRESOS A RESIDENCIAS MÉDICAS POR INSTITUCIÓN
(PORCENTAJE, 2012)



Fuente: IMSS.

especialistas dirigidos a personal de Base del IMSS (tabla I.20). La formación de nuevos especialistas en el IMSS significa un esfuerzo particularmente destacable al considerar que para el año en curso se han dispuesto recursos financieros suficientes para cubrir las necesidades de 12,476 médicos en formación, ya sea mediante la asignación del marco presupuestal necesario en el capítulo de personal o como mediante la autorización de becas con goce de salario al personal de Base.

Las actividades académicas del proceso de formación de nuevos médicos especialistas y la actualización continua del personal de salud institucional se fortalecieron mediante la adquisición de equipo médico y material audiovisual con fines académicos para las sedes y subsedes formadoras. Para este efecto, se autorizó durante 2011 el ejercicio de 102 mdp del Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE).

Resultado de las acciones realizadas en coordinación con el SNTSS, se contrató en plazas de Base del Instituto a 64 por ciento de los médicos especialistas egresados este año. Complementariamente, en esta estrategia de trabajo coordinada se ha procurado incorporar a los médicos no asignados a una Base como personal sustituto (08) para fortalecer la bolsa de trabajo.

Lo anterior permitió contratar en el Instituto a 86.2 por ciento de los médicos especialistas recién egresados, destacando que la incorporación a la fuerza de trabajo institucional está condicionada a la libertad de los médicos para prestar servicios profesionales en la institución de su elección.

En 2012 se contrató a 86.2 por ciento de los médicos especialistas recién egresados en plazas de Base o como personal sustituto.

Derivado de las estrategias acordadas con el SNTSS, se ha intensificado la promoción de las oportunidades laborales disponibles en el Instituto, con la intención de incentivar la incorporación de médicos especialistas egresados en años anteriores o de otras instituciones. Estos esfuerzos coordinados permitieron, en marzo de 2012, contratar a 2,562 nuevos especialistas y fortalecer la bolsa de trabajo con 1,738 médicos de diversas especialidades, logrando un total de 4,300 médicos especialistas (tabla I.21).

TABLA I.20. INGRESOS AL SISTEMA INSTITUCIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS
(NÚMERO DE INGRESOS, 2011-2013)

Concepto	2011-2012	2012-2013
Especialidades de entrada directa y rama	3,569	3,701
Cursos institucionales de especialidad para médicos de Base	478	413
Especialidades para los Servicios Rurales de Salud (Programa IMSS-Oportunidades)	105	84
Total	**4,152**	**4,198**

Fuente: IMSS.

TABLA I.21. CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS
(NÚMERO DE MÉDICOS, 2012)

Concepto	Contratación en plaza de Base	Asignados a 08 (sustituto)	Médicos especialistas incorporados
Egresados IMSS 2012	2,153	733	2,886
Egresados IMSS de otros años	6	5	11
Egresados de otras instituciones	403	1,000	1,403
Total	**2,562**	**1,738**	**4,300**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Atendiendo a la importancia que reviste la calidad de la atención a la población amparada por el Instituto, la formación de recursos humanos para la salud y dentro de estos la formación de médicos especialistas, se reforzarán las tareas para mantener actualizado el diagnóstico de necesidades de manera prospectiva a 2015 y 2025. Para lo anterior se considerarán factores de impacto, como el remplazo del personal por jubilación, el surgimiento de nuevas necesidades como resultado del modelo de atención a la salud y de los Programas prioritarios, así como las necesidades resultantes del proceso de transición del perfil epidemiológico de la población.

I.1.14. INVESTIGACIÓN EN SALUD

La investigación en salud es una actividad estratégica para favorecer la calidad en la prestación de servicios. En congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Instituto propicia la consolidación de la investigación, a través de la obtención de productos científicos y tecnológicos de calidad internacional, orientados a los problemas de salud. La capacidad desarrollada durante varias décadas se orienta al estudio de los problemas de salud de los derechohabientes, entre los que destacan el cáncer, la diabetes y la obesidad. El impulso institucional a la investigación en salud ha sido el sustento para que el Instituto se encuentre incluido en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECyT) y destaque entre las Instituciones de Investigación de Iberoamérica, en el área de Medicina.

En lo referente a la formación de recursos humanos en investigación en salud, durante el periodo de diciembre de 2006 a mayo de 2011 se registraron 376 alumnos graduados en Programas de maestría o doctorado, con un incremento de 21 graduados más al término de 2010 (22.8 por ciento), comparado con 2007.

La proporción del personal de salud con calificación curricular de investigador, tanto clínicos como investigadores de tiempo completo, con reconocimiento vigente ante el Sistema Nacional de Investigadores, fue igual o mayor a 68 por ciento durante todo el periodo. Entre ellos, 78 por ciento o más de los investigadores de tiempo completo contaron con reconocimiento vigente.

Para impulsar la productividad científica y tecnológica institucional se transformó el Fondo para el Fomento de la Investigación Médica en un Fondo de Investigación Científica y Tecnológica denominado Fondo de Investigación en Salud, en los términos de la Ley de Ciencia y Tecnología. También se fortaleció su regulación con la implementación de medidas para favorecer su funcionamiento. En los ejercicios 2007 a 2010 se otorgó apoyo financiero institucional para el desarrollo de 268 protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico, dirigidos a los problemas de salud de los derechohabientes, a través de concurso por convocatoria abierta al personal de salud.

Durante el mismo periodo se promovió la calidad de la producción científica, con la publicación de los resultados de los protocolos de investigación en revistas indizadas y con factor de impacto. Entre el primer trimestre de 2007 y el primer trimestre de 2011 se generaron 4,278 publicaciones científicas, 67 por ciento en revistas indizadas.

Acerca del Programa de Desarrollo y Vinculación Tecnológica, durante el periodo de diciembre de 2006 a mayo de 2011 se documentaron 18 solicitudes de patente y se obtuvieron 13 títulos de patente ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial. Asimismo, para fortalecer la vinculación de la investigación científica y el desarrollo tecnológico institucional con la atención a la salud de los derechohabientes, se creó un área de vinculación de la investigación con la atención que consolidó su funcionamiento en el primer semestre de 2011, al constituir las primeras tres redes de trabajo para la traducción de los resultados de la investigación en la práctica clínica institucional.

Informe de Labores

En lo referente a la formación de recursos humanos en Programas de maestría y de doctorado en investigación en salud, durante el ejercicio 2011 se graduaron 113 alumnos: 71 en cursos de maestría y 42 en cursos de doctorado. En el ejercicio 2011, entre los 428 profesionales de la salud que contaron con calificación curricular de investigador institucional vigente, tanto clínicos como investigadores de tiempo completo, 65.6 por ciento fue reconocido por el Sistema Nacional de Investigadores del CONACyT; entre ellos, 78 por ciento de los 264 investigadores de tiempo completo contó con este reconocimiento.

En 2011, 65.6 por ciento de los profesionales de la salud con calificación curricular de investigador institucional vigente fueron reconocidos por el Sistema Nacional de Investigadores del CONACyT.

Para favorecer la productividad científica y tecnológica institucional, en el 2011 se continuó fortaleciendo la operación del Fondo de Investigación en Salud. En 2011 se otorgó apoyo financiero institucional por concurso para el desarrollo de 113 protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico.

Entre junio de 2011 y junio de 2012, el personal institucional generó 1,272 artículos científicos, de los cuales 833 (66 por ciento) fueron publicados en revistas indizadas y 621 (75 por ciento) se publicaron en revistas con factor de impacto. La revista *Archives of Medical Research* obtuvo un factor de impacto de 1.986 en la actualización del *Journal of Citation Reports*, con lo que se mantuvo entre las revistas médico-científicas con el mayor factor de impacto en Latinoamérica.

En el 2011 se consolidó la obtención de un título de patente ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial. En el 2012 se dará seguimiento a las 23 solicitudes que se encuentran en trámite. Por último, en el periodo se integró el Comité para la Vinculación de la Investigación Médica con la Atención a la Salud que se otorga en las unidades médicas del IMSS.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 se dará continuidad a los Programas institucionales de investigación en salud para consolidar sus logros. Se dará seguimiento de la formación de recursos humanos en investigación en salud, con la graduación de por lo menos 90 alumnos. Asimismo, se continuará fortaleciendo la investigación sobre los problemas de salud de los derechohabientes, otorgando apoyo financiero por concurso a todas las propuestas de investigación que por su calidad y pertinencia lo ameriten. Se promoverá también la publicación de los resultados científicos bajo estándares de calidad internacional y la protección intelectual de los productos tecnológicos, con seguimiento de las solicitudes de patente.

Para promover la vinculación entre la investigación científica y el desarrollo tecnológico con la atención a la salud se implementará el Programa de Reconocimiento a la Transferencia de Resultados de la Investigación para Mejorar y Optimizar la Atención a la Salud de los Derechohabientes del IMSS.

I.1.15. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Ante la diversidad e insuficiente homologación en la evaluación clínica y el tratamiento de los enfermos que eran atendidos en las UMF y hospitales del IMSS, desde el inicio de esta Administración se fortaleció la calidad de la atención, con el firme objetivo de mejorar la práctica médica y promover el uso eficiente de los recursos. En este sentido, se definió como proyecto estratégico el desarrollo, difusión e implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), para conocimiento y aplicación de todos los médicos del Instituto en sus tres niveles de atención. Las GPC han sido desarrolladas considerando los principales padecimientos que afectan a nuestros derechohabientes, buscando la excelencia académica y clínica de los profesionales de la salud, a través de una metodología basada en la evidencia científica disponible y con reconocimiento internacional.

Este proyecto es básico para mejorar la salud de la población y facilitar la convergencia de

las instituciones. Las GPC, además de servir para la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia científica internacional, son útiles para la toma de decisiones gerenciales y la buena administración de servicios de salud. El proyecto también tiene como propósito mejorar la seguridad del paciente.

Desde el inicio del proyecto el IMSS ha desarrollado 403 GPC, de las cuales 278 se encuentran disponibles en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (intersectorial), tanto en el portal del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), como en la página *web* institucional. La meta del Instituto es desarrollar 500 GPC al cierre de 2012.

Informe de Labores

Se desarrollaron 100 GPC, de las cuales 95 se entregaron al CENETEC para su validación por la Academia Mexicana de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. Cabe destacar que 80 de ellas ya fueron autorizadas e incorporadas al Catálogo Maestro.

Asimismo, continúa activamente la difusión e implementación de las GPC en delegaciones y UMAE, implementando acciones de supervisión que garanticen a mediano plazo el conocimiento y uso de ellas por los médicos institucionales. A la fecha de corte, 91 por ciento de estas GPC se han difundido a nivel nacional.

El IMSS ha contribuido con 61 por ciento de las GPC incorporadas al Catálogo Maestro del Sector Salud, compuesto por la mayoría de las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud (tabla I.22).

Desde 2008 el IMSS ha desarrollado 403 Guías de Práctica Clínica y ha contribuido con 61 por ciento de las Guías incorporadas al Catálogo Maestro del Sector Salud.

TABLA I.22. AVANCE SECTORIAL ACUMULADO EN EL DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
(NÚMERO DE GPC, ENÉRO DE 2008-JUNIO DE 2012)

	Guías Programadas meta sectorial acumulada	Guías desarrolladas	Guías en Catálogo Maestro
IMSS	344	403	278
SSA	166	135	135
ISSSTE	57	22	22
DIF	7	6	6
SEDENA	8	5	5
SEMAR	7	0	0
PEMEX	0	0	0
Interinstitucionales	0	0	12
Total	**589**	**571**	**458**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Se tiene programado llevar a cabo dos cursos-taller para capacitar a 200 profesionales de la salud en Medicina Basada en Evidencias, así como desarrollar 40 proyectos de GPC, a efecto de alcanzar la meta de 100 GPC en 2012. En este mismo periodo se coordinará con el CENETEC y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud Federal, el desarrollo, la difusión y la implementación de todas las GPC disponibles a nivel sectorial. Igualmente, se impulsarán las acciones para la evaluación operativa del apego a las recomendaciones de las Guías.

I.1.16. ECONOMÍA DE LA SALUD

El Instituto busca mejorar sus niveles de servicio mediante herramientas para homologar y disminuir los costos de operación hospitalaria. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) contribuyen a este objetivo, al evaluar en forma simplificada la eficiencia y calidad de los servicios, así como proporcionar información para la planeación y elaboración de presupuestos prospectivos. En el proceso de integración funcional del Sector Salud, los GRD son la referencia médica, técnica y económica para el intercambio interinstitucional de servicios hospitalarios.

Actualmente, y en forma paralela, se avanza con los Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA). Los trabajos de GRAA se concentran en las atenciones ambulatorias del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). También incluyen las atenciones del Convenio General de Colaboración en materia de Emergencia Obstétrica y las del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios.

Para contar con el costo unitario por diagnóstico atendido se elaboran las Cédulas Médico Económicas (CME) de los GRD y los GRAA, para lo que es necesaria la actualización de los centros de costos. Estas CME constituyen la base del costeo médico-técnico y al mismo tiempo son el soporte para establecer catálogos de medicamentos, laboratorios clínicos, gabinetes y otros insumos de uso hospitalario.

De manera relacionada y como apoyo a la toma de decisiones, se desarrollan estudios de Análisis Costo Beneficio y Factibilidad Técnica y Económica (ACB/FTE). Entre los ACB/FTE elaborados se tienen las sesiones de hemodiálisis interna, procedimientos de mínima invasión, pruebas de banco de sangre y procedimientos de osteosíntesis y endoprótesis, entre otros. Estos estudios han aportado elementos para homologar los contenidos médicos y técnicos de los servicios, lograr mejores precios de compra y obtener mayores beneficios en la gestión hospitalaria a través de la eliminación de mermas, así como la reducción de los días de hospitalización.

Otro campo de trabajo son los Centros de Producción de Servicios y Costos (CPSyC) que articulan la información del producto hospitalario con el presupuesto devengado, estimando los costos y niveles de eficiencia operativa. El proceso de costeo de la capacidad instalada se inicia con los CPSyC que estructuran las CME-GRD y CME-GRAA. En este campo de trabajo se ha costeado: el día-hospitalización, minuto-urgencias, hora-quirófano, costo de afectación a materiales de curación y medicamentos, laboratorio, gabinetes y anatomía patológica, entre otros.

Informe de Labores

En octubre de 2011 se publicó el libro "GRD-IMSS: Producto Hospitalario", que es una herramienta para la gestión hospitalaria. De manera relacionada, para continuar con la consolidación de los GRD en el Instituto, se inició la elaboración de la Norma que establece las disposiciones generales para la aplicación de los GRD en el IMSS.

Además, se realizan visitas de supervisión para la evaluación hospitalaria y financiera, validando el cumplimiento de las acciones de mejora de la calidad de la información y de los compromisos firmados en el "Curso de evaluación del producto hospitalario y ambulatorio por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA)" que se llevó a cabo en septiembre de 2011; a la fecha se han validado 44 hospitales. En los meses de septiembre y noviembre de 2011 también se logró capacitar con este curso a la totalidad del personal de los hospitales de segundo y tercer niveles de atención.

Los 700 GRD institucionales cuentan con una CME y 692 culminaron su tratamiento en forma ambulatoria. Cabe señalar que durante el periodo de informe se elaboraron, validaron y costearon las CME-GRAA correspondientes a los 68 GRAA de "Trastornos mentales y el comportamiento". Asimismo, se actualizaron y costearon 284 intervenciones del CAUSES que servirán de base para el intercambio de las intervenciones ambulatorias. Por último, en forma preliminar, se desarrollaron y costearon las CME-GRAA correspondientes a las intervenciones del FPGC-56 y SMNG-128 y se elaboraron las cédulas para el tratamiento de cáncer de mama en 40 escenarios y dos para IRC.

Para contribuir a reducir los desequilibrios entre la oferta y la demanda de servicios de salud y apoyar la toma de decisiones en materia de inversión en salud en el IMSS, se trabajó en ACB/FTE. Se elaboró el capítulo III "Factibilidad económica" de sesiones de hemodiálisis externa del periodo entre septiembre de 2011 y diciembre de 2013 y se actualizó el ACB/FTE "Procedimientos de osteosíntesis y endoprótesis" para marzo de 2012 a diciembre de 2013. Esta actualización se fundamenta en los nuevos requerimientos por unidad médica y en la versión más actualizada de los insumos que componen el paquete por procedimiento. A finales de marzo de 2012 se concluyó la actualización del estudio completo ACB/FTE "Procedimientos de cirugía cardiovascular y torácica" propuesto para el periodo 2012-2013.

Se elaboró el libro "Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria de Salud Mental (GRAA-SM)" y se obtuvieron los derechos de autor y el ISBN. El libro se encuentra en proceso de publicación.

El proyecto de los CPSyC se encuentra en proceso de desarrollo. De manera específica, en noviembre de 2011 se inició la propuesta de los CPSyC con el análisis de las actividades relacionadas con los dictámenes de enfermedad y riesgo de trabajo. A marzo de 2012 se ha avanzado en este aspecto y se ha iniciado el análisis de Prevención de Riesgos de Trabajo y Divisiones de Salud en el Trabajo. De igual manera, se inició el proceso de identificación y delimitación de los CPSyC de las Unidades de Medicina Física. Finalmente, se concluyó con la totalidad de las respuestas de los hospitales a la solicitud de información de las especialidades médicas con que cuentan.

Programa de Actividades

Para continuar con los proyectos en 2012 se trabajará en la consolidación de los GRD institucionales mediante visitas de evaluación hospitalaria y financiera a través de los GRD. Con este fin, se tienen Programadas visitas hasta noviembre de 2012 (cuatro delegaciones por mes) con el fin de verificar el cumplimiento de las acciones de mejora de la calidad de la información de la morbilidad hospitalaria y de los compromisos asumidos en septiembre de 2011.

Igualmente, se continuará con la distribución de los libros "GRD-IMSS: Producto Hospitalario", así como con la validación y autorización de la "Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Aplicación de los GRD en el IMSS" en septiembre de 2012. En forma paralela, se realizará una prueba piloto de la Norma en mención en hospitales de segundo y tercer niveles.

Con la finalidad de capacitar a los trabajadores del IMSS en la aplicación de los GRD a la gestión médico-económica en todos los hospitales, se realizará el "Curso de evaluación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para medir la eficiencia médica y económica de los hospitales". Este curso se impartirá en Hospitales de Gineco-Obstetricia, Hospitales de Gineco-Pediatría y los Hospitales Regionales. Asimismo, durante 2012 se desarrollarán cinco cursos sobre GRD y GRAA.

Se tiene previsto terminar las CME correspondientes a las 56 intervenciones del FPGC en agosto y las 128 intervenciones del SMNG en octubre de 2012.

En lo que se refiere a los ACB/FTE, la prioridad es concluir con la actualización del relacionado con la hemodinámica y posteriormente elaborar el ACB/FTE de tamiz neonatal. Por último, para los CPSyC se continuará con el proyecto de Salud en el Trabajo. Se identificarán los CPSyC de las Unidades de Medicina Física y los hospitales de Traumatología-Ortopedia.

I.1.17. CITA MÉDICA TELEFÓNICA

El Centro de Atención Telefónica permite acercar los servicios del IMSS a la población en general de manera fácil y oportuna. Entre las campañas que promociona el Centro de Atención destaca la de Cita Médica Telefónica, que ofrece al derechohabiente programar una cita con su médico familiar o dental sin necesidad de trasladarse a su unidad médica. El servicio de Cita Médica Telefónica está disponible de lunes a viernes en el horario de 8 a 23 horas y en fines de semana y días festivos de 8 a 16 horas. Además de contribuir a optimizar la organización de la consulta en el primer nivel de atención, este modelo de operación favorece al derechohabiente al reducir los tiempos de espera para obtener una cita.

Informe de Labores

En noviembre de 2011 se logró la cobertura de Cita Médica Telefónica a nivel nacional en 1,222 UMF. En el periodo del Informe, el número de citas programadas ascendió a 1'268,144, cifra 337 por ciento mayor a lo logrado en el mismo periodo del año anterior, en gran medida como resultado del incremento en la cobertura del servicio.

En noviembre de 2011 se logró la cobertura de Cita Médica Telefónica a nivel nacional en 1,222 UMF. En el periodo del Informe, el número de citas programadas ascendió a 1'268,144.

Programa de Actividades

Las acciones en materia de Cita Médica Telefónica durante el segundo semestre de 2012, y en adelante se enfocarán en la promoción del servicio para incrementar el número de citas programadas. Asimismo, se continuará con la supervisión del Centro de Atención Telefónica, a fin de asegurar que la atención cumpla con los estándares de calidad esperados.

Una vez consolidado el servicio de Cita Médica Telefónica, se evaluará la posibilidad de implementar el programa de Orientación Médica Telefónica. Este servicio permitirá ofrecer a los derechohabientes asesoría de un médico operador capacitado, quien haciendo uso de un *triage* telefónico determinará la prioridad de atención médica requerida por el paciente. Además de favorecer la toma de decisiones oportunas y razonadas para los usuarios, se espera que el servicio contribuya a reducir costos e incrementar la capacidad de respuesta de las unidades médicas, como resultado de una menor demanda de atención en Consulta Externa y Urgencias.

I.1.18. NUEVO EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Actualmente tres aplicaciones cubren parcialmente las funciones de un expediente electrónico en el IMSS: el SIMF, el Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales (SICEH) y el Sistema IMSS-Vista.

El objetivo del NECE es cubrir esas funcionalidades dentro de un ambiente de interoperabilidad en los tres niveles de atención médica, facilitando el uso y explotación de la información en salud mediante la sistematización de procesos. Los beneficios esperados del NECE son: i) brindar disponibilidad de la información médica de todos los pacientes para utilizarse en la provisión de servicios de salud en los tres niveles de atención; ii) contar con información histórica siguiendo los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad; iii) tener la información centralizada en un repositorio único; iv) integrar los servicios que ofrecen los diferentes sistemas de información; v) procesos eficientes, centralizados y estándares para consolidar y explotar la información para la toma de decisiones, y vi) garantizar la comunicación con otros sistemas institucionales.

Desde 2010, la DIDT y la DPM han desarrollado el NECE atendiendo cinco macrofrentes: i) diseño y Programación del aplicativo de cómputo para los tres niveles de atención; ii) habilitación de infraestructura; iii) la gestión del cambio; iv) la operación, garantizando el soporte técnico-operativo; y v) el despliegue, lo cual implica la capacitación, el acompañamiento, el cierre de unidad y el seguimiento.

Informe de Labores

En el periodo que cubre este Informe, la DIDT y la DPM continuaron con el desarrollo del aplicativo de cómputo. Este *software* contiene funcionalidades específicas para hospitales, tales como el registro de ingresos, evolución y egresos, el módulo de Enfermería, la agenda de quirófano y el módulo de Urgencias. Asimismo, integra funcionalidades específicas para UMF, como son los módulos de PREVENIMSS, las hojas de control para diabéticos e hipertensos, la valoración del riesgo reproductivo y planificación familiar, la vigilancia prenatal, así como los módulos de climaterio y menopausia, salud en el trabajo, estomatología, nutrición y dietética y trabajo social.

También se habilitó de infraestructura a los dos primeros *clústeres* en los que se planea iniciar el despliegue del NECE (la infraestructura consiste en equipos de cómputo, impresoras, cableado estructural, *switches* y nodos de red). El primero se integra por las Delegaciones Tlaxcala, Puebla y Oaxaca. El segundo incluye las Delegaciones Yucatán, Campeche y Quintana Roo. Para cada uno de estos *clústeres* se proporcionó la infraestructura necesaria a las UMAE que dan servicio a las UMF y hospitales de primer y segundo niveles. Finalmente, se establecieron las necesidades de infraestructura para un tercer *clúster*, el cual se integra por las Delegaciones Sonora, Baja California, Baja California Sur y Sinaloa.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 se continuará con los trabajos para perfeccionar la versión beta del aplicativo de cómputo. Al

respecto, se realizarán adecuaciones al *software* con base en los hallazgos que se encuentren mediante pruebas de "casos trazadores". Se atenderán los hallazgos que queden pendientes de solución, se analizarán los estándares y normas internacionales de información en la atención médica para incorporarlos al aplicativo, se propondrán y adoptarán metas y métricas enfocadas en el paciente. Además, se asegurará la interoperabilidad con los demás sistemas dentro del IMSS.

También se avanzará en la definición de la metodología para migrar los datos de los sistemas actuales al NECE. Se realizarán pruebas de la migración con los médicos operativos en ambientes reales de producción y se establecerán validaciones en las unidades médicas que requieren migración a desplegar para garantizar que se está migrando la información de los sistemas anteriores en su totalidad.

Una vez que se concluya con la definición de la metodología para la migración se establecerán las fechas para el despliegue, el cual será paulatino en cada *clúster* por redes de referencia (*subclústeres* que agrupan una UMAE, un hospital de segundo nivel de atención y un conjunto de UMF).

I.1.19. INFORMACIÓN EN SALUD

El manejo de información en salud permite integrar y difundir la información estadística de manera oportuna y confiable, a fin de conformar un acervo que contribuya a la toma de decisiones.

Informe de Labores

Se actualizaron tres catálogos normativos para homologarlos al Sector Salud: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica (CIE-9MC) y Unidades con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). así como los de Unidades Médicas Activas, Especialidades y Subespecialidades.

En apoyo a la evaluación del desempeño de los programas médicos se elaboró la versión 2012 del Manual Metodológico de Indicadores Médicos. Se continuó la integración del Censo Nacional de Pacientes con Padecimientos Crónicos y Degenerativos —Módulo VIH/SIDA 2011—, así como la actualización del Censo de Pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión 2011.

Programa de Actividades

Actualizar la "Norma que Establece las Disposiciones en Materia de Información en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social", el "Procedimiento para la Actualización del Inventario Físico de Unidades", así como los catálogos normativos de operación de los sistemas y los clasificadores de padecimientos, de acuerdo con las disposiciones sectoriales de vigilancia epidemiológica.

Para ampliar la información disponible en las herramientas de consulta multidimensionales se incorporarán los motivos de consulta y mortalidad, conformando la serie histórica 2004-2011. Adicionalmente, se elaborará la versión 2013 del Manual Metodológico de Indicadores Médicos.

En apoyo a la capacitación se impartirá un curso para aspirantes de Especialista en Estadística. Se llevará a cabo el Curso Nacional de Codificación a personal de las delegaciones y el Foro Nacional de Capacitación 2012 en sistemas de información en salud.

Con respecto a la disponibilidad de información por parte de los usuarios institucionales se pondrá a disposición una herramienta de consulta multidimensional (cubo de información), en la que se incorporará información de los motivos de consulta y mortalidad, conformando la serie histórica 2004-2011, con periodicidad anual y con disponibilidad mensual a partir de la información generada en 2012.

I.1.20. REGISTRO NOMINAL DE DERECHOHABIENTES CON DISCAPACIDAD

La discapacidad es un problema de salud pública que se incrementa progresivamente en los países desarrollados. Las transiciones demográficas y epidemiológicas, aunadas al incremento de los accidentes y lesiones, así como al avance tecnológico de la medicina han originado el crecimiento progresivo de pacientes con enfermedades discapacitantes o potencialmente discapacitantes.

En México, la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) reportó que 2.5 por ciento de la población presenta algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 2'275,374 ciudadanos; de ellos, 771,172 eran derechohabientes del IMSS. De manera similar, la Organización Mundial de la Salud en 2010 estableció que 10 por ciento de la población mundial tiene discapacidad, mientras que el Censo Nacional de Población y Vivienda reportó en ese mismo año una prevalencia de discapacidad de 5.1 por ciento.

El Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad (RNDD) pretende dar respuesta a la necesidad de conocer la prevalencia de discapacidad en la población derechohabiente del IMSS, identificando los tipos (motora, visual, auditiva, intelectual), así como algunas características sociodemográficas como sexo, edad, escolaridad y ocupación, entre otras.

El Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad da respuesta a la necesidad de conocer la prevalencia de discapacidad en la población derechohabiente del IMSS.

Informe de Labores

En el periodo del Informe se diseñó el aplicativo para efectuar el RNDD a través de los médicos familiares, previa capacitación y seguimiento por directivos médicos en las UMF, a nivel delegacional y normativo. Al mes de junio de 2012 se han identificado y registrado 437,203 derechohabientes con discapacidad, lo que representa 22 por ciento de la meta a registrar.

Programa de Actividades

Al cierre de 2012 se espera lograr el registro de la totalidad de los pacientes con discapacidad. Para avanzar en el RNDD se fortalecerán las acciones de difusión del programa dirigidos al personal del Instituto a través de avisos en el tarjetón de pago, mensajes electrónicos, así como de material para difusión en unidades médicas y no médicas. Las delegaciones que se encuentren rezagadas respecto a la meta de registros serán visitadas para identificar áreas de oportunidad.

I.1.21. SALUD EN EL TRABAJO

La Salud en el Trabajo busca mejorar la salud de la población trabajadora afiliada al IMSS, así como la atención de los riesgos de trabajo y dictaminación de la invalidez. Estos servicios contribuyen al bienestar social mediante acciones de prevención de riesgos de trabajo, atención al daño, rehabilitación y reincorporación laboral, así como la implementación, seguimiento y evaluación de programas de intervención en empresas prioritarias.

Informe de Labores

Las actividades de promoción de la salud de los trabajadores consistieron en 4,788 visitas promocionales y la capacitación de 10,656 Comisiones de Seguridad e Higiene, tanto en las empresas afiliadas como en el propio Instituto, a través de la estrategia PREVENIMSS en Empresas.

Se llevaron a cabo actividades de asesoría, capacitación, apoyo técnico e información a patrones y trabajadores, con la finalidad de mejorar las condiciones y medio ambiente en las empresas afiliadas y en los centros laborales del IMSS, las que dieron como resultado el establecimiento de 6,033 estudios y programas preventivos, y se efectuaron 4,460 visitas de seguimiento. Se investigaron 751 accidentes de trabajo que generaron incapacidades permanentes mayores a 50 por ciento o defunciones.

A través de la estrategia PREVENIMSS en Empresas se realizaron 4,788 visitas promocionales y la capacitación de 10,656 Comisiones de Seguridad e Higiene, tanto en las empresas afiliadas como en el IMSS.

Con la finalidad de atender las necesidades de las empresas en materia de prevención de riesgos de trabajo, se desarrollaron actividades de capacitación para 26,293 participantes del curso básicos de seguridad e higiene, 6,445 asistentes a cursos monográficos y 320 a los diplomados.

Con respecto al comportamiento de los riesgos de trabajo, se observa una tendencia ascendente, principalmente derivado de los accidentes y enfermedades de trabajo. Para el periodo de referencia se han calificado un total de 567,112 riesgos de trabajo, con una tasa de 3.8 por cada 100 trabajadores, derivados de los accidentes de trabajo, los cuales se registraron en 444,612 casos (con una tasa de 3 por 100 trabajadores) y de las enfermedades de trabajo con un total de 4,259 casos (2.8 por cada 10,000 trabajadores). Estas cifras son superiores a las reportadas en el periodo pasado inmediato, lo que se explica principalmente por el impacto de las estrategias institucionales tendientes a la mejora en la detección, calificación y diagnóstico de estos eventos, permitiendo disminuir el subregistro de los riesgos de trabajo y redituando en forma positiva al contribuir a la mejora de la determinación de la prima de riesgo y la recaudación institucional.

En lo relacionado con las secuelas derivadas de dichos riesgos de trabajo, en el periodo del Informe se han dictaminado un total de 18,893 casos de incapacidad permanente (con una tasa de 1.3 por 1,000 trabajadores), de los cuales 13,928 casos fueron derivados de accidentes de trabajo, 2,909 por enfermedades de trabajo y el resto por accidentes en trayecto. Por otra parte, se registraron un total de 1,612 defunciones por riesgos de trabajo (con una tasa de 1.1 por 10,000 trabajadores), de las cuales 1,222 se derivaron de accidentes de trabajo, 379 de accidentes en trayecto y 11 por enfermedades de trabajo.

De junio de 2011 a junio de 2012 se elaboraron 9,349 periciales médicas, se atendieron 15,017 audiencias (periciales médicas, tercerías en discordia, conciliación, cumplimiento de ejecutorias y visitas a empresas) y se solicitaron 11,100 estudios de gabinete, 5,493 estudios de laboratorio y 13,724 interconsultas.

Durante el periodo que se reporta, en trabajadores de empresas afiliadas, en el ramo de Enfermedad General, se expidieron 39’473,043 días de incapacidad, por lo que el promedio de días de incapacidad por trabajador en enfermedad general se ubicó en 2.58 días. Por lo que respecta al ramo de Riesgos de Trabajo, se prescribieron 14’190,161 días de incapacidad, por lo que el promedio de días por trabajador en este ramo de seguro se ubicó en 0.93 días.

En materia de incapacidad temporal para el trabajo, en trabajadores del IMSS del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, de junio de 2011 a junio de 2012 dentro del ramo de Enfermedad General, se prescribieron 2’167,650 días de incapacidad, por lo que el promedio de

días de incapacidad por trabajador en el periodo de reporte se ubicó en 5.23 días. En el ramo de Riesgos de Trabajo se prescribieron 244,587 días de incapacidad, por lo que el promedio de días por trabajador se ubicó en 0.59 días.

Se inscribieron 177 asegurados a diversos cursos del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), de los cuales han egresado 90 y se han reincorporado a un trabajo formal 49. Los Servicios de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte y del HGR No. 72 han evaluado cerca de 454 asegurados derivados de servicios de Salud en el Trabajo, que posteriormente han sido referidos al CECART, cuando se ha requerido la reconversión de habilidades laborales.

Programa de Actividades

Se realizarán 2,744 Foros Promocionales de PREVENIMSS en las Empresas, 4,585 intervenciones y asesoría a las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene de Empresas Captadas en los Foros de Promoción PREVENIMSS y se participará en 2,198 Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo del IMSS, en apoyo a las actividades de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS.

Se continuarán las actividades para disminuir los accidentes y las enfermedades de trabajo en las empresas afiliadas y en los centros laborales del IMSS. Para este fin se tendrán 1,827 estudios de seguridad e higiene en el trabajo, 1,827 programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo y 3,647 visitas de seguimiento, asesoría y control de las recomendaciones emitidas en los programas preventivos. En apoyo a las actividades de prevención se planea capacitar a 15,813 trabajadores y patrones de empresas afiliadas.

En atención a los riesgos de trabajo se investigarán los accidentes de trabajo que generaron defunción o IPP mayor a 50 por ciento (483 casos) y se desarrollarán investigaciones de probable enfermedad de trabajo en empresas y centros IMSS, así como de apoyo a la calificación de profesionalidad (1,428 casos) y se rendirán periciales técnicas en 1,486 juicios laborales.

I.1.22. ACUERDO GENERAL DE COLABORACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS

Para consolidar un sistema integrado de salud que garantice el acceso universal a servicios de salud de alta calidad a la población mexicana, se promueve la colaboración entre las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud a través del intercambio de servicios. Además de ampliar la cobertura en salud, esta colaboración permitirá optimizar el uso de la infraestructura entre estas instituciones, reducir los costos de atención y brindar atención médica oportuna. Además, permitirá homogeneizar la calidad y los precios de los servicios de salud de tal manera

que se logren reducir los desequilibrios entre la oferta y la demanda de las instituciones públicas del Sector Salud.

El Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios permitirá optimizar el uso de infraestructura, reducir los costos de atención y homogeneizar los precios de los servicios de salud.

En este sentido, se está trabajando de manera coordinada con la Secretaría de Salud y el ISSSTE para establecer instrumentos legales y estandarizados adecuados que operen y regulen el intercambio de servicios. Lo anterior permitirá formalizar compromisos de prestación médica entre las instituciones públicas de una forma homogénea y con tarifas estandarizadas que serán la referencia para celebrar convenios específicos en cada entidad para satisfacer las necesidades de cada localidad.

En mayo de 2009 se suscribió el Convenio General de Colaboración en Materia de Emergencia Obstétrica entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE. Con el fin de proveer servicios de salud a todas las mujeres en edad gestacional que presentaran alguna emergencia obstétrica en las unidades médicas con alta capacidad resolutiva en este ámbito. Para la realización de dicho convenio se homologaron y acordaron tarifas de referencia de 27 intervenciones: 23 para atención materna y cuatro para atención al recién nacido. Derivado de lo anterior, se le pagó al Instituto la cantidad de 47.03 mdp correspondientes a 1,659 atenciones de emergencia obstétrica a no derechohabientes durante el periodo comprendido entre el 29 de mayo de 2009 y el 31 de mayo de 2011.

Para continuar con las acciones encausadas a impulsar y consolidar el intercambio de servicios entre las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, el 12 de mayo de 2011 se suscribió el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los Servicios Estatales de Salud y diversas unidades coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Dicho Acuerdo tiene como objetivo fijar los lineamientos generales para la formalización de los compromisos y necesidades para lograr el intercambio de servicios médicos entre las diferentes instituciones del Sector Salud.

Para la suscripción del Acuerdo se homologaron y acordaron tarifas de referencia para 489 servicios e intervenciones, distribuidas en 376 servicios e intervenciones de alta especialidad con los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) y 113 servicios e intervenciones del CAUSES. De la misma manera se establecieron los Lineamientos Generales para la formalización de los convenios específicos, los cuales deberán ser suscritos bajo los términos y condiciones estipulados en el Acuerdo.

Para la suscripción del Acuerdo se acordaron tarifas de referencia para 489 servicios e intervenciones, 376 servicios e intervenciones de alta especialidad y 113 del CAUSES.

Informe de Labores

Con el propósito de operar con base en las directrices establecidas en el Acuerdo General y sentar las bases para la celebración de los convenios específicos, se identificó la oferta y demanda de servicios de salud institucionales en Baja California Sur, Yucatán y la UMAE de Mérida, para determinar las oportunidades de intercambio con el sector público.

Con base en la información obtenida para Baja California Sur se identificaron las intervenciones a intercambiar que no están contenidas en el Anexo 1 del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, denominado "Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales", con la finalidad de adicionarlas a dicho catálogo.

El 15 de junio se suscribió el Convenio Específico para el Intercambio de Servicios de Salud entre el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud en Baja California Sur, a fin de llevar a cabo la prueba piloto de la operación del intercambio de servicios, en donde se establecen los compromisos, obligaciones y formas de pago con el propósito de satisfacer las necesidades de salud de esta localidad.

Programa de Actividades

Con el objetivo de dar seguimiento a los esfuerzos realizados, el IMSS deberá continuar replicando el ejercicio que se realiza actualmente en la prueba piloto. Ello permitirá identificar la demanda y oferta de servicios de salud en cada delegación y UMAE, y determinar los servicios e intervenciones susceptibles a intercambiarse con el sector público. Asimismo, facilitará la detección de aquellos servicios que no se encuentran contenidos en el Catálogo del Acuerdo para su homologación e incorporación al mismo.

En este sentido, se trabajará a nivel interinstitucional en homologar y adicionar las intervenciones identificadas en Baja California que no están contenidas en el Catálogo Nacional del Acuerdo General. Lo anterior, con el fin de ampliar el número de intervenciones a intercambiar y que, además, conformará el catálogo especíifico de intervenciones y tarifas de referencia del convenio específico suscrito en la entidad.

Con el fin de fortalecer el proceso de integración a través del intercambio de servicios, es necesario alinear los convenios vigentes con instituciones públicas a lo establecido en el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios. Adicionalmente, se continuará con la definición de protocolos de atención y la homologación de

las tarifas de intervenciones no contenidas en el Acuerdo. Por último, para dar cumplimiento al funcionamiento adecuado del Acuerdo en las unidades médicas del Instituto, se continuarán diseñando estrategias para implementar los lineamientos, formatos y procedimientos que deben considerarse en la celebración de los convenios específicos y que están contenidos en el Acuerdo General.

I.1.23. CONVENIO DE SUBROGACIÓN CON HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

En línea con la estrategia de la Secretaría de Salud de fortalecer el intercambio de servicios, el Instituto ha promovido la firma de convenios con HRAE. En la actualidad se tienen convenios con los seis HRAE de la Secretaría de Salud ubicados en los estados de Chiapas, Tamaulipas, Guanajuato, Oaxaca y Yucatán. Los HRAE integran una red de servicios con especialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad.

En el periodo del Informe se ha proporcionado atención a 3,727 pacientes del IMSS en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, siendo las Delegaciones Chiapas y Tamaulipas quienes han hecho un mayor uso de la estrategia.

A través de estos convenios se mejoran las condiciones de accesibilidad a los servicios médicos para los derechohabientes del IMSS, quienes sin esta estrategia se hubieran visto en la necesidad de trasladarse a otras localidades, con las consecuentes implicaciones de demora, insatisfacción y erogaciones económicas. De manera similar, el Instituto ha logrado reducir el gasto por traslado de pacientes y pago de viáticos, además de que han comenzado a sentar las bases para el inicio de un sistema universal de salud en el país.

En el periodo 2007-2011 se han enviado un total de 8,980 pacientes a los HRAE, erogando 22.42 mdp. Las Delegaciones Chiapas y Tamaulipas son las que más han utilizado esta estrategia (tabla I.23).

Informe de Labores

De octubre a diciembre de 2011 se realizaron seis visitas de evaluación y asesoría a las entidades que cuentan con HRAE para verificar la firma de los convenios, analizar la justificación de los envíos y así consolidar el procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes. Asimismo, se concluyó el documento “Lineamientos para el Intercambio de Servicios” que proporciona las directrices que regirán la relación de las instituciones en materia de Intercambio de Servicios.

TABLA I.23. PROCEDIMIENTOS Y GASTO EROGADO DE PACIENTES REFERIDOS A LOS HRAE
(2007-2011)

	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
Delegación	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**
Chiapas Tapachula	54	177,378	831	1,252,997	2,013	1,957,377	474	1,286,533	1,063	2,962,254	4,435	7,636,539
Chiapas T. Gutiérrez	30	249,000	95	751,000	500	987,000	186	2,477,910	116	1,175,504	927	5,640,414
Guanajuato	0	0	0	0	104	256,442	292	239,240	87	149,464	483	645,146
Oaxaca	0	0	0	0	1	14,500	8	23,302	2	18,529	11	56,331
Tamaulipas	0	0	0	0	105	180,679	774	2,730,538	1,352	3,294,283	2,231	6,205,500
Yucatán	0	0	0	0	893	2,232,500	0	0	0	0	893	2,232,500
Total	**84**	**426,378**	**926**	**2,003,997**	**3,616**	**5,628,498**	**1,734**	**6,757,523**	**2,620**	**7,600,034**	**8,980**	**22,416,430**

Fuente: IMSS.

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se ha proporcionado atención en los HRAE a un total de 3,727 pacientes del IMSS, con una erogación de 8.99 mdp, como se muestra en la tabla I.24.

En el periodo del Informe también se logró concluir el diseño de la plataforma informática para la georreferencia de las unidades médicas de las diferentes instituciones. Adicionalmente, se ha dado seguimiento a los avances y la gestión de los recursos adicionales necesarios para garantizar el pago de los pacientes enviados a los HRAE en cada una de las delegaciones involucradas.

Programa de Actividades

Las instituciones participantes realizarán la difusión de los Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud para favorecer la convergencia y facilitar el intercambio de servicios.

TABLA I.24. PROCEDIMIENTOS Y GASTO EROGADO DE REFERIDOS A LOS HRAE
(MONTO EN PESOS, JUNIO DE 2011-JUNIO DE 2012)

Hospital Regional de Alta Especialidad	Cirugía		Consulta Externa		Hospitalización		Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento		Total	
	Casos	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**	**Casos**	**Gasto**
Tapachula y Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	2	8,870	93	26,310	2	682	1,667	4,600,668	1,764	4,636,530
Guanajuato	0	0	0	0	0	0	62	120,627	62	120,627
Tamaulipas	82	1,458,806	776	158,602	71	817,459	972	1,795,438	1,901	4,230,305
Total	**84**	**1,467,676**	**869**	**184,912**	**73**	**818,141**	**2,701**	**6,516,733**	**3,727**	**8,987,462**

Fuente: IMSS.

Los Lineamientos incluyen el "Convenio General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Médicos", el "Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento", y "el Catálogo de Tarifas Referenciales".

Se continuará con la implementación de una herramienta de georreferencia, misma que permitirá conocer la infraestructura de todas las instituciones, haciendo más fácil la localización y eventual envío de pacientes. Por último, se buscará seleccionar procedimientos médicos que permitan ofrecer a la ciudadanía garantías de atención en un tiempo determinado, mejorando la satisfacción de los pacientes, así como la imagen institucional y sectorial.

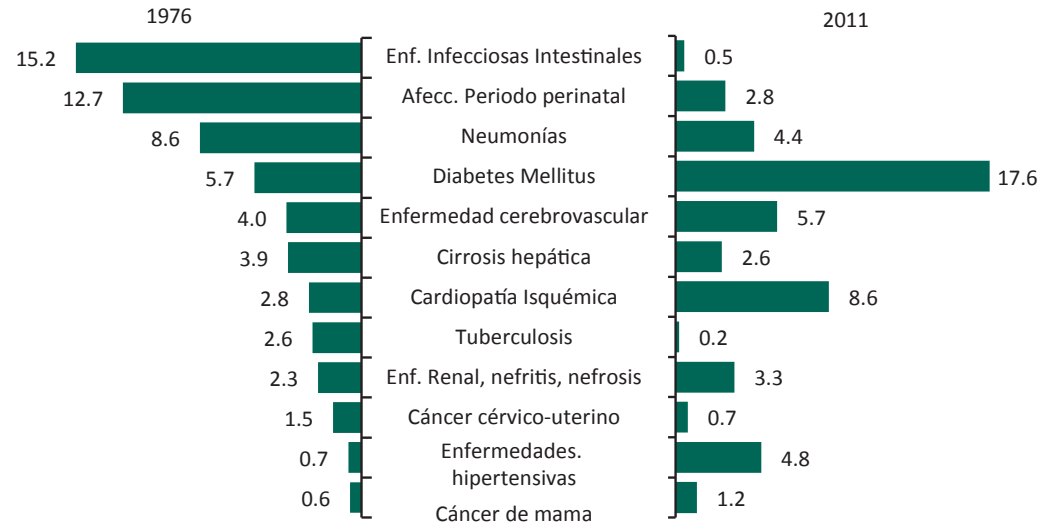
I.1.24. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La actividad de vigilancia epidemiológica de las causas de enfermedad y muerte de los derechohabientes ha permitido detectar y prever cambios en los patrones de salud-enfermedad, que ha llevado a ajustes en las medidas para la promoción de la salud, así como la prevención y control de las enfermedades. La vigilancia epidemiológica cobra especial interés ante la mejora en las comunicaciones y facilidades para el desplazamiento de la población que han provocado que las enfermedades transmisibles puedan extenderse con mayor rapidez, como sucedió con la pandemia de influenza. Asimismo, la tecnología nos ha permitido estar mejor preparados para atender las contingencias sanitarias y mitigar sus efectos, permitiendo el acceso a información sobre el comportamiento de los padecimientos y facilitando las tareas para otorgar una respuesta adecuada.

El efecto de la transición demográfica y epidemiológica ha originado cambios ostensibles en el perfil de morbilidad y mortalidad de la población, como es el desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las no trasmisibles. En 1976 las principales causas de muerte en la población derechohabiente fueron las enteritis y otras enfermedades diarreicas, ciertas causas del periodo perinatal, neumonías y diabetes mellitus. En contraste, para el año 2011 decrecieron en forma importante las causas transmisibles y se incrementaron las causas no transmisibles, como la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y otras enfermedades del hígado (gráfica I.21).

Actualmente, la primera causa de complicaciones y muerte en la población derechohabiente del IMSS es la diabetes mellitus. Sin embargo, como resultado de la mejora en los procesos de vigilancia, prevención y atención, para el año 2011 se ha retrasado la edad promedio de muerte con respecto a la registrada en el año 2001 (tabla I.25). En los últimos tres años se observa un ligero descenso en la tendencia de la mortalidad de esta patología.

GRÁFICA I.21. MORTALIDAD PROPORCIONAL POR CAUSAS SELECCIONADAS
(PORCENTAJE, 1976-2011)



Fuente: IMSS.

TABLA I.25. EDAD DE MUERTE POR DIABETES MELLITUS
(EDAD PROMEDIO, 2001-2011)

Concepto	2001	2011	Diferencia
Hombres	65.3	66.8	+1.5
Mujeres	66.3	67.9	+1.6
Nacional IMSS	65.9	67.3	+1.4

Fuente: IMSS.

Informe de Labores

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica notificó 15'686,151 casos nuevos de enfermedades. Esta información permite monitorear cada semana los padecimientos sujetos a la vigilancia y emitir el boletín semanal, el boletín anual de vigilancia epidemiológica y el análisis de la morbilidad.

El sistema de vigilancia para las enfermedades prevenibles por vacunación identificó 737 casos de síndrome Coqueluchoide, confirmándose 48 casos de tos ferina, representando un decremento de 25 por ciento en la incidencia, en relación con el año previo. Los casos se presentaron en menores de un año que no contaban, por su edad, con el esquema completo de vacunación.

Se estudiaron 3,491 casos de enfermedad febril exantemática, sin que se confirmara ningún caso. Asimismo, se analizaron 234 casos de parálisis flácida aguda y, como parte de la vigilancia del síndrome de Guillain Barré, relacionado a la vacuna contra la influenza tipo A H1N1, se estudiaron 230 casos en mayores de 15 años, sin que se demostraran casos atribuibles a la vacuna.

En el IMSS se han notificado 65,122 casos de VIH/SIDA entre los años 1982 y 2011. La mortalidad por este padecimiento representa 30 por ciento del total de casos con este diagnóstico, cuya tendencia es estable en los últimos años,

derivado del uso de antirretrovirales (gráfica I.22). Las Delegaciones D. F. Norte, Estado de México Oriente, Jalisco, D. F. Sur y Nuevo León tuvieron el mayor número de casos nuevos de VIH/SIDA en el periodo del Informe.

La mortalidad por SIDA ha disminuido en un 29 por ciento, al pasar de una tasa de 4.1 por 100,000 derechohabientes en el año 2000, a una tasa de 2.9 en 2011.

GRÁFICA I.22. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SIDA
(TASA POR 100,000 DERECHOHABIENTES, 2000-2011)

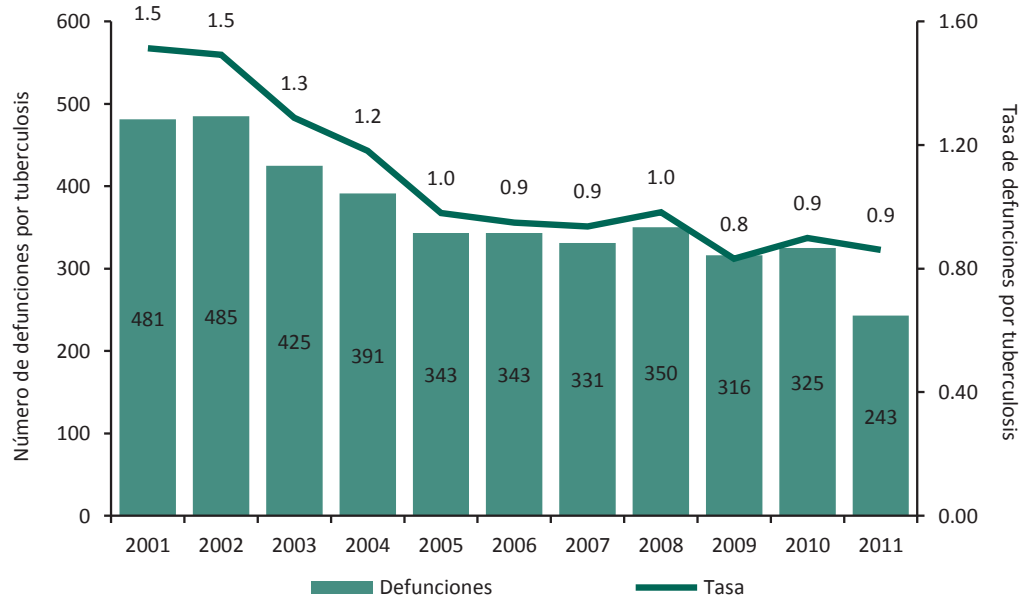
Fuente: IMSS.

Por otra parte, en el periodo de junio de 2011 y junio de 2012 se registraron en el IMSS 5,238 casos de tuberculosis en todas sus formas, diagnosticándose 3,876 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, con un seguimiento baciloscópico de 87.34 por ciento y 89.56 por ciento de alta por curación. La mortalidad por tuberculosis pulmonar muestra una tendencia descendiente en los últimos 10 años, pasando de 1.49 a 0.91 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar (gráfica I.23).

En el periodo analizado se notificaron 14,217 casos probables de fiebre por dengue (FD), con un decremento de 17.5 por ciento en relación con los casos notificados en el periodo anterior (17,234 casos). Fueron confirmados por laboratorio 3,515 casos, que representan 24.7 por ciento. En cuanto a fiebre hemorrágica por dengue (FHD), se notificaron 4,376 casos, con un incremento de 56.7 por ciento en relación con los casos notificados en el año anterior (2,791 casos). Fueron confirmados por laboratorio 2,384 casos, que representan 54.4 por ciento. Las Delegaciones Campeche, Nuevo León, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán reportaron el mayor número de casos de FD y FHD. La región del sureste es la que se vio más afectada en este periodo, ya que se registró un gran brote que afectó principalmente al estado de Yucatán (grafica I.24).

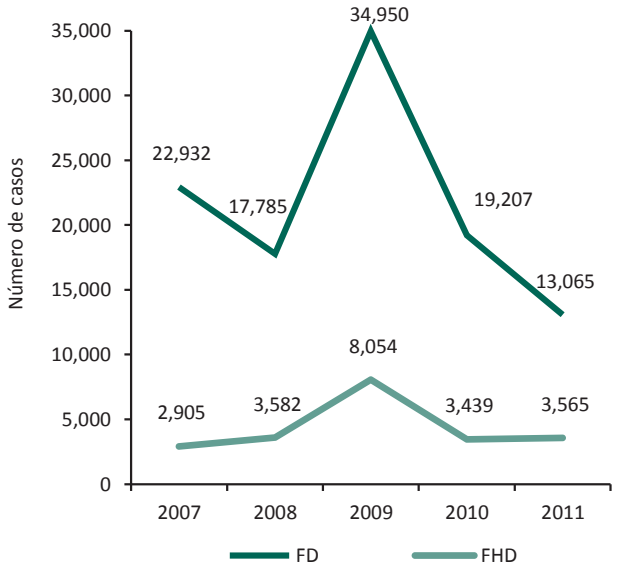
El dengue en el país ha mostrado un comportamiento irregular durante los últimos años con un brote importante en 2009. Este comportamiento guarda relación estrecha con la circulación de los cuatro denguevirus en el territorio nacional y con la experiencia inmunológica de la población adquirida a través de brotes repetidos en todo el país.

GRÁFICA I.23. MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR
(NÚMERO DE MUERTES Y TASA POR 100,000 DERECHOHABIENTES ADSCRITOS A MÉDICO FAMILIAR, 2001-2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.24. CASOS DE FIEBRE POR DENGUE Y FIEBRE HEMORRÁGICA POR DENGUE
(NÚMERO DE CASOS, 2007-2011)



Fuente: IMSS.

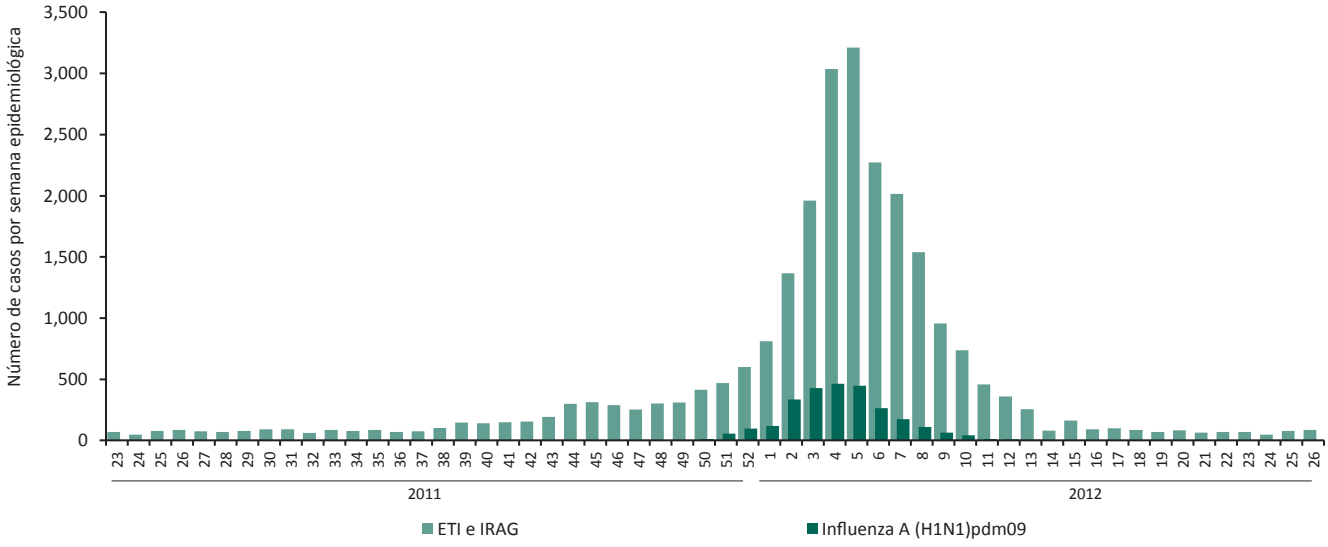
Por otra parte, se reportaron 25,487 casos de enfermedad tipo influenza e infección respiratoria aguda grave (ETI e IRAG). En 11,015 casos de IRAG (43.2 por ciento) los pacientes fueron hospitalizados y 14,472 (56.8 por ciento) casos de ETI se manejaron de manera ambulatoria. El laboratorio confirmó 3,036 casos positivos a influenza: 2,650 casos positivos a influenza A (H1N1)pdm09, 66 casos del tipo influenza A (H3N2), 298 casos a influenza A, 13 casos a influenza B y nueve casos de influenza no tipificada, con una positividad de 38.4 por ciento. Se registraron 160 defunciones confirmadas por influenza A (H1N1)pdm09, con una letalidad hospitalaria de casos confirmados de 13.97 por ciento.

La curva epidémica muestra un repunte de los casos a partir de la semana 44 de 2011, que continúa con el incremento en las primeras semanas de 2012, situación esperada por ser un padecimiento de comportamiento estacional (gráfica I.25).

La red de laboratorios de influenza recibió 10,134 muestras, de las cuales 65.27 por ciento fueron negativas, 28.78 por ciento detectaron influenza A (H1N1)pdm09, 3.02 por ciento influenza A estacional, 0.58 por ciento influenza A/H3, 0.15 por ciento influenza A no subtipificable y 0.07 por ciento influenza B.

Para fortalecer la detección de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, en el mes de julio de 2011 se amplió el marco analítico del Laboratorio Central de Epidemiología (LCE) a través del Servicio Integral por Pruebas de Laboratorio (SIPL), incluyendo los diagnósticos confirmatorios de dengue, sarampión, rubéola, rotavirus, infecciones bacterianas invasivas y *bordetella pertussis*. A partir del mes de septiembre se iniciaron las adecuaciones al área física del LCE, lo que permitió hacer mejoras en el área de biología molecular, además de la creación de las áreas de serología, virología, bacteriología y de contención biológica nivel tres para el manejo de *mycobacterium tuberculosis*. Durante el mes de octubre el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) evaluó la competencia técnica del personal del LCE y el Laboratorio Regional de Referencia Epidemiológico (LARRE) para el diagnóstico de dengue por la técnica de ELISA.

GRÁFICA I.25. DISTRIBUCIÓN DE CASOS ETI/IRAG Y CONFIRMADOS DE INFLUENZA A (H1N1) POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS
(NÚMERO DE CASOS, JUNIO DE 2011-JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

Entre octubre de 2011 y junio de 2012, el LARRE y el LCE han procesado 3,305 muestras de dengue, lo que equivalió a hacer 4,926 ensayos, siguiendo el algoritmo dictado por la Secretaría de Salud. Del total de muestras, el índice de positividad fue de 51.86 por ciento (1,714 muestras), de las cuales 23 por ciento fueron IgG, 33.11 por ciento NS1 y 43.89 por ciento IgM. El tiempo promedio de respuesta fue de 3.7 días a partir de la recepción de la muestra.

Por último, en enero de 2012 se implementó el diagnóstico de sarampión, rubéola y diarrea por rotavirus, y a la fecha se han recibido 21 y 66 muestras con un índice de positividad de 0 y 27.5 por ciento, respectivamente.

Se registraron 106,167 casos de infecciones nosocomiales en las unidades de segundo nivel y 26,759 casos en las unidades de tercer nivel. Al cierre de junio de 2012 las unidades de segundo nivel registraron una tasa de 5.97 casos por 100 egresos, mientras que las UMAE tuvieron 7.05 infecciones por 100 egresos. Esta vigilancia ha permitido aplicar medidas de prevención y control para la reducción de las infecciones en beneficio del paciente y la disminución de su estancia hospitalaria.

Programa de Actividades

Se continuará con el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmisibles, con la notificación inmediata de casos para aplicar medidas de prevención y control, e identificar oportunamente brotes en la comunidad, unidades médicas y guarderías, así como la vigilancia, monitoreo y análisis de la situación de enfermedades reemergentes de: influenza, dengue, tos ferina, cólera y tuberculosis, entre otras, a través de asesoría a las diferentes delegaciones de forma permanente.

Se fortalecerá la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales para identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre pacientes, personal de salud y familiares visitantes. Esta vigilancia se orientará a los principales sitios de infección, como pacientes con líneas vasculares, sitio quirúrgico, sonda vesical y ventilación mecánica.

Para el cierre del ejercicio 2012 se tiene programado habilitar las áreas de serología, virología, bacteriología y contención biológica nivel tres en el LCE, lo que permitirá seguir realizando ensayos para el diagnóstico de influenza, dengue, sarampión, rubéola, diarrea por rotavirus, infecciones bacterianas invasivas, tosferina por *B. pertussis*, leucemias y linfomas, e implementar los algoritmos diagnósticos de infecciones por VIH y tuberculosis pulmonar. Con respecto al LARRE, se continuará con los ensayos de diagnósticos para dengue, sarampión, rubéola, diarreas por rotavirus, *E. coli* y *V. cholerae*, infecciones por VIH, brucelosis, chagas y hepatitis A y C.

Para garantizar la calidad de los resultados emitidos por los laboratorios integrantes de la red, durante los meses de julio y agosto, el LCE elaborará y aplicará paneles de evaluación para el diagnóstico serológico de dengue y para el diagnóstico molecular de influenza. Igualmente, en materia de supervisión se desarrollarán los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de neoplasias malignas y diabetes mellitus a nivel institucional para la generación de información epidemiológica relevante, que apoye la toma de decisiones y que contribuya a mejorar el proceso de vigilancia, prevención y control de estas patologías.

I.1.25. PLAN INSTITUCIONAL FRENTE A EMERGENCIAS Y DESASTRES

I.1.25.1. HOSPITAL SEGURO Y UNIDAD MÉDICA SEGURA

Hospital Seguro obedece a un compromiso que México asumió con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas. Bajo este compromiso se debe elaborar una política de reducción de riesgos priorizando la seguridad estructural de los hospitales e implementando medidas de reforzamiento y construcción bajo una normatividad establecida. En los aspectos no estructurales se incluyen planes operativos especialmente para hospitales ubicados en zonas de alto riesgo.

Hospital Seguro obedece a un compromiso asumido con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas de establecer una política de reducción de riesgos estructurales en las unidades médicas.

En noviembre de 2006 el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) implantó el Programa Hospital Seguro. Se integró el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro (CNEDCPHS), a fin de establecer la normatividad y definir indicadores mensurables para realizar un diagnóstico sobre el índice de seguridad de los hospitales y establecer estrategias de fortalecimiento de la capacidad de respuesta del Sector Salud ante las emergencias y desastres.

Informe de Labores

El IMSS, como miembro activo del SINAPROC, asumió el compromiso de implementar el Programa Hospital Seguro. Entre las acciones realizadas destacan las evaluaciones con representación interinstitucional, proceso aplicado al HGR No. 1 de Morelia, Michoacán, que se encontraba en un poco más de 60 por ciento de su superficie sobre roca sólida y el resto sobre una falla geológica de más de 180 metros de profundidad. Se determinó la necesidad de desocupar el inmueble y

construir un nuevo establecimiento con las recomendaciones internacionales, que incluyen el estudio geológico del subsuelo.

Derivado del Programa Hospital Seguro, se desarrolló la Unidad Médica Segura, con el fin de determinar las condiciones de seguridad de 1,451 unidades (UMF, UMAA, HR, unidades de Medicina Física y Rehabilitación y Banco de Sangre) del Instituto, encontrando que 17 instalaciones requerían atención prioritaria. En seis unidades que requerían atención prioritaria se han solicitado acciones de obra de nueva sustitución, mientras que para las unidades restantes se instrumentaron mejoras a través del Programa Anual de Operación Delegacional.

Dentro de los aspectos de protección civil el IMSS ha promovido el mejoramiento o la construcción de escaleras de emergencia, así como el reforzamiento estructural de 40 unidades médicas en una primera etapa. De éstas, 14 ya se encuentran en el programa de obras y 26 están pendientes de autorización y asignación de recursos por parte del H. Consejo Técnico.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 continuarán las evaluaciones hospitalarias interinstitucionales en el marco del Programa Hospital Seguro. Entre julio y agosto de 2012 se continuará con el curso del segundo periodo de capacitación 2012 para Evaluadores del Programa Hospital Seguro vía Internet, mismo que también se efectuará de septiembre a noviembre como tercer periodo de capacitación. Los días 3 y 4 de septiembre tendrá lugar el Foro Internacional de Hospitales Seguros frente a Desastres en nuestro país y en octubre se sostendrá la 17ª Reunión Ordinaria del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro en el que el IMSS funge como Secretario Técnico.

I.1.25.2. CENTRO VIRTUAL DE OPERACIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

El Centro Virtual de Operación de Emergencias y Desastres (CVOED) es una herramienta para incrementar la capacidad de respuesta del IMSS ante emergencias y desastres. El sistema facilita la comunicación en tiempo real y permite la creación rápida de Centros de Operación de Emergencias con pocos recursos en cualquier sitio que cuente con acceso a Internet. A través del CVOED, las unidades médicas informan sobre sus afectaciones y requerimientos operativos, a fin de que los niveles delegacional y central tomen las decisiones necesarias, logrando integración y coordinación para enfrentar cualquier fenómeno adverso.

El Centro Virtual de Operación de Emergencias y Desastres es una herramienta para incrementar la capacidad de respuesta del IMSS, facilitando la creación de Centros de Operación de Emergencias en cualquier sitio con acceso a Internet.

El desarrollo del CVOED inició en julio del 2010 y cuenta con módulos de georreferenciación de las unidades médicas, notificador de emergencias, mensajero en vivo, uso de redes sociales con temas de emergencias y desastres, herramienta de monitoreo de acciones, grupos de respuesta inmediata, disponibilidad de camas y servicios, y disponibilidad de hemocomponentes, entre otros. Actualmente se tienen en fase de desarrollo los módulos de evaluación inicial de daños y censo nominal de pacientes.

Informe de Labores

El CVOED ha probado su utilidad en diversas condiciones, incluyendo sismos ocurridos en 2011, tormentas tropicales y huracanes, entre otros. Por ser una herramienta única en su diseño y objetivo dentro del Sector Salud, ha sido presentada a otras instituciones, quienes han solicitado al IMSS ser integradas en sistemas con tecnologías similares. Ante esta situación, se ha organizado un grupo de trabajo con representantes de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, Cruz Roja Mexicana, ISSSTE y la Secretaría de Salud, a fin de elaborar una respuesta sectorial frente a un desastre, utilizando el sistema denominado CVOED.NET.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 se mejorarán los módulos de notificador de emergencias y mensajero en vivo para que sean más ágiles y eficientes. Se terminarán de probar e implantar los módulos de evaluación de daños, análisis de necesidades y censo nominal de pacientes. Por ser una herramienta dinámica y en constante evolución, se trabajará en una versión informática más avanzada que se implantará a finales de 2012.

I.1.25.3. PLAN DE EVACUACIÓN DE HOSPITALES CON ÉNFASIS EN ÁREAS CRÍTICAS

El Plan de Respuesta Institucional Frente a Emergencias y Desastres incluye una estrategia de evacuación de hospitales con énfasis en áreas críticas. El plan de evacuación es puesto a prueba, entre otros, con ejercicios de simulación y simulacros, con el propósito de capacitar al personal y detectar áreas de oportunidad.

Informe de Labores

El programa de capacitación de Evacuación de Unidades Hospitalarias con énfasis en áreas críticas es un programa innovador. No existen antecedentes a nivel mundial y en la literatura especializada en el tema hay muy poco escrito sobre este tópico, por lo que el Instituto desarrolló un programa en dos etapas.

La primera etapa, de agosto de 2011 a enero de 2012, se nombró un hospital líder-capacitador en cada una de las ocho entidades del Plan Sismo del Gobierno Federal (Guerrero, Tlaxcala, Morelos,

Puebla, Estado de México, Michoacán, Oaxaca y Distrito Federal), por ser estas entidades las que se encuentran en mayor riesgo de afectación ante un sismo de magnitud considerable originado en la costas de Guerrero. Una vez identificados los hospitales líderes, se procedió a realizar un taller y un simulacro de evacuación de unidades hospitalarias con énfasis en áreas críticas, logrando con ello la producción de un video didáctico bajo un protocolo para la evacuación de áreas críticas que incluye los servicios de Terapia Intensiva y Quirófano.

La segunda etapa, de enero a junio de 2012, consiste en que el hospital designado como líder en cada una de las ocho delegaciones deberá asesorar a algunos hospitales de su delegación ubicado en zona de riesgo, en la realización tanto del taller como del simulacro. Con esto se espera que para fines de diciembre de 2012, 36 unidades hospitalarias ubicadas en las ocho delegaciones del Plan Sismo estarán capacitadas en este programa.

Programa de Actividades

De julio a diciembre de 2012 se abrirá un nuevo curso en línea sobre Planes Hospitalarios y Evacuación de Unidades Médicas dirigido a cuerpos de gobierno y a las cinco brigadas hospitalarias, en el que se espera se inscriban más de 500 alumnos. En relación con los cursos de capacitación de evacuación de unidades hospitalarias con énfasis en áreas críticas los hospitales líderes continuarán asesorando a los otros hospitales de su delegación, incluidos en la segunda etapa, para realizar el taller y su simulacro de evacuación. Al cierre de diciembre de 2012, 36 unidades hospitalarias habrán realizado estas actividades.

I.1.25.4. PLAN DE DELEGACIONES Y UMAE EN RESPUESTA AL PLAN SISMO DEL GOBIERNO FEDERAL

El 29 de marzo de 2010, en reunión del SINAPROC, el Gobierno Federal instruyó a trabajar en un Plan Federal de Preparación y Respuesta Frente a un Escenario de Sismo de Gran Magnitud en México (Plan Sismo). En atención a este mandato, el Instituto desarrolló el Plan de Delegaciones y UMAE de Apoyo.

Informe de Labores

El Plan de Delegaciones y UMAE de Apoyo detalla las acciones que se llevarán a cabo en todas las delegaciones del Instituto para responder en forma rápida, efectiva y coordinada ante un sismo de gran magnitud.

Para su correcta ejecución, se ha diseñado, cuantificado y construido una reserva estratégica de medicamentos, material quirúrgico, material de curación e insumos específicos, que permitan al IMSS responder oportuna y adecuadamente a las demandas de salud de las víctimas de un evento sísmico. Adicionalmente, el Plan se ha puesto

a prueba en dos simulacros y en tres sismos reales recientes, donde se ha demostrado su funcionamiento general y se han identificado áreas susceptibles de mejora.

El Plan de Delegaciones y UMAE incluyó la creación de una reserva estratégica de medicamentos, material quirúrgico y de curación, e insumos específicos para responder adecuadamente a las demandas de salud derivadas de un evento sísmico.

Programa de Actividades

Aunado al fortalecimiento de las actividades del Plan de Respuesta Institucional, se continuará con la capacitación del personal adscrito a las ocho delegaciones del Plan Sismo que hipotéticamente pueden ser afectadas por un sismo de gran magnitud.

I.1.26. CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSUMOS

La calidad y eficacia de los servicios médicos depende en buen grado de la utilización de insumos terapéuticos que al cumplir con las normas nacionales e internacionales, prestan un funcionamiento apropiado y por ende una eficiente respuesta terapéutica. La totalidad de los insumos terapéuticos que adquiere el IMSS cuentan con un registro sanitario que se otorga considerando la documentación técnica que avala el cumplimiento de la normatividad; sin embargo, la heterogeneidad en los procesos de fabricación no garantiza que en la práctica la totalidad de los productos adquiridos cumplan con la calidad esperada.

En función de ello, el IMSS comprueba el apego a la normatividad de la documentación presentada de los insumos adquiridos y en uso en los servicios. Lo anterior mediante estudios de laboratorio en áreas analíticas de medicamentos y reactivos de diagnóstico, así como de análisis de materiales de curación e instrumental, para verificar su seguridad, eficacia y funcionalidad.

La actividad de vigilancia se lleva a cabo cuando se reciben quejas por parte del personal Médico y de Enfermería sobre medicamentos y dispositivos terapéuticos, complementado esta verificación con un programa de muestreo aleatorio de los productos en uso, que sin haber sido objeto de quejas requieren ser valorados para detectar la presencia de defectos de calidad y/o vicios ocultos ocasionados por el incumplimiento de las especificaciones con las que les fueron otorgados los registros sanitarios.

Informe de Labores

En este periodo se realizaron 1,405 estudios y se evaluaron 484 reportes de queja de productos recibidos de los servicios médicos que presentan defectos de calidad. De estos reportes de queja, se corroboró que 59 por ciento (285 lotes)

no cumplieron con especificaciones técnicas de calidad. De manera similar, derivado del muestreo permanente, se estudiaron 610 lotes de delegaciones y UMAE, encontrando que 29 por ciento no cumplió con las especificaciones técnicas de calidad.

Se solicitó el retiro de los servicios médicos de los lotes que no cumplieron con especificaciones técnicas de calidad y el canje por insumos no defectuosos. Para efecto del canje por nuevos lotes ya corregidos, se efectuaron 311 estudios, encontrándose que 68 por ciento (210 lotes: 43 de medicamentos y 167 de material de curación) cumplieron con las especificaciones de calidad. Cabe señalar que algunos proveedores no conformes con los resultados emitidos han presentado su inconformidad. En respuesta se han reanalizado los productos en presencia de los técnicos de los proveedores y en la totalidad de los casos se ratificaron los resultados.

Adicionalmente a la función sustantiva de verificar la calidad, se apoyó a algunas delegaciones para dictaminar accidentes en la red de frío. La recuperación de productos biológicos y medicamentos involucrados en 80 eventos (800 claves) permitió al Instituto ahorrar aproximadamente 8 mdp.

Por último, como resultado de las actividades antes mencionadas, se enviaron a la COFEPRIS 478 comunicados informando de resultados no satisfactorios de productos con registro sanitario.

Programa de Actividades

Se continuará brindando atención a las quejas que reportan las unidades médicas del Instituto sobre medicamentos y materiales de curación con defectos de calidad, así como accidentes en la red de frío, estimando evaluar 241 lotes. Asimismo, como parte del programa de muestreo, se estudiarán 293 lotes de medicamentos y materiales de curación enviados por los almacenes de delegaciones y UMAE.

Para asegurar la calidad de las mediciones se atenderán los programas de calibración de instrumentos y calificación de equipos de los laboratorios y se buscará dar respuesta a las solicitudes de unidades médicas y guarderías que requieren el servicio de calibración para mantener sus certificaciones.

I.2. UNIDAD IMSS-OPORTUNIDADES

IMSS-Oportunidades es un Programa del Gobierno Federal administrado por el IMSS que, con una trayectoria de 33 años de trabajo a favor de la población que habita las zonas rurales y urbanas marginadas de México, contribuye a lograr que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud, impulsando su desarrollo integral y la igualdad de oportunidades.

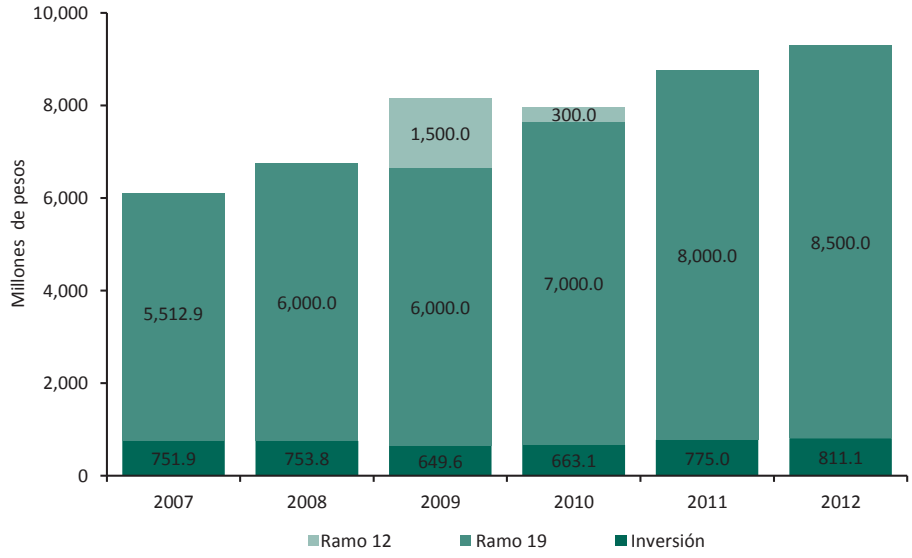
El Programa presta servicios médicos a más de 11.8 millones de mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, de los cuales cerca de 3 millones son indígenas. Estos servicios son gratuitos y lo único que se solicita a la población es la participación en el autocuidado de su salud y la inscripción al Padrón de Beneficiarios.

IMSS-Oportunidades cuenta con una red de servicios integrada por 79 Hospitales Rurales (HR), 3,587 Unidades Médicas Rurales (UMR), y 270 Unidades Médicas Urbanas (UMU). Para la atención de las localidades más lejanas y dispersas denominadas microrregiones se cuenta con 222 Brigadas de Salud.

La cobertura del Programa abarca 1,379 municipios en 19 Estados de la República en el medio rural y, a partir de 2005, opera en 26 entidades, en el ámbito urbano-marginado, para la atención de familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).

IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del Gobierno Federal, autorizados por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto

GRÁFICA I.26. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO IMSS-OPORTUNIDADES
(MILLONES DE PESOS, 2007-2012)



Fuente: IMSS.

de Egresos de la Federación, los cuales son ministrados a través del Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social y constituyen un subsidio federal. Asimismo, se reciben recursos por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, provenientes del Ramo 12, para apoyar al PDHO en el otorgamiento del componente salud a las familias beneficiarias.

De 2007 a 2012 el presupuesto del Programa creció en términos nominales de 6,264.8 mdp a 9,311.1 mdp, es decir, registró un incremento de 48.6 por ciento.

I.2.1. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

Para ampliar la red de infraestructura se deben modernizar las unidades médicas de IMSS-Oportunidades e incrementar su capacidad resolutiva; de diciembre de 2006 a junio de 2012 se ejecutaron 572 obras, con una inversión total de 2,177.6 mdp.

Dentro de estas acciones, y con el propósito de acercar los servicios médicos a zonas de alto rezago social en las que no tenía presencia el Programa IMSS-Oportunidades, el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009 incluyó una ampliación presupuestal de 1,500 mdp, recursos que permitieron construir ocho nuevos hospitales de 30 camas y 11 consultorios en las Delegaciones de Puebla, Michoacán (2), Campeche, Veracruz Norte, Guerrero y Estado de México Poniente (2); la construcción de 42 UMR en las Delegaciones de Guerrero (15) y Estado de México Poniente (27), así como la instalación de 44 UMU.

Entre diciembre de 2006 y junio de 2012 se realizaron 572 acciones de obra con una inversión de 2,177.6 mdp. Destacan la construcción de ocho Hospitales Rurales y de 42 Unidades Médicas Rurales, así como la instalación de 44 Unidades Médicas Urbanas.

TABLA I.26. RESUMEN DE OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES
(NÚMERO DE OBRAS, DICIEMBRE 2006-JUNIO 2012)

Nivel de atención	Acciones de obra	Costo total inversión (mdp corrientes)[1/]	Camas	Consultorios	Población beneficiada
Nueva	**71**	**1,295.7**	**240**	**129**	**2,171,068**
Primer nivel	63	308.9	0	41	155,272
Segundo nivel	8	986.8	240	88	2,015,796
Ampliación y/o remodelación	**501**	**881.9**	**70**	**76**	**3,471,063**
Primer nivel	373	245.9	0	30	633,322
Segundo nivel	128	636.0	70	46	2,837,741
Total	**572**	**2,177.6**	**310**	**205**	**5,642,131**

[1/] Incluye equipamiento por 196.8 mdp.
Fuente: IMSS.

TABLA I.27. NUEVOS HOSPITALES RURALES
(2010)

Delegación	Hospital Rural	Inicio de operaciones
Michoacán	Villamar	8 de junio
Michoacán	Buenavista	9 de junio
México Poniente	Amanalco	9 de julio
Guerrero	La Unión	23 de julio
Campeche	Mamantel	11 de agosto
México Poniente	San José del Rincón	22 de octubre
Veracruz Norte	Plan de Arroyos	17 de noviembre
Puebla	Ixtepec	16 de diciembre

Fuente: IMSS.

TABLA I.28. OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DEL INFORME
(ACCIONES DE OBRA, JUNIO 2011-JUNIO 2012)

Nivel de atención	Acciones de obra	Consultorios	Población beneficiada
Nueva	**11**	**0**	**28,959**
Primer nivel	11	0	28,959
Ampliación y/o remodelación	**52**	**34**	**558,781**
Primer nivel	23	16	38,839
Segundo nivel	29	18	519,942
Total	**63**	**34**	**587,740**

Fuente: IMSS.

Asimismo, destaca la modernización en el servicio de Urgencias en 31 unidades médicas del segundo nivel de atención y la conclusión del Programa de Módulos de Salud Ginecológica; además, se terminó una Unidad de Consulta Externa, se construyeron 63 UMR y 29 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO). Por último, para garantizar la operación adecuada de las unidades médicas, equipos e instalaciones de IMSS-Oportunidades, entre 2007 y 2011 se destinaron 892 mdp en acciones permanentes de conservación.

Informe de Labores

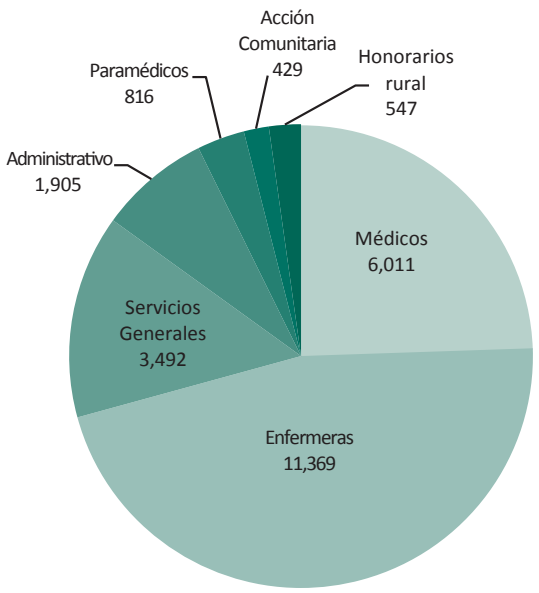
De junio de 2011 a junio de 2012 se realizaron 63 acciones de obra, entre ellas la modernización de 29 HR, principalmente de las áreas de Urgencias. De manera adicional se sustituyeron 11 UMR que por sus condiciones físicas lo requirieron y se construyeron 15 CARO adicionales en unidades del primer nivel de atención, lo cual significó una inversión de 275.2 mdp en beneficio de 587,740 personas adscritas al Programa IMSS-Oportunidades.

En el periodo de reporte se invirtieron 275.2 mdp para la construcción de 11 Unidades Médicas Rurales, la remodelación de 29 Hospitales Rurales y la construcción de 15 Centros de Atención Rural Obstétrica.

Entre 2007 y 2012 se adquirieron para las unidades médicas del Programa 32,373 bienes con una inversión de 707 mdp, los cuales permitieron reforzar a las áreas de Urgencias, los laboratorios de citología, las UMR y los CARO. De estos artículos, 14,153 fueron adquiridos entre 2011 y 2012 con una inversión de 253 mdp.

Para la operación del Programa IMSS-Oportunidades se cuenta con 24,569 plazas, de las cuales 11,369 están ocupadas por enfermeras (46 por ciento) y 6,011 por médicos (24 por ciento), como se observa en la gráfica I.27.

GRÁFICA I.27. PLAZAS OCUPADAS EN EL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
(PLAZAS OCUPADAS, JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

El gasto ejercido en personal durante el periodo junio 2011 a junio 2012 ascendió a 5,932.5 mdp, los cuales se utilizaron para cubrir las remuneraciones ordinarias, extraordinarias, prestaciones y obligaciones fiscales, así como la seguridad social de 24,569 trabajadores. Cabe mencionar que a partir de 2011 la plantilla de personal tuvo un incremento considerable debido al inicio de operaciones de la nueva infraestructura, sobre todo de la hospitalaria.

Programa de Actividades

De julio a diciembre de 2012 se tiene programada la ejecución de 47 obras con un presupuesto autorizado de 199.8 mdp. En el primer nivel de atención se construirán 23 UMR de sustitución y se ampliarán o remodelarán 12 más, mientras que en el segundo nivel se llevarán a cabo acciones de fortalecimiento en 12 unidades. Adicionalmente, se van a adquirir insumos y productos biológicos por un importe de 1,055.3 mdp, así como 24 ambulancias con una inversión de 13.6 mdp.

TABLA I.29. PROGRAMA DE OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES DEL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012
(NÚMERO DE OBRAS, JULIO-DICIEMBRE DE 2012)

Nivel de atención	Acciones	Costo inversión total (mdp corrientes)
Nueva	**23**	**120.2**
Primer nivel	23	120.2
Ampliación y/o remodelación	**24**	**79.6**
Primer nivel	12	25.0
Segundo nivel	12	54.6
Total	**47**	**199.8**

Fuente: IMSS.

I.2.2. PADRÓN DE BENEFICIARIOS

El Padrón de Beneficiarios se definió como una acción de carácter prioritario para el Programa, ya que permite registrar de manera nominal a la población en un sistema electrónico y atender de esta manera el mandato del PND que, en su Eje Rector 3, plantea la elaboración de un Padrón Único de Beneficiarios de los Programas para la superación de la pobreza. Esta obligación

quedó plasmada en el Decreto Presidencial del 12 de enero de 2006 que crea el Sistema de Información Integral de Padrones de Programas Gubernamentales.

Con el Padrón, la Unidad IMSS-Oportunidades dispone de mayores elementos para el diseño de sus políticas, ya que le facilita la identificación de sus beneficiarios, la planeación operativa (abasto de medicamentos, vacunas, suministro de suplementos alimenticios y dotación de equipo médico, entre otros) y la definición de sus prioridades en salud con base en el perfil de la población a la que atiende.

El censo de la información que integra el Padrón de Beneficiarios se realizó de junio de 2010 a agosto del 2011. Adicionalmente, con el objetivo de que el Padrón sea un mecanismo permanente de registro de la población que atiende IMSS-Oportunidades, de febrero a abril de 2012 se realizó la prueba piloto del Sistema Padrón de Beneficiarios (SPB) en cuatro HR de las Delegaciones Coahuila, Nayarit, Oaxaca y Veracruz Sur. Los resultados obtenidos permitieron establecer las condiciones para instrumentar el SPB en el resto de los HR de dichas delegaciones, y a agosto de 2012 el SPB se encuentra operando en 26 HR del Programa.

Programa de Actividades

A partir de la puesta en operación del SPB el reto es vincularlo a un sistema nominal de las acciones médicas y comunitarias que se otorgan a cada beneficiario de IMSS-Oportunidades en un proceso transparente. Asimismo, se deberá consolidar la calidad del Padrón, incrementando el porcentaje de CURP a por lo menos 80 por ciento, con el fin de facilitar la confronta con otros padrones gubernamentales, particularmente del Sector Salud.

I.2.3. 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. En la definición de estas prioridades se han considerado las siguientes premisas: 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 PND, en el PRONASA y en los Objetivos del Milenio.

Con base en estos elementos, las prioridades en salud del Programa IMSS-Oportunidades son las siguientes: reducir la muerte materna, prevenir y atender de manera oportuna el cáncer cérvico-uterino, promover la salud integral del

adolescente, fortalecer la vacunación, prevenir y controlar la diabetes mellitus, así como continuar con la vigilancia epidemiológica y el control de enfermedades.

Lo anterior se refuerza 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. A esta problemática se agregan en la actualidad los padecimientos crónico-degenerativos como efecto de la transición epidemiológica.

Informe de Labores

Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades

Desde 2007 la prevención y reducción de la mortalidad materna ha constituido un aspecto prioritario para IMSS-Oportunidades, alineado al cumplimiento de los Objetivos y Metas del Milenio en la materia. Por ello, en el periodo de junio de 2011 a 2012 se ha continuado con la aplicación de acciones enfocadas a reducir los embarazos de alto riesgo, a prevenir las complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio, así como a realizar un manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas.

Para la prevención de los embarazos de alto riesgo IMSS-Oportunidades promueve, a través de actividades de información y educación, el uso responsable de métodos anticonceptivos con pleno respeto a la libre elección de las personas y de sus derechos reproductivos. De esta forma, de junio de 2011 a junio de 2012 se logró incorporar a 394,568 nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos. Del total de personas que aceptaron por primera vez un método anticonceptivo, 90,262 fueron en el postparto y 6,345 en el postaborto, con lo que se logró una cobertura postevento obstétrico de 82.9 por ciento.

Por otro lado, los grupos de voluntarios desarrollan los talleres comunitarios sobre salud sexual y reproductiva con un logro de 83,670 talleres con un promedio de 16.6 personas por grupo. En el periodo del Informe, estos grupos orientaron con consejería en planificación familiar a 1'093,838 personas sobre las ventajas de contar con un método anticonceptivo. Asimismo, lograron que 30,954 usuarias utilizaran anticonceptivos hormonales y refirieron a 105,154 personas a unidades médicas para adoptar otro tipo de métodos, entre ellos los definitivos.

En materia de prevención de complicaciones en el embarazo y el parto, 205,127 embarazadas recibieron control prenatal entre junio de 2011 y junio de 2012, con un promedio de 7.2 consultas por embarazada, cifra superior al parámetro de cinco, establecido en la Norma Oficial Mexicana

para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Es importante destacar que de 2007 a junio de 2012 se incrementó la cifra de embarazadas en control en 34 por ciento, al pasar de 146,477 a 205,127 pacientes. El parto institucional, es decir, el evento obstétrico atendido por personal calificado, ha constituido otra de las acciones estratégicas que se ha reforzado, con la atención de 108,085 partos de junio de 2011 a junio de 2012.

IMSS-Oportunidades mantiene coordinación y vinculación permanente con 6,993 parteras voluntarias rurales, quienes realizan actividades de identificación y derivación de mujeres embarazadas a HR y UMR para control prenatal, atención del parto, planificación familiar y atención del recién nacido. Esta cifra se ha incrementado en 15 por ciento respecto a las 5,850 parteras que se tenían en interrelación en 2007.

En este contexto, otra acción que ha contribuido a la disminución de la muerte materna es la promoción del parto institucional mediante la reducción gradual de la atención del parto por parteras. En 2007 las parteras atendieron 13,317 partos, y en 2011 esta cifra se redujo a 11,885, lo que representa 12 por ciento del total de los partos atendidos en el universo del Programa. Del mismo modo, las parteras son promotoras activas de la planificación familiar, situación que se refleja en el incremento de más de 100 por ciento de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en el periodo de 2007 a 2011.

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se logró capacitar en su totalidad a las parteras voluntarias rurales, realizándose 46 talleres de Salud Materno-Infantil (primera vez, reforzamiento y nuevas parteras en interrelación). A la estrategia se suma la orientación bimestral que éstas reciben por parte de los equipos de salud del Programa.

Otra estrategia que ha contribuido a disminuir la mortalidad materna es la instalación de la Red Social en las localidades del universo de trabajo. La Red Social es un mecanismo de participación conjunta de la comunidad, autoridades, equipos de salud, parteras y voluntarios, tendiente a garantizar la preservación de la vida de las embarazadas. En este sentido, la Red Social brinda apoyo a las mujeres embarazadas para que puedan trasladarse a los Albergues Comunitarios y a las unidades médicas de segundo nivel a recibir atención médica oportuna. Desde 2009, cuando inició la estrategia y hasta 2011, se logró que 100 por ciento de las unidades médicas cuenten con Red Social instalada en las localidades sede. A junio de 2012 la estrategia se extendió a las localidades de acción intensiva, con un avance de 97 por ciento.

De forma simultánea, los voluntarios del Programa realizan visitas domiciliarias para la búsqueda intencionada de mujeres en edad fértil en unión y con ello establecer el censo de embarazadas. A través de esta estrategia, se derivó con oportunidad a 140,144 embarazadas a las unidades médicas para control prenatal, a 6,660 embarazadas para atención

del parto y a 64,348 mujeres puérperas para su atención y vigilancia; a 209,312 se les valoró su estado nutricional, de las cuales 10,754 fueron referidas por ser sospechosas de desnutrición.

Respecto al manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas, una de las acciones que más ha contribuido a la disminución de la mortalidad materna es el Acuerdo 126, a través del cual las mujeres adscritas a IMSS-Oportunidades embarazadas de alto riesgo, complicadas o con emergencia obstétrica son referidas a Hospitales del Régimen Obligatorio del IMSS para recibir atención especializada, cuyos gastos generados por su atención son pagados con el presupuesto de IMSS-Oportunidades. En este sentido, de 2007 a junio de 2012 han sido referidas 10,668 pacientes bajo dicho Acuerdo, de las cuales 1,999 se refirieron entre junio de 2011 y junio de 2012.

El esquema de referencia de pacientes en alto riesgo, complicadas o con emergencia obstétrica a hospitales del Régimen Obligatorio (Acuerdo 126) ha facilitado la atención de 10,668 pacientes entre 2007 y junio de 2012.

Para mejorar la atención de las embarazadas complicadas o con emergencia obstétrica, en 2009 inició la estrategia de capacitación en Soporte Vital Avanzado en Obstetricia (curso ALSO), dirigida al personal médico y de Enfermería de las zonas repetidoras de muerte materna; a la fecha se han realizado siete cursos con un total de 302 personas adiestradas. En 2011 se realizaron tres cursos con la asistencia de 146 médicos.

Uno de los factores que más contribuye a la ocurrencia de muertes maternas en el área rural es la dispersión geográfica y marginación de las localidades, lo que dificulta el acceso y la oportunidad para recibir atención. En este sentido, en 2011 dio inicio la operación de los CARO, que son áreas destinadas para acercar los servicios de atención obstétrica básica a comunidades de alta marginación con antecedente de muerte materna, donde se proporciona atención exclusiva a las embarazadas en sus distintas etapas (control prenatal, parto y puerperio), con lo que se previene que la mujer se traslade dos o más horas hasta un hospital para recibir atención.

Los CARO cuentan con un área de observación y recuperación, así como un espacio para la atención del parto, y están dotados con equipo moderno como: ultrasonidos, tococardiógrafos, bombas de infusión, cunas de calor radiante, glucómetros, oxímetros de pulso y monitores de signos vitales, entre otros. Estos Centros son atendidos por personal médico y de Enfermería capacitado.

Durante 2011 inició el funcionamiento de 14 CARO distribuidos en las Delegaciones Chiapas (3), Chihuahua, Nayarit (2), Oaxaca (4), Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Norte (2). Los resultados iniciales de esta estrategia han sido positivos,

por lo que en 2011 se otorgaron 5,958 consultas prenatales y se atendieron 226 partos. Durante el primer semestre de 2012 iniciaron operaciones 15 nuevos CARO en las Delegaciones Chiapas (3), Chihuahua, Michoacán (2), Oaxaca (3), San Luis Potosí (2) y Veracruz Sur (4).

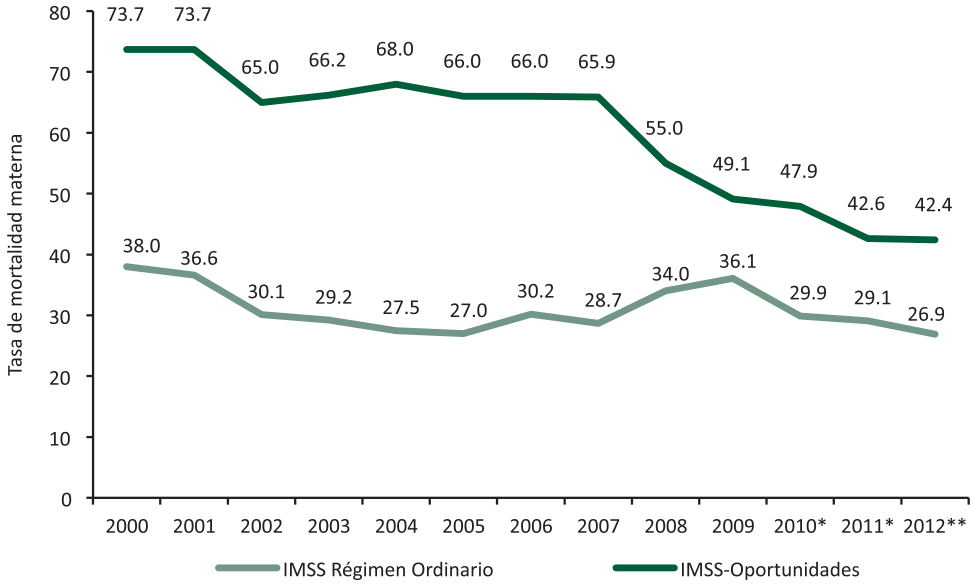
Como resultado de las estrategias antes mencionadas se ha reducido la mortalidad materna, al pasar de 65.9 en 2007, a 42.6 por 100,000 nacidos vivos estimados al término del 2011. Ello significa la reducción de 23.3 puntos porcentuales en el último cuatrienio, lo que coloca a IMSS-Oportunidades en la ruta correcta para alcanzar la Meta del Milenio de 37 por 100,000 nacidos vivos al cierre de 2015.

IMSS-Oportunidades ha logrado reducir la tasa de mortalidad materna de 65.9 en 2007 a 42.6 por 100,000 nacidos vivos en 2011, colocándose en la ruta correcta para alcanzar la Meta del Milenio.

Prevención y Atención Oportuna del Cáncer Cérvico-Uterino

El cáncer cérvico-uterino constituye la segunda causa de muerte en las mujeres de 25 años y más en México y, con base en el PRONASA 2007-2012, las mujeres del área rural tienen tres veces más probabilidad de morir por esta causa que las que habitan en zonas urbanas. Por tal motivo, los

GRÁFICA I.28. DISMINUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA
(TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NACIDOS VIVOS ESTIMADOS, 2007-2012)



*Información preliminar.
** Tasa de Régimen Ordinario anualizada a julio de 2012. Tasa del Programa IMSS-Oportunidades anualizada a junio de 2012.
Fuente: IMSS.

procesos prioritarios en IMSS-Oportunidades se enfocan a reforzar dos ejes sustantivos: la cobertura de detección y el tratamiento especializado de las mujeres con alguna lesión premaligna o maligna del cuello uterino.

En el periodo de 2007 a junio de 2012 se realizaron más de 8.4 millones de detecciones, con lo que se logró identificar a 178,148 mujeres con una prueba de tamiz positiva. De estos casos, se evitó que 27,252 mujeres desarrollaran cáncer cérvico-uterino y que 1,149 mujeres más murieran por esta enfermedad. Entre junio de 2011 y junio de 2012 el número de mujeres tamizadas fue de 1.4 millones.

En el periodo 2007 a junio de 2012 se realizaron más de 8.4 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino, con lo que se evitó que 27,252 mujeres desarrollaran este padecimiento y que 1,149 mujeres más murieran por esta enfermedad.

Para mejorar la calidad y la oportunidad en el reporte de la citología cervical, en 2011 se continuó con la formación de citotecnólogos de segunda generación, que se ubicarán en los nuevos laboratorios a partir de octubre de 2012 en: San José del Rincón, Estado de México Poniente; San Cayetano, Nayarit; Tepexi, Puebla; Zacatipan, San Luis Potosí, y Coscomatepec, Veracruz Sur. En abril de 2012 arrancó la tercera generación de citotecnológos de HR, mismos que egresarán en 2013 para la operación de cinco laboratorios de más de citología en los Hospitales de Valle de Allende, Chihuahua; Guadalupe Victoria, Durango; Huejutla, Hidalgo; Villa Unión, Sinaloa, y en Izamal, Yucatán.

Por otra parte, de forma coordinada y bajo asesoría de los equipos de salud, los grupos voluntarios continuaron la búsqueda intencionada de mujeres que iniciaron vida sexual activa, identificando a quienes no habían recibido atención médica. Derivado de estas acciones se refirieron 613,355 mujeres para la exploración ginecológica en las unidades médicas. Posterior a la visita a las unidades médicas, los grupos de voluntarios dan seguimiento a las mujeres que requieren atención continua indicada por el médico.

Por último, en apoyo a la estrategia de cobertura de detección, las parteras voluntarias rurales derivan a las mujeres remisas para una exploración ginecológica integral. En esta actividad las cifras muestran un importante incremento en derivaciones, de 18,354 en 2007 a 63,552 en 2011. Para junio de 2012 se han realizado más de 66,730 derivaciones para exploraciones ginecológicas.

Salud Integral del Adolescente, Centros de Atención Rural al Adolescente

En 1998 el Programa instrumentó los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), cuya estrategia educativa permite a los jóvenes abordar, además de los aspectos de salud sexual y reproductiva, otros temas que ayudan a fomentar 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. De esta forma el Programa ha logrado establecer y mantener un total de 3,666 CARA.

Los CARA promueven el aprendizaje de joven a joven, formando líderes juveniles. A junio de 2012 se mantuvieron activos en promedio 11,648 equipos juveniles, que apoyaron al equipo de salud a capacitar a 427,286 adolescentes en temas referentes a prevención de embarazos no planeados, uso de métodos anticonceptivos, y derechos sexuales y reproductivos, entre otros temas que abarcan la promoción de la salud y prevención de enfermedades. De esta manera se integraron de junio de 2011 a junio de 2012 un total de 93,916 grupos educativos.

Asimismo, como parte de las actividades educativas dirigidas a los jóvenes, y para reforzar el trabajo de los CARA, se realizaron actividades extramuros (módulos ambulantes y encuentros educativos) en donde se brinda orientación y promueven los servicios de salud en comunidades donde no hay CARA. En el periodo de 2007 a junio de 2012 se realizaron 124,500 módulos ambulantes y 67,334 encuentros educativos. Con el propósito de fortalecer los conocimientos y la participación de los equipos juveniles en los CARA, entre 2007 y 2011 se llevaron a cabo tres Reuniones Nacionales de Adolescentes, con una participación promedio de 500 líderes juveniles en cada una.

En concordancia con la Estrategia 100 x 100 para la atención de los Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, en 2009 iniciaron operación 95 CARA ubicados 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. En 2011 se construyeron tres CARA adicionales en Municipios de Bajo Desarrollo.

En esta prioridad, los grupos de voluntarios también participan con los equipos de salud, por lo que en el periodo de este Informe se realizaron talleres comunitarios sobre Adolescencia y Sexualidad y la búsqueda intencionada de adolescentes que iniciaron vida sexual activa para su orientación y consejería, con particular atención a las adolescentes embarazadas. Como resultado de esas acciones, 80,476 adolescentes fueron derivadas a las unidades médicas para su atención en salud sexual y reproductiva, 60,203 embarazadas adolescentes para control prenatal y 51,586 adolescentes con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo.

Mediante acciones desarrolladas por 3,666 Centros de Atención Rural al Adolescente y más de 11,600 equipos juveniles, IMSS-Oportunidades derivó a 80,476 adolescentes a unidades médicas para su atención en salud sexual y reproductiva y a 60,203 embarazadas para control prenatal.

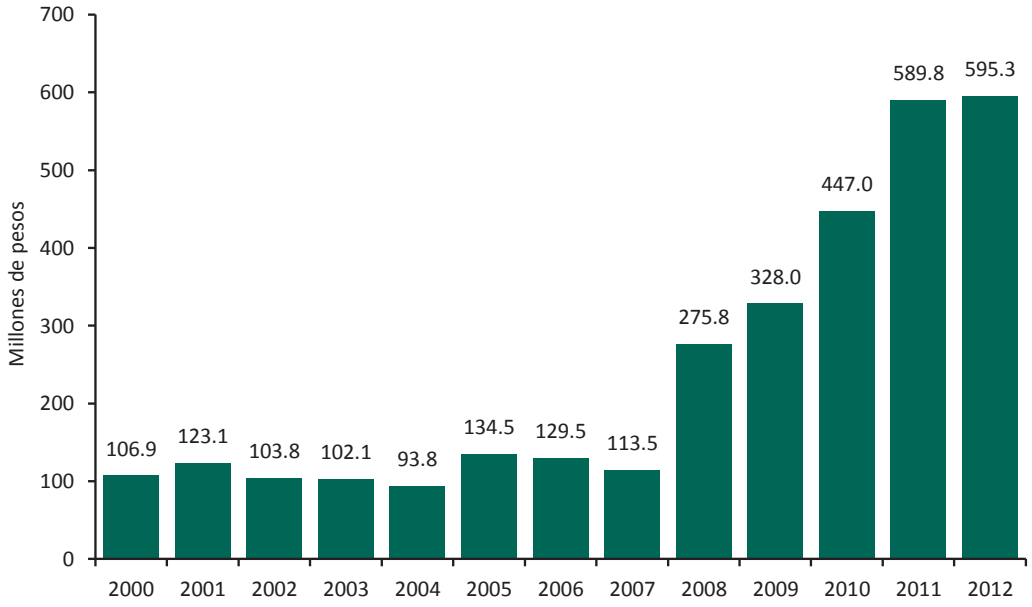
Vacunación

La vacunación universal constituye una de las prioridades de IMSS-Oportunidades con mayor inversión en los últimos años, al pasar de 114 mdp en 2007 a 595 mdp en 2012. Esto significó una fuerte inversión para adquirir dos de los biológicos más costosos: la vacuna antineumocócica pediátrica decavalente y la vacuna contra el virus del papiloma humano. La primera permitirá disminuir los casos y muertes por neumonía y meningitis, mientras que la segunda forma 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.

Además, IMSS-Oportunidades incorporó la vacuna de la influenza dentro de los biológicos prioritarios, la cual se aplica todos los años durante la temporada invernal a grupos de alto riesgo. En la temporada 2011-2012 se aplicaron 2.6 millones de dosis, con un cumplimiento de 105 por ciento de la meta establecida.

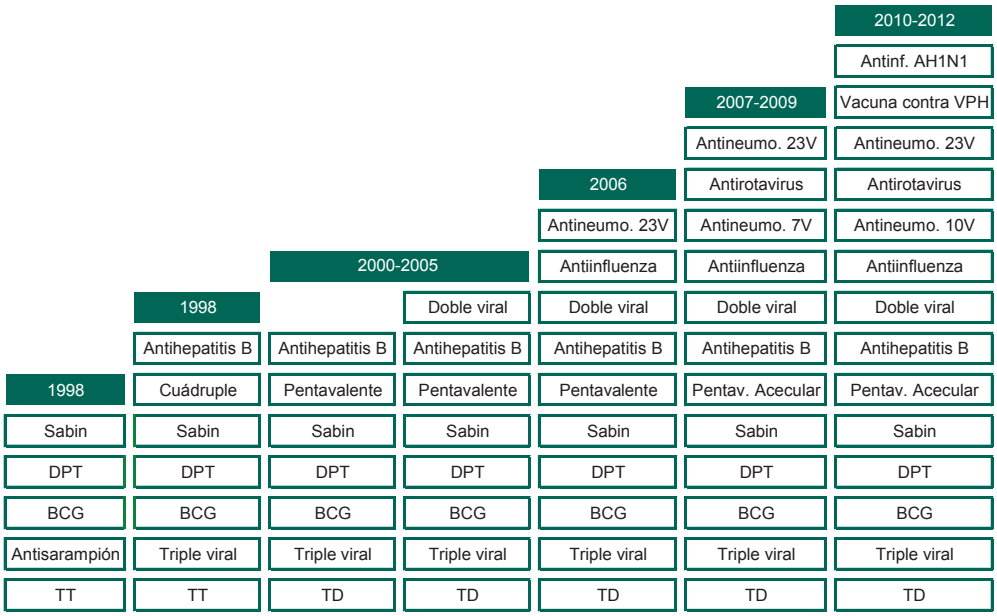
Al incorporar los biológicos establecidos en el Consejo Nacional de Vacunación al esquema de vacunación, se contribuyó a fomentar la equidad inmunológica en la población más marginada del país. De 2007 a 2011 se aplicaron más de 55 millones de dosis de vacunas, lo que ha permitido mantener altas coberturas de vacunación en niños menores de 8 años y otros grupos de edad.

GRÁFICA I.29. INVERSIÓN EN VACUNAS
(MILLONES DE PESOS, 2000-2012)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.30. COBERTURA DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN
(1998-2012)



Fuente: IMSS.

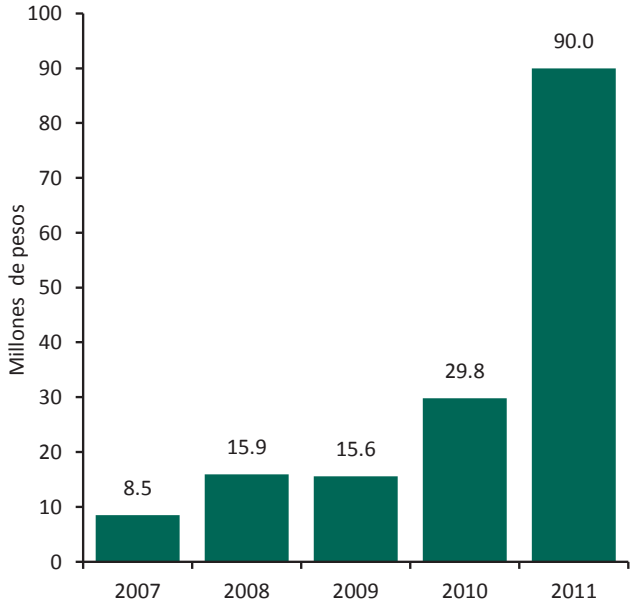
Estas acciones se reflejan en la no ocurrencia de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, que ha permitido la erradicación y eliminación de la poliomielitis y el sarampión. De junio de 2011 a junio de 2012 se aplicaron 12'428,446 dosis en niños menores de 8 años y otros grupos de riesgo, lo que permite mantener las acciones en un nivel adecuado.

En el periodo de reporte se aplicaron más de 12 millones de vacunas en niños menores de 8 años y otros grupos de riesgo, destacando las vacunas contra el VPH y de la influenza.

Por otro lado, para asegurar la calidad inmunológica de las vacunas, se cumplió con el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío, con una inversión de 159.8 mdp entre 2007 y 2011. Dicho proyecto significó que por primera vez se adquirieran refrigeradores para vacunas con tecnología de punta y conforme a los requerimientos normados, por lo cual, en 2012 los 79 HR y las 3,587 UMR cuentan con refrigerador. El proyecto se complementó con la adquisición y distribución de 7,855 termos de 9 litros, 4,404 termos de 45 litros y 278 congeladores, entre otros insumos necesarios para la distribución de biológicos y durante las campañas de vacunación.

Los grupos voluntarios del Programa tienen una participación activa con la estrategia de información, educación y comunicación

GRÁFICA I.31. INVERSIÓN EN LA MODERNIZACIÓN DE LA CADENA DE FRÍO
(MILLONES DE PESOS, 2007-2011)



Fuente: IMSS.

de la vacunación, búsqueda y referencia de personas, principalmente niños, que requieren la aplicación de algún biológico o que cuentan con esquemas incompletos. Con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas se transmiten mensajes en lenguas maternas y español promocionando la vacunación, acordes con los emitidos por la Secretaría de Salud.

Prevención y Control de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus ocupa desde el año 2007 el primer lugar entre las causas de mortalidad de la población rural e indígena de IMSS-Oportunidades. En 2011 fue la segunda causa de mortalidad con 1,026 defunciones y una tasa de 10.2 por 100,000 personas adscritas a IMSS-Oportunidades. Asimismo, ocupó el segundo lugar en mortalidad hospitalaria con un total de 192 defunciones y una tasa de 10.85 por 100,000 beneficiarios del Programa. En los HR mueren en promedio 199 personas al año por diabetes mellitus o sus complicaciones.

Para enfrentar el costo humano de la enfermedad se estableció la Estrategia de Fortalecimiento de la Atención Integral de la Diabetes Mellitus, que contempla el reordenamiento de la atención preventiva de este padecimiento, a través de la sistematización de la detección integral con base en criterios de riesgo, del seguimiento nominal de sospechosos, así como de la identificación y monitoreo de la población en riesgo y prediabéticos.

Este esfuerzo requiere mejorar la precisión y confiabilidad de la detección, para lo cual se adquirieron 4,833 glucómetros que fueron ubicados en las UMR y en los consultorios de medicina familiar de los HR. En el periodo de junio de 2011 a junio de 2012 se realizaron 2’983,568 determinaciones de glicemia capilar con fines de detección en personas de 20 años y mayores aparentemente sanas, lo que permitió identificar a 129,275 individuos sospechosos, de los cuales se confirmó con diabetes mellitus a 20,340 pacientes, los cuales iniciaron tratamiento de forma temprana.

De junio de 2011 a junio de 2012 se realizaron casi 3 millones de detecciones de glicemia capilar, permitiendo la detección de 20,340 pacientes con diabetes mellitus, quienes iniciaron tratamiento de forma temprana.

A junio de 2012, IMSS-Oportunidades atendía a 177,681 diabéticos que acudieron a tratamiento en todas sus unidades médicas, de los cuales el 59.4 por ciento de los pacientes alcanzaron el control de glicemia. Asimismo, se identificaron 17,296 prediabéticos que recibieron orientación y educación tendientes a prevenir el desarrollo de diabetes mellitus.

IMSS-Oportunidades atiende en sus unidades médicas a 177,681 diabéticos, de los cuales 59 por ciento han alcanzado el control de glicemia.

De forma simultánea, con la participación de los voluntarios, se realizaron acciones de comunicación en salud con mensajes informativos, motivacionales y talleres comunitarios para la promoción de las medidas preventivas y el autocuidado para este padecimiento, así como búsqueda intencionada de personas en riesgo o sospechosas enfermas. Para el periodo del Informe se realizaron 2'932,626 detecciones, que permitieron identificar 20,558 enfermos de diabetes mellitus y 15,037 personas con prediabetes.

Los voluntarios también derivaron a las unidades médicas a 171,615 personas sospechosas de diabetes para diagnóstico. Asimismo, dieron seguimiento a 167,724 pacientes diabéticos a los cuales se les vigiló el tratamiento, la dieta y el cumplimiento de la cita médica.

Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población que atiende IMSS-Oportunidades obligan a dar prioridad a la vigilancia epidemiológica. En este sentido, la tarea fundamental es la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades a través del Sistema Único Automatizado. La cobertura oportuna promedio de notificación de casos nuevos alcanzada de 2007 a 2011 fue de 96 por ciento y el cumplimiento de las unidades médicas para el mismo periodo fue de 99 por ciento, lo que garantizó información confiable del estado de salud de la población. Durante el primer semestre de 2012 los logros fueron de 99 y 98 por ciento, respectivamente.

La vigilancia epidemiológica y control del dengue en IMSS-Oportunidades responde a la importancia de este padecimiento a nivel nacional. Se contribuye con su oportuna intervención, seguimiento y vigilancia hasta el alta sanitaria de los brotes, incorporando de manera inmediata los casos en la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). A nivel interinstitucional IMSS-Oportunidades,

como parte del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, ocupó el segundo lugar en el indicador de notificación oportuna de casos de fiebre hemorrágica por dengue reportados en el SINAVE, con un logro de 86.1 por ciento respecto al valor esperado de 100 por ciento.

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se diagnosticaron y trataron 955 casos de fiebre por dengue y se estudiaron y controlaron 240 brotes que fueron objeto de seguimiento y vigilancia hasta obtener su alta sanitaria en 81 por ciento de los casos. La tasa de incidencia de casos confirmados de fiebre por dengue ha pasado de 44.53 en 2007 a 6.88 por 100,000 beneficiarios del Programa en 2011. A junio de 2012 dicha tasa es de 9.2. En fiebre hemorrágica por dengue se confirmaron 246 casos, con una tasa de 1.72 por cada 100,000 beneficiarios en 2011 y una tasa de 2.37 a junio de 2012.

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 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 el periodo del Informe se realizaron estudios de baciloscopia a 57,975 personas, de las cuales 850 fueron diagnosticadas con este padecimiento; su tratamiento permitirá obtener una tasa de curación superior a 85 por ciento, cumpliendo con el estándar internacional.

Los estudios de baciloscopia realizados a cerca de 58,000 personas revelaron 850 casos de tuberculosis, cuyo tratamiento generará una tasa de curación mayor al 85 por ciento, cumpliendo con el estándar internacional.

La participación de los grupos de voluntarios en la identificación y derivación de personas sospechosas mediante los sistemas de vigilancia epidemiológica simplificada ha permitido sumar esfuerzos y disminuir riesgos. De 2007 a 2011 los voluntarios refirieron a las unidades médicas a 84,498 tosedores sospechosos para su diagnóstico médico. Asimismo, apoyaron la vigilancia en el cumplimiento de 5,535 TAES, lo que representa en promedio 38 por ciento de los casos que son atendidos en las unidades médicas.

Programa de Actividades

Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades

Para el segundo semestre de 2012 se estima incorporar 188,000 nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos y otorgar control prenatal a 90,000 embarazadas. Asimismo, se proyecta atender 50,000 partos, de los cuales

aproximadamente 45,000 serán institucionales, y se continuará la operación del Acuerdo 126 para la referencia de embarazadas beneficiarias de IMSS-Oportunidades a Hospitales del Régimen Obligatorio, estimando referir en el segundo semestre del año a mil pacientes. Adicionalmente, se tiene programado iniciar la operación de 10 nuevos CARO distribuidos en las Delegaciones Chiapas (2), Oaxaca (3), Puebla, San Luis Potosí, Veracruz Norte y Veracruz Sur (2).

Para el cierre de 2012, la expectativa es conservar la tendencia de la tasa de muerte materna hacia la baja, por lo que la labor de la partera deberá centrarse en la búsqueda, consejería, orientación, seguimiento y derivación de la mujer embarazada hacia las instituciones de salud. En la segunda mitad del presente año se realizarán tres talleres de Salud Materno-Infantil para parteras voluntarias rurales en las Delegaciones Oaxaca, Guerrero y Veracruz Sur, con lo que se capacitará a 124 parteras.

Al cierre del 2012 se deberá concluir la instalación de las Redes Sociales en todas las localidades del ámbito de responsabilidad del Programa, con el reto de consolidar su funcionamiento para garantizar su intervención en el traslado de las embarazadas a los albergues y HR.

Por último, se tiene considerado un incremento de 3 por ciento en la derivación de embarazadas para control prenatal con respecto al 2011 y 15 por ciento con respecto a 2007. En la derivación para la atención del parto se prevé un decremento de 1 por ciento, con 6,765 mujeres, así como un incremento de 4 por ciento en la derivación de puérperas, con 63,600 enviadas a las unidades médicas.

Prevención y Atención Oportuna del Cáncer Cérvico-Uterino

En la segunda mitad de 2012 se estima realizar 800,000 detecciones de cáncer cérvico-uterino y que 13,900 mujeres reciban manejo en los módulos de salud ginecológica de los HR. Adicionalmente, está programado que en octubre de 2012 se pongan en operación cinco laboratorios de citología en las Delegaciones Estado de México, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Sur.

Para el 2012 se espera que las parteras voluntarias rurales deriven a más de 76,730 mujeres para revisión ginecológica a unidades médicas. Asimismo, los voluntarios continuarán con la búsqueda intencionada de mujeres que iniciaron una vida sexual activa, identificando a quienes no habían recibido ningún tipo de atención médica, a fin de conservar la atención para salud ginecológica.

De la misma forma y con la participación de los grupos de voluntarios del Programa, se llevarán a cabo actividades intensivas de comunicación educativa en salud ginecológica para informar y motivar a las mujeres para que acudan a la

detección oportuna y prevención del cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, incluyendo talleres comunitarios para orientarlas en el autocuidado de estos temas.

Salud Integral del Adolescente, Centros de Atención Rural al Adolescente

Para la segunda mitad de 2012 se tiene proyectada la capacitación de 200,000 adolescentes en los CARA, la formación de 43,000 grupos educativos, la realización de 5,500 encuentros educativos y la instalación de 19,800 módulos ambulantes para adolescentes. En tanto que para 2012 se estima que alrededor de 109,775 adolescentes serán derivados para atención en salud sexual y reproductiva; 97,564 adolescentes embarazadas derivadas para control prenatal y 73,506 para adopción de un método anticonceptivo. Se llevará a cabo la Semana Nacional en Salud del Adolescente 2012 y se continuará con las actividades educativas de los CARA bajo el esquema de las nuevas guías del enfoque integral para el trabajo con adolescentes, tanto en HR como en UMR.

Vacunación

La vacunación ha contribuido a disminuir la mortalidad en la población infantil. Para lo que resta del año se estima aplicar más de 1.5 millones de dosis de vacunas del esquema básico en menores de 8 años de edad.

Con la finalidad de continuar reduciendo la morbilidad y la mortalidad por tétanos neonatal, se aplicarán 93,942 dosis de vacuna de toxoide tetánico diftérico a mujeres en edad fértil con énfasis en las embarazadas. Para octubre de 2012 está Programada la Tercera Semana Nacional de Salud, cuya actividad central es la aplicación de la vacuna triple viral a escolares y la aplicación indiscriminada de toxoide tetánico diftérico a adolescentes de 12 años, estimándose otorgar 118,835 y 198,568 dosis, respectivamente.

En lo que respecta a la vacuna contra el VPH, para el 2012 el Consejo Nacional de Vacunación modificó la edad de aplicación, pasando de los 9 años a los 12 años de edad, para dar cobertura a este grupo. Durante la Tercera Semana Nacional de Salud se programó la aplicación de 88,528 dosis en mujeres adolescentes, aprovechando la población escolar que esté cursando el quinto año de primaria.

Prevención y Control de la Diabetes Mellitus

Derivado del reordenamiento de las acciones preventivas establecidas en la estrategia implementada en el 2010 para fortalecer la atención de los pacientes con diabetes mellitus, se ha logrado precisar el efecto de las acciones de detección con la identificación de pacientes que padecen esta enfermedad.

Para lo que resta del 2012 se proyecta identificar a 66,880 personas sospechosas de diabetes mellitus y con ello identificar cerca de 13,350 enfermos más de diabetes mellitus y 11,200 con prediabetes. Dado que la diabetes mellitus es un padecimiento que ha adquirido relevancia como causa de mortalidad y generador de secuelas e incapacidades, IMSS-Oportunidades se propone hacer progresos significativos en este ámbito. Por este motivo, a partir de 2012 se dotó a los equipos de salud de Consulta Externa de los HR y de las UMR con 390,000 tiras reactivas para la medición de la microalbuminuria, a fin de detectar tempranamente la probabilidad del daño renal en el paciente diabético, así como 700,000 monofilamentos de Semmes-Weinstein y 4,891 diapasones de 128 Hertz, para la identificación temprana de disminución de la sensibilidad en pies en los enfermos diabéticos en control. Con estas herramientas se podrán abordar con oportunidad los posibles daños a órganos susceptibles de ser afectados por la diabetes, enfocándose a dos de ellos por ser de las más frecuentes, de alta demanda de atención y que generan mayor discapacidad: la insuficiencia renal crónica y el pie diabético.

Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Se mantendrá el monitoreo del tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar con la finalidad de incrementar el indicador de la tasa de curación que actualmente es de 85 por ciento. Adicionalmente, a fin de mejorar la calidad de la detección de estos enfermos, se instrumentará una intervención para disminuir de 12.4 a 10 por ciento las laminillas inadecuadas procesadas en los HR. Para contribuir al autocuidado de la salud se continuarán realizando las estrategias de comunicación educativa con la participación de los grupos de voluntarios. Asimismo, se dará orientación y difusión permanente a la población acerca de la apropiación de medidas preventivas y saneamiento ambiental.

Se impulsarán intervenciones integrales focalizadas en localidades de mayor riesgo epidemiológico para dengue, enfermedades diarreicas agudas y otros padecimientos de interés delegacional y local, así como para realizar prácticas educativas con énfasis en la prevención de intoxicaciones por picadura de alacrán. En el segundo semestre se tiene previsto adquirir más insumos y equipos para el tratamiento y vigilancia del agua, así como para el control del vector transmisor del dengue. Asimismo, se desarrollarán 47 proyectos de intervención comunitarios en vigilancia epidemiológica.

Además, se propiciará la transmisión de mensajes de salud con el apoyo de las radiodifusoras de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en los municipios de cobertura y coincidentes con IMSS-Oportunidades. Se dará seguimiento a la adquisición y distribución de los insumos para el saneamiento ambiental, así como

a las acciones comunitarias realizadas durante las emergencias epidemiológicas y atención a desastres, incluyendo la entrega de megáfono y perífono para UMR y HR, respectivamente.

I.2.4. ENCUENTROS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgen en 1996 como una estrategia institucional coordinada a través de la DPM y el Programa IMSS-Oportunidades, ante la necesidad de ampliar los servicios de atención médica especializada que habitualmente se otorgan en los HR. Lo anterior, con el objetivo de acercar los servicios de tercer nivel de atención del Instituto a las comunidades cubiertas por IMSS-Oportunidades y de esta manera abatir rezagos de salud susceptibles de intervención quirúrgica.

Informe de Labores

Durante el periodo de junio de 2011 a marzo del 2012 se realizaron 19 Encuentros Médico-Quirúrgicos en 12 delegaciones, en los cuales se valoraron 12,682 pacientes y se realizaron 3,261 procedimientos quirúrgicos.

Entre junio de 2011 y marzo de 2012 se realizaron 19 Encuentros Médico-Quirúrgicos, en donde se valoraron 12,682 pacientes y se realizaron 3,261 cirugías.

Programa de Actividades

Para el segundo semestre del 2012 se tiene programado realizar más Encuentros Médico Quirúrgicos en las diferentes delegaciones del Programa, de acuerdo con el siguiente calendario:

TABLA I.30. CALENDARIO DE ENCUENTROS MÉDICO-QUIRÚRGICOS
(AGOSTO-SEPTIEMBRE, 2012)

Especialidad	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Ginecología-Oncológica		Ocosingo, Chiapas		La Unión, Guerrero
Oftalmología	Maxcanú, Yucatán	Ixmiquilpan, Hidalgo	San José del Rincón, México Poniente.	
Cirugía Pediátrica	Villamar, Michoacán			San Buenaventura, Coahuila
Cirugía Reconstructiva	Miahuatlán, Oaxaca			Taltenango, Zacatecas
Urología			Guadalupe Victoria, Durango	

Fuente: IMSS.

I.2.5. CAPACITACIÓN

El Programa IMSS-Oportunidades mantiene como una de sus más importantes acciones la capacitación del personal operativo y de conducción. En este sentido, y a fin de fortalecer la capacidad resolutiva de los HR, durante el periodo de análisis se han promovido importantes líneas de acción, entre las que destacan: el hecho inédito en la historia de IMSS-Oportunidades que ha permitido la formación de médicos especialistas para los Servicios Rurales de Salud, la profesionalización del personal de Enfermería del ámbito rural, y la actualización del personal médico a través de la concertación con asociaciones médicas.

Informe de Labores

A partir de 2008 se lograron acuerdos entre el IMSS y el SNTSS para ofrecer becas a médicos generales de Base adscritos a IMSS-Oportunidades para ser formados como especialistas y dar cobertura en el medio rural, a través de un curso de postgrado con duración de tres años, el cual conjuntó la experiencia de la Coordinación de Educación en Salud, el SNTSS y el respaldo académico del Instituto Politécnico Nacional.

La primera generación dio inicio en el 2009 con 105 becas para la formación de 53 anestesiólogos y 52 cirujanos, quienes concluyeron sus estudios en marzo de 2012 para integrarse como especialistas a la operación. En 2010 se continuó con la segunda generación que incluyó 105 nuevas becas, mientras que en 2011 y 2012 arrancaron la tercera y cuarta generaciones con el mismo número de becas. Con los egresados de estas cuatro generaciones de especialistas que se completarán en el año 2015, se podrá contar con recursos humanos especializados en los 79 HR del Programa.

En abril de 2004 se firmó el Convenio Específico de Colaboración entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y el Programa IMSS-Oportunidades, para que las auxiliares de área médica del Programa realizaran la Carrera Técnica de Enfermería a través del Sistema de Universidad Abierta. Entre 2007 y 2010 se graduaron 1,611 enfermeras y en 2011 egresaron 195 alumnas.

Programa de Actividades

Para el segundo semestre del 2012 y con el propósito de reducir la mortalidad infantil en los HR, se tiene programada una Reunión Nacional con Supervisores de los Equipos Multidisciplinarios, Directores de HR y Coordinadores de Educación en Salud de los HR. Asimismo, se realizarán dos cursos dirigidos a enfermeras generales de los servicios de Neonatología de los HR con la finalidad de contribuir a la disminución de la mortalidad infantil y perinatal. Por último, se dará continuidad a la capacitación de los Directores de HR en los cursos de Soporte Vital Avanzado en Trauma (curso ATLS).

I.2.6. OTROS PROCESOS DE ACCIÓN COMUNITARIA PARA LA SALUD

Como parte sustancial del Modelo de Atención Integral a la Salud, se fomenta la promoción de la salud, las prácticas saludables, los círculos de lectura de la guía PREVENIMSS y el uso de la contraloría social. En este sentido, se capacita a los voluntarios para que transmitan estos conocimientos en su comunidad.

Informe de Labores

A través de los talleres comunitarios se forma a los grupos voluntarios para que orienten a las familias conforme al panorama epidemiológico del estado, región, zona y diagnóstico de salud comunitario de la localidad. La temática se basa en los 39 temas del PDHO, organizados en 11 bloques temáticos. La metodología educativa es participativa, vivencial y de reflexión, para facilitar la adquisición de nuevos conocimientos y la modificación de conductas y adopción de estilos de vida saludables. De junio de 2011 a junio de 2012 se capacitó a 9,918 voluntarios para repetir los talleres comunitarios con las familias de sus comunidades, lo que significó un total de 622,624 talleres comunitarios, con un promedio de 16.4 participantes por taller.

La promoción de prácticas saludables contribuye a fortalecer las prioridades de salud y tiene el propósito de promover la sensibilización, reflexión y responsabilidad para la toma de decisiones en el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario. Se realiza a través de talleres vivenciales en cascada, en donde se abordan temas específicos en prioridades de salud y conforme el panorama epidemiológico. Entre 2007 y mayo de 2011 se logró incluir al total de las delegaciones en esta estrategia, orientando a más de 278,000 personas en las diferentes prioridades de salud y con enfoque de riesgo. A partir del 2011 la estrategia se enfocó en fortalecer acciones para disminuir los embarazos en edad temprana, la mortalidad materna y la prevalencia de anemia. Entre junio de 2011 y junio de 2012 se orientó a 42,000 participantes.

De forma complementaria se realizaron los círculos de lectura PREVENIMSS que consisten en la visita a las familias por parte de los voluntarios para la lectura de las guías PREVENIMSS de cada grupo etario del núcleo familiar y la orientación para acudir a la unidad médica más cercana o realizar acciones preventivas. En el periodo del Informe se realizaron 280,460 círculos con 2’944,486 participantes.

Por otra parte, a partir de 2008 la contraloría social en IMSS-Oportunidades se alinea a la estrategia normada por la Secretaría de la Función Pública (SFP) a través de sus “Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social”. La contraloría social en el Programa se establece como un canal de comunicación entre los servidores públicos y los beneficiarios, para contribuir a una cultura de transparencia y

rendición de cuentas. Se ha capacitado a todo el personal de Acción Comunitaria en la metodología planteada por la SFP. Los voluntarios se encargan de difundir e informar sobre el funcionamiento de la contraloría social y los procedimientos a seguir para que sea operativa y dar respuesta a las expresiones de la población.

Programa de Actividades

En atención a la estrategia de talleres comunitarios, para el segundo semestre del 2012 se planea capacitar a 4,918 voluntarios en las 20 delegaciones del Programa para mantener los resultados de 2011 respecto de la población, e incrementar en 7 por ciento el número de personas que participan en dichos talleres.

Respecto a la promoción de prácticas saludables y a fin de dar continuidad a las acciones para disminuir la prevalencia de anemia, para el segundo semestre del 2012, en las 20 delegaciones se tendrán alrededor de 66,000 personas orientadas en el autocuidado de la salud en nutrición.

Finalmente, en lo que se refiere a la contraloría social, la capacitación se focalizará en reforzar la orientación de los voluntarios encargados de informar a la población sobre su funcionamiento.

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) tiene como propósito brindar las prestaciones económicas, sociales y de guarderías con oportunidad, eficiencia y sentido humano a derechohabientes y, en su caso, a la población en general, contribuyendo al cumplimiento de la misión y objetivos del IMSS.

En este capítulo se hace una reseña de las acciones realizadas por la DPES de mediados de 2011 a la fecha, así como del programa de trabajo a desarrollar durante 2012.

II.1. PRESTACIONES ECONÓMICAS

Durante la presente Administración, la prioridad ha sido mejorar la atención a los derechohabientes en el otorgamiento de las prestaciones económicas que establece la Ley del Seguro Social (LSS). Este último año se han implementado estrategias orientadas a simplificar

los trámites y agilizar los servicios que brinda el Instituto, proporcionando herramientas para realizar y monitorear los trámites de una manera más sencilla.

Mejoras al Esquema Pensionario

La reforma a la LSS, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 21 de diciembre de 1995, e instrumentada a partir de julio de 1997 (LSS de 1997), estableció el marco operativo general para la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia, en adelante "Seguros de Pensiones". En el diseño del esquema operativo de los Seguros de Pensiones participaron la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

La LSS de 1997 otorga al solicitante de pensión el derecho de elección a favor de la institución de seguros que le pagará su pensión. Conforme al esquema operativo originalmente instrumentado, las instituciones de seguros, además de ofrecer las prestaciones a que tenía derecho el solicitante de pensión de conformidad con lo establecido por la LSS de 1997 (beneficios básicos), podían ofrecerles beneficios adicionales registrados ante la CNSF. El principal elemento de competencia entre las instituciones de seguros lo constituían dichos beneficios adicionales que se ofrecían al pensionado.

El sistema operativo estableció que el solicitante de pensión tendría acceso tanto a información homogénea de las prestaciones a que tenía derecho con fundamento en lo establecido por la LSS de 1997 (oferta de beneficios básicos)[1], como a las ofertas propias de beneficios adicionales presentadas por las instituciones de seguros por conducto de agentes autorizados para esta labor de intermediación[2].

Nuevo Esquema Operativo

En términos generales, el nuevo esquema operativo propuesto en abril de 2008, en el seno del Comité del Artículo 81 de la Ley del SAR[3], está detallado en el diagrama 1.

El nuevo esquema operativo de los seguros de pensiones beneficia a los prospectos de pensión (diagrama 2).

[1] Este objetivo se formalizó desde el inicio de la operación de los seguros de pensiones mediante la implantación del Sistema Único de Cotización (SUC), herramienta informática que suministraba la información que sustentaba el contenido de la oferta relativa a *beneficios básicos* (oferta básica).

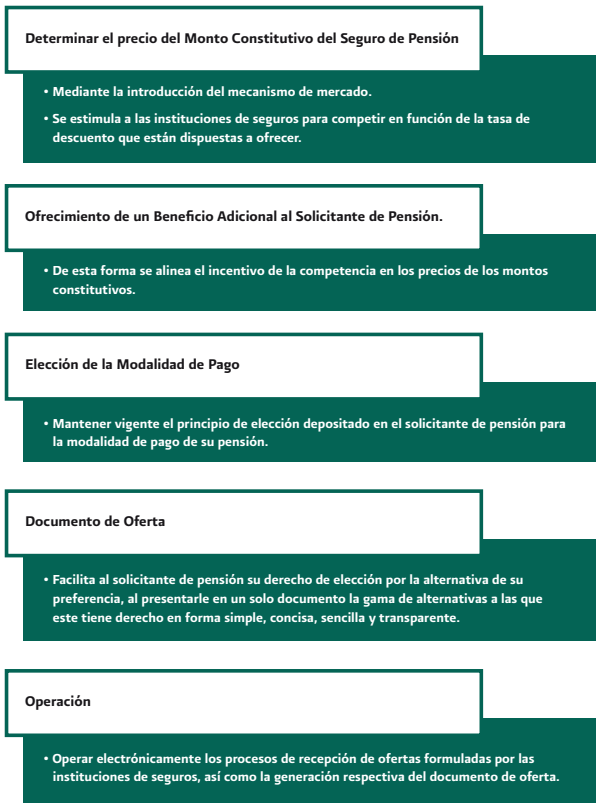
[2] Conforme a dicho esquema operativo, la información relativa a los solicitantes de pensión y sus beneficiarios es dada a conocer electrónicamente a las instituciones de seguros, quienes por conducto de sus agentes acuden al domicilio de los solicitantes a presentarles la oferta de *beneficios básicos* y la correspondiente a los *beneficios adicionales*.

[3] Artículo 81, Ley del SAR: *"Los procedimientos relativos al cálculo del monto constitutivo para la contratación de las rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia, estará a cargo de un comité integrado por once miembros de la siguiente forma: tres por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien lo presidirá, dos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, dos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, dos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y dos por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro."*

DIAGRAMA 1. NUEVO ESQUEMA OPERATIVO PARA LA SOLICITUD DE PENSIÓN

Fuente: IMSS.

DIAGRAMA 2. BENEFICIOS DEL NUEVO ESQUEMA OPERATIVO



Fuente: IMSS.

Portabilidad IMSS-ISSSTE

El 31 de marzo de 2007 se publicó en el DOF el Decreto por el cual se expide la Ley del ISSSTE (LISSSTE). En el Título Segundo "Del Régimen Obligatorio", Capítulo VIII, Sección I, se incluyen las disposiciones que establecen la transferencia de los derechos generados en los regímenes obligatorios de seguridad social que regulan la LISSSTE y la LSS, publicada en el DOF el 21 de diciembre de 1995, relativa al otorgamiento de pensiones del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, así como del servicio médico a pensionados y a sus familiares derechohabientes.

Se establece que los trabajadores podrán migrar del sector público al privado y viceversa sin temor a perder los recursos que ellos han aportado para el retiro y los que aportaron los patrones y el Estado. Si durante su vida laboral dejan de cotizar al ISSSTE, estos recursos permanecerán en su cuenta individual hasta su retiro y los trabajadores podrán seguir acumulando los recursos, ya sea mediante aportaciones voluntarias o, en su caso, con las contribuciones de ley si se llegasen a adherir al régimen del IMSS.

Convenio Interinstitucional y Anexos

En febrero de 2009 se firmó el Convenio Interinstitucional IMSS-ISSSTE para dar cumplimiento a lo establecido en la LISSSTE. Derivado del Convenio se realizaron cuatro anexos técnicos donde se definen los roles y responsabilidades de las áreas normativas involucradas en ambos institutos para dar cumplimiento a la portabilidad de derechos.

Posterior a la firma de los anexos técnicos firmados en agosto de 2009, en noviembre de 2011 se firmaron acuerdos de intercambio de información entre el IMSS y el ISSSTE. La finalidad de los mismos fue optimizar la comunicación, intercambio de información y entrega de recursos relacionados con la transferencia de reservas para financiar los servicios de atención a la salud de quienes obtengan una pensión del seguro de Retiro Cesantía y Vejez, así como a sus familiares derechohabientes que cumplan con los criterios, lineamientos, términos y condiciones establecidos en los anexos técnicos ya mencionados.

Acuerdos con la CONSAR y CNSF

Como resultado de las mesas de trabajo del Subcomité de Operaciones de la CNSF, en septiembre de 2010 se firmó un acuerdo mediante el que se logró disminuir de 280 a 45 días el trámite y pago de casos de modificación de pensiones que requieren de la disposición de recursos del Fondo Especial de Contingencia. Este Fondo permite pagar los complementos del monto constitutivo con reservas de ese Fideicomiso y no con recursos del IMSS.

Se firmó un acuerdo mediante el que se logró disminuir de 280 a 45 días el trámite y pago de casos de modificación de pensiones que requieren de la disposición de recursos del Fondo Especial de Contingencia.

El 7 de julio de 2011, mediante el Convenio TU Afore, TU Ventanilla, IMSS-CONSAR, los asegurados ya pueden acudir a su Administradora de Fondos para el Retiro (Afore) para una revisión del cumplimiento de requisitos y validación de su información, antes de solicitar su pensión. En caso de detectarse alguna inconsistencia, ésta puede ser resuelta antes de presentar su solicitud al Instituto, a fin de que el trámite sea expedito.

Se implementó la regularización de la CURP ante PROCESAR (Procesadora de la Base de Datos Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro), con lo cual se logró abatir los rechazos por errores generados por esta clave al suscribir la solicitud de pensión, ya que los asegurados presentaban inconsistencias en sus registros ante su Afore.

Dentro de las mejoras logradas en este periodo se encuentra la reducción del tiempo de trámite para los cambios de estatus de las rentas vitalicias (formatos 1 y 2), el cual disminuyó de 280 a 60 días del proceso de gestión ante la CNSF y la compañía aseguradora.

A su vez, se regularizaron las pensiones por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez mediante el esquema de pago de Retiros Programados en la Afore de la Pensión Mínima Garantizada (PMG). Con esto se da cumplimiento a lo establecido en el Artículo 172 de la LSS, iniciando el pago de la pensión al asegurado en su Afore, mientras cuente con recursos suficientes en su cuenta individual, transfiriéndolos a su término a la nómina IMSS, a cargo del Gobierno Federal. En relación con lo anterior, actualmente se gestionan todas las pensiones derivadas de la muerte de un pensionado por Cesantía en Edad Avanzada o Vejez de Régimen 1997, contratándose una renta vitalicia con la aseguradora que elija el beneficiario.

Programa de Acreditación del Derechohabiente ADIMSS

El Programa de Modernización de la Administración de los Derechohabientes y de las Prestaciones (PROMADYP) que les otorga la Ley del Seguro Social, tiene como objetivo que los derechohabientes cuenten con un documento de identificación denominado Documento de Acreditación como Derechohabiente del IMSS (ADIMSS), en atención a lo ordenado en el Artículo 8 de la LSS. Este Artículo establece que los derechohabientes para recibir o, en su caso, seguir disfrutando de las prestaciones que esta Ley otorga, deberán cumplir con los requisitos establecidos en la misma y en sus reglamentos. Para tal efecto, el Instituto expedirá a todos los derechohabientes un documento de identificación a fin de que puedan ejercer los derechos que la Ley les confiere. Esto crea mayor certeza y seguridad jurídica al Instituto y a los derechohabientes en el ejercicio y otorgamiento de las prestaciones de seguridad social.

En junio de 2006, en coordinación con el Registro Nacional de Población (RENAPO), se puso en marcha la primera etapa del proyecto de credencialización ADIMSS, mediante la contratación de un proveedor externo,

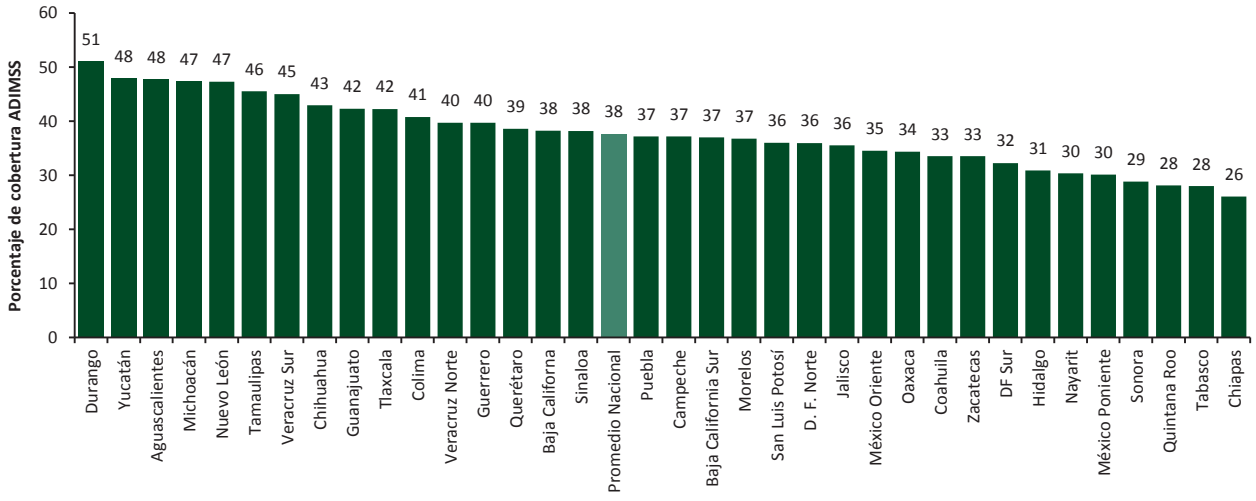
proporcionando dicho servicio de 2006 a 2008. En la segunda etapa, con un nuevo contrato y proveedor, se otorgó el servicio de 2008 a 2011, extendiéndose este último contrato al primer semestre de 2012.

La credencial ADIMSS está diseñada para la identificación plena del derechohabiente mediante el uso de tecnología biométrica, previniendo la suplantación de identidad y permitiendo al Instituto agilizar diversos trámites. Para su emisión se instalaron 700 Centros de Enrolamiento en todo el país. En la gráfica II.1 se muestra la cobertura de la Población Derechohabiente Vigente mayor de 9 años, adscrita a Unidades de Medicina Familiar (UMF). Se han emitido 23.42 millones de credenciales.

A la fecha se han emitido 23.42 millones de credenciales ADIMSS.

Asimismo, se han realizado acciones para promover la credencial ADIMSS como un medio de identificación de uso extenso ante entidades propias y ajenas al Instituto. Se ha logrado su aceptación como identificación en bancos y se ha adecuado la normatividad de diferentes direcciones del IMSS.

GRÁFICA II.1. COBERTURA DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE CON CREDENCIAL ADIMSS
(POBLACIÓN MAYOR A 9 AÑOS, ADSCRITA A UMF A JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

Al final del periodo comprendido entre el 30 de junio de 2011 y el 30 de junio de 2012, el Instituto registró un total de 2'974,638 pensionados (tabla II.1). Esta cifra incluye titulares y componentes de la pensión, y representa un incremento de 4.5 por ciento respecto al mismo periodo del año anterior.

Al final del periodo que cubre este Informe, el Instituto registró un total de 2'974,638 pensionados. Para diciembre de 2012 se espera que el número de pensionados rebase los 3 millones.

TABLA II.1. COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS, NÚMERO DE PENSIONADOS Y CASOS
(JUNIO 2010-JUNIO 2012)

Tipo de prestación	Pensionados/Casos						
	Cierre		Meta	Variación			
				Junio 2011-Junio 2012		Meta 2012	
	Junio 2010 Junio 2011 A	Junio 2011 Junio 2012 B	Meta 2012 C	Junio 2010-Junio 2011		Junio 2011-Junio 2012	
				Abs (B-A)	% (B/A)	Abs (C-B)	% (C/B)
Total de Pensionados (Ley 1973 y 1997)	2,846,755	2,974,638	3,039,652	127,883	4.5	65,014	2.2
Cursos de Pago "Ley 1973"[1]	2,598,503	2,712,099	2,767,649	113,596	4.4	55,550	2.0
Temporales y Provisionales	33,924	31,524	32,738	-2,400	-7.1	1,214	3.9
Rentas Vitalicias "Ley 1997"	214,328	231,015	239,265	16,687	7.8	8,250	3.6
Rentas Vitalicias[2]	18,163	18,854	19,483	691	3.8	629	3.3
Indemnizaciones Globales	15,861	17,841	17,835	1,980	12.5	-6	0.0
Subsidios							
Total de días de incapacidad con pago	64,671,898	66,793,476	59,726,327	2,121,578	3.3	-7,067,149	-10.6
Riesgos de trabajo	14,276,748	15,098,535	13,350,593	821,787	5.8	-1,747,942	-11.6
Enfermedad General	31,327,623	32,310,392	28,785,133	982,769	3.1	-3,525,259	-10.9
Maternidad	19,067,527	19,384,549	17,590,601	317,022	1.7	-1,793,948	-9.3
Ayudas de Funeral	79,153	82,132	75,519	2,979	3.8	-6,613	-8.1
Riesgos de Trabajo	335	329	280	-6	-1.8	-49	-14.9
Enfermedad General	78,818	81,803	75,239	2,985	3.8	-6,564	-8.0
Ayudas de Matrimonio	89,480	95,314	91,952	5,834	6.5	-3,362	-3.5

Los datos anuales en número de pensionados corresponden al último mes del periodo a reportar.
[1/] Incluye las pensiones mínimas garantizadas por Cesantía y Vejez.
[2/] Incluye las pensiones mínimas derivadas de garantizadas y de las PMG por IV.
Mayo y junio 2012 estimado.
Fuente: IMSS.

Al término de la presente Administración, el número de pensionados será superior a los 3 millones, lo que representa un incremento de 2.2 por ciento respecto del número de pensionados al cierre de la pasada Administración. El monto erogado en el periodo referido en materia de pensiones ascendió a 134,561 millones de pesos (mdp) (tabla II.2.), representando un incremento en términos reales[4] de 8.5 por ciento comparado con el mismo periodo del año anterior. La erogación total del Instituto por pago de pensiones en esta Administración asciende a 534,572 mdp, 63.4 por ciento más que en la anterior en términos reales[5].

TABLA II.2. MONTOS PRESTACIONES ECONÓMICAS
(JUNIO 2010-JUNIO 2012)

Tipo de prestación	Montos						
	Cierre		Meta	Variación			
				Junio 2011-Junio 2012		Meta 2012	
	Junio 2010 Junio 2011 A	Junio 2011 Junio 2012 B	Meta 2012 C	Junio 2010-Junio 2011		Junio 2011-Junio 2012	
				Abs (B-A)	% (B/A)	Abs (C-B)	% (C/B)
Gasto de Pensionados (Ley 1973 y 1997)	119,844,786.4	134,561,591.6	129,174,107.8	14,716,805	8.5	-5,387,484	4.0
Cursos de Pago "Ley 1973"[1/]	106,836,024.7	120,661,259.1	116,128,098.3	13,825,234	9.2	-4,533,161	3.8
Temporales y Provisionales	1,215,218.3	1,267,068.4	1,213,719.9	51,850	0.8	-53,349	4.2
Rentas Vitalicias[2/]	11,793,543.4	12,633,264.1	11,832,289.6	839,721	3.6	-800,975	6.3
Indemnizaciones Globales	673,587.2	823,385.3	785,368.0	149,798	18.2	-38,017	4.6
Subsidios							
Total de gasto de incapacidad con pago	11,376,311.9	12,206,032.6	10,843,545.4	829,721	3.7	-1,362,487	-11.2
Riesgos de trabajo	2,829,731.1	3,093,048.2	2,741,941.4	263,317	5.7	-351,107	-11.4
Enfermedad General	4,427,701.9	4,772,965.3	4,183,704.7	345,263	4.2	-589,261	-12.3
Maternidad	4,118,879.0	4,340,019.1	3,917,899.3	221,140	1.9	-422,120	-9.7
Ayudas de Funeral	259,659.9	285,094.6	282,426.0	25,435	6.1	-2,669	-0.9
Riesgos de Trabajo	1,126.1	1,170.8	1,047.1	45	0.5	-124	-10.6
Enfermedad General	258,533.8	283,923.8	281,378.8	25,390	6.2	-2,545	-0.9

Los importes son contables (PREI).
[1/] Incluye gasto de las pensiones mínimas garantizadas por Cesantía y Vejez.
[2/] Incluye gasto de las pensiones mínimas derivadas de garantizadas y de las PMG por IV.
Mayo y junio 2012 estimado.
Fuente: IMSS.

[4] Incremento real: Se elimina el incremento en costo que afectó la inflación. Deflactor utilizado 1.23953, de Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) de 2006-2011.
[5] Términos reales: Se elimina el incremento en costo que afectó la inflación. Deflactor utilizado 1.23953 de INPC de 2006-2011.

Durante la presente Administración, la erogación total del Instituto por pago de pensiones ascendió a 534,572 mdp, 63.4 por ciento más que en la Administración anterior.

Del total de pensionados vigentes al 30 de junio de 2012, reciben su prestación con cargo al Gobierno Federal 2'712,099 personas (por tratarse de pensiones otorgadas bajo el régimen de la LSS de 1973). El monto erogado del 30 de junio de 2011 al 30 de junio de 2012 ascendió a 120,661 mdp. En diciembre de 2012 se estima que alcance la cifra anual de 116,128 mdp. 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 26.8 mdp en beneficio de 642 pensionados con residencia en el extranjero.

Por concepto de sumas aseguradas, de junio de 2011 a junio de 2012 se transfirieron por cuenta del Instituto 12,633 mdp al sector asegurador que ampara la compra de 18,854 rentas vitalicias con cargo a los Seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), Invalidez y Vida (SIV) y Retiro, Cesantía y Vejez (SRCV), teniendo la perspectiva de otorgar al cierre del ejercicio 2012, un total de 19,483 casos, por un monto de 11,832 mdp durante este ejercicio. En el presente sexenio se espera erogar un total de 57,158 mdp, que representa, en términos reales, 26.3 por ciento más que en el anterior.

En lo que hace a las pensiones temporales del SIV y provisionales del SRT, las cuales corren a cargo del Instituto, a junio de 2012 se encontraban vigentes 31,524 pensiones, que significaron una erogación de 1,267 mdp, esperando cerrar 2012 con 32,738 pensiones, que equivaldrían a 1,214 mdp[6]. Al término de la presente Administración, el Instituto espera tener un gasto total de 6,998 mdp por pensiones temporales y provisionales, equivalente a 138.5 por ciento en términos reales, más que en la anterior.

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se cubrieron con cargo al Instituto 17,841 indemnizaciones globales en el SRT, por 823 mdp. Se estima que al final de 2012, y únicamente por este ejercicio, se hayan cubierto 17,835 casos con un gasto asociado de 785 mdp. Por este concepto, en la Administración actual se generó un gasto de 3,028 mdp, que representa un incremento de 122.3 por ciento en términos reales.

Los días subsidiados por incapacidad temporal para el trabajo en los ramos de SRT y SEM ascendieron a 66'793,476, lo que significó una erogación de 12,206 mdp, que representa un incremento real de 3.7 por ciento respecto del mismo periodo anterior y un aumento de 3.3 por ciento en el número de días. De enero a diciembre de 2012 se estima en 59'726,327 días por incapacidad, con un monto de 10,844 mdp. Al término de la presente Administración, el Instituto

[6] En puntual cumplimiento de la Ley vigente, el 1° de febrero de 2012, todas las pensiones recibieron un incremento de 3.82 por ciento, conforme al INPC.

habrá erogado 58,252 mdp por concepto de días subsidiados por incapacidad laboral, lo que representa un incremento real de 29 por ciento.

Las ayudas para gastos de funeral de los ramos de SRT y SEM alcanzaron, de junio de 2011 a junio de 2012, 82,132 casos, con un gasto de 285 mdp. Se tiene la expectativa de entregar ayudas a 75,519 beneficiarios durante todo 2012, erogando 282 mdp. Al término de la presente Administración el Instituto habrá erogado más de 1,843 mdp por concepto de ayudas para gastos de funeral, lo que representa un incremento real de 62.7 por ciento.

En cuanto a las ayudas para gastos de matrimonio, en el periodo que se reporta se tramitaron 95,314 casos, 6.5 por ciento más en relación con el mismo periodo inmediato anterior. El gasto asociado a este concepto es cubierto por las Afore, con cargo a la cuenta individual del asegurado. Por su parte, durante el segundo semestre de 2011 se otorgaron 296,606 préstamos a cuenta de pensión por un importe total de 2,492 mdp.

En suma, la erogación total por el pago de las prestaciones económicas, en el periodo de junio de 2011 a junio de 2012, ascendió a 147,876 mdp, de los cuales 27,215 mdp fueron con cargo al IMSS y 120,661 mdp con cargo al Gobierno Federal. Únicamente en 2012 se espera que el gasto ascienda a 141,085 mdp, correspondiendo al IMSS cubrir 24,957 mdp con cargo a los SRT, SEM y SIV, mientras que el Gobierno Federal cubrirá 116,128 mdp. La erogación total de las prestaciones económicas en el presente sexenio ascenderá a 661,850 mdp, lo que representa un incremento real de 56.5 por ciento con respecto al sexenio anterior (tabla II.3).

Programa de Actividades

Avances Operativos en Materia de Pensiones, Subsidios y Rentas Vitalicias

A fin de mejorar la atención a los derechohabientes y reducir los tiempos de respuesta ante solicitudes de pensión, se están llevando a cabo varios proyectos tecnológicos, los cuales tendrán continuidad en el segundo semestre de 2012.

En primer lugar se dará continuidad en la incorporación del Módulo de Alta de Pensión al Sistema de Trámite de Pensiones (SISTRAP), el cual permitirá realizar desde el proceso de solicitud de pensión hasta el otorgamiento de la resolución, así como dar seguimiento al segundo ciclo de pruebas para la liberación de una versión acotada. También se realizarán diversos ajustes al proyecto SINDO-SISTRAP para certificar de manera inmediata el derecho a la pensión.

Además, se trabajará en la reducción del tiempo de trámite para cambios de estatus de las pensiones. Mediante la implementación de interfaces automáticas al Programa se mejoran los procesos y tiempos de respuesta, logrando una mayor oportunidad de los pagos. La marcación automática de la cuenta individual permite que el trámite de solicitud de pensión sea más

TABLA II.3. COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS CONTRA EL SEXENIO ANTERIOR
(2001-2012, PESOS, PORCENTAJES)

Descripción	2001-2006	2007-2012	Variación	
			abs	%
Pensiones en Curso de Pago	263,958,481,750	534,571,720,280	270,613,238,530	63.4%
Subsidios	36,426,796,081	58,252,231,816	21,825,435,734	29.0%
Ayudas por Defunción	913,506,413	1,842,636,559	929,130,146	62.7%
Sumas Aseguradas	36,501,797,566	57,158,250,722	20,656,453,156	26.3%
Pensiones Temporales y Provisionales	2,366,720,390	6,997,662,185	4,630,941,795	138.5%
Indemnizaciones Globales	1,098,832,685	3,027,910,519	1,929,077,834	122.3%
Total de Prestaciones Económicas	341,266,134,886	661,850,412,080	320,584,277,195	56.5%

2012 estimado.
Fuente: IMSS.

eficiente, ya que informa el saldo requerido para la contratación de una renta vitalicia, facilitando conciliaciones posteriores con la CONSAR, la Procesadora de la Base de Datos Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (PROCESAR) y las compañías aseguradoras.

Con la automatización del Sistema de Captura de Pensiones por Retiro Programado Mayores a PMG, se espera tener el sistema automatizado de pensiones por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, dando cumplimiento a lo establecido en los Artículos 157 y 164 de la LSS vigente.

Se realiza la desconcentración de la operación de rentas vitalicias a las delegaciones, donde se opera y valida la nómina diaria de los casos iniciales. Con esto, las delegaciones contarán con elementos confiables y eficaces para la revisión del correcto otorgamiento de las pensiones.

Por medio de una factura electrónica dentro del Proyecto Acreditamiento en Cuenta Bancaria a Empresas con Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios se reportará a las empresas la información de las incapacidades de su personal, evitando traslados de estos para efectuar los trámites correspondientes. Por su parte, el endoso automatizado simplifica el trámite y facilita el cobro del subsidio por incapacidad temporal vía una orden de pago a favor de la persona.

En los Módulos de Recepción y Atención Integral (MORAI) de las subdelegaciones del país se incorporaron los trámites de solicitud de cualquier tipo de pensión, modificaciones de pensión y comprobación de supervivencia, a efecto de medir los tiempos de atención y respuesta para mejorar el servicio. La meta para lo que resta de 2012 será incorporar los trámites de prestaciones económicas en la totalidad de los Módulos.

Recomendaciones de la H. Comisión de Vigilancia

En esta materia, la H. Comisión de Vigilancia emitió la siguiente recomendación: "Garantizar que las diferentes credenciales que se han emitido mediante el Programa de Modernización de la Administración de Derechohabientes y de Prestaciones, sean de utilidad para cualquier trámite médico-administrativo, cuidando la confidencialidad de los datos de los derechohabientes".

En lo que se refiere a la confidencialidad de los datos, las bases de licitación para la prestación de la contratación de los servicios para la generación, reexpedición y entrega del documento de acreditación como derechohabiente del IMSS (ADIMSS), así como sus respectivos contratos, se han suscrito al amparo de las disposiciones en materia de seguridad y protección de datos, que establecen los documentos que a continuación se enlistan:

Normativos: Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; Ley del Seguro Social, Artículo 22; Lineamientos Estratégicos de Seguridad Informática y la Norma 5000-001-011 de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) (disposiciones establecidas en materia de seguridad informática en el IMSS); Manual Administrativo de Aplicación General en Materias de Transparencia y Archivos.

Operativos: Apartado 8 de las bases de Licitación Pública Internacional Número 00641322-015-08, relativo a la confidencialidad y la seguridad de la información. Este apartado establece los criterios a los que el proveedor contratado debe ajustar sus procesos para garantizar la protección de datos; Cláusula de Confidencialidad Vigésima Primera del Contrato de Prestación de Servicios No. 8S8354 e instrumentos complementarios, en la que se establece que el proveedor le deberá dar toda la información que le sea proporcionada por los derechohabientes, así como por el Instituto. En la referida Cláusula también se establece la indemnización a que se obliga el proveedor, por la posible violación a la confidencialidad.

En relación al uso de la credencial ADIMSS, se ha impulsado por parte de la DPES, Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), la adecuación a la normatividad respectiva para la utilización de la credencial en tres diferentes grupos de servicios que presta el Instituto. El primero incluye el registro de derechohabientes, el cambio de clínica de adscripción y la autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea, por parte de la DIR.

El segundo grupo de servicios se integra por la solicitud de cita médica en primer nivel, la referencia a segundo nivel de atención médica y la solicitud de cita médica de primera vez (especialidad), la contrarreferencia de segundo a primer nivel de atención médica, la

visita domiciliaria y la solicitud de estudios de laboratorio y RX en primer nivel de atención, por parte de la DPM.

El tercer grupo incluye la solicitud de pensión de cesantía en edad avanzada, cesantía de vejez, viudez, asignación familiar, la celebración del convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, ascendientes, invalidez, orfandad, retiro anticipado, incapacidad permanente parcial o total, préstamo a cuenta de pensión, ayuda para gastos de funeral y ayuda para gastos de matrimonio, por parte de la DPES.

En cuanto a la recomendación relativa a "Aplicar urgentemente estrategias para agilizar la resolución de las solicitudes de jubilación o pensión, particularmente en los casos de viudez y orfandad, y la simplificación del procedimiento para comprobar supervivencia, así como la dignificación de las instalaciones", se señala lo siguiente:

Se está trabajando en herramientas informáticas que permitan mejorar la eficiencia en el trámite de pensión. Por ejemplo, la liberación del proyecto "Optimización de alta de pensiones" permitirá reducir el tiempo de resolución para el otorgamiento o negativa de pensión, según corresponda. Lo anterior, mediante la migración de funcionalidad contenida en el Sistema de Pensiones (SPES) a una nueva plataforma tecnológica que permitirá incorporar diversas innovaciones, como la firma electrónica.

En lo correspondiente al trámite de comprobación de supervivencia, se está realizando un proyecto para mejorar los centros de comprobación de supervivencia en términos de accesibilidad, instalaciones y ubicación.

II.2. BIENESTAR SOCIAL

El principal objetivo en materia de prestaciones sociales es mejorar los servicios, incrementar la cobertura de la población usuaria derechohabiente y no derechohabiente, así como facilitar el acceso a grupos en situación de vulnerabilidad como niños, personas con discapacidad, adultos mayores o bien, pacientes referidos o derivados por el área médica. Para lograrlo se han concretado cambios importantes en las instalaciones, así como en la forma de planear y ofrecer las prestaciones sociales.

Al periodo de reporte, las más de 190 unidades operativas con las que se cuenta actualmente para los servicios de prestaciones sociales se encontraban con un grado importante de deterioro en cuanto a su infraestructura y mobiliario. En su gran mayoría se trata de inmuebles con más de 50 años de operación. Adicionalmente, la gama de servicios que se ofrecía era limitada y la programación de servicios de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) era muy rígida.

A fin de atender esta problemática se realizaron, hasta junio de 2012, inversiones por un total de 310.3 mdp en 31 delegaciones del sistema. Se realizaron obras para la ampliación, adecuación o modernización de instalaciones y equipo mediante el Programa de Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales, orientado al reforzamiento de la infraestructura inmobiliaria.

Asimismo, se planteó una estrategia dirigida a guiar a las UOPSI hacia una adecuada planeación de los servicios que ofrecen y a programar de manera razonada la distribución de los recursos técnicos, humanos y financieros.

Ambas acciones pretenden propiciar el aprovechamiento óptimo de la capacidad instalada, ampliar la cobertura de los servicios de prestaciones sociales, disminuir costos e incrementar beneficios, además de generar los recursos que apoyen el financiamiento de la operación y el mantenimiento de las instalaciones, logrando así un equilibrio entre el fin social de los servicios y el margen de rentabilidad necesario para su operación en el ámbito nacional (tabla II.4).

Informe de Labores

Al periodo de reporte se impartieron diversos cursos dirigidos a la promoción de la salud y al fortalecimiento de la economía familiar, al mejoramiento de la calidad de vida, así como a la atención social de pacientes referidos por el área médica. Estos cursos se impartieron a 820,628 personas, predominantemente derechohabientes. Entre los participantes a los cursos se observaron significativas mejoras en el estado de salud, control de peso e incorporación social, entre otras.

Se impartieron cursos a 820,628 personas, dirigidos a la promoción de la salud, al fortalecimiento de la economía familiar, al mejoramiento de la calidad de vida, así como a la atención social de pacientes referidos por el área médica.

TABLA II.4. META INSCRITOS, VARIACIONES EN 2010, 2011 Y 2012
(2010-2012, MILES DE PESOS, PORCENTAJES)

Inscritos	Meta			Variaciones					
				2011 *vs.* 2010		2012 *vs.* 2011		2012 *vs.* 2010	
	2010	2011	2012	Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	%
Bienestar Social	131,684	205,471	266,983	73,787	56	61,512	29.9	135,299	102.7
Desarrollo Cultural	87,855	92,986	120,332	5,131	5.8	27,346	29.4	32,477	37
Deporte y Cultura Física	205,314	271,811	373,042	66,497	32.4	101,231	37.2	167,728	81.7
Capacitación y Adiestramiento Técnico	100,489	126,537	211,645	26,048	25.9	85,108	67.3	111,156	110.6
Prestaciones Sociales	**525,342**	**696,805**	**972,002**	**171,463**	**32.6**	**275,197**	**39.5**	**446,660**	**85**

Fuente: IMSS.

En lo que corresponde a sesiones informativas, campañas, servicios y eventos de índole deportivo, cívico, cultural y social, se realizaron un total de 165,334 actividades, registrando 41'242,857 asistencias.

Capacitación y Adiestramiento Técnico

Se benefició a 115,953 personas mediante cursos orientados a formar recursos humanos con los conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes requeridos para desempeñarse en el mercado laboral formal o en el autoempleo. Se diversificó la cartera formativa a 45 cursos en oficios diversos con opción a obtener el Reconocimiento Oficial de la Competencia Ocupacional (ROCO) de la Secretaría de Educación Pública (SEP), para lo cual se han capacitado 29 docentes.

Con base en cursos orientados a formar recursos humanos con los conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes requeridos para desempeñarse en el mercado laboral formal o en el autoempleo se benefició a 115,953 personas.

En colaboración con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) e instituciones de Educación Media Superior se ofrecen cinco cursos educativos, reportando una atención de 17,968 alumnos. Además, se suscribió el convenio de adhesión para el Programa "Sigamos aprendiendo… en el hospital" con la Secretaría de Salud (SSA) y la SEP, iniciando el servicio en la consulta externa del Centro Médico Nacional "La Raza".

Mediante el proyecto IMSSTRUCTOR se consolidó la capacitación a distancia de usuarios con tres Programas: i) FODI (Formación a Distancia, *e-learning*), el cual cuenta con 10 cursos en línea dirigidos a derechohabientes y público en general (24,660 asistencias); ii) VICO (Videoconferencias), en el cual se registraron 20,463 asistencias en 91 sesiones, incluyendo seminarios, conferencias y un diplomado, y iii) SUMA (Sistema Único de Medios Audiovisuales), el cual ofertó 138 videos (42,083 asistencias).

En el Programa PREVENIMSS EN EMPRESAS se suscribió un convenio de colaboración con *General Electric*, además de que se otorgaron servicios de prestaciones sociales a 53,000 trabajadores de las empresas CFE, Telmex, Comercial Mexicana, Wal-Mart, Liverpool, Coca Cola Femsa, Cemex, Jumex, *General Electric* y sindicatos afiliados a la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC). Asimismo, en el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART) se capacitó a 136 usuarios y se reincorporó al mercado laboral a 47 personas con discapacidad.

Programa de Envejecimiento Activo (PREA)

Para consolidar la divulgación y operación del Programa de Envejecimiento Activo (PREA) se difundieron materiales técnico-didácticos, además de que se elaboró y/o actualizó la normatividad de otros programas. Asimismo, en el Centro para la Atención Social de la Salud a las y los Adultos Mayores (CASSAAM) se impartieron cursos relacionados con el Plan Institucional GeriatrIMSS y Gerontología Básica; se brindó capacitación para la habilitación de Promotores de Apoyo Gerontológico, Acompañantes y Cuidadores de Adultos Mayores y se participó en la elaboración de las Guías de Práctica Clínica para la evaluación gerontológica integral.

Para la elaboración del Programa Nacional Gerontológico se fortaleció la vinculación con organismos del sector público, privado y social, además de que se elaboraron materiales didácticos para el módulo de promoción y prevención de la salud del adulto mayor. Se realizó junto con otras instituciones (SSA, ISSSTE, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, Instituto Nacional de Salud Pública) el diplomado a distancia de Atención Integral a la Salud del Adulto Mayor y se participó en la estructuración y desarrollo del segundo Encuentro Nacional de Diabetes y Sociedad. También destaca el proyecto de investigación Prevención Temprana de Hipertensión Arterial aprobada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y la coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) para capacitar a jornaleros como cuidadores voluntarios de personas adultas mayores.

Programa de Atención Social de Pacientes Referidos del Área Médica

A partir del primer semestre de 2012, el Programa amplió su espectro de atención al incluir padecimientos relacionados con enfermedades crónicas, respiratorias, afecciones del sistema músculo-esquelético, columna vertebral y salud mental. A la fecha se cuenta con un menú de 52 diferentes actividades para la atención social de pacientes referidos por el área médica. Asimismo, se incorporó a personas en situación de vulnerabilidad tales como mujeres gestantes, personas con discapacidad y adultos mayores.

Además, con la finalidad de revertir la epidemia de las enfermedades crónico-degenerativas, extender la cobertura de atención y disminuir el avance en la prevalencia y el crecimiento del sobrepeso y obesidad en la población de 6 a 19 años y en la población adulta, se implantó la estrategia de Pasos por la Salud, de manera vinculada con la Coordinación de Programas Integrados de Salud PREVENIMSS.

Programa de Educación para la Salud por Grupo Etario

Con el propósito de identificar factores genéticos y estilos de vida que intervienen en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, se participa en el protocolo de investigación genética de la

obesidad en la infancia y la adolescencia. Este protocolo está evaluando niños y adolescentes usuarios de los servicios de prestaciones sociales, con el propósito de establecer estrategias que refuercen la atención de este problema.

En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria se realizaron actividades de promoción del consumo de agua simple potable y de alimentación correcta. Además, 24 por ciento de las UOPSI logró su reconocimiento como edificios libres de humo de tabaco. Por su parte, en el Programa de Atención Integral al Adolescente se obtuvieron 126,079 asistencias entre junio de 2011 y junio del año en curso.

Asimismo, se realizaron acciones de prevención, detección, derivación y rehabilitación en el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, así como derivaciones para tratamiento a centros de atención especializada. Se firmó el convenio IMSS-DIF-CENADIC, consolidándose la colaboración y apoyo interinstitucional en el tema de prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables con los representantes de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida.

Programa de Promoción y Fomento de la Salud para Pueblos Indígenas y Grupos Vulnerables

Como parte de este Programa, de junio de 2011 a junio de 2012, se capacitó y sensibilizó con un enfoque intercultural, en temas de trabajo en comunidades indígenas, promoción y difusión de derechos humanos, entre otros, a un total de 191 alumnos. Con el propósito de dar continuidad y extender el Programa a más comunidades, se establecieron 18 Centros de Extensión de Conocimientos (CEC), y se capacitó a 108 monitores comunitarios. En Veracruz y Puebla se desarrolló de manera piloto un curso taller donde se capacitó a 256 gestores voluntarios de los Programas 70 y más y Jornaleros Agrícolas de la SEDESOL.

Bienestar Social

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se impartieron cursos y talleres que beneficiaron a 204,513 personas. En estos cursos el objetivo fue propiciar una cultura de corresponsabilidad y autocuidado de la salud, así como aportar herramientas encaminadas a mejorar la economía familiar y la atención social de pacientes referidos por el área médica.

Con la finalidad de promover e impulsar la práctica del deporte en forma masiva, en el periodo que se reporta se llevaron a cabo diversos eventos en todo el país, como se observa en la tabla II.5. En actividades físicas, deportivas y recreativas se atendieron 362,343 alumnos, en tanto en talleres de orientación y campañas masivas se lograron 26’350,048 asistencias.

Se promueve la práctica sistemática de disciplinas deportivas entre niños y jóvenes, que en el proceso de su desarrollo deportivo integran equipos representativos del Instituto en diferentes

TABLA II.5. EVENTOS NACIONALES
(NÚMERO)

Eventos deportivos		
Nombre	**Deportistas**	**Espectadores**
Carnaval IMSS de Campeones Acapulco Guerrero	230	2,000
XIII Copa IMSS de Voleibol Infantil y XXIV Copa IMSS de Voleibol Juvenil	1,080	3,000
Torneo de Básquetbol	450	4500
Torneo de Básquetbol	300	3,000
Torneo de Fútbol	500	1,700
XX Copa Infantil y VI Juvenil De Fútbol IMSS 2011	1,296	5,000
I Copa IMSS de Beisbol	300	1,500
Copa IMSS de Fútbol Infantil y Juvenil 2011	504	4,000
Copa IMSS de Voleibol Infantil y Juvenil 2011	252	2,500
Torneo de Voleibol	100	1,000
Torneo de Básquetbol	275	2,500
I Copa IMSS de Beisbol	340	20,000
I Copa IMSS de Básquetbol Infantil y Juvenil	300	5,000
Torneo de Voleibol	200	1,500
III Copa de Básquetbol IMSS Caballero Águila	126	4,000
Tercera Copa de Beisbol Infantil y Juvenil 2011	322	2,000
Torneo de Fútbol Asociación	436	2,300
Torneo Regional de Fútbol	180	4,600
Torneo de Voleibol	180	1,000
Torneo de Básquetbol	300	2,000
Acuatrimss Ciudad de México 2011	165	300
XLI Festival Medallistas Olímpicos del IMSS 2011	195	1,000
III Carrera Atlética IMSS Morelia 2011	596	2,500
XXV Carrera Cuautla IMSS Oaxtepec	1,700	2,000
Campeonato Nacional de Natación de Ciegos y Débiles Visuales IMSS Acapulco 2011	60	4,000
Carrera Atlética 10 Km IMSS Acapulco 2011	367	4,000
Torneo Regional de Fútbol	**180**	4,600

Fuente: IMSS.

disciplinas deportivas. Estos equipos participan en el proceso selectivo rumbo a la Olimpiada y Paralimpiada Nacional, en 21 disciplinas deportivas, con 950 competidores. Se participó en diversas competencias y eventos nacionales e internacionales, obteniendo los resultados mostrados en la tabla II.6.

En cursos de teatro, danza, música, artes plásticas, artesanías, baile de salón y otros, se beneficiaron 119,851 alumnos. Mediante conferencias, muestras, festivales, exposiciones, concursos y salas de lectura se lograron 2'068,218 asistencias. A los teatros del IMSS asistieron 2'472,891 espectadores. Asimismo, se llevaron a cabo diversos eventos y actividades, como se muestra en la tabla II.7.

Se beneficiaron 119,851 alumnos en cursos de teatro, danza, música, artes plásticas, artesanías, baile de salón y otros.

Con el propósito de fortalecer las acciones de desarrollo cultural de los trabajadores y sus familias se establecieron instrumentos de vinculación cultural con organismos públicos y privados. Esto ha permitido llevar a cabo eventos de música, danza, teatro, artes visuales y animación cultural (tabla II.8).

Sistemas Tecnológicos

Al periodo de reporte se revisaron casos de uso del rediseño del Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) en plataforma *Web*, se concluyó la operación del SIPSI *Smart Client* y *W@B* Seguimiento Mensual de Actividades (SMA) y se liberó la aplicación de prueba del rediseño, iniciando operaciones a partir del 3 de enero. En el transcurso del primer semestre de 2012 destacan la puesta en marcha de diversos módulos que harán más eficiente la gestión del IMSS y la implementación de un tablero de control para el seguimiento del registro mensual de metas y del registro del programa anual, así como de otros reportes de control de los servicios de prestaciones sociales.

Inversión Física

Derivado de la necesidad de fortalecer la infraestructura inmobiliaria de las UOPSI, se implementó el Programa de Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales. En una primera etapa se autorizaron recursos por 28.3 mdp para las delegaciones que se muestran en la tabla II.9. Para la segunda etapa, en el ejercicio 2011 se integró la cartera de proyectos, concentrando 32 obras en función de la necesidad prioritaria de cada delegación (tabla II.10).

Inversión en Equipamiento

El Instituto autorizó la transferencia de recursos por 17.3 mdp con el fin de dotar a los Centros de Seguridad Social de equipamiento. Se transfirieron 5 mdp de la cuenta Servicios Sociales y Deportivos al Presupuesto de Inversión, para contar con un total de 22.3 mdp.

TABLA II.6. EVENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES
(NÚMERO)

Nombre del evento	Deportistas
Eventos Nacionales	
Olimpiada Nacional 2011 (4 medallas de oro, 5 de plata y 9 de bronce)	**300**
Paralimpiada Nacional 2011 (15 medallas de oro, 17 de plata y 5 de bronce)	**31**
Juegos Parapanamericanos Guadalajara 2011 (2 medallas de oro, 2 de plata y 5 de bronce)	**6**
Campeonato Nacional de Federación	
Campeonato Nacional de Esgrima 2011	**80**
Campeonato Selectivo Nacional "Tomoyoshi Yamaguchi" de Judo 2011	**15**
Campeonato Nacional de Esgrima Mayores 2011	**3**
Copa de Voleibol en la Ciudad de Nuevo León 2011	**12**
Torneo Internacional Carnaval de Campeones de Basquetbol 2011	**3 equipos**
Torneo Nacional Copa Colima Late para Todos 2011	**2 equipos**
Campeonato Nacional Infantil y Juvenil "Juan Botella" de Clavados	**5**
Campeonato Nacional de Invierno Infantil 2011 de Clavados "Jesús Mena Campo"	**6**
Campeonato Nacional Juvenil de Tae Kwon Do 2011	**24**
Campeonato Nacional de Natación de C. C.	**48**
Campeonato Nacional Elite Femenil y Varonil de Basquetbol	**15**
Copa Nacional de Natación de Deportistas Especiales en Monterrey, Nuevo León	**5**
4a. Copa Federación Baja California Sur de Ciclismo	**4**
Vuelta de Mazatlán de Ciclismo	**6**
Campeonato Nacional Infantil, Cadete y Juvenil de Esgrima	**17**
Campeonato Nacional de Gimnasia Rítmica (Individual y Conjuntos)	**14**
Copa Futurama y 1° Rankeo 2012	**28**
Campeonato Nacional 1ra. Fuerza, Guadalajara, Jalisco de Handball	**18**
Campeonato Nacional Juvenil y 1ra. Fuerza, Guadalajara, Jalisco de Nado Sincronizado	**25**
Campeonato Nacional de Invierno Juvenil y Selectivo Olimpiada Nacional 2012 Grupos A y B, Guadalajara, Jalisco de Clavados	**8**
Circuito Nacional de Triatlón, Ixtapa, Guerrero	**4**
Circuito Nacional de Triatlón, Tequesquitengo	**6**
Circuito Nacional de Triatlón, Huatulco, Oaxaca	**6**
Selectivo Nacional 1er. Semestre de Tae Kwon Do	**30**
Seminario Nacional de Capacitación CONAT Combate Libre Tae Kwon Do	**5**
EVENTOS INTERNACIONALES	
Campeonato Mundial de Ajedrez Brasil	**4**
Campeonato Nacional e Internacional Abierto de Ajedrez	**18**
IAAF Race Walking Challenge Chihuahua 2012	**40**
Campeonato Deportivo de las Américas de Deportistas Especiales	**40**

Fuente: IMSS.

TABLA II.7. EVENTOS Y ACTIVIDADES
(NÚMERO)

Evento/Actividad	Lugar/Asistentes
Programa de Exposiciones	
Se llevaron a cabo los montajes museográficos:	Edificio Central del IMSS
"Travesía Gráfica. Carteles Mexicanos Contemporáneos", "Entre Fuegos. Cinco Escultoras y la Cerámica"	Asistencia: 2,507
"Dos Mundos", "Lienzo México", "Luis Ortiz Monasterio, del perfil nacionalista al concepto universal", "Los Colores de Marcos Dana"	Sala de Exposiciones del CMN "Siglo XXI", Asistencia: 8,776
Programa de Divulgación de las Tradiciones Culturales	
Evento nacional de selección de Grupos Artísticos Representativos del IMSS de danza, música y teatro	Centro Vacacional Oaxtepec 1,917 orientadores y socioalumnos de Centros de Seguridad Social
Programa cultural para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad	
Festival "Mejor con los Años" (julio-diciembre 2011)	Teatro Juan Moisés Calleja
Se trabajó de julio a septiembre con la Secretaría de Cultura del Gobierno del Distrito Federal	Asistencia: 1,888
Festival Adulto Mayor y Personas con Discapacidad (Marzo-diciembre 2012)	Teatro Juan Moisés Calleja Asistencia registrada a marzo 2012: 472
Programa Salas de Lectura	
Salas de Lectura (julio-diciembre 2011)	Delegación Norte, Sur y Oriente Asistencia: 9,303
Salas de Lectura (enero-marzo 2012)	Delegación Norte, Sur y Oriente Asistencia: 2,547
Programa Hospitalarte	
Programa Cultura y Salud Hospitalarte (julio-diciembre 2011)	Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Centro Médico Nacional "La Raza", Hospital "Magdalena de la Salinas" y dos en el interior de la República Asistencia: 68,346
Programa Cultura y Salud Hospitalarte (enero-junio 2012)	Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Centro Médico Nacional "La Raza", Hospital "Magdalena de la Salinas" y dos en el interior de la República Asistencia registrada a marzo 2012: 13,521
Programa Artístico y Cultural en Guarderías	
Programa Artístico Cultural de Guarderías (octubre-diciembre 2011)	Guarderías IMSS del Área Metropolitana Asistencia: 1,882
Programa Artístico Cultural de Guarderías (enero-mayo 2012)	Guarderías IMSS del Área Metropolitana Asistencia registrada a marzo 2012: 1,983

TABLA II.7. EVENTOS Y ACTIVIDADES
(NÚMERO)

Evento/Actividad	Lugar/Asistentes
Programa Teatro y Salud	
Teatro y Salud (Julio-diciembre 2011)	Diversas Delegaciones IMSS a nivel nacional Asistencia: 9,303
Teatro y Salud (Enero-junio 2012)	Diversas Delegaciones IMSS a nivel nacional Asistencia registrada a marzo 2012: 6,534
Festival Abril Los Niños en las Artes	
Programa: "Abril Niño en las Artes Temáticas y las Tradiciones"	Todas las Delegaciones Asistencia estimada: 155,860
Teatro	
Festival de Música "El Do le Dijo al Re" (conjuntamente con la Coordinación de Música y Ópera del Instituto Nacional de Bellas Artes INBA)	Teatro IMSS "Isabela Corona", Legaria y Toluca y Teatro "Jiménez Rueda" del INBA 17 funciones. Asistencia: 6,657
Festival Puro Teatro, en coordinación con Alas y Raíces del CONACULTA, con la participación de los Grupos La Trouppe, Cabaret Misterio, A la Deriva Teatro, Aziz Gual, Tiliches del Baúl, Onírico, Seña y Verbo	Teatro IMSS Legaria, Santa Fe, Tepeyac, Teatros IMSS en los Estados: Cd. Juárez, Cd. Mante y Toluca Asistencia en las sedes IMSS: 9,147
Programa Teatro para Todos	
Gira artística de la flautista Elena Durán	Teatros IMSS Aguascalientes, Campeche, Durango, Querétaro, Tlaxcala, Toluca y Yucatán Asistencia: 2,809
Convenio General de Colaboración IMSS-CONACULTA	
Se suscribieron 4 convenios en colaboración con la Secretaría de Educación Pública y los Institutos de Cultura de los Estados de Durango, Michoacán, Sinaloa y Yucatán Se suscribieron 2 convenios en el Valle de México (para el uso del Teatro Isabela Corona) Se suscribieron 7 convenios de la 7ª Convocatoria "Teatros para la Comunidad Teatral" En 2012 se suscribieron 7 convenios de la 8ª Convocatoria "Teatros para la Comunidad Teatral"	Delegaciones Norte del D. F., Jalisco, Estado de México Poniente, Sinaloa y Tamaulipas Delegaciones Norte del D. F., Jalisco, Estado de México Poniente, Sinaloa y Tamaulipas
Ciclo de Música y Canto	
Presentaciones artísticas en colaboración con la Coordinación Nacional de Música y Ópera del INBA en los Teatros Legaria y "Juan Moisés Calleja"	Asistencia: 620

Fuente: IMSS.

TABLA II.8. PRODUCTIVIDAD TOTAL DE LOS SERVICIOS DE PRESTACIONES SOCIALES
(JUNIO 2011-JUNIO 2012, NÚMERO)

Concepto	Inscritos	Núm. Eventos	Asistencias
Cursos y Talleres	820,628	-	120,332
Sesiones informativas, campañas, servicios y eventos	-	165,334	41,242,857
Teatros	-	6,819	2,472,891
Total Nacional	**820,628**	**172,153**	**43,836,080**

Fuente: IMSS.

TABLA II.9. PRIMERA ETAPA DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES
(MONTO, PORCENTAJE)

Delegación	Nombre de la Unidad	Inversión	Avance físico		Avance financiero		Fecha de inicio	Fecha de término
			% Prog.	% Real	% Prog.	% Real		
Nayarit	CSS Tepic y Teatro	771,962	100	100	100	100	ago-10	dic-10
Nuevo León	CSS Cadereyta	2,897,208	100	100	100	100	ago-10	dic-10
Sinaloa	CSS Los Mochis	1,085,042	100	100	100	100	sep-10	dic-10
Tamaulipas	CSS Nuevo Laredo	11,648,000	100	100	100	100	jul-10	dic-10
Veracruz Sur	CSS Orizaba	9,970,000	100	100	100	100	ago-10	feb-11
Yucatán	CSS Mérida	1,891,107	100	100	100	100	sep-10	dic-10

Fuente: IMSS.

TABLA II.10. SEGUNDA ETAPA DEL FORTALECIMIENTO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES
(PESOS)

Nombre	UOPSI	Costo Actualizado	Tipo Obra
Baja California	CECEM Tecate	3,209,062	Remodelación completa
Baja California Sur	CSS La Paz	4,956,947	Techado de Teatro
Campeche	CSS Cd. Carmen	5,265,068	Remodelación completa
Coahuila	CSS Monclova	13,974,458	Techado de alberca
Colima	CSS Manzanillo	8,585,664	Remodelación completa
Chiapas	CSS Tapachula	943,015	Techado de aula de aeróbics
Chihuahua	UD Salvarcar	30,531,204	Construcción de alberca
Durango	CSS Durango	5,152,000	Techado de alberca
Guerrero	CSS Acapulco y CSS Taxco	8,200,000	Techado de 2 canchas, auditorio y teatro
Hidalgo	CSS Tepeji del Río	20,000,000	Construcción de alberca
Jalisco	CSS Cd. Guzmán	8,117,271	Techado de alberca
Estado de México Oriente	CSS Tequesquinahuac	5,989,755	Remodelación completa
Estado de México Poniente	CSS Toluca	10,000,000	Construcción de gimnasio
Michoacán	CSS Lázaro Cárdenas	4,498,381	Techado de alberca
Nayarit	CSS Tepic	7,920,315	Techado de 2 canchas
Nuevo León	CSS Monterrey 2	614,154	Construcción de alberca
Oaxaca	CSS Santa Lucía del Camino	1,230,102	Construcción de 2 aulas
Querétaro	UD Querétaro	6,814,487	Construcción de cancha de fútbol 7
Quintana Roo	CSS Chetumal	2,710,000	Techado de cancha de usos múltiples
San Luis Potosí	CSS Cd. Valles	2,290,171	Techado de alberca
Sinaloa	CSS Mazatlán	10,000,000	Remodelación completa
Sonora	CECEM Empalme	1,890,000	Remodelación completa
Tabasco	Teatro Villahermosa	11,951,192	Remodelación completa
Tabasco	CSS Villahermosa	4,003,011	Construcción de aula de usos múltiples
Tamaulipas	CSS Cd. Mante	5,933,973	Techado de alberca
Tlaxcala	CSS Tlaxcala	14,321,225	Construcción de aulas
Veracruz Norte	CSS Tuxpan	11,478,960	Construcción de alberca
Veracruz Sur	CSS Cosamaloapan	18,423,467	Construcción de gimnasio
Yucatán	CSS Mérida	9,246,840	Techado de cancha
Zacatecas	CSS Fresnillo	8,965,503	Construcción de cancha
Norte del D. F.	UD San Pedro Xalpa	18,995,912	Construcción de gimnasio
Sur del D. F.	CSS Contreras	15,868,800	Ampliación de alberca

Fuente: IMSS.

TABLA II.11. INVERSIÓN EN OBRA PÚBLICA
(PESOS)(NÚMERO)

Nombre	UOPSI	Costo	Tipo de obra
Michoacán	Delegacional	16, 595,156	HGR No. 1
Morelos	CSS "Fidel Velázquez"	Proceso	Reparación trinchera de la alberca
Tamaulipas	CSS Ciudad Mante	Proceso	Remodelación completa
Norte D. F.	Xalapa	9, 131,127	Construcción alberca semiolímpica

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Bienestar Social

En esta área destaca la elaboración de un proyecto para la reactivación de las estancias infantiles, continuar impulsando la referencia de pacientes con daño o factores de riesgo e incrementar la referencia de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad. Se avanzará en la evaluación de manera gradual al estado de salud en pacientes referidos a los servicios de prestaciones sociales, así como a la referencia de pacientes con daño o factores de riesgo y al incremento en la referencia de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad. También se continuará con el impulso al desarrollo de investigación social en salud y con el diseño de protocolos de investigación para evaluar el impacto de las intervenciones sociales en salud.

Además, se establecerán convenios con instituciones sociales, públicas y privadas; se promoverá la organización y participación social mediante la formación de grupos autogestivos y la extensión de los servicios, así como la elaboración de material didáctico y de difusión para apoyar la capacitación del personal voluntario. También se fortalecerá la vinculación para avanzar en la regularización de los CEBIS, se implementará el convenio IMSS-DIF-CENADIC y se dará seguimiento a los convenios IMSS-AA e IMSS-CIJ.

Finalmente, se concluirá con la cuarta etapa de implementación del Programa de Promoción y Fomento de la Salud para Pueblos Indígenas, se continuará con el seguimiento y asesoría, se fortalecerá la vinculación con organismos públicos, sociales y privados, así como la elaboración de materiales didácticos.

Desarrollo Cultural

En esta materia se pretende impulsar la firma de convenios de colaboración, como parte del Programa de Teatro Escolar, para fomentar el acercamiento de estudiantes de nivel básico a las artes escénicas. Para la aplicación de un modelo de educación artística se actualizarán los contenidos de las guías didácticas de los cursos de artesanías. Se dará continuidad al Programa Hospitalarte y el Programa para Adulto Mayor Mejor con los Años, ampliará sus actividades y

programación para denominarse Festival Artístico para el Adulto Mayor y personas con Discapacidad. También se reforzarán las actividades establecidas en los Programas Artístico-Culturales en Guarderías IMSS del área metropolitana y el Programa de Salas de Lectura, ubicadas en los Centros de Seguridad Social que cuentan con esas instalaciones.

En colaboración con el Instituto Nacional de Bellas Artes (INBA) se concluirá la restauración del mural "Revolución Constructiva" de Jorge González Camarena, que se encuentra en el HGZ No. 1 de la Ciudad de Chihuahua, y se instalará un sistema de identificación e información del patrimonio artístico que resguarda el CMN "Siglo XXI".

Deporte y Cultura Física

Se pretende llevar a cabo 14 eventos en la práctica de disciplinas deportivas, como fútbol, voleibol, natación, beisbol, básquetbol, deportes especiales y carreras de 10 km, esperando una afluencia de 14 mil deportistas y un aproximado de 20 mil espectadores. De igual forma, se continuará con el seguimiento permanente a cursos regulares y actividades complementarias, con el fin de que se cumpla con la meta establecida para este año. Se proyecta continuar con la difusión de Pasos por la Salud en las UOPSI y se pretende fomentar la participación en campeonatos nacionales, la Olimpiada Nacional y otros eventos internacionales.

En materia de capacitación y adiestramiento técnico se ofrecerán cursos y videoconferencias avaladas por instituciones públicas, privadas y sociales. Se pretende fomentar la inclusión laboral de las personas con discapacidad a la planta productiva, impulsando los servicios del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART).

También se continuarán promoviendo los servicios de prestaciones sociales entre los trabajadores y sus familias mediante la vinculación con el sector empresarial, organismos no gubernamentales y de la sociedad civil.

II.3. SERVICIO DE GUARDERÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

El servicio de Guardería proporciona atención y cuidados a los menores durante la jornada laboral de sus madres o padres, con lo cual se cubre el riesgo de que trabajadoras y trabajadores asegurados con derechos no puedan proporcionar atención a sus hijos de 43 días de nacidos a cuatro años de edad.

Por tal razón, la estrategia del servicio de Guardería busca, por una parte, fortalecer la prestación mediante la regulación, supervisión y evaluación del servicio y, por otra, responder a la demanda mediante la apertura de nuevas unidades operativas o el incremento de lugares disponibles en las ya existentes.

Seguridad

Con respecto a la verificación de medidas de seguridad, a partir de 2009 los esfuerzos se enfocaron hacia el fortalecimiento del modelo de guarderías, estableciendo nuevos estándares en materia de seguridad y protección civil, así como niveles mínimos de calidad del servicio y satisfacción del usuario, seguridad y transparencia. Se elaboró el documento Estándares de Seguridad y Protección Civil que deberán cumplir a partir del 1 de enero de 2010 las guarderías contratadas por el IMSS para la prestación del servicio y las guarderías que operan bajo el esquema de subrogación, así como las que administra directamente el IMSS.

Ese documento contiene los principales elementos de seguridad obligatorios en las guarderías, como el sistema de alarma con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva enlazada a una central o servicio de emergencia; detector de humo por cubículo, por pasillo y cada 80 metros cuadrados en superficies mayores; extintores, iluminación de emergencia en rutas de evacuación y áreas de tránsito, así como película de protección en cristales de ventanas y puertas; y al menos una salida de emergencia, diferente de la puerta de acceso. Con base en este documento, semestralmente se realizan evaluaciones a los inmuebles de las guarderías, situación que sustenta la recontratación y vigencia de los contratos de prestación del servicio.

En 2009, como resultado de las visitas de supervisión en materia de seguridad de las 1,360 unidades cuyos contratos estarían vigentes hasta diciembre de ese año, se suscribieron 1,240 instrumentos jurídicos en los esquemas Vecinal Comunitario Único, Guardería Integradora y Guardería en el Campo. De estos, 350 se suscribieron por un año, mientras que los demás fueron formalizados por tres años. Los restantes 120 contratos no se suscribieron por no cumplir el prestador con los requisitos anteriormente señalados, destacando 84 casos que no cumplieron con las medidas de seguridad o bien, por propia determinación del prestador del servicio.

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 de 10 mdp con un sublímite por persona de 250 mil pesos.

En el periodo que abarca de junio de 2011 a junio de 2012 se continuó con las acciones para fortalecer las condiciones de seguridad en las unidades integrantes del Sistema de Guarderías del IMSS, se actualizaron los estándares en materia de seguridad y protección civil, así como los mínimos de calidad del servicio y satisfacción del usuario, incorporando las disposiciones legales y normativas aplicables en la materia, previstas en la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010 y la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2000.

A partir de 2010, como parte de las medidas implementadas en materia de seguridad, las guarderías tienen la obligación de realizar semanalmente un simulacro, en un tiempo máximo de 3 minutos para la evacuación del inmueble.

Con la finalidad de conocer oportunamente la información de los simulacros realizados, a partir de agosto de 2010, las delegaciones reportan por medio de una herramienta tecnológica los resultados. De la información recibida entre agosto de 2010 y junio de 2012, se tiene registro de más de 111,000 simulacros, con un tiempo promedio menor a los 3 minutos máximos permitidos, lo cual contribuye a crear entre los menores la cultura de protección civil.

Se ha fortalecido la seguridad en las guarderías y la cultura de protección mediante más de 111,000 simulacros.

Inversiones

Para fortalecer las medidas de seguridad de las 134 guarderías ordinarias y 8 guarderías de Madres IMSS, se invirtieron durante 2009 y 2010 un total de 28.3 mdp en la adquisición y sustitución de equipo y mobiliario. Asimismo, se asignó un presupuesto de 74.5 mdp para llevar a cabo obras de mantenimiento y de instalación de elementos de seguridad en los inmuebles de las guarderías. En el 2010 se ejercieron 11.6 mdp para adquirir mobiliario y equipo faltante para las guarderías ordinarias y Madres IMSS.

Con respecto a la atención de las recomendaciones de la SCJN, en agosto de 2009 el Tribunal Pleno determinó ejercer la facultad prevista en el Artículo 97, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para investigar los hechos ocurridos el día 5 de junio de 2009 en el estado de Sonora. En junio de 2010 el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) emitió el dictamen en relación con la facultad de investigación 1/2009, en el que se señalaron acciones mínimas que recomendó implementar al Instituto.

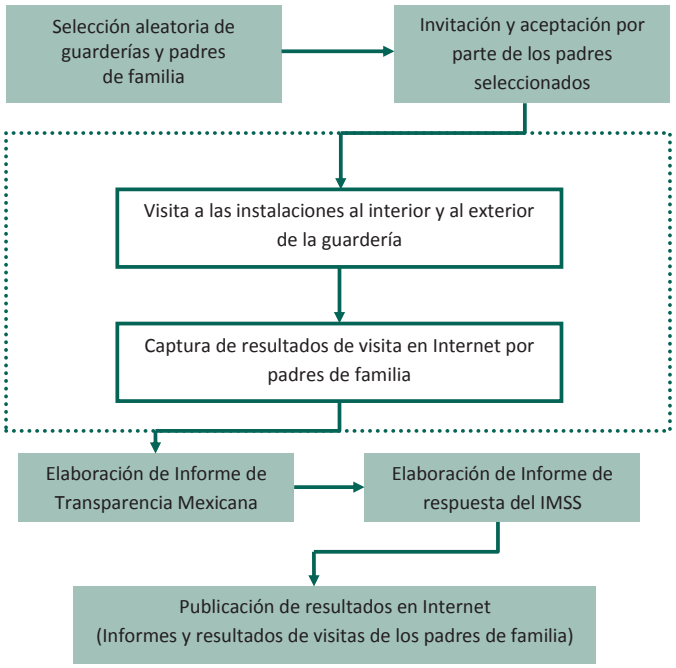
De las 14 acciones recomendadas para el IMSS, se identificaron 12 relacionadas con el servicio de Guardería, mismas que se resumen de la siguiente forma: revisar las condiciones de prestación del servicio de Guardería; implementar mecanismos de control para las autoridades delegacionales, así como para el cumplimiento de los requisitos legales en el otorgamiento de contratos; establecer indicadores de desempeño económico en las guarderías; homologar las condiciones de operación en las guarderías en materia de protección civil, así como los criterios de supervisión y la normatividad vigente; adecuar los formatos de inspección y realizar supervisiones continuas; instrumentar políticas eficaces para capacitar al personal y dar seguimiento a las observaciones realizadas en la visita de inspección; implementar políticas que garanticen que en todo momento se cuente con la cantidad adecuada de personal, y establecer un sistema de publicidad para que los padres de familia estén informados.

El IMSS atendió cada una de las acciones recomendadas por la SCJN, al incorporar a los instrumentos legales que se celebran con los prestadores del servicio una serie de medidas de seguridad que deben cumplir las guarderías, revisión que realizan las delegaciones de manera semestral y que es requisito indispensable para continuar con la relación contractual, así como al implementar una herramienta tecnológica denominada "expediente electrónico", cuyo objetivo es concentrar la documentación de los expedientes de las guarderías y verificar que cada uno cuente con lo necesario para su operación y alerte con oportunidad el vencimiento o falta de algún documento.

"El IMSS mejora la seguridad y la calidad en el servicio de guarderías con base en las opiniones que los padres de familia expresan vía el Mecanismo de Participación Social, el cual funciona bajo la supervisión de Transparencia Mexicana"

Con respecto al tema de transparencia, los padres de familia usuarios del servicio se han involucrado en la seguridad integral con que operan las guarderías del IMSS, a través del mecanismo de participación social que solicitó el IMSS y donó en 2010 Transparencia Mexicana, A. C. Este mecanismo buscó facilitar, estructurar y sistematizar la participación de los padres de familia bajo los principios de aleatoriedad en su selección, participación voluntaria y homogeneidad en la información obtenida. Su funcionamiento se resume en el siguiente diagrama:

FUNCIONAMIENTO DEL MECANISMO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN GUARDERÍAS



Fuente: IMSS.

Mediante el mecanismo de participación social, los padres de familia usuarios del servicio son testigos y participan con su percepción respecto de las condiciones y funcionamiento de la guardería a la que asisten sus hijos. Con esta iniciativa se selecciona de manera aleatoria 10 por ciento del total de las guarderías a nivel nacional, así como los padres de familia que efectuarán el recorrido por la guardería, a quienes se les extiende una invitación personalizada a participar en una visita programada a la guardería donde asisten sus hijos. Los padres que aceptan y confirman su participación, el día de la visita realizan el recorrido y registran sus observaciones en la Guía "Pasos a seguir durante la visita", la cual fue elaborada *ex profeso* como un instrumento para auxiliarlos en esta actividad.

Los resultados de las visitas se publican en Internet, en el micrositio Mecanismo de Participación Social en Guarderías. Este sitio está disponible en el portal del IMSS en la siguiente dirección: http://www.imss.gob.mx/guarderias. De los puntos de la Guía donde se han identificado áreas de oportunidad, las delegaciones solicitan que se lleven a cabo las acciones necesarias para su atención y verifican su cumplimiento.

De octubre de 2010 a junio de 2012 se realizaron 2,231 visitas a 1,422 guarderías, con la participación de 13,143 padres usuarios del servicio y más de 26 mil horas invertidas por la sociedad civil, como se puede observar en la tabla II.12.

De octubre de 2010 a junio de 2012 se realizaron 2,231 visitas a 1,422 guarderías, con la participación de 13,143 padres usuarios del servicio y más de 26 mil horas invertidas por la sociedad civil.

Es así que 50 por ciento del total de las visitas arroja 100 por ciento de respuestas favorables; 48 por ciento, entre 90 y 99 por ciento; 1.3 por ciento va de 80 a 89 por ciento y 0.3 arroja resultados menores a 80 por ciento. El promedio nacional fue de 98.3 por ciento. Estos resultados son de acceso público y cualquier persona los puede consultar.

Esta experiencia novedosa y única en su tipo, dentro de los sistemas de guarderías públicas de México, promueve la participación ciudadana y la cultura de rendición de cuentas. Además, dota a los padres de familia de herramientas para participar en asuntos públicos de su interés.

Los resultados y el alcance que ha tenido el Mecanismo de Participación Social en Guarderías, muestran cómo una política pública, transparente y abierta genera sinergias enfocadas a fortalecer los servicios públicos en beneficio de la población y puede generar resultados e impactos positivos para todo el sistema de guarderías, el IMSS en su conjunto y en la prestación de servicios públicos en México, al convertirse en una cultura tanto institucional como de los usuarios del servicio.

TABLA II.12. GUARDERÍAS POR RANGO DE RESPUESTAS FAVORABLES
(OCTUBRE 2010-JUNIO 2012, NÚMERO, PORCENTAJE)

Realización de Visitas					Rangos							
					100%		90-99%		80-89%		Menor a 80%	
Mes/año	Periodo	Visitas	Padres	Horas	Guarderías	%	Guarderías	%	Guarderías	%	Guarderías	%
oct-10	18-22	120	747	1,494	41	34.2	75	62.5	3	2.5	1	0.83
nov-10	22-26	166	1,007	2,014	69	41.6	93	56	4	2.4	-	-
ene-11	17-21	165	984	1,968	76	46.1	83	50.3	5	3	1	0.61
feb-11	21-25	166	1,036	2,072	82	49.4	76	45.8	8	4.8	-	-
mar-11	22-28	159	957	1,914	68	42.8	89	56	2	1.3	-	-
abr-11	25-29	158	943	1,886	82	51.9	73	46.2	3	1.9	-	-
may-11	23-27	153	914	1,828	83	54.2	70	45.8	-	-	-	-
jun-11	20-24	140	826	1,652	71	50.7	68	48.6	1	0.71	-	-
jul-11	25-29	95	539	1,078	56	58.9	39	41.1	-	-	-	-
sep-11	19-23	44	253	506	21	47.7	23	52.3	-	-	-	-
oct-11	24-28	28	149	298	15	53.6	12	42.9	-	-	1	3.6
ene-12	25-31	28	160	320	18	64.3	10	35.7	-	-	-	-
feb-12	20-24	152	870	1,740	89	58.6	63	41.4	-	-	-	-
mar-12	20-26	174	992	1,984	91	52.3	81	46.6	2	1.1	-	-
abr-12	23-27	159	899	1,798	84	52.8	75	47.2	-	-	-	-
may-12	21-25	166	952	1,904	99	59.6	66	39.8	1	0.6	-	-
jun-12	18-22	158	915	1,830	78	49.4	80	50.6	-	-	-	-
Total		**2,231**	**13,143**	**26,286**	**1,123**	**50.3**	**1,076**	**48.2**	**29**	**1.3**	**3**	**0.1**

Fuente: IMSS.

Publicación de Información de Guardería en el Portal IMSS

El Instituto realiza la tarea continua de mantener actualizada la sección de guarderías en el portal institucional denominada Visor, en el que se publica información relevante del Sistema de Guarderías, así como del cumplimiento de los requisitos para su operación. El número de documentos que se encuentran en el Visor asciende a 215,673.

Calidad: Proyecto DAR

A finales de 2010 se emprendió una iniciativa llamada Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad (DAR). Producto de esta iniciativa fue la actualización de los procesos de administración, alimentación, fomento de la salud y pedagogía que se llevan a cabo en las guarderías y el diseño de los procedimientos de planeación y ejecución de la supervisión-asesoría. Para el cumplimiento de las responsabilidades operativas, a partir de 2011 se ha desarrollado el soporte tecnológico correspondiente.

La consolidación de la iniciativa DAR contribuye a mejorar la calidad del servicio de Guardería, al incorporar las más recientes recomendaciones de organismos internacionales y las mejores prácticas en todos los procesos. Operativamente, facilita el trabajo mediante la sistematización de los procesos, uniforma criterios y se elimina la discrecionalidad en la supervisión. En el ámbito directivo permite el monitoreo de la operación y sus resultados, y se recopila información que apoya la toma de decisiones y la mejora continua de los procesos.

La mejora de los procesos llevó a la actualización normativa, que fue transmitida al personal de las delegaciones mediante la capacitación impartida en junio de 2011. Con el fin de garantizar el éxito de la implantación nacional de dichos procedimientos se definieron las acciones necesarias para la transición normativa en la realidad operativa y se elaboraron dos instructivos, uno para las delegaciones y otro para las guarderías a fin de homologar las prácticas en estos niveles.

Durante julio de 2011 el Instituto realizó la difusión normativa, que consistió en preparar a los cuerpos de gobierno de las guarderías para facilitar la transferencia del conocimiento de los procedimientos al personal operativo y la implantación de los mismos en las guarderías. Entre septiembre y noviembre de 2011 se llevó a cabo el acompañamiento a la implantación.

En septiembre de 2011 se implantaron los nuevos procesos de alimentación, fomento de la salud, pedagogía y administración en todas las guarderías de prestación indirecta. En diciembre, las delegaciones iniciaron la revisión de estas guarderías con un nuevo instrumento de supervisión. A partir de enero de 2012 las guarderías son supervisadas de forma integral, trimestralmente o cuatrimestralmente.

Dentro de la normatividad del servicio de Administración se plasmó la obligación de revisar las medidas de seguridad y su mantenimiento. Se busca garantizar su debido funcionamiento, la actualización permanente del Programa Interno de Protección Civil, la calendarización semestral de simulacros, capacitar al personal de nuevo ingreso en manejo de extintores y rutas de evacuación, así como la actualización permanente de las constancias de capacitación que forman parte del Programa.

En el procedimiento para la operación del servicio de alimentación en guarderías de prestación indirecta se estableció una división de regímenes más específica y sensible de acuerdo con las etapas del desarrollo del lactante. También se modificó la edad de introducción de alimentos sólidos (ablactación), proponiendo cambiarla de los 4 a los 6 meses de edad, con el objetivo de prevenir reacciones alérgicas y fomentar el sano crecimiento del lactante.

En materia de supervisión se realizó la definición de formatos de los instrumentos aplicables en supervisiones de tipo integral, de seguimiento y visita, mismos que se encuentran alineados a los procedimientos rediseñados y que sirven para verificar que la operación de las guarderías se realiza acorde a lo normado por el Instituto. Además, se generaron nuevos reactivos y una nueva escala de calificación ponderada y criterios de evaluación para evitar la subjetividad en su aplicación.

Premio IMSS Calidad

En 2010, la Guardería Ordinaria G-006 de la Delegación Distrito Federal Norte obtuvo el primer lugar en la Categoría V, Unidades Sociales del Premio IMSS Calidad, reconocimiento que se otorga por lograr la mejora de sus procesos y servicios, así como la satisfacción de los trabajadores y usuarios a través de una mejor gestión directiva. Esta guardería se suma a la G-001 de Oaxaca de Juárez, G-002 de Chihuahua y G-001 de Cd. Madero, Tamaulipas, las cuales obtuvieron ese reconocimiento en 1999, 2005 y 2006, respectivamente.

Programa Educativo

Con el objeto de enriquecer el Programa Educativo de las guarderías se analizó la posibilidad de integrar propuestas educativas de diversas instituciones, por lo que desde 2010 se iniciaron los trabajos de forma conjunta con la Fundación Carlos Slim (FCS), a fin de incorporar elementos de su propuesta pedagógica al Programa Educativo del IMSS. La propuesta de la FCS está conformada por el taller Crecer Juntos y la Metodología de Educación Inicial.

Durante marzo y abril de 2010 se impartieron ambos talleres a dos grupos piloto conformados por personal normativo, delegacional y operativo que avalara la factibilidad de incorporar el Programa. También se llevó a cabo la primera fase de implantación del Programa en guarderías de prestación directa, misma que tuvo como resultado contar con 312 facilitadores para la reproducción del taller al interior de las unidades.

En 2011, como parte del seguimiento a la primera fase de implantación en guarderías de prestación directa, se llevaron a cabo en las unidades operativas 102 talleres de Crecer Juntos con un total de 1,396 participantes, así como la implantación de la Metodología de Educación Inicial en fase piloto en nueve guarderías de prestación directa del Distrito Federal y el Estado de México.

Capacitación

Con la finalidad de promover el cuidado de la salud en los niños de 3 a 6 años de edad y sus familias, como parte de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), se implantó en 2011 la estrategia CHIQUITIMSS en guarderías. Al mes de diciembre de 2011 se habían realizado 1,184 cursos en guarderías de los esquemas Madres IMSS, Ordinario y Vecinal Comunitario Único de

34 delegaciones, con la participación de 26,633 niños beneficiarios, correspondientes a las salas de Maternal C1, C2 y Preescolares A, B y C, lo que equivale a 55 por ciento de menores inscritos en estas salas.

En el marco del Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012, se ha colaborado para implementar la estrategia para capacitar y sensibilizar a los servidores públicos de la APF sobre el contenido y alcance de los derechos humanos.

Durante los últimos cuatro años se ha impartido capacitación presencial a nivel nacional en materia de derechos humanos a 3,710 participantes, abordando temas relacionados con grupos en situación de vulnerabilidad, derechos de las niñas y los niños, entre otros, que para este propósito la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha proporcionado a los instructores especializados en la materia. La tabla II.13 muestra los cursos en materia de derechos humanos, así como el número de participantes entre 2008-2011.

Sistema Integral de Administración de Guarderías

En diciembre de 2006 las guarderías apoyaban su operación en un sistema informático que permitía llevar el registro de la asistencia de los menores, registro y reconocimiento de personas autorizadas para entregar o recoger al menor, la verificación inmediata de la vigencia de derechos y el envío de documentos oficiales que son base para el trámite de pago para el servicio mediante el uso de firma digital.

Entre 2007 y 2009 se liberaron diferentes versiones del Sistema Integral de Administración de Guarderías (SIAG) con la finalidad de consolidar su funcionalidad. Como parte del soporte tecnológico desarrollado para la ejecución de los procedimientos derivados de la iniciativa DAR, en octubre de 2011 y abril de 2012 se liberaron dos versiones del SIAG con el fin de actualizar los módulos de control de peso y talla, control de inmunizaciones y evaluación del desarrollo.

TABLA II.13. CAPACITACIÓN IMPARTIDA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
(NÚMERO)

Año	Tema	No. de Participantes
2008	Derechos Humanos en Grupos Vulnerables	239
2009	Derechos Humanos en Grupos Vulnerables	695
2010	Derechos Humanos en Grupos Vulnerables	752
2011	Derechos de la niñez: niños y niñas de guardería y Discapacidad y VIH/SIDA	2,024
Total		**3,710**

Fuente: IMSS.

Para apoyar las actividades de monitoreo existe una aplicación conocida como SIAG Central, la cual ha experimentado diversas adecuaciones en los últimos años. En el segundo semestre de 2011 destaca el módulo Planeación de la Supervisión fase I, el cual permite elaborar el programa anual de supervisión de cada delegación. Durante el primer semestre de 2012 se implantó el módulo Monitor, donde se verifica a distancia si la guardería cumple con el indicador de la plantilla de personal. También se incorporó el módulo Quejas, en el que se registran las quejas reportadas por los usuarios asegurados del servicio de Guardería. Finalmente, el módulo Ejecución de la Supervisión fase I registra el resultado de los instrumentos de supervisión y lleva un control de las visitas de seguimiento requeridas.

Programa de Expansión

En el periodo 2007-2012 se han realizado acciones encaminadas a incrementar la capacidad instalada, mediante diversos esquemas de contratación y subrogación. Esto ha permitido en 2012 contar con 10,106 lugares adicionales con relación a diciembre de 2006, que representa un crecimiento de 4 por ciento, como se muestra en la tabla II.14.

Mediante diversos esquemas de contratación y subrogación, al cierre de este Informe se cuenta con 10,106 lugares adicionales con relación a diciembre de 2006.

En 2008 se cambió el esquema de contratación para nuevas guarderías, pasando de adjudicación directa a licitación pública nacional, para lo cual se publicaron dos convocatorias. Respecto a la ampliación de capacidad instalada, en el ejercicio 2008 se realizaron tres procesos para la autorización de ampliación de capacidad instalada bajo los criterios que el área normativa determinó.

En marzo de 2012 se difundieron los criterios del único proceso de ampliación de capacidad instalada que se tiene programado para el presente año, el cual concluyó en el mes de junio, con la finalidad de que las guarderías inicien operaciones con la nueva capacidad a más tardar en el mes de octubre de 2012.

A pesar del crecimiento de la capacidad instalada en el periodo 2007-2012, no se alcanzó la meta esperada debido a que se concluyó la relación contractual con 180 guarderías por incumplimiento de las medidas de seguridad

TABLA II.14. CAPACIDAD INSTALADA
(DICIEMBRE 2006-JUNIO 2012, NÚMERO, PORCENTAJE)

	Diciembre						Junio	2012/2006	
Concepto	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**Absoluta**	**%**
No. de guarderías	1,561	1,565	1,554	1,568	1,459	1,453	1,450	-111	-7.11
Capacidad Instalada	226,880	228,951	231,821	242,899	234,815	235,957	237,635	10,755	4.74

Fuente: IMSS.

o falta de interés en continuar brindando el servicio, entre otras causas. Asimismo, se observó una disminución de lugares debido a que algunas guarderías redujeron su capacidad instalada para cumplir con los indicadores de espacio normados.

Ayuda en Efectivo

El H. Consejo Técnico del IMSS, en sesión celebrada el 16 de diciembre de 2009, aprobó la modificación al Reglamento para la Prestación de los servicios de Guardería, quedando de la siguiente forma *"en el sentido de que mientras permanezca la suspensión temporal del servicio, cuando ésta se deba, a juicio del Instituto, a que esté en riesgo la seguridad de los menores, empleados de la guardería y, en general, de las personas que requieran asistir a dicho inmueble, otorgará a los trabajadores una ayuda en efectivo equivalente a la cuota que cubre el Instituto a los prestadores de servicios de guardería en la localidad correspondiente, a fin de que se proporcione a sus hijos los cuidados necesarios durante su jornada de trabajo".*

Derivado de lo anterior, la Ayuda en Efectivo que ha proporcionado el Instituto de 2010 a junio de 2012 asciende a 58.2 mdp, como se muestra en la tabla II.15. Adicionalmente, en el mismo periodo se han otorgado 21,812 ayudas en efectivo, con un importe de 13.6 mdp.

TABLA II.15.
AYUDAS EN EFECTIVO OTORGADAS
(2010-2012, MONTO)

Año	No. Ayudas	Importe
2010	11,688	31,115,073.86
2011	8,022	21,689,590.43
2012	2,102	5,441,122.26
Total	**21,812**	**58,245,786.55**

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Transparencia: Mecanismo de Participación Social

Se dará seguimiento para atender en su totalidad las áreas de oportunidad señaladas por los padres de familia durante las visitas realizadas. A diciembre de 2012 se tiene programada la realización de visitas a más de 90 por ciento de las guarderías de prestación indirecta, lo que implicará el involucramiento de alrededor de 7 mil padres usuarios, quienes invertirán más de 14,000 horas en este ejercicio.

Contratos de Prestación del Servicio

El 31 de diciembre de 2012 vencerán 1,249 Contratos de Prestación del Servicio de los Esquemas de Guardería Vecinal Comunitario Único y Guardería Integradora, así como 13 Convenios de Subrogación del Servicio en el Esquema de Guardería en el Campo, mismos

que representan una capacidad de atención para 197,000 menores aproximadamente. Por ello, resulta necesario dar continuidad al servicio de Guardería que actualmente ofrece el Instituto, así como mantener la cobertura de la demanda, mediante la suscripción de los instrumentos legales correspondientes.

Calidad: Proyecto DAR

En materia de actualización normativa, durante el segundo semestre de 2012 se tiene contemplado implantar el procedimiento rediseñado de inscripción del menor en guarderías del IMSS. Además, se actualizarán tres normas relacionadas con la prestación del servicio de Guardería y se publicarán en el DOF modificaciones al Reglamento para la Prestación del Servicio de Guardería del Instituto, el cual contiene disposiciones más precisas conforme a los procedimientos rediseñados en el Proyecto DAR, así como un capítulo referente a las medidas de seguridad en las guarderías.

Adicionalmente se consolida el procedimiento para identificar áreas de oportunidad en la prestación del servicio de Guardería, que incorpora el rediseño del proceso de mejora del servicio, el mecanismo de vinculación con padres y el mecanismo de participación social.

Programa Educativo

Para dar continuidad a la implantación de las iniciativas del Programa Educativo se dará seguimiento al taller Crecer Juntos y la Metodología de Educación Inicial, el cual se implementará en nueve guarderías de prestación indirecta, distribuidas en nueve delegaciones.

Capacitación

En el contexto de guarderías, la atención que el niño recibe representa uno de los elementos esenciales para la formación de su autoestima al tener un impacto en su desarrollo a corto, mediano y largo plazos. Por esta razón, un elemento fundamental para otorgar un servicio de calidad es la capacitación del personal.

Derivado de que en el procedimiento para la administración de personal se definen los cursos que deberán recibir todas las categorías, como parte de la formación básica para su desempeño laboral en guarderías, para el segundo semestre de 2012 se procederá a definir las modalidades didácticas de los cursos y al desarrollo metodológico de los mismos, teniendo como meta consolidar tres cursos en la modalidad de capacitación a distancia. También se continuará con el impulso del Programa CHIQUITIMSS y el programa cultural en guarderías. Respecto a las acciones realizadas con la CNDH, para el 2012 se tiene prevista la capacitación del personal operativo en las 35 delegaciones del IMSS.

Sistema Integral de Administración de Guarderías

Se tiene programado implementar durante el último trimestre de 2012 el trámite de inscripción a guardería por Internet, con el objetivo de que el trabajador asegurado lo realice sin necesidad de acudir a la misma. Este desarrollo permitirá dar seguimiento al trámite desde la solicitud hasta la inscripción, así como verificar la disponibilidad de lugares en las guarderías de la localidad, conforme a la edad del menor.

En el segundo semestre del año se consolidará el aplicativo que permite planear y dar seguimiento a los resultados de las supervisiones en el SIAG, de tal manera que cada delegación podrá dar seguimiento puntual y estricto al cumplimiento del programa de supervisión-asesoría, para lo cual la aplicación generará distintos tipos de reportes. Por su parte, para facilitar la administración del servicio de alimentación, se implementará en todas las guarderías el módulo Planeación y Control de Alimentos (PLACA).

Seguridad

En julio de 2012 las delegaciones del IMSS deberán realizar la aplicación de la Cédula de Calificación de Seguridad y Protección Civil, a fin de verificar el cumplimiento que se tenga de los estándares de seguridad y protección civil, así como de la documentación obligatoria que deben acreditar todas las guarderías.

II.4. CENTROS VACACIONALES, VELATORIOS, UNIDAD DE CONGRESOS Y TIENDAS

El IMSS, con fundamento en el Artículo 210 de la LSS y en la Cláusula 142 del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), tiene el compromiso de proporcionar distintas prestaciones sociales tanto a la población derechohabiente como a los trabajadores del propio Instituto y al público en general, buscando fortalecer la economía familiar.

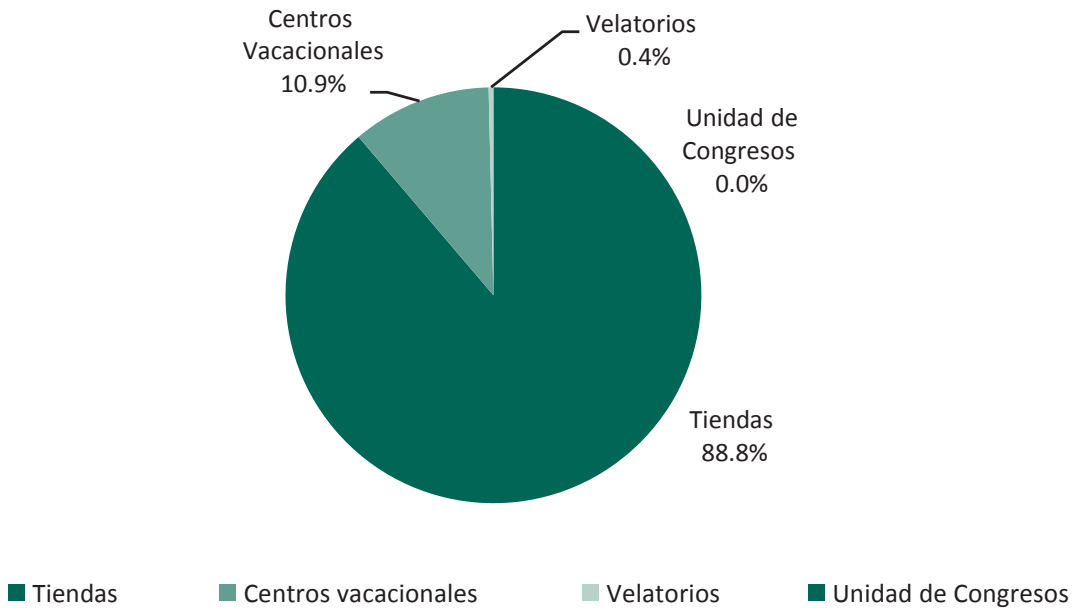
Informe de Labores

Resultados Operativos y Financieros de los Servicios de Ingreso

Entre 2007 y 2012 se ha beneficiado a un total de 43.3 millones de usuarios en tiendas, Centros Vacacionales (CV), velatorios y la Unidad de Congresos (UC). Con ello se generaron ingresos acumulados por 12,724.2 mdp.

Entre 2007 y 2012 se ha beneficiado a un total de 43.3 millones de usuarios en tiendas, centros vacacionales, velatorios y la Unidad de Congresos.

GRÁFICA II.2. USUARIOS ATENDIDOS POR CENTROS VACACIONALES, VELATORIOS, UNIDAD DE CONGRESOS Y TIENDAS



Fuente: IMSS.

Sistema Nacional de Tiendas

Durante el periodo 2006-2012 el Sistema Nacional de Tiendas (SNT) experimentó diversas transformaciones que tuvieron el objetivo de modernizar sus procesos operativos y de administración con el fin de mejorar su desempeño, así como otorgar cabalmente la prestación contractual a los trabajadores activos, jubilados y pensionados ex trabajadores del IMSS.

En el mismo periodo se atendieron 38'470,780 clientes y se obtuvieron ventas acumuladas por 11,422.1 mdp.

De igual forma, se observó un crecimiento en términos reales del *ticket* promedio, lo cual refleja que, a excepción del periodo 2007-2008, los clientes que se mantienen asiduos a las Tiendas IMSS han incrementado gradualmente el valor de sus compras (tabla II.6).

En el Sistema Nacional de Tiendas, entre 2006 y 2012 se atendieron 38'470,780 clientes y se obtuvieron ventas acumuladas por 11,422.1 mdp

El periodo se caracterizó por la instrumentación de diversas estrategias enfocadas a mejorar el abasto a las 136 unidades que integran el SNT, reducir el nivel de precios de los productos básicos, implementar la sistematización de procesos, fortalecer el uso de las prestaciones institucionales, implementar programas especiales, difusión del servicio por medios electrónicos institucionales y modernizar la infraestructura tecnológica del SNT.

TABLA II.16. EVOLUCIÓN DEL *TICKET* PROMEDIO
(2006-2010, PORCENTAJES)

Año	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
Crecimiento real	3.90%	1.40%	-2.50%	0.80%	6%	0.90%
Monto del *ticket* promedio	$261	$275	$282	$299	$330	$344

Fuente: IMSS.

En materia de plantillas de tiendas se elaboraron las propuestas de actualización para los requisitos de escolaridad y experiencia en las convocatorias para plazas de Base, con lo cual se facilita la cobertura de plazas y se fortalecen los perfiles de aquellos puestos más importantes dentro de la administración de la tienda.

Dentro del ámbito comercial se incrementó el número de productos de la Política de Precios Bajos, reforzando su difusión vía medios impresos y electrónicos institucionales nacionales. La supervisión del abasto y exhibición de los productos incluidos en esta política se realizan mediante las delegaciones de manera permanente.

En 2012, con el fin de generar mayores ingresos, se diseñó un calendario de ofertas y promociones con las fechas comerciales más representativas. Se incrementó el número de artículos de la Política de Precios Bajos y se cambió el mecanismo para la determinación de los mismos. Además, se elaboró una encuesta de servicio al cliente para conocer la calidad en el servicio, los perfiles de los clientes y su experiencia de compra.

En materia de sistematización y control se implementó la prueba piloto para la instalación del nuevo Sistema de Mercancía de Tiendas (SATI) que hará más eficiente la operación de las principales actividades de las tiendas. Se realizaron mejoras al sistema de resurtido automático para tener un mayor control del desplazamiento de la mercancía.

En materia de equipamiento se encuentran en proceso de donación por parte de la Fundación IMSS, 50 terminales de punto de venta que fortalecerán la operación de las tiendas que requieren cambio de equipo urgente o bien, equipos adicionales para atender la alta demanda de clientes en los días de mayor afluencia.

Centros Vacacionales y Unidad de Congresos

En los CV, durante el periodo 2006-2012, los esfuerzos se dirigieron a mejorar la promoción vía medios electrónicos e impresos, así como a la definición de la estrategia a seguir para la mejora de los servicios. Se realizaron trabajos de conservación, remodelación y equipamiento, así como promoción y difusión dirigidos a grupos

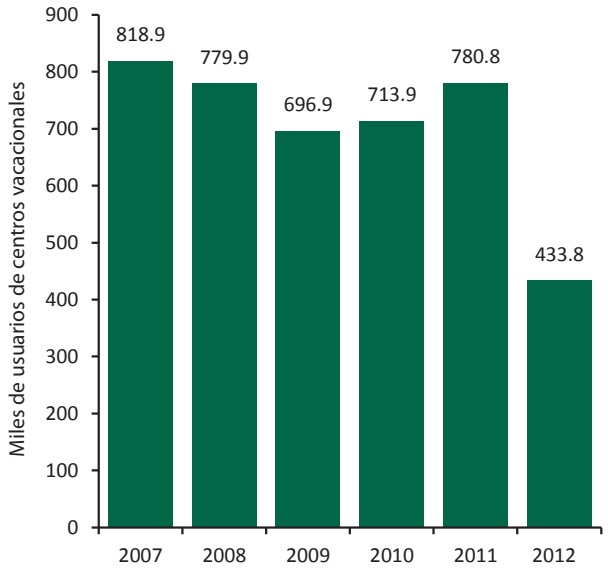
y convenciones para mejorar la ocupación en temporada baja. Se iniciaron trabajos de diagnóstico para determinar plantillas óptimas en la contratación de plazas requeridas en forma temporal.

Las actividades en los CV se enfocaron en ampliar la oferta de servicios otorgados para equipararlos a los del sector hotelero, incorporando el servicio de Internet inalámbrico, televisión por cable, servicio de *spa* y servicio de alimentos a la habitación. Se hizo el lanzamiento de paquetes "todo incluido". Se dio capacitación al personal, enfocado al servicio y mejores prácticas de hotelería. Se continuó el mejoramiento de las instalaciones, destacando la conclusión de la construcción de una alberca techada en el Centro Vacacional Atlixco-Metepec. En total, se ejercieron 192.5 mdp en acciones de conservación y mantenimiento, 24.4 mdp en proyectos de inversión y obra pública, y 6.5 mdp en equipamiento, para mejorar la oferta de los servicios.

Adicionalmente, se registró la estructura orgánica de personal de nómina ordinaria a nivel gerencial y subgerencial, sumado al mapeo de los procedimientos conforme a la operación cotidiana, en cada una de las cuatro unidades operativas. Dentro del ámbito normativo se establecieron los lineamientos y estrategias financieras, operacionales y de comercialización, entre las cuales estuvieron las firmas de convenios de colaboración con empresas y entidades del sector público y privado.

Como una actividad constante de promoción y difusión para los CV, la Oficina de Turismo y Convenciones (OTC) se dio a la tarea de concertar visitas de promoción y difusión a diferentes empresas y organizaciones. Dicha actividad es constante y como resultado ha propiciado la firma de 53 convenios de colaboración, ofreciendo 10 por ciento de descuento a sus trabajadores y afiliados. Las acciones encaminadas al incremento en el uso de las instalaciones y servicios de los centros vacacionales en los últimos años permitieron un crecimiento significativo en comparación con el 2009.

GRÁFICA II.3. USUARIOS DE CENTROS VACACIONALES
(2007-2012, NÚMERO)

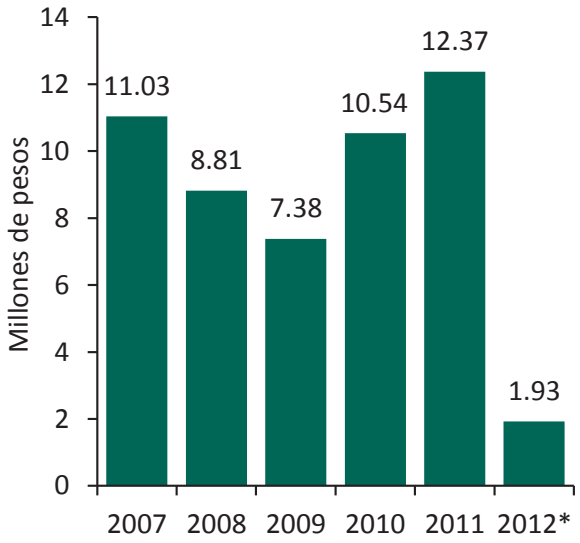


Fuente: IMSS.

En el periodo que se informa se realizaron 3,962 eventos en la UC que registraron ingresos por 60 mdp y gastos por 48 mdp. A fin de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, fueron realizadas algunas remodelaciones en la UC, entre las que destacan: equipamiento con audio y video, extensiones telefónicas en cada auditorio y sala de trabajo enlazadas a la red virtual institucional, además de 33 nodos distribuidos en las 3 plantas con acceso a Intranet. Dentro de esa misma línea se llevaron a cabo acciones de mantenimiento mayor en auditorios, salas de trabajo, sanitario de planta alta y baja, así como en el área del sótano.

Derivado de la mejora de las instalaciones y de la promoción y difusión de la unidad de congresos, durante 2010 y 2011 se logró superar la meta establecida para este último año, alcanzando ingresos por más de 12.3 mdp, lo que representó un incremento de 67.7 por ciento comparado con 2009.

GRÁFICA II.4. INGRESOS DE LA UNIDAD DE CONGRESOS
(MILLONES DE PESOS)



* Junio 2012.
Fuente: IMSS.

Después del arranque oficial del Sistema de Administración Hotelera (SAH) en el Centro Vacacional Oaxtepec a partir de junio de 2011 se inició con la instalación de un laboratorio para desarrollar el periodo de pruebas y validación de requerimientos de esa unidad, solventando 96 por ciento de los requerimientos a finales de septiembre de 2011.

En 2012 se implementaron los segmentos de mercado por áreas geográficas y giro de negocio, el Programa de visitas a los mercados potenciales y los objetivos y metas de producción. Adicionalmente, el personal del área de ventas de grupos de la OTC lleva a cabo visitas a las diferentes áreas y zonas potenciales de negocio de la región que les compete, en las que se incluyen las zonas industriales, empresas privadas, sindicatos, agencias, delegaciones, federaciones, asociaciones, organizadores de eventos, *tour* de operadores, entre otros. Durante 2011 se continuó con la aplicación de la metodología de competencias para la definición de los perfiles laborales del personal de los CV, así como la aplicación del estudio de tiempos para la determinación de la plantilla óptima de cada área de los CV.

Con el fin de incrementar el flujo de personas y el volumen de actividad en torno a los CV, en 2011 arrancó el proyecto de Bienestar Social y de Alianzas Estratégicas, el cual tiene como objeto satisfacer la necesidad de atraer a más usuarios a los CV.

En septiembre de 2011 el IMSS recuperó las instalaciones del Parque Acuático Oaxtepec (PAO), después de más de nueve años de litigio contra la empresa concesionaria "Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V[8]. A partir del último trimestre de 2011, en coordinación con la Dirección de Finanzas (DF), la Dirección Jurídica (DJ) y la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), se han analizado diferentes esquemas de operación para reanudar las actividades del Parque Acuático Oaxtepec.

Las condiciones en que se encontraba el parque acuático al momento de la entrega por la concesionaria eran desfavorables. Tomando en consideración las limitantes presupuestales por las que atraviesa actualmente el Instituto, se tomó la decisión de realizar la inversión indispensable que, al momento de su reapertura, pudiera garantizar la seguridad de operación de las instalaciones.

Sistema Nacional de Velatorios

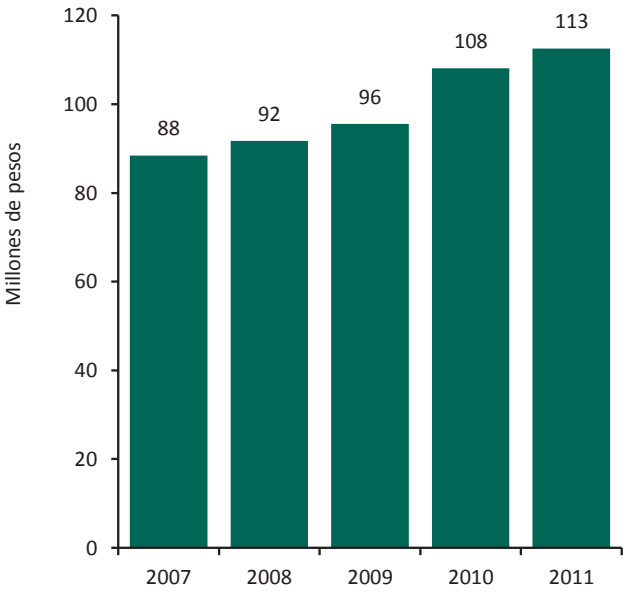
El servicio de velatorios que proporciona el Instituto se encuentra regulado en el Artículo 210, Fracción IX, de la LSS vigente. Para este servicio se dispone de 58 capillas, distribuidas en 15 unidades, ubicadas en 13 delegaciones del Instituto. El servicio se presta los 365 días del año, las 24 horas del día.

Al inicio de la administración se determinaron las bases sobre las cuales la DPES atendería el reto de responder de manera eficiente y oportuna a las necesidades de los 15 velatorios que se encontraban en operación. Esto implicaba otorgar a estas unidades los medios y herramientas que les permitieran brindar servicios con calidad y calidez a los usuarios; adoptar una cultura de calidad y servicio de excelencia en la atención; asegurar el apego del personal al marco legal vigente y salvaguardar la imagen de excelencia institucional en el otorgamiento de productos y servicios.

En consecuencia, la DPES estableció acciones para incrementar la cobertura, así como para mejorar la imagen y la difusión. Las acciones realizadas consideraron un programa de evaluación y reordenamiento de inmuebles en los que se ubican los velatorios, un programa de inversión física y equipamiento, fortalecimiento del programa de previsión funeraria, programas de capacitación, adecuaciones al Sistema de Administración Contable de Velatorios y la revisión permanente de manuales, instructivos y procedimientos. Los ingresos observados demuestran un aumento entre 2007 y 2012 (gráfica II.5).

[8] Es importante señalar que los juicios siguen en proceso en las instancias judiciales respectivas, por lo que la recuperación del parque acuático no implicó en ningún momento la renuncia a continuar con las demandas para recuperar los adeudos por más de 600 mdp que la concesionaria aún debe al Instituto y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

GRÁFICA II.5. INGRESOS NETOS DEL SNV
(2007-2011, MILLONES DE PESOS)



Fuente: IMSS.

Durante el periodo comprendido de 2006 a 2012 el número de servicios funerarios proporcionados en las instalaciones del Sistema Nacional de Velatorios (SNV) tuvo un crecimiento importante debido a que se incluyeron como servicios complementarios las cremaciones y los embalsamamientos (tabla II.17).

Dentro del Programa de Expansión del SNV se logró la ampliación de los servicios mediante la instalación de hornos crematorios en los velatorios de Doctores y Tequesquinahuac. Durante 2011 se realizó un programa especial de mantenimiento y conservación en el inmueble de Tapachula, con los ingresos adicionales que se generaron

TABLA II.17. NÚMERO DE SERVICIOS FUNERARIOS POR DELEGACIÓN
(2006-2012, NÚMERO)

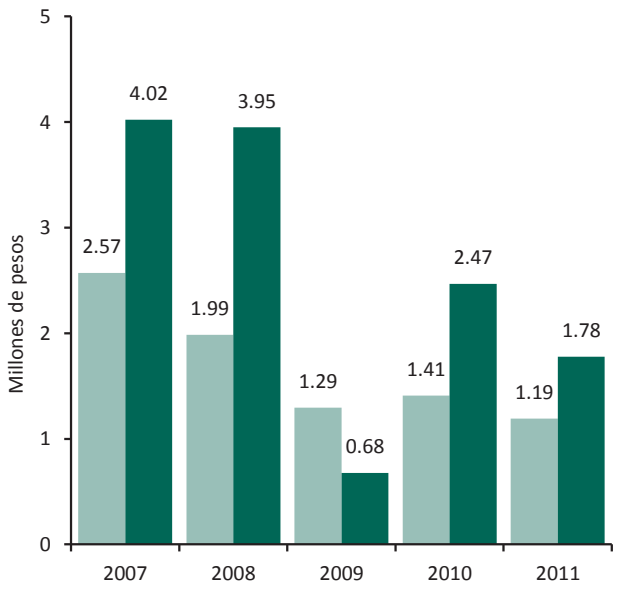
Delegaciones	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio 2006-2012	Distribución porcentual
México Oriente	3,476	3,476	4,046	5,235	5,744	5,259	1,015	4,036	808.8
D. F. Sur	3,728	3,728	2,708	3,177	4,055	3,425	852	3,096	620.5
Jalisco	2,109	2,109	1,884	2,952	3,313	2,815	452	2,233	447.6
Puebla	1,754	1,754	1,702	1,891	2,376	2,532	450	1,780	356.7
Nuevo León	1,533	1,533	1,326	1,900	2,290	1,822	369	1,539	308.4
Yucatán	1,578	1,578	1,591	1,691	2,164	1,888	396	1,555	311.7
Veracruz Norte	1,138	1,138	1,175	2,040	2,106	2,129	368	1,442	289.0
Chihuahua	1,155	1,155	1,129	1,342	1,798	1,801	310	1,241	248.8
San Luis Potosí	953	953	1,030	1,172	1,747	1,854	342	1,150	230.5
Chiapas	970	970	871	865	1,190	1,138	210	888	177.9
Coahuila	796	796	766	1,046	2,104	1,633	207	1,050	210.4
México Poniente	884	884	837	847	1,259	1,503	276	927	185.8
Querétaro	683	683	753	692	974	847	101	676	135.5
Hidalgo	574	574	553	542	537	499	99	483	96.7
Total	21,331	21,331	20,371	25,392	31,657	29,145	5,447	22,096.28571	44,28.11337

Fuente: IMSS.

con las nuevas cuotas de recuperación, para que las unidades operativas consoliden su infraestructura y ofrezcan mejores condiciones para el servicio.

Se desarrollaron programas de atención a la infraestructura, de mantenimiento y conservación, así como la homologación de la imagen, detectando las necesidades y montos necesarios para dejar en óptimas condiciones de funcionamiento los inmuebles actuales. El monto de las inversiones realizadas durante el periodo de 2006 a 2011 dentro de este ámbito se encuentra en la gráfica II.6.

GRÁFICA II.6. RECURSOS EJERCIDOS EN COSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO
(2007-2011, MILLONES DE PESOS)



Fuente: IMSS.

Por su parte, se han desarrollado diversas acciones de promoción para una adecuada comercialización de los servicios funerarios. Se han contratado promotores y adquirido módulos de promoción portátiles; se mantiene la difusión de los servicios por medio de la publicidad en la Sección Amarilla, colocando carteles en medios masivos de transporte en las ciudades más importantes y material de apoyo para difusión de los servicios, además de incrementar los contratos con empresas para promover los servicios funerarios y hacer del conocimiento de la población que los servicios que se prestan son para el público en general.

Se ofrece el convenio de previsión funeraria que cubre a futuro los costos de los servicios funerarios a un costo accesible y con amplios beneficios.

Asimismo, se ofrece el convenio de previsión funeraria que tiene como finalidad que la población tenga la posibilidad de cubrir a futuro los costos de los servicios funerarios a un costo accesible y con amplios beneficios. Se gestionó la contratación de terminales de punto de venta para los velatorios del SNV.

Como parte de la estrategia por prestar los servicios funerarios con esquemas de alta calidad, sobresale el caso de éxito observado en el velatorio Tequesquinahuac, que en el año 2010 logró obtener el premio IMSS de Calidad. Asimismo, cuenta con la recertificación de la norma ISO 9001:2008 que soporta la implementación del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI), siendo la única unidad en su clase con este tipo de certificación en América Latina.

El Velatorio de Tequesquinahuac es la única unidad en su clase en América Latina que cuenta con certificación ISO 9001:2008 y ganó el premio de calidad MOCERI 2010.

Programa de Actividades

Sistema Nacional de Tiendas

En 2012 se continuarán las acciones tendientes a mejorar los resultados de operación de las tiendas del Instituto. Éstas se encuentran integradas en siete líneas estratégicas. La primera se enfoca en el resurtido automático. Se solicitarán adecuaciones a la DIDT para el sistema de resurtido automático con la finalidad de incluir variables que hagan más eficiente el abasto y que sea acorde a la demanda de mercancía. Estas modificaciones permitirán agilizar la generación de pedidos con la posibilidad de incluir más reglas de negocio que se apeguen a las necesidades de cada tienda.

En segundo lugar, se clasificarán las tiendas en formatos de acuerdo con sus características físicas, operativas y financieras. Es necesario redefinir las variables que se utilizan para segmentar los diferentes tipos de tienda que existen actualmente y con ello determinar los formatos de tienda viables a desarrollar, de tal manera que se apeguen a los requerimientos institucionales y respondan a las necesidades de grupos homogéneos de trabajadores según su ubicación y características particulares. Adicionalmente, se contempla incluir otras variables para efectuar dicha segmentación, como son el tamaño de la población IMSS en la localidad, el tipo de productos que ésta consume regularmente, así como los productos que estaría dispuesta a consumir en las tiendas.

En tercer lugar, se pretende identificar el nicho de mercado. Con la finalidad de mejorar el servicio al cliente y captar nuevos mercados, es indispensable conocer a los consumidores, identificándolos por nichos de mercado. Durante el segundo semestre del año se analizará y evaluará la información que fue solicitada a la DAED, para determinar el perfil del mercado cautivo y con ello desarrollar la estrategia comercial idónea que atienda los gustos y preferencias de cada segmento.

Una cuarta línea estratégica consiste en la definición de catálogos y promociones de productos por tipo de tiendas. Se identificarán los productos de mayor demanda que son consumidos en cada formato de tienda para definir los catálogos adecuados, incluyendo los productos complementarios para tener un surtido variado. Los productos nuevos se probarán por tres meses y se medirán por medio del desplazamiento que tengan en las tiendas, en comparación con los productos de su misma línea. Lo anterior, con el propósito de limitar la cantidad de artículos que maneje cada tipo de tienda y evitar inversiones ociosas para el Instituto.

Adicionalmente, se desarrollarán esquemas de promociones y ofertas que las distingan del resto de su competencia, ya sea por la periodicidad de las mismas o el impacto económico de éstas. Para ello se realizará un calendario de acuerdo con las temporadas comerciales y días de mayor tráfico de clientes que ya se encuentran claramente identificados para el caso de las tiendas.

En quinto lugar, se trabajará en el abastecimiento de mercancía en tiendas foráneas y alejadas de las rutas comerciales. Se desarrollará un portafolio de productos líderes que sea abastecido por las empresas que tengan una red logística consolidada y aseguren el surtido de dichos productos, y con esto cumplir con las necesidades de mayor demanda de los usuarios.

En sexto lugar se ha identificado que la introducción de una marca propia es una estrategia adicional para ampliar las oportunidades de negocio en las tiendas IMSS. En este aspecto, las marcas propias van ganando terreno poco a poco y actualmente generan cerca de 5 por ciento de las ventas en las cadenas de autoservicio y han aumentado en menos de un año su presencia en los anaqueles alrededor de 150 por ciento. Por ello, es necesario implementar esta estrategia para ampliar las oportunidades de negocio, para lo cual será necesario realizar los siguientes pasos: i) obtención de la marca registrada; ii) definición de artículos a comercializar, y iii) fabricación y distribución del producto. El objetivo del proyecto será posicionar la marca propia entre la población usuaria y ofrecer mejores precios con productos de alta calidad.

La séptima línea de acción consiste en la venta de tiempo aire. Esta estrategia está encaminada a generar mayor lealtad y, a su vez, incrementar el número de usuarios mediante la venta de servicios adicionales. Este proyecto consiste en la venta de tiempo aire electrónico en los puntos de venta. Inicialmente el proyecto tiene un alcance en las tiendas ubicadas en el Valle de México y estados circunvecinos, para posteriormente expandirse de forma gradual a todo el SNT.

Centros Vacacionales y Unidad de Congresos

Durante 2012 se ha trabajado en las acciones que fortalecen la mejora de la capacidad de gestión y operación, así como la viabilidad financiera de los CV y UC. En ese sentido, las principales líneas estratégicas que marcan el rumbo de cada una de las acciones a realizarse de julio a diciembre de 2012 son:

i) Calidad. Para este fin es importante lograr y mantener certificaciones externas que respaldan una operación y servicios de calidad, así como atender los resultados de las encuestas de satisfacción.

ii) Promoción y difusión. Es importante continuar con campañas que permitan hacer del conocimiento de los usuarios los servicios que se otorgan en los CV y UC.

iii) Mejora tecnológica y comercio electrónico. Es necesario continuar con la instalación del SAH en los cuatro CV. Son relevantes una inversión adecuada en la promoción y difusión de la página *web* y su contenido, la posibilidad de realizar pagos en línea por medio de los puntos de venta virtuales de los bancos y demás servicios de valor agregado y/o atracciones que se puedan ofrecer en los CV.

Sistema Nacional de Velatorios

Las actividades pendientes de desarrollar en el segundo semestre del año pretenden establecer las condiciones necesarias para que la prestación de este servicio tenga un mayor impacto en la población, de tal forma que se garantice la accesibilidad a una mayor cantidad de personas en mejores condiciones de calidad, calidez y atención. En la tabla II.18 se detallan estas actividades.

Recomendaciones de la H. Comisión de Vigilancia

En esta materia, la H. Comisión de Vigilancia emitió la siguiente recomendación: *"Consolidar estrategias y en su caso establecer un programa con la Dirigencia Sindical, a fin de resolver definitivamente la situación deficitaria del Sistema Nacional de Tiendas".*

En 2012 se llevarán a cabo acciones para reducir el déficit de operaciones de las tiendas del Instituto, conforme a las siguientes líneas estratégicas:

Reubicación de Tiendas IMSS. Se consideró conveniente reubicar algunas tiendas con un criterio comercial. No obstante, derivado de las presiones presupuestales prevalecientes en el Instituto y a los lineamientos de austeridad en el gasto impuestos por la SFP, no ha sido posible la reubicación de las tiendas que se encuentran alejadas de zonas comerciales o de centros de trabajo del IMSS. Únicamente se han autorizado los cambios de inmueble de las tiendas que informaron sobre riesgos en materia de Protección Civil: San Luis Potosí, Matamoros, Cd. Victoria y Toluca.

Clasificación de las tiendas en formatos de acuerdo a sus características físicas, operativas y financieras. Se reclasificaron las tiendas en tres nuevos formatos de acuerdo a sus ventas y clientes atendidos (supermercado, bodega y minisúper). Esta reclasificación reagrupa a las tiendas según sus características físicas, operativas y financieras para dirigir las estrategias de abasto de nuevos productos y promociones.

TABLA II.18. PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Iniciativa	Estrategia	Meta o resultado
Ampliar la cobertura de servicios funerarios	Programa de Expansión de Velatorios	Construcción de cinco nuevos velatorios en las ciudades de Ecatepec, Pachuca, Tampico, Toluca y Villahermosa, a fin de expandir el servicio. La conclusión de las obras están previstas para noviembre de 2012.
	Promoción de los Servicios Funerarios	Instalación del horno crematorio de San Luis Potosí, así como iniciar las operaciones de los hornos crematorios de Monterrey y Doctores.
		Una mayor difusión de los servicios funerarios que presta el IMSS, tanto al derechohabiente como a la población en general.
Mejorar la calidad del servicio que ofrecen las unidades del Sistema Nacional de Velatorios	Seguimiento y evaluación de la operación	Programas de trabajo en los Velatorios.
	Equipamiento e Infraestructura	Equipo y espacios adecuados para el servicio.
Previsión Funeraria	Revisión del Contrato de Previsión Funeraria	Registro del Convenio ante PROFECO.
	Revisión del Convenio de Previsión Funeraria con la Comisión Nacional Paritaria de Protección al Salario (Vale Paritaria)	Cobro en una sola exposición por parte de FIBESO.
Organización y Personal	Revisión de la plantilla vigente de personal IMSS y FIBESO	Estructura adecuada para las unidades.
	Revisión de: Profesiograma plantilla IMSS Perfiles de puesto del personal FIBESO Contratación de plantilla de promotores	Disminución en nómina.
Normatividad que regula la Operación de los Velatorios IMSS	Promover la actualización y emisión de normas, criterios, políticas y lineamientos que regulen los procesos	Normativa clara y consistente con procesos eficientes y acorde a la operación de las unidades.

Fuente: IMSS.

Identificación del nicho de mercado. El mercado natural de las tiendas son los trabajadores, jubilados y pensionados del IMSS, por lo cual se recibió información por parte de la Coordinación de Gestión de Recursos Humanos (CGRH) con el perfil sociodemográfico de los mismos. Esta información se encuentra en análisis y evaluación para determinar el perfil del mercado cautivo y con ello desarrollar una estrategia comercial más dirigida a dicho segmento.

Definición de catálogos y promociones de productos por tipo de Tiendas. Se identificaron los productos de las categorías de mayor demanda nacional con el objetivo de depurar los catálogos y evitar inversiones ociosas. Con base en el calendario de ofertas y promociones con las fechas comerciales más representativas, se desarrollaron diversas actividades promocionales de proveedores líderes en las tiendas tipo A y B, como fueron

concursos por resultados de ventas entre las tiendas, rifas de despensas y ofertas de 3x2.

Abastecimiento de mercancía en tiendas foráneas y alejadas de las rutas comerciales. Con los principales proveedores se realizaron cambios en las fechas del resurtido automático para incrementar el volumen y cumplir con los mínimos logísticos requeridos sin afectar los inventarios de las tiendas involucradas.

Programa de equipamiento tecnológico. En el primer semestre de 2012 se gestionó nuevamente la asignación de presupuesto y la autorización para llevar a cabo el equipamiento informático. Sin embargo, al término del semestre no se había recibido la autorización normativa por parte de la SFP, indispensable para proceder a la adquisición. Por otro lado, se encuentran en proceso de donación por parte de la Fundación IMSS, A. C., de 29 equipos punto de venta SURE POS 300, sus respectivas licencias de terminal 4555 POS SW y seis licencias de servidor 4545 POS SW que fortalecerán la operación de las tiendas con mayores ingresos.

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. Tiene a su cargo la gestión de los procesos de administración, 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. Asimismo, norma la administración de los recursos humanos y realiza la evaluación operativa de las delegaciones en las entidades federativas. Lo anterior en estricto apego al compromiso institucional con la transparencia, la integridad y la rendición de cuentas.

Adicionalmente, la DAED promueve la mejora de los servicios, los procesos y las prácticas administrativas, con el propósito de establecer una cultura de calidad, mejorar la atención a los derechohabientes y fortalecer la imagen institucional. La DAED contribuye con ello al cumplimiento de la misión del Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS) de ser el instrumento básico de seguridad social establecido como un servicio público de carácter nacional para todos los trabajadores y sus familias, observando estándares altos de calidad, eficiencia y oportunidad; vigilando en todo momento el manejo óptimo y transparente de los recursos institucionales.

III.1. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

III.1.1. TRANSPARENCIA EN ADQUISICIONES

La sociedad exige que las instituciones públicas realicen un ejercicio óptimo de los recursos y es a través del derecho de acceso a la información pública gubernamental como hace valer esa demanda. Es por esto que el IMSS ha puesto en marcha diversas acciones enfocadas a mejorar los procesos de adquisición de los bienes, servicios y obras que requiere para el cumplimiento de sus funciones, siempre dentro de un marco de ejercicio eficiente de los recursos, transparencia y acceso total a la información pública.

El IMSS enfrenta una alta y creciente demanda de servicios de calidad por parte de sus derechohabientes (DH) dentro de un contexto financiero restrictivo, por lo que está obligado a tomar medidas que hagan más eficiente y transparente la administración de los recursos. Por ello convino con la Comisión Federal de Competencia (CFC) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en recibir asesoría para identificar, instrumentar y mejorar las acciones dirigidas a combatir la colusión entre sus proveedores, fortalecer la integridad y transparencia de sus procesos de compra y contratación, así como facilitar e incrementar el acceso a la información relacionada con los mismos.

Informe de Labores

Apego a los Lineamientos para Combatir la Colusión

Desde 2006 el Instituto ha mantenido una colaboración estrecha con la CFC a fin de identificar posibles actos de colusión entre proveedores. Asimismo, el IMSS fue la primera institución pública en el ámbito internacional en adherirse a los "Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas" emitidos por la OCDE, a través de la suscripción, el 13 de enero de 2011, de un memorándum de entendimiento en el que adopta los lineamientos y se compromete a instrumentarlos con el acompañamiento de ambos organismos.

El IMSS fue la primera institución pública en el ámbito internacional en adherirse a los "Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas" emitidos por la OCDE.

En enero de 2011, el IMSS entregó a la OCDE los ordenamientos que conforman el marco normativo

que lo rige en materia de adquisiciones, para el análisis de la organización internacional. En junio de 2011, el equipo de expertos de la OCDE en combate a la colusión entregó al IMSS un informe preliminar sobre la revisión de sus procesos de adquisición. En diciembre de 2011 entregó el informe final denominado "Combate a la colusión en los procedimientos de compras públicas en México. Informe del Secretariado sobre las reglas y prácticas de compras públicas del IMSS". Éste contiene el análisis de la normatividad federal e institucional que rige al IMSS en materia de compras y considera dos grupos de recomendaciones: i) 13 recomendaciones sobre la legislación y la normatividad mexicanas en dicha materia, y ii) 22 recomendaciones sobre los procesos de adquisición del IMSS. Por otro lado, en mayo de 2011, se capacitaron en materia de combate a la colusión 220 servidores públicos responsables de las adquisiciones a nivel central, así como en las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

Estudio de Integridad en los Procesos de Adquisición

El 4 de abril de 2011 el IMSS y la OCDE firmaron un acuerdo interinstitucional con el objetivo de que la organización internacional realizara una revisión de las estrategias, los sistemas y los procesos de adquisición institucionales, la evaluación de su desempeño e integridad, y una propuesta de recomendaciones de mejora, particularmente en los aspectos de transparencia, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.

En diciembre de 2011, la OCDE entregó el documento: "Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: IMSS. Aspectos claves".

En diciembre de 2011, la OCDE entregó el documento: "Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: IMSS. Aspectos claves", en el que se plasmaron los hallazgos y las recomendaciones de la organización en tres temas especialmente importantes para mejorar la función de compras y abastecimiento: recursos humanos, desempeño de proveedores y sistemas informáticos. Las recomendaciones relacionadas con el desarrollo de recursos humanos se centran en la creación de un sistema de competencias y perfiles de puestos para los servidores públicos encargados de dicha función, que incluya módulos de evaluación de desempeño y un programa de capacitación.

En materia de sistemas informáticos, la OCDE recomendó al Instituto integrar un sistema que proporcione información de las adquisiciones con el detalle suficiente para la toma oportuna de decisiones estratégicas, operativas e incluso jurídicas, así como evaluar periódicamente informes y estadísticas oficiales para facilitar la planificación y gestión de la función de adquisiciones.

Programa Estratégico para la Mejora Integral de la Gestión de las Compras (MIC)

El informe de la OCDE sobre aspectos claves incluye el "Programa Estratégico de Mejora Integral de la Gestión de las Compras" (MIC), desarrollado por el IMSS en noviembre de 2011 para atender las recomendaciones referidas. Con el propósito de conocer y enriquecer el MIC con comentarios y sugerencias de las áreas involucradas e interesadas, en noviembre de 2011 se realizó una mesa de trabajo con la participación de personal del IMSS, el equipo de expertos de la OCDE, servidores públicos de la Secretaría de la Función Pública (SFP) y observadores externos, entre ellos, el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) y Transparencia Mexicana A. C.

El 11 de enero de 2012 se presentaron los informes de la OCDE sobre colusión e integridad. Para concentrar en un plan único las acciones para atender las recomendaciones contenidas en ambos documentos y fortalecer el carácter estratégico de la función de adquisición, en febrero de 2012 se llevó a cabo el Taller para la Planeación Estratégica del MIC, en el que se establecieron la misión y la visión del área del IMSS responsable de esa función y se organizaron mesas de trabajo de las que resultaron 19 proyectos específicos que conforman la versión final del MIC.

Durante el primer semestre de 2012 se concluyeron ocho proyectos del MIC: i) definir el plan estratégico del proceso de adquisición; ii) mejorar la integración de los requerimientos de bienes de consumo para 2013; iii) integrar a todas las áreas involucradas en el proceso de compras; iv) dar seguimiento al cumplimiento de los contratos; v) desarrollar una guía del requirente; vi) definir una guía del comprador; vii) desarrollar y aplicar una metodología para realizar investigaciones de mercados regionales, y viii) poner en marcha la nueva versión de la Bolsa Única de Ofertas (BUO) en todas las unidades compradoras.

Con respecto al desarrollo de los recursos humanos, en el marco del esfuerzo institucional para profesionalizar al personal dedicado a las tareas de compras, se decidió desarrollar un subprograma de capacitación de dicho personal. Asimismo, se determinó dar puntual seguimiento a los proyectos encaminados a la integración mejorada y detallada de los diversos sistemas de información con los que cuenta el IMSS. La consecución de ambas tareas permitirá consolidar la disponibilidad de recursos, tanto humanos como tecnológicos, para desempeñar la función de adquisiciones de manera más eficiente y transparente.

Portal de Compras

El IMSS implementó entre 2001 y 2002 el portal para cumplir las obligaciones que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG) y actualmente es de los tres más visitados en la Administración Pública Federal (APF). Si bien en su momento la información contenida en el sitio respondió al objetivo de garantizar la transparencia y el acceso

a la información, la obsolescencia de la plataforma hizo necesario actualizarlo con mecanismos amigables de búsqueda y visualización de la información almacenada y convertirlo en un medio de comunicación eficiente dada la creciente demanda de información pública gubernamental por parte de la sociedad.

Las tareas para el nuevo portal del IMSS comenzaron en 2010 con el diseño de una plataforma de navegación más amigable. Durante 2011 se realizaron el análisis y desarrollo necesarios para resolver los problemas de incompatibilidad entre algunos sistemas internos del IMSS y se creó el Sistema para la Carga en Línea de Contratos, a fin de completar y homologar la información documental que el portal contiene. Con esta herramienta disponible, en el último trimestre de 2011 se profundizaron las tareas para poner al alcance del público la evidencia documental de las diferentes etapas de los procesos de adquisición realizados durante 2009, 2010 y 2011, especialmente los contratos suscritos.

El portal de compras es un instrumento innovador para el sector público que ha permitido al IMSS aumentar la transparencia y rendición de cuentas: OCDE.

En el portal, los proveedores e interesados en venderle al IMSS y la sociedad en su conjunto puedan identificar qué se compró, a quién se le compró, a qué precio y a través de qué mecanismo. El portal también permite conocer quiénes son los dueños de las empresas a las que compra el Instituto, las licitaciones programadas y los resultados de las concluidas. Un elemento novedoso es la transmisión en vivo de las etapas relevantes de las licitaciones más importantes.

A junio de 2012, el portal de compras cuenta con información de más de 153,000 contratos, un avance en la carga de la documentación histórica de 98.9 por ciento.

El 28 de noviembre de 2011 se presentó el nuevo portal de compras del IMSS con la presencia de diversos medios de comunicación. Al término del primer semestre de 2012, el portal cuenta con la información correspondiente a más de 153,000 contratos, lo que significa un avance en la carga de la documentación histórica de 98.9 por ciento.

Al cierre de este Informe, el Portal de Compras del IMSS obtuvo el segundo lugar en el Premio a la Innovación en Transparencia para la Mejora de la Gestión Institucional. Esta nominación identifica, reconoce y difunde nacional e internacionalmente las mejores experiencias e innovaciones que consoliden e incrementen la calidad y el impacto de la transparencia en la gestión pública.

Este premio se otorga de manera conjunta por el Banco Mundial, la Auditoría Superior de la Federación (ASF), la SFP, el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental (IFAI) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) entre las dependencias y entidades

paraestatales de la Administración Pública Federal, en los tres órdenes de gobierno, de los poderes legislativos y judiciales de la Federación y de las entidades federativas, así como los organismos autónomos federales y locales. Asimismo, se ratifica la evaluación de la OCDE, según la cual el Portal de Compras es un instrumento innovador para el sector público, ya que ha permitido que el IMSS aumente la transparencia y la rendición de cuentas; ha mejorado el combate a la colusión en las licitaciones públicas y ha contribuido a generar ahorros.

Programa de Actividades

Programa Estratégico para la Mejora Integral de la Gestión de las Compras

Siete de los 19 proyectos que conforman el MIC concluirán en el segundo semestre de 2012. En el tercer trimestre de 2012 deberán concluirse dos: i) elaboración de una guía del proveedor, y ii) desarrollo de la normatividad para el sistema de profesionalización.

En el cuarto trimestre de 2012 concluirán otras cinco: i) la campaña de difusión al interior del IMSS de los estudios de la OCDE y los resultados obtenidos con las acciones realizadas en el marco del MIC; ii) implementación de los centros automatizados de distribución de insumos terapéuticos en las 25 UMAE; iii) revisión de las estructuras y funciones de las áreas de adquisiciones; iv) el fortalecimiento de la visión institucional del personal vinculado con el proceso de adquisiciones, lo cual se realizará a través de cursos de inducción, así como talleres de sensibilización, y v) la determinación de las áreas críticas de la cadena de suministro del IMSS y la identificación de las mejores prácticas utilizadas a nivel nacional y/o internacional con objeto de aplicarlas y mejorar los procesos.

Portal de Compras

En el segundo semestre de 2012 concluirán las actividades para que el portal contenga todos los documentos derivados de los procedimientos de contratación que el Instituto llevó a cabo de 2009 a 2012. De igual forma, se revisará exhaustivamente la información contenida en los sistemas a fin de validar su consistencia y calidad.

Para mantener el portal al día, se realizarán cursos de capacitación y actualización dirigidos a todos los enlaces institucionales responsables del mismo, tanto del ámbito central como del desconcentrado, con el fin de que conozcan de forma detallada los nuevos esquemas de búsqueda y presentación de la información. También se promoverá el uso de la herramienta dentro del Instituto en la atención a las solicitudes de información más recurrentes.

III.1.2. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

La presente Administración implementó la iniciativa “Desarrollo de Infraestructura” con dos objetivos estratégicos: i) cerrar la brecha entre la

demanda de servicios médicos y la capacidad de respuesta de la infraestructura instalada a través de inversiones físicas, y ii) detener la caída del indicador de camas censables por cada 1,000 DH, que pasó de 1.17 en 1990 a 0.83 en 2005, debido a que en ese periodo la infraestructura hospitalaria no creció al mismo ritmo que la población usuaria.

En el periodo de diciembre de 2006 a junio de 2012 se destinaron 19,534.3 millones de pesos (mdp) al fortalecimiento de la infraestructura institucional. Con esos recursos se concluyeron 329 acciones de obra, 103 obras nuevas y 226 ampliaciones y/o remodelaciones. De las 103 obras nuevas, 74 son médicas, de las cuales 49 corresponden al primer nivel de atención y 25 al segundo; 12 son de apoyo médico –es decir, obras que no están destinadas a la atención médica, ni incrementan el número de camas o de consultorios pero contribuyen a mejorar la calidad y oportunidad de los servicios médicos–, y 17 son obras no médicas. Las 226 ampliaciones y/o remodelaciones realizadas han permitido modernizar y mejorar la seguridad, el funcionamiento y la comodidad de la capacidad instalada, adecuándola a las actuales demandas de servicios que requiere la población DH y a las necesidades institucionales (tabla III.1).

TABLA III.1. OBRAS TERMINADAS
(DICIEMBRE DE 2006 A JUNIO DE 2012)

Concepto	Acciones
Nueva	**103**
Primer Nivel	49
Segundo Nivel	25
Apoyo Médico	12
No Médicas	17
Ampliacion y/o Remodelación	**226**
Primer Nivel	39
Segundo Nivel	98
Tercer Nivel	31
Apoyo Médico	3
No Médicas	55
Total	**329**

Fuente: IMSS.

El detalle del desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura médica y su impacto en la población derechohabiente se encuentra en el capítulo I. Esta sección se centra en la infraestructura de apoyo médico y no médica, así como en las estrategias y acciones de carácter administrativo que contribuyeron al logro de los resultados obtenidos.

Durante la presente Administración se destinaron 19,534.3 mdp al fortalecimiento de la infraestructura institucional.

De 2006 a junio de 2012 se destinaron 1,286.9 mdp para fortalecer la infraestructura de apoyo médico y no médica. Se concluyeron 29 acciones de obra nueva y se ampliaron y/o remodelaron 58 inmuebles; a las primeras se destinaron 607.1 mdp; a las acciones de ampliación y/o remodelación, 679.8. Entre las 29 obras nuevas de apoyo médico y no médicas terminadas, hay 11 Centros de Investigación, Educación y Formación Docente (CIEFD); asimismo, los 58 inmuebles ampliados y/o remodelados son guarderías, centros de seguridad social (CSS),

subdelegaciones, almacenes delegacionales, oficinas administrativas y un centro de investigación biomédica (CIB) (tabla III.2).

Centros de Investigación, Educación y Docencia

Con la construcción de 11 CIEFD y un CIB, así como la ampliación y/o remodelación de una

TABLA III.2. OBRAS NUEVAS DE APOYO MÉDICO Y NO MÉDICAS TERMINADAS
(DICIEMBRE DE 2006 A JUNIO DE 2012)

Periodo	Tipo de obra	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad
2007	Apoyo médico	Guanajuato	León	CIEFD
		Nayarit	Tepic	CIEFD
		Nuevo León	Monterrey	CIEFD
		Puebla	Puebla	CIEFD
		Sonora	Cd. Obregón	CIEFD
	No médicas	Baja California Sur	Guerrero Negro	Subdelegación
		Chiapas	Palenque	Subdelegación
		Chiapas	Pichucalco	Subdelegación
		Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	Subdelegación
		Edo. de México Oriente	Ixtapaluca	Bodega Subdelegación
2008	Apoyo médico	Coahuila	Saltillo	CIEFD
		Jalisco	Guadalajara	CIEFD
		Querétaro	Querétaro	CIEFD
		San Luis Potosí	San Luis Potosí	CIEFD
	No médicas	Oaxaca	Salina Cruz	Subdelegación
2009	Apoyo médico	Norte del D. F.	Azcapotzalco	CIEFD
		Tamaulipas	Cd. Victoria	CIEFD
	No médicas	Chihuahua	Chihuahua	Subdelegación
		Coahuila	Sabinas	Subdelegación
		Coahuila	Saltillo	Subdelegación
		Colima	Colima	Subdelegación
		Tamaulipas	Tampico	Subdelegación
2010	Apoyo médico	Michoacán	Morelia	CIB
	No médicas	Morelos	Cuernavaca	Subdelegación
2011	No médicas	Oaxaca	Huatulco	Subdelegación
		Tabasco	Villahermosa	Almacén
		Veracruz Norte	San Andrés Tuxtla	Subdelegación
2012-Junio	No médicas	Colima	Manzanillo	Subdelegación
		Hidalgo	Pachuca	Almacén
Total				**29**

CIEFD Centro de Investigación, Educación y Formación Docente.
CIB Centro de Investigación Biomédica.
Fuente: IMSS.

escuela de enfermería, un CIB y una biblioteca, el Instituto incrementó el número y la funcionalidad de sus instalaciones de apoyo médico.

Guarderías

La misión es la de proporcionar a los hijos de las madres trabajadoras aseguradas, padres viudos, divorciados, o los que legalmente se le hubiere confiado la custodia de sus hijos todos aquellos elementos que favorezcan su desarrollo integral, a través de la práctica de acciones de alto valor educativo, nutricional, de preservación y fomento de la salud, así como satisfacer la demanda mediante la ampliación de cobertura.

Al incrementar la infraestructura en Guarderías, se extienden los espacios institucionales disponibles para atender a más niños con servicios de la más alta calidad.

Centros de Seguridad Social

Una de las preocupaciones en cuanto a seguridad social es brindar espacios donde los jóvenes se desarrollen física, mental y culturalmente, así como la oportunidad de tener empleos dignos con la enseñanza de diversos oficios. Adicionalmente, se busca contribuir con el bienestar social, el desarrollo cultural, capacitación y adiestramiento técnico a la comunidad en general.

Con la construcción de CSS se beneficia de diversas maneras tanto a los DH como a sus familias.

Subdelegaciones

Las subdelegaciones son espacios de contacto entre el IMSS, las empresas y sus trabajadores; son los órganos operativos que reportan jerárquicamente a las jefaturas de servicios de Afiliación y Cobranza en su delegación correspondiente. La atención adecuada a los usuarios depende del número y la funcionalidad de estas instalaciones.

Por lo anterior, se requiere de la construcción de inmuebles que cumplan con la normatividad institucional, así como con espacios e instalaciones adecuadas que permitan otorgar los servicios para la atención a patrones y público con mejor calidad, conforme a las necesidades del Instituto para la captación oportuna, ágil y eficiente de recursos.

Almacenes Delegacionales

Uno de los eslabones indispensables para garantizar la cadena de suministro de los insumos para la atención médica en las unidades del IMSS, es a través de los diferentes almacenes y sub-almacenes que se encuentran estratégicamente distribuidos en cada delegación.

Tomando en cuenta la importancia de los almacenes en el proceso de atención al DH, es indispensable contar con instalaciones adecuadas que garanticen seguridad, control, recepción y resguardo, para llevar a cabo la distribución oportuna de los bienes que se tienen bajo la responsabilidad de las unidades médicas.

Centros Vacacionales

Los centros vacacionales actualmente ofrecen una renovada imagen gracias a los procesos de remodelación en la mayoría de los hoteles que conforman estos complejos, así como los servicios complementarios de restaurantes, canchas deportivas y centros de convenciones, incrementado la afluencia de visitantes y huéspedes; se crea una nueva estrategia de atracción turística, buscando unir recursos para fortalecer las finanzas delegacionales donde se cuenta con centros vacacionales.

De junio 2010 a junio 2012 se concluyeron 51 obras del régimen ordinario con una inversión total de 4,612.6 mdp.

Informe de Labores

Durante el periodo de junio 2011 a junio de 2012, la continuidad de los esfuerzos institucionales permitió concluir 51 obras de régimen ordinario, entre obras nuevas y ampliaciones y/o remodelaciones. Del total de obras, 41 son médicas –10 de primer nivel, 30 de segundo y una de tercero– y 10 son no médicas (tabla III.3). Las obras terminadas representan una inversión total de 4,612.6 mdp. El Programa Anual de Obras del año 2011 tuvo al cierre del ejercicio un avance global en las metas de infraestructura de 95 por ciento.

TABLA III.3. OBRAS TERMINADAS DE RÉGIMEN ORDINARIO
(JUNIO DE 2011 A JUNIO DE 2012)

Concepto	Acciones
Nueva	**11**
Primer Nivel	6
Segundo Nivel	2
No Médicas	3
Ampliación y/o Remodelación	**40**
Primer Nivel	4
Segundo Nivel	28
Tercer Nivel	1
No Médicas	7
Total	**51**

Fuente: IMSS.

Cabe destacar la terminación definitiva de obras que se encontraban suspendidas o retrasadas desde anteriores administraciones. Tal es el caso del Hospital General de Zona (HGZ) 190 camas en La Margarita, Puebla; el HGZ con Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) 196 camas en San Pedro Xalpa, D. F., y el Hospital General Regional (HGR) 142 camas en Villa Coapa, D. F.

En el periodo se concluyeron tres obras nuevas no médicas, dos subdelegaciones en San Andrés Tuxtla, Chiapas, y Manzanillo, Colima, y un almacén en Pachuca, Hidalgo, con una inversión de 89.8 mdp. Asimismo, se concluyeron siete ampliaciones y/o remodelaciones de instalaciones no médicas, entre las que destacan una biblioteca en Puebla, Puebla, y dos almacenes en Río Blanco, Veracruz, y en Mexicali, Baja California. En total, las ampliaciones y/o remodelaciones de unidades no médicas representaron una inversión de 42.8 mdp (tabla III.4).

TABLA III.4. OBRAS NO MÉDICAS TERMINADAS DE RÉGIMEN ORDINARIO
(JUNIO DE 2011 A JUNIO DE 2012)

Tipo de Obra	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad	Costo Total del Proyecto (mdp)
Nuevas				**89.8**
	Veracruz Norte	San Andrés Tuxtla	Subdelegación	21.0
	Colima	Manzanillo	Subdelegación	26.3
	Hidalgo	Pachuca	Almacén	42.5
Ampliación y/o Remodelación				**42.8**
	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Guardería	1.9
	Puebla	Puebla	Biblioteca	4.1
	Norte del D. F.	San Juan de Aragón	CSS (CAAAN)	3.9
	Sur del D. F.	CMN "Siglo XXI"	Áreas Comunes	7.6
	Veracruz Sur	Rio Blanco	Almacén	4.1
	Morelos	Oaxpetec	Centro Vacacional	3.5
	Baja California	Mexicali	Almacén	17.7
Total				**132.7**

CSS: Centro de Seguridad Social.
CAAAN: Centro de Actividades Acuáticas de Alto Nivel.
Fuente: IMSS.

Grupo de Trabajo para el Arranque de Obras y Puesta en Operación

El grupo multidisciplinario institucional denominado "Arranque de obra y puesta en operación" ha venido sesionando permanentemente de manera semanal desde septiembre de 2009. Conformado por distintas áreas de la DAED, así como por representantes de las Direcciones de Prestaciones Médicas (DPM), de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) y de Finanzas (DF), este grupo de trabajo asume los compromisos y toma las decisiones necesarias para que en un máximo de dos meses posteriores a la terminación de la obra, se cuente con el equipamiento y las plazas requeridas para que las nuevas unidades inicien operaciones. Esta misma estrategia se ha implementado a nivel nacional en grupos de trabajo de delegaciones y UMAE. El resultado de la actuación de este grupo de trabajo fue que todas las obras terminadas a partir de su implementación, fueron puestas en operación en el plazo establecido.

Establecimiento de la Bitácora Electrónica

Por disposición de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas y su reglamento, las dependencias y entidades de la APF están obligadas a que toda ejecución de obra pública sea controlada a través de la herramienta denominada "Bitácora Electrónica", de modo que su evaluación, control y seguimiento se realice por medios de comunicación electrónicos.

Al mes de junio del 2011 se encontraba capacitado cien por ciento del personal que opera dicho sistema. Todas las obras que se han contratado a partir de la entrada en vigor de las disposiciones legales y reglamentarias en las que se establece la obligatoriedad de la aplicación de la Bitácora Electrónica ya cumplen con dicho requisito.

Programa de Actividades

Infraestructura de Régimen Ordinario

Para el periodo de julio a diciembre de 2012 está programado concluir 85 obras, de las cuales nueve corresponden a construcciones nuevas y 76 a ampliaciones y/o remodelaciones, distribuidas en todo el país, con una inversión total de 6,840.7 mdp (tabla III.5).

TABLA III.5. PROGRAMA DE TERMINACIÓN DE OBRAS DE RÉGIMEN ORDINARIO
(JULIO A DICIEMBRE DE 2012)

Nivel de atención	Acciones	Costo Total Inversión (mdp)
Nueva	**9**	**3,649.1**
Primer Nivel	2	182.7
Segundo Nivel	4	3,371.8
Apoyo Médico	1	13.3
No Médicas	2	81.3
Ampliacion y/o Remodelación	**76**	**3,191.6**
Primer Nivel	8	123.0
Segundo Nivel	54	2,747.5
Tercer Nivel	9	246.1
No Médicas	5	75.0
Total	**85**	**6,840.7**

Fuente: IMSS.

De las 85 obras referidas, una es de apoyo médico (nueva) y siete son no médicas (dos nuevas y cinco ampliaciones y/o remodelaciones), con una inversión de 169.6 mdp. El detalle de estas obras se muestra en la tabla III.6.

De julio a diciembre de 2012 está programado concluir 85 obras, con una inversión total de 6,840.7 mdp.

Se reforzarán los trabajos de las reuniones del Grupo "Arranque de obra y puesta en operación", para asegurar que el plazo del inicio de operación de la obra terminada sea de sólo dos meses. Asimismo, se continuará el uso de la bitácora electrónica de obra pública en todas las obras que sean autorizadas, refrendándola como una herramienta indispensable de control en los procesos constructivos.

III.1.3. ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

La red hospitalaria del IMSS está conformada por las unidades médicas de los tres niveles de atención, y está apoyada por la red de almacenaje y distribución de medicamentos más grande del país, que consta de 63 almacenes incluyendo la red fría de nivel central y 1,400 farmacias. Esta estructura tiene como principal finalidad surtir de medicamentos a la población usuaria de los servicios médicos. El porcentaje de surtimiento de medicamentos en el periodo 2007-2011 se mantuvo en promedios de alrededor de 96

TABLA III.6. PROGRAMA DE TERMINACIÓN DE OBRAS DE APOYO MÉDICO Y NO MÉDICAS DE RÉGIMEN ORDINARIO
(MILLONES DE PESOS, JULIO A DICIEMBRE DE 2012)

Tipo de Obra	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad	Costo Total del Proyecto
Nuevas				**94.6**
Apoyo Médico	Jalisco	Guadalajara	Escuela de Enfermería	13.3
No Médicas	Guanajuato	San Miguel de Allende	Guardería	24.3
	Edo. de México Pte.	Naucalpan	Subdelegación	57.0
Ampliación y/o Remodelación				**75.0**
No Médicas	Zacatecas	Zacatecas	Guardería	3.5
	Puebla	Metepec	Centro Vacacional	12.2
	Baja California	Mexicali	Almacén	14.8
	Norte del D. F.	Vallejo	Almacén	40.0
	Michoacán	Morelia	Explanada (Antiguo HGR 1)	4.5
Total				**169.6**

Fuente: IMSS.

por ciento, pese al incremento de la demanda, el incumplimiento de la proveeduría y las restricciones presupuestales.

De 2007 a 2011 el volumen de medicamentos surtidos a la población usuaria registró un incremento de 19.8 por ciento al pasar de 133.6 millones de recetas presentadas durante el ejercicio 2007 a 160.1 millones al cierre del ejercicio 2011, superando en todos los años el promedio de 95 por ciento de recetas surtidas 100 por ciento, lo que significó un incremento en el presupuesto ejercido de 16,103 mdp durante 2007 a 21,109 millones al cierre de 2011 (gráfica III.1), logrando hacer frente al aumento de 9.5 por ciento que tuvo la población DH adscrita a médico familiar durante el periodo 2007-2012 (tabla III.7).

De 2007 a 2011 el número de recetas registradas creció 19.8 por ciento, al pasar de 133.6 millones a 160.1 millones.

Informe de Labores

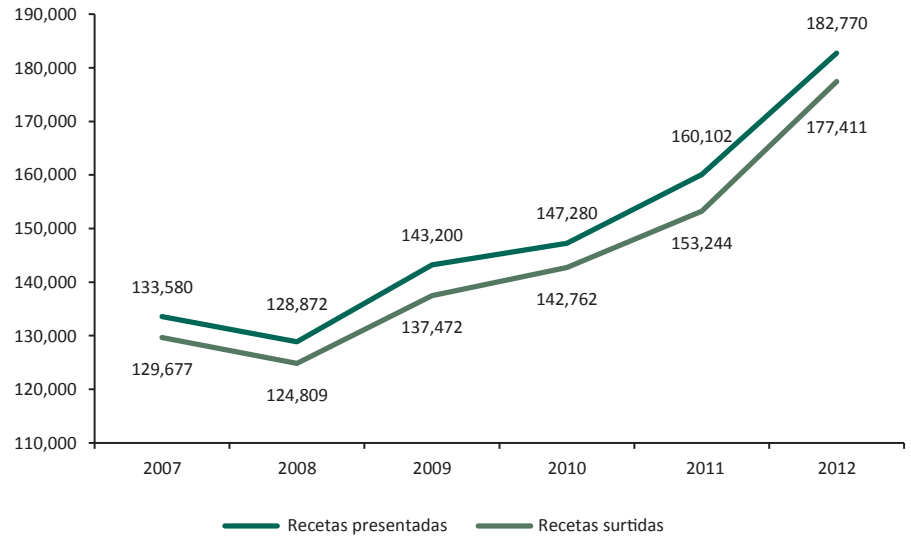
Al cierre del ejercicio 2011, el abasto de medicamentos a través del surtimiento de recetas fue de 96 por ciento, resultado de 153'243,923 recetas surtidas en su totalidad, con respecto a las 160'102,274 recetas presentadas. Para lograr el surtimiento de medicamentos, se ejerció un presupuesto al cierre del ejercicio 2011 de 21,109.3 mdp para medicamentos. Para el primer semestre de 2012 se atendieron 88'572,398 recetas que significarán un surtimiento de 97 por ciento. El esquema de distribución de medicamentos se vio fortalecido con acciones y estrategias de abasto que oportunamente se aplicaron, mismos que se detallan a continuación:

TABLA III.7. EVOLOCIÓN DEL NÚMERO DE RECETAS PRESENTADAS, Y EL PORCENTAJE DE ATENCIÓN
(2007-2012)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 [1/]
Recetas presentadas	133,580	128,872	143,200	147,280	160,102	182,770
Recetas surtidas	129,677	124,809	137,472	142,762	153,243	177,411
Porcentaje de Atención	97.0	96.8	96.0	96.9	96.0	97.1
Gasto medicamentos (miles de pesos)	16,102,928	16,379,987	17,894,609	18,854,948	21,109,304	21,588,372

[1/] Cifra anual estimada de acuerdo con la tendencia mostrada al cierre de abril de 2012.
Fuente: IMSS.

GRÁFICA III.1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE RECETAS PRESENTADAS Y DE RECETAS SURTIDAS
(2007-2012)



Fuente: IMSS.

Contrato Único

En 2009 se estableció como meta alcanzar un surtimiento de medicamentos en niveles superiores a 96 por ciento. Con este objetivo, se ajustó el esquema de compra de medicamentos y se implementó el modelo de Contrato Único, que consiste en la celebración de contratos que consolidan las compras de todo el Instituto para medicamentos y material de curación; esta contratación es realizada por nivel central con el compromiso de pago a la proveeduría en las delegaciones y UMAE.

Este modelo ha permitido obtener una mayor competencia entre la proveeduría que se manifiesta en la reducción de los precios, equilibrio entre los excedentes y faltantes en delegaciones y UMAE, mejora en el cumplimiento de los compromisos y reducción de los costos

administrativos relacionados con la elaboración de los contratos. Previamente a la puesta en práctica del modelo, cada año se elaboraban alrededor de 28,000 contratos, en contraste con los 442 contratos que se formalizaron después de aplicado este esquema, correspondientes al ciclo de compras 2012.

Previo al Contrato Único, cada año se elaboraban alrededor de 28,000 contratos; en contraste, durante el ciclo de compras 2012, únicamente se elaboraron 442 contratos.

Durante 2011 el mecanismo mejoró al agregar los grupos de material de curación y radiológicos a los contratados con esta modalidad. Adicionalmente, se transfirió la administración de los contratos a las delegaciones y UMAE con el objeto de hacer más eficiente su operación.

Como parte de las estrategias desarrolladas en 2011 para abatir el incumplimiento de la proveeduría y aumentar la oportunidad en el suministro de los bienes que se otorgan a los DH, se incorporó el grupo de suministro 080 "material de laboratorio" al modelo de contratación única para el ejercicio 2012. Asimismo, se inició la planeación de la modificación a las condiciones de contratación para que las compras de medicamentos, material de curación, artículos de laboratorio y de aseo consideren a todas las delegaciones y UMAE como una sola zona de contratación atendida por hasta tres proveedores simultáneamente. Con estas medidas se incrementarán los niveles de atención de la proveeduría y para los grupos de suministro que se incorporaron al modelo de Contrato Único, se logrará incrementar la oportunidad en el abastecimiento de dichos insumos.

Bolsa Única de Ofertas

Como resultado de las acciones emprendidas para hacer más eficiente el abasto y en complemento a la implementación del modelo de Contrato Único, en 2009 se instrumentó la BUO, que es una modalidad de adquisición de bienes de consumo terapéuticos por adjudicación directa que opera vía Internet y que consiste en la publicación de los bienes requeridos por el Instituto, provenientes de la determinación de necesidades en las unidades operativas generadas por incumplimientos de contratos, el cual permite que la proveeduría conozca por esa vía los bienes que se planea comprar y registre sus ofertas. La BUO facilita a los proveedores a nivel nacional hacer ofertas de medicamentos vía Internet las 24 horas del día y los 365 días del año.

La BUO permite a los proveedores a nivel nacional hacer ofertas de medicamentos vía Internet las 24 horas del día y los 365 días del año.

Con lo anterior el IMSS ha abatido el desabasto de medicamentos motivado por el incumplimiento de la proveeduría, con un proceso eficiente, controlado y automatizado. Este mecanismo se reforzó con la incorporación de las claves de materiales de curación y radiológicos.

Derivado de los beneficios obtenidos en este modelo, en 2011 se determinó expandirlo a las compras realizadas en las unidades médicas. Para tal efecto se diseñó un nuevo esquema, en el cual se registran las compras que efectúan las unidades médicas de segundo y primer nivel, utilizando la misma plataforma informática, con características similares al esquema inicial, lo que permitió tener un control eficiente de la totalidad de las adquisiciones realizadas por el Instituto. A partir del 1 de junio de 2012 el modelo inició operaciones a nivel nacional.

Programa de Actividades

Para mantener el abasto de medicamentos por encima de la meta establecida de 96 por ciento en la atención de recetas durante los meses restantes de este año, se realizará el monitoreo permanente de los saldos de los contratos a fin de determinar la necesidad de llevar a cabo la ampliación de la contratación o en su caso realizar un requerimiento adicional para adquirir las cantidades necesarias para atender las necesidades de los DH. En abril de 2012 dieron inicio las actividades para determinar las necesidades y cálculo del requerimiento para 2013, cuya planeación está enfocada a iniciar nuevas estrategias de contratación que permitan mejorar los niveles de abasto de medicamentos en las farmacias del Instituto.

Como eje principal del proyecto de requerimiento de compra de medicamentos para el ejercicio 2013, se estableció la compra diferenciada, la cual reconoce que existen medicamentos cuya contratación puede tener más beneficios si se realiza por las delegaciones y UMAE o mediante compras regionalizadas, lo que permitirá disminuir el número de claves que históricamente han quedado sin atender por tratarse de entregas a lugares alejados del centro del país. Adicionalmente, se prevé el desarrollo de una proveeduría tanto local como regional para aquellos insumos que están presentando bajos niveles de atención o que se quedan sin ser contratados por falta de oferentes.

III.1.4. ESTRATEGIA DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

La necesidad del Instituto de identificar y aprovechar áreas de oportunidad en los procesos de compra y de obtener mayores ahorros en su operación dio lugar a una renovación de los esquemas de adquisición de bienes y contratación de servicios que aprovechó al máximo las modalidades de compra previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y generó esquemas innovadores adicionales.

En términos generales, las estrategias utilizadas para la generación de ahorros consideraron: i) el aprovechamiento de la capacidad de compra del Instituto, que se tradujo en la consolidación de requerimientos y la centralización de los procesos de compra y permitió generar ahorros por volumen; ii) la contratación multianual cuando fue factible; iii) las licitaciones bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD);

iv) el mecanismo de evaluación a través de puntos y porcentajes, y v) el establecimiento del 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.

Otros factores que coadyuvaron a la generación de ahorros en contrataciones, fueron la mayor comunicación con las cámaras y asociaciones empresariales, así como el análisis previo al inicio del procedimiento de adquisición para identificar las distintas opciones permitidas por la ley y seleccionar la más conveniente. Los esquemas referidos permitieron generar eficiencias en los procesos de compra centralizada de medicamentos y material de curación de 2007 a 2011 estimadas en 58,692 mdp con base en los precios de referencia de 2006.

La compra centralizada de medicamentos y material de curación de 2007 a 2011 ha permitido generar eficiencias estimadas en 58,692 mdp con base en los precios de referencia de 2006.

Durante el sexenio tuvo lugar el programa de equipamiento más importante de los últimos 25 años. Tan sólo en 2010 el Instituto realizó compras por 6,346 mdp, cantidad sin precedentes, de los cuales 4,937 mdp correspondieron a procedimientos realizados en nivel central y 1,409 mdp a procedimientos en delegaciones y UMAE. En ese ejercicio se generaron ahorros por 424 mdp, monto que equivale a la construcción de tres Unidades de Medicina Familiar (UMF).

Informe de Labores

Bienes Terapéuticos y Servicios Integrales

Se estableció que la duración máxima de los procedimientos de contratación sería de 22 semanas, organizándolos en seis etapas: i) validación del requerimiento; ii) investigación de mercado; iii) estrategia de compra; iv) pre convocatoria; v) desarrollo de la adquisición, y vi) formalización del contrato. En los procedimientos en los que se requirió la participación de testigos sociales, así como los que se llevaron a cabo con mesas de acompañamiento, el procedimiento se estableció hasta en 29 semanas. De junio de 2011 a la fecha, se han llevado a cabo diversos procesos de contratación plurianuales para cubrir las necesidades de bienes y servicios para la atención a los DH del Instituto en los ejercicios 2011, 2012 y 2013.

En el contexto del "Programa de Compras Gobierno a MIPYMES" la Secretaría de Economía y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público establecieron para el IMSS una meta de compras a micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYMES) de 2,529 mdp para el ejercicio 2011, alcanzándose un monto de 2,165 mdp únicamente para la adquisición de bienes terapéuticos.

Para cubrir necesidades del ejercicio 2012, a finales de 2011 el IMSS instrumentó distintos

procedimientos de compra para medicamentos, vacunas, material de curación y material radiológico, cuya contratación ascendió a más de 20,000 mdp. Por primera vez se realizaron contratos centralizados para material de laboratorio, consiguiendo un mejor control del proceso de adquisición.

En los procedimientos de compra referidos se obtuvieron ahorros por 4,500 mdp. Seis licitaciones se efectuaron a través de la modalidad de OSD, en las que se consiguieron economías por 500 mdp. El Instituto fue el primero en realizar este tipo de procedimientos de adquisición en la nueva plataforma electrónica COMPRANET 5.0 en su modalidad de subastas ascendentes y por primera vez para la adquisición de vacunas.

En el periodo se formalizaron contratos de 99 por ciento de las claves relativas a vacunas, lo que permitió que tanto el Instituto como la proveeduría se encontraran en condiciones de realizar los trámites necesarios para su liberación en tiempo, logrando alcanzar las metas de las Campañas de Salud para la población en general. Adicionalmente, en los últimos dos meses de 2011, el Instituto participó en la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, que logró ahorros estimados en más de 400 mdp, mismos que se verán reflejados en las compras de 2012.

Se obtuvieron economías por más de 3,907 mdp en las compras correspondientes a Pruebas de Laboratorio, Banco de Sangre, Hemodiálisis Interna y Cirugía de Mínima Invasión.

En las compras correspondientes a Pruebas de Laboratorio, Banco de Sangre, Hemodiálisis Interna y Cirugía de Mínima Invasión se obtuvieron economías por más de 3,907 mdp, con respecto a los precios registrados en el ejercicio anterior y los precios obtenidos en las investigaciones de mercado. Lo anterior fue posible debido a que se contrataron 19,769 mdp a nivel nacional para cubrir necesidades del periodo comprendido entre julio de 2011 y diciembre de 2013. Para el Servicio Integral de Hemodiálisis Subrogado se contrataron 4,932 mdp para satisfacer las necesidades de 2012 y 2013. Para Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) se contrató un total de 520 mdp para cubrir las necesidades de 2012.

Destaca que por primera vez en el Instituto, en los procesos licitatorios de servicios integrales se utilizó el criterio de evaluación de las propuestas por puntos y porcentajes previsto en el Artículo 36 de la LAASSP. Bajo este marco se consideró la experiencia del licitante, así como su capacidad financiera y la capacidad de los recursos humanos y tecnológicos con los que brindará el servicio.

Bienes de Inversión

Durante el periodo junio de 2011 a junio de 2012 y con la finalidad de atender los requerimientos de equipamiento médico, no médico y equipo asociado a obra, se realizaron diversos procesos de adquisición que han permitido ampliar los niveles de cobertura. En particular, durante el segundo semestre de 2011 se llevaron a cabo 26 procedimientos de adjudicación de equipo asociado a obra, adjudicándose un total de 50,136 bienes por un monto de 337.4 mdp.

En el último trimestre del ejercicio 2011 se iniciaron cuatro procedimientos de licitación con cargo al presupuesto 2012 para el equipamiento de la UMF con UMAA en Hermosillo, Sonora, con una capacidad de 10 consultorios. Al cierre de dicho ejercicio se concluyeron dos procedimientos, en los que se adquirieron 6,112 bienes equivalentes a un monto de 5.7 mdp. Los dos procedimientos restantes se concluyeron durante el primer semestre del ejercicio 2012.

En lo que corresponde a equipo médico, en el segundo semestre del ejercicio 2011 se contrataron 747.5 mdp, de los cuales 643.2 mdp corresponden a la adquisición de cinco aceleradores lineales; 17.4 a un equipo de dosimetría, complemento del *CyberKnife* adquirido en el primer semestre de 2011, y 87 mdp a equipo médico para el Fondo de Fomento de la Educación.

Por lo que respecta al equipo no médico, en el ejercicio 2011 fueron contratados 572 mdp, de los cuales 390 mdp se destinaron a la compra de equipo de cómputo, 25.5 mdp en equipo administrativo, 0.44 mdp en la adquisición de vehículos, y 156 mdp en el Sistema Integral de Transporte Intrahospitalario para el Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT). Los procedimientos de adjudicación realizados en el ejercicio 2011 generaron ahorros comparados con precios de investigación de mercado por 213 mdp.

Durante el primer semestre de 2012 se realizaron 18 procedimientos con una inversión de 272.2 mdp para la adquisición de equipo asociado a obra, adquiriéndose un total de 13,772 bienes. Asimismo, se concluyeron dos procedimientos en los que se invirtieron 3.3 mdp en la compra de 70 equipos para la Cumbre de Líderes Mundiales G20. En el mismo periodo se llevó a cabo un procedimiento de licitación bajo la modalidad de Oferta Subsecuente de Descuento, en el que se adquirieron 308 vehículos tipo ambulancia con una inversión de 202.9 mdp. En los procedimientos de adjudicación realizados durante el primer semestre de 2012 se generaron ahorros comparados con precios de investigación de mercado por 69.4 mdp.

Programa de Actividades

El número de derechohabientes que requieren de insumos terapéuticos y atención médica a través de servicios integrales o subrogados se incrementa día con día, por lo que es necesario cubrir las necesidades de manera oportuna a precios convenientes para el Instituto. Se tiene considerado para el segundo semestre de 2012 contratar el Servicio de Extracción y Procesamiento de Tejido Corneal Humano y Donación Cadavérica para el ejercicio 2013, ya que todos los demás servicios integrales a cargo del nivel central se encuentran contratados hasta diciembre de dicho año.

También en el segundo semestre de 2012 se dará inicio a los procedimientos para la contratación de DPA y DPCA para pacientes nuevos de 2013. El primero para cubrir necesidades del último cuatrimestre de 2012 y hasta diciembre de 2013, y los dos últimos para atender las necesidades de 2013.

Durante el mismo periodo se concluirán procesos licitatorios para el equipamiento oportuno de tres obras nuevas: el HGZ 180 camas en Hermosillo, Sonora; el HGZ 216 camas en Reynosa, Tamaulipas y la UMAA en Campeche. Una vez concluidos se programará el monitoreo de la entrega, instalación, capacitación y puesta en marcha del equipo médico para el cumplimiento del programa en tiempo y forma.

En cuanto al equipo no médico, se llevarán a cabo diversos procedimientos para la adquisición de vehículos tipo ambulancia, plantas generadoras de energía eléctrica, segunda etapa del Sistema Integral de Transporte Intrahospitalario para el CADIT, montacargas, equipos de aire acondicionado y equipos del Programa Respuesta Institucional Inmediata Ante Desastres.

Asimismo, en el segundo semestre de 2012 se iniciarán dos licitaciones públicas nacionales para la contratación del Programa de Aseguramiento Integral Pólizas Patrimoniales y el Programa de Aseguramiento Integral Pólizas No Patrimoniales con un gasto estimado, para ambos, de 549 millones de pesos.

Está programado iniciar en julio los procedimientos licitatorios de medicamentos y material de curación para el ejercicio 2013. Se prevé concluirlos a más tardar en octubre, buscando cubrir el mayor porcentaje posible de las necesidades de ese año antes que termine el presente ejercicio. El programa descrito se detalla en la tabla III.8.

III.1.5. IMAGEN INSTITUCIONAL: ORDEN Y LIMPIEZA

En 2009 el IMSS implantó la iniciativa Imagen Institucional: Orden y Limpieza, la cual tiene como objetivo mejorar la percepción de los DH acerca del funcionamiento y la limpieza de las instalaciones sanitarias (baños) del Instituto. Las evaluaciones realizadas entre 2008 y 2009 en los indicadores de imagen y limpieza, permitieron identificar que el problema radicaba en tres factores: i) deterioro de

las instalaciones, muebles y acabados de los baños, así como falta de aplicación de rutinas de limpieza; ii) bajos niveles de suministro de los artículos de limpieza, y iii) escasa colaboración del personal y de los DH para mantener limpias las instalaciones.

Con la finalidad de cumplir con el objetivo trazado, se decidió invertir en la remodelación integral, homogénea y ordenada de los baños institucionales a lo largo del país. Asimismo, se emprendieron acciones para mantener las instalaciones sanitarias limpias y funcionales, generando conciencia entre los DH y trabajadores usuarios de las mismas de la importancia de conservarlas permanentemente en buenas condiciones.

Remodelación de baños

En los ejercicios 2009 y 2010 se invirtieron 267 mdp en la remodelación de los baños institucionales, con lo que se remodelaron 3,360 baños en todo el país.

En los ejercicios 2009 y 2010 se invirtieron 267 mdp en la remodelación de los baños institucionales, con lo que se remodelaron 3,360 baños en todo el país.

Se generaron tres nuevos indicadores con la finalidad de mejorar el control, la supervisión y la planeación del abasto de las claves de limpieza: i) nivel de inversión en unidades; ii) nivel de inversión delegacional, y iii) nivel de suministro a unidades. Estos nuevos indicadores permiten tener información más certera de los niveles diarios de abasto en cada delegación y UMAE a nivel nacional.

Informe de Labores

En septiembre de 2011 se implementó a nivel nacional el Sistema de Supervisión de Limpieza, Funcionamiento y Abasto en Línea, que contiene

TABLA III.8. PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2012 PARA EL CICLO DE COMPRAS 2013
(TIPO DE PRODECIMIENTO DE ADQUISICIÓN)

Concepto	Gasto estimado (mdp)	Licitación pública nacional	Licitación pública internacional bajo la cobertura de tratados de libre comercio	Adjudicación directa	Invitación a cuando menos tres personas	Pendientes de definir	Total de eventos
Medicamentos	20,000	3	8	1	0	0	12
Material de curación	4,000	1	2	0	0	0	3
Servicios integrales	721	2	0	1	0	0	3
Bienes no terapéuticos	1,360	7	0	0	0	0	7
Servicios	1,979	38	1	49	15	7	110
Total	**28,060**	**51**	**11**	**51**	**15**	**7**	**135**

Fuente: IMSS.

los resultados de los indicadores de limpieza, funcionamiento y abasto, lo que permite llevar a cabo en forma eficiente el seguimiento y control de los mismos en los baños de las unidades del Instituto.

De 2010 a 2012 se produjeron diversos materiales impresos y electrónicos, para lo cual se crearon conceptos de texto y de diseño, que permitieran atraer la atención del público objetivo e impactarlo positivamente con los mensajes transmitidos. En los portales institucionales de Internet e Intranet, se encuentran de forma permanente los materiales elaborados para la Iniciativa de Orden y Limpieza.

Programa de Actividades

Se seguirá dando seguimiento a la captura en delegaciones y UMAE de los resultados de los indicadores de limpieza, funcionamiento y abasto mediante el sistema implantado ex profeso. Las actividades de comunicación programadas para el segundo semestre de 2012 reforzarán las campañas anteriores. Se fortalecerán los conceptos de los mensajes con el propósito de establecer una cultura del orden y la limpieza entre el personal y la derechohabiencia

III.1.6. TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

La Transcripción de Medicamentos es un proceso interno que se desarrolla en las unidades médicas del Instituto y que se enlaza con el proceso de abastecimiento de medicamentos en las farmacias. El objetivo es que los pacientes que han sido referidos para su atención a un hospital de segundo nivel o a alguna UMAE, y han sido dados de alta con la prescripción de un tratamiento con base en medicamentos, puedan continuarlo al ser contrarreferidos a la UMF a la que se encuentren adscritos, para que ahí continúen recibiendo sus medicamentos en las fechas programadas. El Instituto genera en promedio tres millones de recetas mensuales de transcripción a nivel nacional.

Actualmente en el proceso de Transcripción de Medicamentos, se requiere un menor tiempo de espera para la recepción de los medicamentos en farmacia y se eliminó el desfase en la entrega de los mismos.

Antes de 2010, el trámite de transcripción implicaba para el DH la realización de 12 actividades, con una duración de entre 30 y 60 días, para lograr la autorización y su registro como paciente de transcripción, con lo que el propio paciente se convertía en un gestor para el suministro y surtimiento de sus medicamentos y se generaba un desfase de 30 días o más en la entrega de los mismos. Entre junio de 2010 y mayo de 2011 el procedimiento de transcripción fue mejorado, a fin de garantizar el surtimiento de recetas en forma oportuna. Actualmente, el paciente recibe sus medicamentos en su Unidad de Adscripción en la fecha programada y se eliminan 11 actividades que llevaba a cabo él mismo.

Los cambios y mejoras del proceso son: eliminación de trámites manuales, operación uniforme de contrarreferencias y transcripciones en unidades médicas, operación en línea de la información de transcripción y optimización del proceso de operación de farmacia en los tres niveles de atención médica. Con ello se obtuvieron beneficios para los DH, sobresaliendo el hecho de que ya no intervienen como gestores del trámite, se garantiza la disponibilidad de los medicamentos en las fechas programadas, se requiere un menor tiempo de espera para la recepción de los medicamentos en farmacia y se elimina el desfase en la entrega de medicamentos.

Informe de Labores

Durante el periodo junio de 2011 a junio de 2012, con el fin de medir y asegurar el cumplimiento de los objetivos, se desarrolló una herramienta para generar reportes dirigidos a los diferentes niveles que intervienen en la operación: las unidades médicas, las delegaciones y el nivel central. Asimismo, se estableció la realización periódica, cada seis meses, de encuestas de satisfacción. En noviembre de 2011 se realizó la primera encuesta, la cual dio como resultado 84 por ciento de satisfacción, que muestra un avance sustantivo en la percepción del DH.

Para el primer semestre de 2012 se tiene previsto realizar nuevamente la encuesta de satisfacción, así como continuar informando el resultado de los indicadores y los avances de este proceso mejorado, requeridos por la SFP en el portal Sistema de Administración de Programa de Mejora de la Gestión Pública (SAPMG).

Programa de Actividades

Una vez que concluyó la implantación del proceso mejorado de Transcripción de Medicamentos a nivel nacional, en el periodo julio a diciembre de 2012 se realizarán las siguientes acciones: i) atender los reportes de incidencias y el seguimiento a las mismas, relacionadas con la puesta en marcha de un nuevo proceso; ii) dar continuidad mensual al Plan de Aseguramiento de la Mejora; iii) registrar indicadores en el SAPMG, y iv) medir la satisfacción de los usuarios dos veces al año mediante encuestas.

III.1.7. ESQUEMA PARA LA REDUCCIÓN DE MERMAS

Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT)

La distribución de insumos terapéuticos en servicios hospitalarios en el Instituto se ha hecho en forma heterogénea. En una evaluación realizada a nivel nacional, se encontraron y documentaron diferentes modelos de operación, destacando dos de ellos: el de la UMAE Lomas Verdes, basado en el funcionamiento de su farmacia las 24 horas, con una buena práctica de distribución manual, y el de otros hospitales que contaban con un centro de distribución y un sistema informático para el control de inventarios. Ambos modelos sirvieron para plantear la estandarización y automatización

del proceso de suministro de insumos terapéuticos a servicios hospitalarios y su distribución a los pacientes hospitalizados, mediante la implementación de un proceso que contemple la organización, infraestructura, equipamiento, procedimientos y personal requerido, dando origen en 2011 al proyecto CADIT.

El proceso optimizado se basó en las mejores prácticas encontradas en la evaluación y se apoya en tres herramientas tecnológicas: una solución informática, un equipo para empaquetamiento de dosis unitarias de medicamentos sólidos orales y un sistema neumático de envíos. El objetivo del proyecto CADIT es mejorar la calidad y calidez de atención al DH, haciendo más eficiente la distribución y disponibilidad de insumos terapéuticos en los servicios hospitalarios. Para ello, se diseñó un modelo con las siguientes características: la operación del centro se apoya en un sistema informático (SICADIT) para la gestión de las solicitudes de insumos por servicio hospitalario y paciente, así como para el manejo de inventarios, consumos y reabastecimiento; el establecimiento de un centro único en los hospitales, para la distribución de insumos terapéuticos a los servicios hospitalarios, en dosis unitarias por paciente; la utilización de un sistema neumático para el envío de las dosificaciones unitarias a cada uno de los servicios hospitalarios, y el funcionamiento del centro las 24 horas del día, los 365 días del año.

Con la implementación del CADIT, se observa una agilización de la entrega de medicamentos a los pacientes hospitalizados las 24 horas.

Como resultado de la implementación del CADIT, se observa una agilización de la entrega de medicamentos a los pacientes hospitalizados las 24 horas; reducción de las actividades administrativas al personal de enfermería y, con ello, una mejor atención a los pacientes; la optimización del tiempo de preparación de las dosificaciones; mayor seguridad en la entrega de los insumos en tiempo y forma a los pacientes; la homologación de la distribución de bienes terapéuticos en los hospitales, y la generación de información oportuna y en línea de los inventarios y el consumo real.

Informe de Labores

Entre mayo y octubre de 2011 se llevó a cabo la prueba piloto del proyecto CADIT en el Hospital General de Zona 197 Texcoco, México Oriente. Como resultado de esta prueba, se observó una disminución de 16 por ciento en el consumo mensual y se redujeron las actividades administrativas del personal de Enfermería, lo que se tradujo en mayor calidad de atención al paciente. Al mismo tiempo, se mantuvo actualizado el inventario de los medicamentos. Esta prueba brindó los elementos para elaborar el procedimiento normativo e identificar actividades críticas a considerar en el tema de la capacitación.

TABLA III.9. PROYECTO CADIT

	UMAE Participantes en la Primera Etapa de Instrumentación del CADIT
1	Especialidades CMN de Occidente
2	Especialidades CMN “La Raza” 'Dr. Antonio Fraga Mouret'
3	Especialidades CMN Puebla “General de División Manuel Ávila Camacho”
4	Especialidades CMN “Siglo XXI” 'Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez'
5	Especialidades No. 1 CMN Mérida
6	Especialidades No. 14 CMN Veracruz “Adolfo Ruíz Cortines”
7	Especialidades No. 2 CMN Ciudad Obregón “Luis Donaldo Colosio Murrieta”
8	Especialidades No. 25 CMN "Noroeste"
9	Especialidades No. 71 Torreón
10	Hospital General CMN “La Raza” 'Dr. Gaudencio González Garza'
11	Ginecología-Obstetricia No. 23 “Ignacio Morones Prieto”
12	Gineco-Obstetricia CMN de Occidente
13	Gineco-Obstetricia No. 3 CMN “La Raza”
14	Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
15	Oncología CMN “Siglo XXI”
16	Pediatría CMN “Siglo XXI”
17	Pediatría CMN de Occidente
18	Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”
19	Traumatología y Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”
20	Traumatología y Ortopedia No. 21 Monterrey

Fuente: IMSS.

Concluida la prueba piloto, se autorizó la implementación del CADIT a nivel nacional por etapas. En la primera, se implementó en 20 UMAE, durante el periodo de diciembre de 2011 a junio de 2012. En la segunda etapa, se implementará en las cinco UMAE restantes, para concluir en octubre de 2012.

Para el 30 de junio, se habían capacitado formalmente a 1,590 enfermeras, adicionales al personal que ha sido capacitado durante las semanas de acompañamiento, alcanzando un aproximado de 5,550 enfermeras y auxiliares de farmacia de los tres turnos, así como al cuerpo de gobierno de las UMAE. Asimismo, se realizaron las actividades de carga inicial de información al sistema, preparación para el inicio de operación y de arranque. Durante la primera semana de operación se realiza un acompañamiento de apoyo.

Programa de Actividades

En el programa de implantación para 2012 se incluyen las cinco UMAE restantes para completar la totalidad de hospitales de tercer nivel de atención médica. Se realizará la adecuación de espacio para el CADIT y su equipamiento, así como el proceso de capacitación e implementación, el cual se llevará a cabo durante octubre y noviembre de 2012.

III.1.8. PERSONAL

El capital humano es un factor clave para que el IMSS cumpla el mandato de proveer seguridad social a sus derechohabientes. Dentro de las restricciones presupuestales, se ha optimizado el uso de los recursos, cubriendo el mayor número de plazas para ofrecer los servicios institucionales con eficiencia y calidad.

De 2006 a 2011 se incorporaron a la fuerza laboral del Instituto 10,153 médicos y 12,887 enfermeras.

En materia de fuerza de trabajo, durante el periodo de 2006 a 2011, el Instituto garantizó que se otorgaran los servicios y se cubrieran las demandas de una población creciente, manteniendo el apego a la política de racionalidad y disciplina presupuestaria. Durante ese periodo, la planta laboral del Instituto creció en 43,639 plazas, dentro de las cuales destacan 10,153 de médicos, 12,887 de enfermeras, 6,954 de apoyo médico y 13,645 de otras categorías.

Durante el periodo 2006-2010 se destinaron 10,859 plazas para la puesta en operación de nuevas unidades médicas. Estas plazas también tuvieron como destino cubrir las necesidades de personal derivadas de ampliaciones y remodelaciones.

En apoyo a la implantación de las iniciativas del Programa de Trabajo 2009-2012, se dio énfasis a los programas con impacto directo en los DH, asignando 5,915 nuevas plazas para atender programas médicos como son: DIABETIMSS; PREVENIMSS; Hospital sin Ladrillos; Mejora de los Servicios de Urgencias; Donación de Trasplantes Renales; Atención a la Salud de los Trabajadores Eventuales del Campo; Módulos de Fomento a la Salud; Restructuración de Jefaturas Delegacionales de Prestaciones Médicas; Redes Zonales en apoyo a los servicios de Urgencias en primero y segundo niveles de atención; Residentes de Especialidad de Rama, así como para operar equipos de imagenología, resonancia magnética, tomografía axial computarizada, aceleradores lineales y *Cyberknife*, además del Sistema de Información Aeropuerto.

Durante esta Administración se logró el reclutamiento y contratación de 8,543 médicos que realizaron la residencia en el IMSS, es decir, 84 por ciento del total.

En el periodo 2006-2011 se logró el reclutamiento y contratación de 8,543 médicos que realizaron la residencia en el IMSS, es decir, 84 por ciento del total. Asimismo, en el periodo de diciembre de 2006 a junio de 2011 se otorgaron 154,817 becas para atender las necesidades institucionales de formación de personal de atención a la salud especializado en las áreas médicas, de enfermería y técnicos de apoyo.

Presupuesto y Gestión del Gasto en Servicios Personales

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. El H. Consejo Técnico autorizó para el ejercicio fiscal 2011 un presupuesto inicial en flujo de efectivo para los Servicios Personales de 121,901 mdp y la cobertura de 396,142 plazas de trabajadores permanentes y eventuales, sujetas a disponibilidad presupuestal.

El presupuesto autorizado en flujo de efectivo para 2012 ascendió a 132,933 mdp, para cubrir un total de 416,080 plazas.

Al cierre del ejercicio 2011 el presupuesto modificado en flujo de efectivo fue de 124,052 mdp, en tanto que el gasto del ejercicio fue de 124,896 mdp, con una ocupación promedio de 391,071 plazas, es decir, 98.7 por ciento de las plazas autorizadas. Con esta plantilla, se fortaleció la atención a la población derechohabiente, a través de los siguientes programas: Desarrollo de Infraestructura (obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones de unidades médicas); contingencias de salud y programas médicos de alta prioridad (DIABETIMSS, PREVENIMSS, Consulta en sexto y séptimo día, Abatimiento de Rezago Quirúrgico, entre otros).

Para 2012 el presupuesto autorizado en flujo de efectivo ascendió a 132,933 mdp, para cubrir un total de 416,080 plazas. El número de plazas ocupadas en el primer semestre de 2012 fue de 399,832 y la vacancia en el mismo periodo fue de 3,651 plazas. Asimismo, durante el primer semestre de 2012 el gasto en Servicios Personales alcanzó los 60,332.1 mdp en flujo de efectivo, monto que representa un crecimiento de 3,118.6 mdp con respecto al gasto del mismo periodo del año anterior.

Ausentismo No Programado en Trabajadores IMSS

El ausentismo es la falta de presencia física del trabajador para la realización de las actividades para las que fue contratado, es un evento provocado por un sinnúmero de variables que trae como consecuencia, entre otras, la disminución en la fuerza de trabajo y el consecuente deterioro en la calidad del servicio, de allí la importancia de su control y seguimiento.

El ausentismo no programado está determinado por incapacidades (enfermedad general, riesgo de trabajo y maternidad), licencias sin sueldo, licencias con sueldo y faltas.

Al mes de junio de 2012, el índice nacional de ausentismo no programado se ubicó en 3.68 por ciento, cifra inferior en 0.13 puntos porcentuales a la observada al cierre de 2006 (3.79 por ciento). El rubro de incapacidad por enfermedad general representó 42.93 por ciento del ausentismo.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El presupuesto autorizado para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) para el ejercicio 2011 fue de 43,521.1 mdp, monto que cubrió las jubilaciones y pensiones de 198,123 ex trabajadores en promedio. En 2012, el presupuesto para este rubro asciende a 48,270 mdp, monto superior en 10.91 por ciento al autorizado para el ejercicio 2011.

Al mes de junio de 2012 se efectuó un gasto para cubrir el RJP de 25,910.0 mdp; por otro lado, se recuperaron 4,627.8 mdp por concepto de aportaciones de pensiones en curso de pago a cargo del Gobierno Federal. Los 21,282.2 mdp restantes corrieron a cargo del IMSS. La cifra a junio de 2012 superó en 12.7 por ciento la correspondiente al cierre de junio de 2011.

Asimismo, se estima que 20,143 trabajadores alcanzarán durante el 2012 el derecho de jubilación, en tanto que en el periodo de enero a junio de 2011, 19,114 trabajadores activos contaban con ese derecho. Se calcula que alrededor de 70 por ciento de las personas que cumplen con los requisitos para una jubilación por años de servicio ejercerán su derecho durante este periodo.

Contratación de Servicios Profesionales por Honorarios

El presupuesto autorizado para contratos de servicios profesionales por honorarios en 2011 ascendió a 167 mdp, monto con el que se cubrieron 623 contratos vigentes al cierre del ejercicio. Para 2012, el presupuesto asignado para este tipo de contrataciones no sufrió variación quedando en el mismo monto de 167 mdp. Al mes de junio de 2012 se tuvieron 712 contratos formalizados, cifra superior en 28 casos a la registrada en el mismo mes del ejercicio 2011.

Programa de Infraestructura

En 2011 se asignaron 5,143 nuevas plazas para el inicio de la operación de nuevas unidades médicas; asimismo, durante el primer semestre de 2012, se han asignado 2,276 plazas adicionales para cubrir necesidades de personal derivadas de ampliaciones y remodelaciones.

Programas Anuales de Becas

En 2012, el Programa Anual de Becas respalda el ejercicio de 37,713 becas, lo que permitirá reforzar la formación y capacitación continua del personal de salud médico y paramédico en los diversos programas institucionales prioritarios.

Registro de Asistencia de Trabajadores IMSS a Través de Dispositivos Biométricos de Huella Digital

Antes de 2011, el control de asistencia de los trabajadores del Instituto se realizaba mediante el uso de relojes marcadores y tarjetas de asistencia, puntualidad y sustitución. Para garantizar la transparencia y eficiencia de los procesos del cálculo de la nómina, y en apego a la estrategia de modernización del Instituto, se determinó llevar

a cabo un proyecto para incorporar tecnología biométrica de huella digital en el control de asistencia y puntualidad de sus trabajadores.

En apego a la estrategia de modernización, se determinó llevar a cabo un proyecto para incorporar tecnología biométrica de huella digital en el control de asistencia y puntualidad de sus trabajadores.

La instalación de la solución informática en las unidades a nivel nacional, dio inicio en el mes de abril de 2011 con la operación del registro de asistencia por medio de dispositivos biométricos en la Delegación Hidalgo, concluyéndose en agosto de 2011 en 2,298 unidades de servicio en toda la República.

Estatuto para los Trabajadores de Confianza "A" del Instituto Mexicano del Seguro Social

Las reformas y adiciones a los Artículos 256 y 286 I de la Ley del Seguro Social, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 20 de diciembre de 2001, establecieron la obligación del Instituto de implantar un Estatuto para regular la relación entre el IMSS y sus trabajadores calificados como de Confianza "A"[1] , así como definir un régimen laboral que incluya un sistema de compensación que sirva como base para el pago de las remuneraciones, prestaciones y estímulos, a fin de homologarlas con el resto de la APF, e incluir un Sistema de Profesionalización y Desarrollo que ofrezca un esquema transparente de oportunidades de crecimiento dentro del Instituto.

El H. Consejo Técnico aprobó el Estatuto el 7 de diciembre de 2011 y dispuso la entrada en vigor el 1 de enero de 2012. Este ordenamiento permitirá disminuir el ritmo de crecimiento del pasivo laboral y generar ahorros por liquidaciones del personal de Confianza.

Las acciones previas necesarias para implementar el Estatuto iniciaron en 2011, con la modificación del Sistema Integral de Administración de Personal; posteriormente se creó el nuevo tabulador de sueldos para la nómina ordinaria de aplicación exclusiva para el Estatuto a fin de estandarizar el grupo, grado y nivel; para el tabulador de nómina de mando se determinó utilizar el existente. Se compactó el Catálogo Nacional de Descripción de Puestos Tipo de Confianza, elaborando nuevas cédulas de descripción y perfiles de puestos de aplicación exclusiva para el Estatuto.

Fortalecimiento del Proceso Selectivo para la Contratación de Trabajadores de Nómina de Mando y Confianza "A"

Se modificó y registró el Procedimiento para la evaluación de candidatos a ocupar puestos de Confianza "A" en nómina de mando, nómina

[1] Son aquellos trabajadores designados libremente por el Instituto y realizan entre otras funciones las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no tabular.

ordinaria y aspirantes en categorías de Base, con el fin de normar el proceso de evaluación de personal de nómina de mando. Con las acciones anteriores se logró la disminución de tiempos, la homologación de criterios de evaluación, la automatización y sistematización de la aplicación de las pruebas y disminución de errores, promoviendo la transparencia del proceso y la mejora del servicio a los usuarios.

Normas del Sistema de Profesionalización

A fin de contar con criterios y procedimientos objetivos, homogéneos y transparentes que permitan administrar y controlar al personal sujeto al Estatuto de Confianza "A", se diseñaron las guías de operación de los procesos de: reclutamiento de aspirantes a puestos de Confianza "A", selección de personal y evaluación del desempeño de los trabajadores.

Puestos de Alto Riesgo Operativo

Se determinaron los Puestos de Alto Riesgo Operativo para nómina de mando: 39 de nivel central y 23 de delegaciones, incluyendo las Jefaturas de Servicios y las Subdelegaciones. Se capacitó al personal en la elaboración de perfiles de puestos, considerando de manera relevante la integridad del candidato, y se realizó la actualización del perfilamiento psicométrico de puesto.

Participación en el Sistema de Profesionalización para el Personal de Compras

Para atender las recomendaciones de la OCDE referidas en el subcapítulo III.1.1 relativas a la formación y profesionalización del capital humano dedicado a las tareas de adquisición de bienes y servicios, se diseñó un plan de trabajo denominado Mejora Integral de Compras en el IMSS: Recursos Humanos (MIC-RRHH). Este plan atiende 12 recomendaciones, nueve referentes a la integridad de los procesos de compra y tres al combate a la colusión entre proveedores.

Programa de Actividades

Ausentismo No Programado en Trabajadores IMSS

Se revisarán las estrategias implementadas en el abatimiento del ausentismo no programado, con la intención de intensificar las que han dado resultado y/o aplicar nuevas que permitan la disminución de este indicador, a fin de alcanzar los niveles de ausencia mostrados en empresas afiliadas a nivel nacional. Se reforzarán durante este periodo la capacitación y las visitas de supervisión delegacionales, para lograr los objetivos planteados y un mejor análisis de las áreas de oportunidad.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones

Para el segundo semestre del ejercicio 2012, se realizarán estimaciones mensuales que permitan proyectar de forma oportuna las variaciones que se tengan en el gasto y en el número de jubilados y pensionados, y lograr un control óptimo del gasto en RJP.

Contratación de Servicios Profesionales por Honorarios

Se limitará la autorización de nuevos contratos y se dará continuidad a la supervisión de las contrataciones y la aplicación de la normatividad vigente, considerando las recomendaciones de la H. Comisión de Vigilancia. Se revisará y modificará la normativa interna en materia de servicios profesionales por honorarios a fin de mantener actualizado el procedimiento.

Bolsa de Trabajo

A fin de reforzar las acciones de reclutamiento que nos permitan dotar a la Bolsa de Trabajo de un mayor número de médicos especialistas, se tiene previsto llevar a cabo en el mes de septiembre de 2012, un evento en conjunto con la representación del Comité Ejecutivo Nacional del SNTSS, en el que se invite a médicos especialistas externos y formados en el IMSS en años anteriores y que por diversas razones no fueron captados en su año de egreso, a que se incorporen a laborar en el IMSS.

Programas Anuales de Becas

El otorgamiento de becas se concluirá conforme a la programación autorizada para el 2012. Se conjuntarán los requerimientos de formación y capacitación para la elaboración del Programa Anual de Becas 2013, en apego a las medidas de disciplina presupuestaria en este rubro.

Registro de Asistencia de Trabajadores IMSS a Través de Dispositivos Biométricos de Huella Digital

A efecto de dar continuidad al proyecto, se tiene programado el levantamiento de información de 156 nuevas unidades a nivel nacional, para dotarlas de la solución de registro de asistencia a través de dispositivos biométricos de huella digital, con la finalidad de cubrir 100 por ciento de los trabajadores que registran asistencia. Se tiene proyectado realizar un plan de visitas delegacional, con el objeto de fortalecer la capacitación en la operación de los dispositivos biométricos y su uso como fuente de información en el pago de nómina de los trabajadores del Instituto. Asimismo, se seguirán efectuando adecuaciones de mejora al Sistema de Asistencia y Registro Biométrico (SARB), con la finalidad de que los operadores de asistencia, puntualidad y sustituciones cuenten con más herramientas de apoyo en lo concerniente al registro de asistencia de los trabajadores.

III.1.9. ATENCIÓN A USUARIOS DE SERVICIOS EN UNIDADES OPERATIVAS

Con la intención de optimizar la respuesta a la demanda de servicios y prestaciones que otorga, el IMSS realizó en el periodo 2006-2012 la consolidación de programas, proyectos y modelos de gestión que contribuyen al cumplimiento del Eje rector estratégico "Mejorar la capacidad de gestión y operación". En este sentido, se observó y cumplió el Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas, los Programas Gubernamentales para la Mejora de la Gestión y el Programa Institucional de Mejora de la Gestión que coordina la SFP, dirigidos a hacer más eficientes los trámites, servicios y procesos, mejorar la regulación interna, racionalizar estructuras e incrementar la participación ciudadana (véase subcapítulo III.1.10).

El Sistema de Gestión de Calidad Institucional se implantó y afianzó con enfoque al usuario, con el propósito de optimizar la administración a través de la mejora de los procesos, la evaluación y fortalecimiento de las competencias directivas, la certificación de los sistemas de gestión en las unidades médicas y administrativas, la promoción e impulso a la mejora continua, el reconocimiento al desempeño y los resultados con la participación en el Premio IMSS de Calidad, la certificación de unidades de atención médica con base en criterios del Consejo de Salubridad General y la formación de equipos de mejora capacitados para la intervención de procesos (véanse los subcapítulos III.1.11 y III.1.12).

Asimismo, el Instituto diseñó, implantó y dio seguimiento a dos proyectos alineados a las estrategias institucionales con impacto en la satisfacción del usuario y la imagen institucional: el Programa de Atención en Ventanilla y el Programa de Mejora de la Percepción de Usuarios. Son dos proyectos transversales cuyos resultados se reflejan en la Encuesta Nacional de Satisfacción (ENSAT) y posibilitan evaluar con indicadores de impacto la eficacia de los programas que se desarrollan a nivel de unidad.

Programa de Atención en Ventanilla

Informe de Labores

El propósito del Programa de Atención en Ventanilla es el planteamiento de una estrategia de solución integral que permita elevar los niveles de atención y satisfacción de los usuarios a través del análisis de la problemática que existe para la prestación de los servicios. En el primer semestre de 2012 se reorientaron los esfuerzos dirigidos a mejorar la atención en las ventanillas.

El propósito del Programa de Atención en Ventanilla es elevar los niveles de atención y satisfacción de los usuarios, a través del análisis de la problemática en la prestación de los servicios.

Asimismo, se elaboró un diagnóstico de los servicios de prestaciones médicas, prestaciones económicas y sociales e incorporación y recaudación; se determinaron las causales de

los problemas más frecuentes, y cada unidad estableció un Programa de Acciones de Mejora para solucionarlos. De esta manera se integraron al Programa 501 unidades, de las cuales, a diciembre de 2011, 52.5 por ciento reportó haber concluido las acciones de mejora programadas, lo que significó un avance global de 85 por ciento.

Como indicadores del impacto del Programa se definieron aquellos que reflejan la percepción del usuario. La medición se efectúa por un área externa al IMSS, lo que asegura una evaluación imparcial de la eficacia de los Programas. Estos indicadores son: "Percepción del DH respecto al trato o atención recibida en la Unidad" en los servicios de: Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Afiliación-Vigencia y Prestaciones Económicas, y "Percepción del DH respecto a la imagen y limpieza de la Unidad" en salas de espera, iluminación, ventilación, espacio e instalaciones para discapacitados. En diciembre de 2010, para el primer caso, el porcentaje de satisfacción fue de 85.2 por ciento. Para 2011 se propuso una meta de 87.7 por ciento, logrando alcanzar 88.6 por ciento. Respecto del segundo indicador, la medición de 2010 fue de 78.4 por ciento y se planteó una meta para 2011 de 80.9 por ciento, alcanzándose 82.1 por ciento.

Programa de Actividades

Se continuará con el seguimiento de la ejecución de los Programas, brindando asesoría a las unidades sobre la metodología y las herramientas utilizadas, impulsando el cumplimento de los compromisos establecidos a través de los representantes de calidad en las delegaciones y UMAE. Para diciembre de 2012, se realizará la prueba piloto del Sistema de Seguimiento y Difusión de la Calidad que permitirá realizar vía Internet el seguimiento, la elaboración de informes y auditorías en calidad a los programas de acciones.

El Programa de Mejora de la Percepción de los Usuarios tiene como objetivo incrementar los niveles de satisfacción atacando las áreas de oportunidad identificadas en la ENSAT.

Programa de Mejora de la Percepción de Usuarios

Este Programa tiene como antecedente inmediato el Programa Emergente de Mejora en la Atención y Trato a Usuarios de Unidades Médicas que se implantó en el último trimestre de 2011 como una respuesta institucional inmediata ante la disminución en la percepción de los usuarios de los servicios médicos detectada en los resultados de la ENSAT de julio de 2011. Constaba de una herramienta de análisis y seguimiento con nueve indicadores medidos a través de un semáforo que dieron lugar a programas de acciones de mejora. Dicha herramienta permitió establecer a qué nivel de responsabilidad le correspondía atender o resolver la problemática detectada, orientándose así la generación de las acciones correctivas más adecuadas.

En una primera etapa participaron en el programa 97 unidades de primer nivel, 60 de segundo nivel y 13 UMAE, lo que hace un total de 170 unidades, mismas que conformaron equipos de trabajo, analizaron y dimensionaron los problemas y establecieron acciones de mejora a las cuales se les dio un seguimiento semanal. De las unidades que repiten en la medición de la ENSAT y que aumentaron el porcentaje de satisfacción a finales de 2011, 63 por ciento de unidades de primer nivel y 77 por ciento de las UMAE aplicaron el Programa Emergente. En el caso de las 43 unidades de segundo nivel, 20 de ellas (46.5 por ciento) aumentaron la satisfacción, lo que permite identificar hacia dónde dirigir acciones más eficaces.

Debido a que el Programa Emergente mostró utilidad para mejorar la percepción del usuario sobre los servicios institucionales, se instruyó su generalización a todas las unidades, dándole un carácter permanente con el nombre de Programa de Mejora de la Percepción de los Usuarios. De julio a diciembre de 2012, se dará seguimiento y asesoría a las unidades con Programa de Mejora de la Percepción de los Usuarios.

III.1.10. PROGRAMA DE MEJORA DE LA GESTIÓN

El Programa de Mejora de la Gestión (PMG) es el instrumento del Ejecutivo Federal de carácter obligatorio que impulsa mejoras a la gestión de las dependencias y entidades de la APF, el logro de mejores resultados, y responder de forma más eficaz y eficiente a las demandas y necesidades de los ciudadanos. Dada la relevancia del PMG, se precisó de una implantación firme y adecuada para dar certidumbre y claridad a las acciones comprometidas.

Para implementar el programa al interior del Instituto, se trabajó en su alineación con el Programa de Trabajo del IMSS 2009-2012, uno de cuyos tres ejes rectores prevé la mejora de los procesos y de los trámites y servicios de alto impacto para los usuarios, trátese de asegurados, beneficiarios o patrones. Bajo esos criterios, se integró el Programa Institucional de Mejora de la Gestión (PIMG) 2010, comprometiendo ante la SFP proyectos de alta prioridad como: Atención en Urgencias, Transcripción de Medicamentos, Cambio de Unidad Médica de Adscripción, Registro de DH, Solicitud de cita médica en primer nivel, Autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea, Fortalecimiento de equipamiento médico y Cita Médica Telefónica.

Derivado de la implementación de dichos proyectos se obtuvieron logros importantes. Entre ellos, la disminución de los tiempos de espera para recibir la atención médica en la consulta de medicina familiar; la simplificación de normas, trámites y servicios diversos; se hicieron más eficientes los procesos de atención a la salud, favoreciendo la calidad y calidez de los servicios médicos en el área de Urgencias, y se mejoró la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento. Los proyectos de mejora concluidos entraron en una fase de aseguramiento, durante la cual se

trabaja para sostener los estándares alcanzados, monitoreando periódicamente los indicadores que permiten conocer el impacto efectivo de las mejoras realizadas, así como promover su mejora continua.

Informe de Labores

Durante el segundo semestre de 2011 los avances se reflejaron en los indicadores relacionados con el incremento de la capacidad de la institución para realizar procesos, la satisfacción de los usuarios y la reducción de requisitos en los trámites y servicios, entre otros. En 2011 se concluyó el proyecto vinculado a la implantación de las mejoras a nivel nacional en Transcripción de Medicamentos. Se inició el proyecto de Solicitud de ingreso e inscripción a guarderías del IMSS vía Internet, de especial relevancia para las madres trabajadoras, ya que dispondrán de una vía más ágil y accesible para realizar este trámite.

La estrategia de ejecución del PIMG para el ejercicio 2012 es continuar los trabajos realizados por el Instituto durante 2011, y se basa en la consolidación de resultados, en la modernización de la gestión en materias como la mejora de procesos, simplificación o eliminación de normas, trámites y servicios, así como en la obtención de ahorros por concepto de eficiencia y eficacia en la operación y administración. A junio de 2012, se concluyeron satisfactoriamente los proyectos comprometidos en 2010 y 2011 ante la SFP.

El PIMG derivó en logros importantes, como la disminución de los tiempos de espera para recibir atención médica, la simplificación de normas, trámites y servicios, entre otros.

Durante los primeros meses del año se integró y formalizó el PIMG 2012, el cual está integrado por tres proyectos: Solicitud de ingreso e inscripción a guarderías del IMSS vía Internet, Denuncia vía Internet del trabajador, sus beneficiarios o su representante, en contra de su patrón por no afiliarlo al IMSS, por afiliarlo con un salario inferior al pagado o afiliarlo con una fecha posterior a la de ingreso al trabajo, y Mejorar la atención en Urgencias, segunda etapa.

Programa de Actividades

El PIMG 2012 incluye compromisos que permitirán cumplir con la implantación de las mejoras a nivel nacional en asignaturas como “Mejorar la atención en Urgencias”, el cual considera la puesta en operación de 48 redes zonales más. Durante el segundo semestre de 2012, se fortalecerán y concluirán los proyectos Mejorar la atención en Urgencias, segunda etapa y Solicitud de ingreso e inscripción a guarderías del IMSS vía Internet, los cuales concluirán en los meses de octubre y noviembre, respectivamente, concretando los resultados esperados que se traducirán en disminuir los tiempos de estancia de los pacientes en las áreas de Observación de los servicios de Urgencias en 48 redes zonales y en disminuir el tiempo en el trámite de Solicitud de ingreso e

inscripción a guardería del IMSS, facilitando la realización del mismo desde cualquier punto con conexión a Internet.

En relación con el proyecto Denuncia vía Internet del trabajador, sus beneficiarios o su representante, en contra de su patrón por no afiliarlo al IMSS, por afiliarlo con un salario inferior al pagado o afiliarlo con una fecha posterior a la de ingreso al trabajo, la conclusión está programada para el mes de mayo de 2013.

III.1.11. MODELO DE COMPETITIVIDAD, EFECTIVIDAD Y RESULTADOS INSTITUCIONALES (MOCERI)

El MOCERI es un modelo de calidad que impulsa a las unidades del IMSS a lograr la mejora de los procesos y servicios, así como la satisfacción de los trabajadores y usuarios a través de una superior gestión directiva. Este modelo se encuentra alineado al Eje rector que impulsa la mejora de la capacidad de gestión y operación.

El Instituto reconoce con el Premio IMSS de Calidad la gestión con calidad, mejora continua y desarrollo de mejores prácticas de sus unidades médicas, sociales y administrativas. En doce años han resultado ganadoras 62 unidades, algunas de las cuales participaron en certámenes externos de calidad y se hicieron acreedoras al Premio Nacional de Calidad: el HGZ 17, en 2008 y la UMAE 34 de Cardiología, en 2010, ambas de Nuevo León. Asimismo, en 2009 la UMAE Hospital de Especialidades de Puebla resultó ganadora del Premio Nacional de Calidad en Salud.

En la cuarta Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud se tomó al MOCERI como guía para el Premio Nacional de Calidad en Salud que impulsa la Secretaría de Salud. El MOCERI se registró como norma institucional en 2009. La norma incorpora al Premio IMSS de Calidad como estímulo para los centros de trabajo que implantan el Sistema de Gestión de Calidad que propicia el Modelo.

Para brindar la plataforma de información necesaria para la elaboración de los programas de intervención de las líneas estratégicas del Instituto, en 2008 se formaron 231 equipos de mejora en los Centros de Trabajo, los cuales desarrollaron 61 proyectos relacionados con dichas líneas. La metodología de administración y mejora de procesos utilizada permitió el mapeo de trámites y procesos en las tres líneas sustantivas: incorporación y recaudación, prestaciones médicas y prestaciones económicas y sociales, obteniéndose 334 mapas de procesos, que contribuyeron al análisis e identificación de áreas de oportunidad para la generación de los programas y proyectos de mejora de las iniciativas del Programa de Trabajo 2009-2012. Durante 2009, se realizaron cuatro ejercicios bimestrales de automedición de indicadores que reflejaron el desempeño integral de procesos y servicios de 261 UMF de 10 o más consultorios, lo que permitió la evaluación de las mejoras de dicho proceso.

Informe de Labores

Con la premiación de la versión 2010 a finales de 2011, en diciembre del mismo año la Dirección General emitió la convocatoria a directivos de unidades institucionales para participar en el Premio IMSS de Calidad 2011. En este proceso se incorporó la recomendación de la DPM, DIR y DPES, para seleccionar e invitar a las unidades, con indicadores iguales o superiores a las metas establecidas por cada una de ellas.

Para 2012, las 35 delegaciones definieron a 449 unidades en las diferentes líneas de servicio, como objetivo para implementar el MOCERI, 208 de las cuales están participando en el Premio IMSS de Calidad 2011 y serán objeto de asesoría para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad.

Programa de Actividades

Se someterá a consideración de las diversas instancias institucionales la aprobación y registro de las normas del MOCERI y del Premio IMSS de Calidad. Se prevé la realización de reuniones de trabajo para fortalecer la estrategia de implementación, así como el diagnóstico situacional con los criterios del MOCERI para unidades objetivo en delegaciones y UMAE. Con los resultados de las autoevaluaciones en las delegaciones del sistema, se realizará el seguimiento a los programas de trabajo de las Coordinaciones de Calidad y Normatividad. El proceso de la edición 2011 del Premio IMSS de Calidad considera las acciones correspondientes a la selección de unidades para la etapa de visita, la selección de ganadoras y el dictamen. En el mes de septiembre sesionará el Comité Directivo del Premio para realizar la selección y el dictamen, para que en el marco de la Asamblea General se haga entrega del reconocimiento a las que resulten ganadoras.

III.1.12. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CALIDAD (MEFHADIC®)

Para 2012, las 35 delegaciones definieron a 449 unidades en las diferentes líneas de servicio, como objetivo para implementar el MOCERI, 208 de las cuales están participando en el Premio IMSS de Calidad 2011.

El Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad (MEFHADIC®) es la herramienta del IMSS para afianzar y fortalecer la capacidad administrativa de los cuerpos directivos y con ello coadyuvar al mejor otorgamiento de prestaciones y servicios a los usuarios. El modelo obtuvo el Premio Internacional de Buenas Prácticas en Seguridad Social 2009 que otorga la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS).

El MEFHADIC® es la herramienta del IMSS para afianzar y fortalecer la capacidad administrativa de los cuerpos directivos y con ello coadyuvar al mejor otorgamiento de prestaciones y servicios a los usuarios.

Las competencias que integra el MEFHADIC® son: gestión del cambio, pensamiento sistémico y estratégico, gestión de la diversidad, toma de decisiones, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación efectiva y como competencia transversal atención y servicio al cliente. Por las dimensiones del IMSS en cuanto al número de directivos, distribución geográfica y características propias de cada unidad, la implantación del MEFHADIC® contempló tres etapas: a) diseño y prueba piloto, b) expansión y c) generalización, de las cuales concluyeron las primeras dos.

El Sistema de Gestión de Calidad Institucional opera con recursos humanos capacitados y certificados. El catálogo de personal certificado es de 4,775 personas, entre los cuales se cuentan 2,326 instructores en calidad, 1,188 auditores internos, 50 auditores líderes, 653 asesores, 75 facilitadores en línea, 40 consultores internos, 80 *coaches* gerenciales, 185 instructores gerenciales y 178 evaluadores.

Informe de Labores

Con relación a la etapa de expansión del MEFHADIC® se realizó la evaluación diagnóstica 360° con enfoque de competencias a 49 directivos de cuatro cuerpos de gobierno delegacionales: Veracruz Sur, Chihuahua, Morelos y Aguascalientes, iniciando el proceso de fortalecimiento de competencias directivas. En forma simultánea, se dio inicio a la etapa de generalización en 21 unidades médicas, administrativas y sociales, de 17 delegaciones.

Para facilitar la etapa de generalización y asegurar la consolidación del MEFHADIC®, en noviembre de 2011 se realizó la desconcentración parcial del proceso de implantación del modelo a las coordinaciones delegacionales de Calidad y Normatividad. Incluye el proceso formativo que corresponde a los cuerpos de gobierno delegacionales, así como el proceso de evaluación y formación de líderes tácticos y operativos en el ámbito delegacional.

Durante el periodo de junio 2011 a junio 2012 se han formado y certificado recursos humanos en materia de calidad y gestión directiva para facilitar el modelo. Se diseñaron seis paquetes educativos de formación en calidad y gestión directiva, como soporte técnico del fortalecimiento directivo y de la formación y certificación de recursos humanos en materia de calidad.

Programa de Actividades

Se continuará con las etapas de expansión y generalización, con la aplicación de la evaluación directiva en la modalidad de 360°, el fortalecimiento de las competencias directivas y el acompañamiento en el proceso por parte de un *coach* gerencial.

Se prevé que estas acciones impactarán a más de 500 directivos de la institución. Se actualizará el "Espacio de Líderes para la Competitividad" y el sitio virtual "Gestión Directiva" en Intranet involucrados con el MEFHADIC®.

III.1.13. ATENCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA H. COMISIÓN DE VIGILANCIA

La H. Comisión de Vigilancia presentó 11 recomendaciones en la CII Asamblea General Ordinaria del IMSS. La DAED es responsable de atender siete de ellas más una recomendación permanente formulada en la CI Asamblea General Ordinaria. El informe de los avances durante el primer semestre de 2012 en el cumplimiento de las recomendaciones que competen a la DAED se resume en los términos siguientes:

Recomendaciones de la CII Asamblea General Ordinaria del IMSS

I. "Elaborar lineamientos normativos, que permitan regular las contrataciones de personal jubilado institucional bajo el Régimen de Honorarios Asimilables a Salarios, a fin de que sólo en los casos debidamente justificados, sea reconsiderada la opción de recontratación de personal administrativo".

   La DAED elaboró los "Lineamientos de Observancia General para las Contrataciones de Servicios Profesionales o Especiales y Servicios Personales asimilables a salarios por honorarios 2012", los cuales se enviaron a las áreas contratantes en abril de 2012.

II. "Evitar los incrementos en las percepciones de las contrataciones por honorarios asimilables a salarios que realiza el Instituto, limitándose en su caso, al incremento inflacionario anual".

   Los lineamientos citados en el numeral previo disponen que no se otorguen incrementos superiores al comportamiento inflacionario anual del año inmediato anterior al de la contratación.

III. "Continuar con el cumplimiento de revisar y hacer eficaz la estructura orgánica de las diferentes áreas normativas, a fin de evitar la duplicidad de funciones y prescindir del personal que físicamente no se encuentre en el Instituto".

   La DAED realizó el análisis de los manuales de organización de las direcciones normativas y unidades de apoyo a la Dirección General. Como resultado se obtuvo una propuesta de reestructura que incluye 327 movimientos, entre los que destacan: la creación de la Unidad de Planeación Estratégica Institucional, movimientos en la Coordinación de Guarderías para el Desarrollo Integral Infantil y en la UO, y la reestructura de la DIDT.

El H. Consejo Técnico en sesión del 28 de marzo del presente año aprobó la Reestructura para la Organización del IMSS.

IV. "Adoptar medidas internas cuantificables, para el Ejercicio 2012, orientadas a reducir el gasto corriente de las diversas Áreas Administrativas".

La DAED elaboró el Programa de Austeridad y Disciplina Presupuestaria del IMSS para el Ejercicio 2012, estableciendo medidas de austeridad y contención del gasto en: servicios personales; servicios generales, conservación y optimización de activos. El H. Consejo Técnico aprobó el programa en la sesión del 29 de febrero.

V. "Verificar y validar que la Información Operativa y Financiera Institucional, se realice desde la fuente primaria de acuerdo a la Normatividad Vigente".

La DAED elaboró una presentación sobre el Sistema de Abasto Institucional, en la que se explica cómo se obtiene y procesa la información operativa que este sistema genera en materia de abasto, conforme a lo solicitado por el Presidente de la H. Comisión de Vigilancia en reunión celebrada el 19 de enero de 2012.

VI. "Aplicar urgentemente, estrategias para agilizar la resolución de las solicitudes de jubilación o pensión, particularmente en los casos de viudez y orfandad, y la simplificación del procedimiento para comprobar supervivencia, así como la dignificación de las instalaciones." (DAED, DPES).

La DAED ha instrumentado acciones para agilizar la resolución de las solicitudes de jubilación de los trabajadores IMSS o de pensión en los casos de viudez y orfandad.

Para atender la dignificación de las instalaciones de los centros de comprobación de supervivencia la DAED y la DPES llevaron a cabo visitas de revisión a los centros de supervivencia, detectando problemas de accesibilidad en ocho centros ubicados en primer y segundo pisos, seis centros con acceso complicado y 12 centros sin rampa. Para subsanar los problemas de accesibilidad se está analizando la reubicación a planta baja de los ocho centros mencionados y se están analizando opciones de solución para facilitar el acceso en los centros de acceso limitado. Se tiene un avance de 40 por ciento en la adaptación de rampas en los centros que carecen de ella.

VII. "Atender la problemática generalizada por el mal desempeño en los Servicios Básicos de la institución, a fin de que se implanten los mecanismos que deriven en mayor eficiencia y eficacia en la limpieza e higiene institucional, principalmente en las Unidades de Servicio Médico". (DAED, DPM).

La DAED lidera la iniciativa del Programa de Trabajo del IMSS 2009-2012 “Imagen Institucional: Orden y Limpieza” desde mediados de 2010. La iniciativa consta de las líneas de acción siguientes: remodelación de baños, abasto suficiente de insumos de limpieza, mejora de los servicios básicos y campaña de comunicación.

Recomendación permanente

“Trabajar en conjunto con la dirigencia sindical a fin de incrementar la productividad y eficiencia de cada una de las categorías del profesiograma de esta institución.”

La DAED regularmente realiza reuniones de trabajo con representantes sindicales del Comité Ejecutivo Nacional del SNTSS en las que se analizan temas relativos al incremento de la productividad y eficiencia de las distintas categorías del profesiograma institucional con el objeto de mejorar los servicios que presta el Instituto.

III.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

La Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED) tiene como objetivos principales evaluar el funcionamiento de las delegaciones y UMAE en sus órganos operativos, así como contribuir con las áreas normativas en la implantación, seguimiento y análisis de los resultados de los programas comprometidos, con el fin de mejorar la calidad y calidez de la atención que otorga el Instituto.

III.2.1. SISTEMA DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN CON ENFOQUE A USUARIOS

Una de las prioridades del IMSS es brindar servicios de calidad que respondan a las necesidades de los usuarios. Es por ello que a partir de mayo de 2010 se creó el Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios, basado en consultas directas a quienes reciben servicios proporcionados por el IMSS.

El Sistema cuenta con información periódica y confiable sobre la percepción de la calidad de los servicios proporcionada a través de distintas mediciones como son: la ENSUME, la ENSAT y la Encuesta Nacional de Guarderías. A partir de los resultados arrojados por estas mediciones, la Dirección General, las Direcciones Normativas, las delegaciones y las UMAE diseñan e instrumentan programas, planes y proyectos específicos orientados a mejorar la gestión institucional,

tomando en cuenta las expectativas y opiniones de los usuarios.

Informe de Labores

Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos (ENSUME)

La ENSUME es la medición que se realiza cada mes, en la que se verifica el porcentaje de derechohabientes usuarios que acuden a las farmacias del IMSS y que reciben todos los medicamentos que les son prescritos.

Durante la presente Administración el promedio anual de surtimiento de medicamentos siempre se mantuvo por encima de la meta establecida.

Estas mediciones son realizadas por las Técnicas de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), quienes también verifican los tratamientos formulados, los medicamentos surtidos y los que no fueron entregados, así como la satisfacción del servicio proporcionado en las farmacias.

Este monitoreo ha permitido elevar los estándares de surtimiento de medicamentos. Antes de 2010 la meta mínima de surtimiento de medicamentos era de 94 por ciento, y a partir de ese año la meta mínima se incrementó a 96 por ciento; en los dos casos, el promedio anual siempre se ha mantenido superior a la meta establecida.

Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT)

Entre 2009 y 2011 se realizaron cinco levantamientos semestrales de la ENSAT en las unidades médicas del Instituto, en los tres niveles de atención. En los levantamientos de diciembre de 2009 y 2010 no se incluyó una muestra del tercer nivel de atención. En los cinco levantamientos se ha entrevistado a más de 140,000 DHU (tabla III.10).

Es importante señalar que durante los cinco levantamientos, los niveles de satisfacción han sido superiores a 76 por ciento, con mejores resultados en los ejercicios de julio 2010 y julio 2011. Asimismo, sobresale que los usuarios de los

TABLA III.10. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS POR NIVEL DE ATENCIÓN
(2009–2011)[1/]

	dic-09	jul-10	dic-10	jul-11	nov-11	Total
Primer Nivel	20,201	11,938	14,669	20,224	20,150	87,182
Segundo Nivel	9,205	4,141	5,661	10,922	10,618	40,547
Tercer Nivel	-	2,638	-	6,935	5,405	14,978
Total	**29,406**	**18,717**	**20,330**	**38,081**	**36,173**	**142,707**

[1/]En las mediciones de diciembre de 2009 y diciembre de 2010 sólo se aplicó la encuesta en UMF y Hospitales.

Fuente: IMSS.

servicios médicos proporcionados por las UMAE reportan porcentajes de satisfacción.

Durante los cinco levantamientos de la ENSAT los niveles de satisfacción han sido superiores a 76 por ciento.

Para incrementar el nivel de confiabilidad de la ENSAT, desde diciembre de 2009 cada levantamiento cuenta con el acompañamiento de Transparencia Mexicana, A. C. Esta colaboración significa un valor agregado que durante los cinco levantamientos ha permitido a la organización supervisar y validar de manera externa e independiente el diseño de la encuesta, el apego a la metodología, el análisis y la difusión de los resultados.

Con el objeto de contribuir a la transparencia en la información, el Instituto publica en su página de Internet (http://www.imss.gob.mx/servicios/encuesta/Pages/index.aspx) los principales resultados de la ENSAT, la metodología, los cuestionarios, las bases de datos completas y un comunicado de prensa por cada levantamiento, lo que permite difundir la información entre derechohabientes, académicos, medios de comunicación y la ciudadanía en general, mejorando así la rendición de cuentas del Instituto.

Además de generar indicadores que miden la satisfacción, la ENSAT constituye un instrumento de gran valor que coadyuva a identificar y atender áreas de oportunidad, así como a diseñar acciones de mejora de la gestión en el Instituto. Esto se realiza con base en lo que los derechohabientes manifiestan como principales causas de insatisfacción por las que no recomendarían la unidad médica donde fueron atendidos. A partir de los resultados de la ENSAT se han diseñado e instrumentado programas para mejorar la gestión en las unidades médicas de los tres niveles de atención del IMSS (para mayor referencia, ver sección III.1.9).

Encuesta Nacional de Guarderías

Para conocer el índice de satisfacción de los servicios que brindan todas las guarderías del Instituto, desde 2009 se realiza la Encuesta Nacional de Guarderías. En el último levantamiento de julio y agosto de 2011 fueron entrevistados más de 18,000 madres, padres de familia, tutores y/o personas que normalmente llevan o recogen a niñas y niños inscritos en las guarderías del IMSS, con un total de 41,416 encuestados en el periodo 2009-2011 (tabla III.11).

TABLA III.11. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE GUARDERÍAS ENCUESTADOS
(2009–2011)

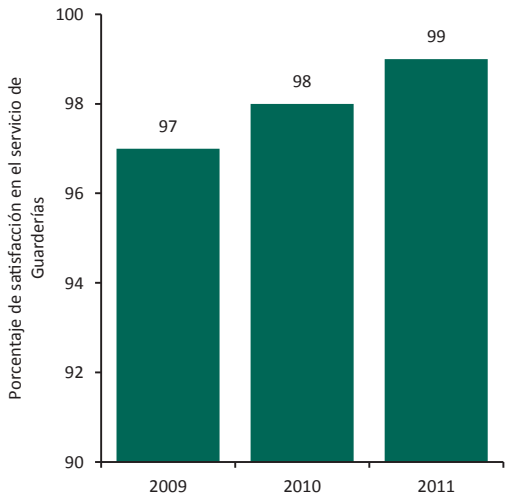
Año	Derechohabientes encuestados
2009	10,333
2010	12,117
2011	18,966
Total	**41,416**

Fuente: IMSS.

Al igual que la ENSAT, la Encuesta Nacional de Guarderías es efectuada por empresas independientes al IMSS, seleccionadas a través de procedimientos de licitación pública. Esta encuesta también cuenta con el acompañamiento de Transparencia Mexicana, A. C., y los principales resultados, metodología, cuestionarios y bases de datos se hacen públicos en el Sistema Integral de Medición de Satisfacción de Usuarios.

Los niveles se satisfacción en estas mediciones han cumplido con la meta. En 2009, 97 por ciento de los encuestados reportaron estar algo o muy satisfechos con los servicios de guarderías. En 2011 este indicador llegó a 99 por ciento (gráfica III.2).

GRÁFICA III.2. SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE GUARDERÍAS
(PORCENTAJE DE BENEFICIARIOS MUY SATISFECHOS O SATISFECHOS, 2009-2011)



Fuente: IMSS.

Desde que se realiza la medición de satisfacción en Guarderías, el indicador siempre ha sido igual o superior a 97 por ciento.

Otros resultados relevantes de la encuesta de 2011 son:

1. Cuatro de cada cinco beneficiarios consideran que las guarderías del IMSS proporcionan mejor servicio que las privadas u otros establecimientos públicos.

2. Las delegaciones mejor evaluadas son Durango y Tamaulipas con 100 por ciento de usuarios satisfechos. En el otro extremo se ubican las delegaciones de Tabasco y D. F. Sur con 97 por ciento de satisfacción.

La Encuesta Nacional de Guarderías sirve como una herramienta para generar indicadores de gestión e impacto, útiles para evaluar la calidad de la atención al niño, el desempeño del personal, las condiciones físicas de los inmuebles, las medidas de seguridad, así como la adecuada nutrición de niñas y niños que acuden tanto a las guarderías administradas por el IMSS como a las subrogadas. Asimismo, ha facilitado la incorporación de la opinión de los beneficiarios mediante la instrumentación de los Mecanismos de Participación Social en Guarderías para que los padres de familia y tutores vigilen el funcionamiento y condiciones de seguridad de las guarderías, fortaleciendo de esta manera los enlaces de comunicación con las madres, padres de familia y tutores, y facilitar así la rendición de cuentas.

Programa de Actividades

En el periodo que resta de 2012 se actualizará el espacio *web* del Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios (*www.imss.gob.mx/servicios/Encuesta*), con la finalidad de garantizar a los derechohabientes el acceso público a la información del Instituto. Además, se generarán y publicarán los insumos, reportes de resultados, análisis y bases de datos. Esta información permitirá a las áreas directivas y normativas evaluar los avances del programa de trabajo 2009-2012 y ejecutar las acciones de mejora, entre otros análisis.

Durante 2012 continuará el levantamiento mensual de la ENSUME en unidades médicas de los tres niveles de atención. Cada mes se aplicará la encuesta a una muestra de 31,978 DHU. Con el fin de mejorar la precisión de los indicadores de surtimiento, actualmente están en revisión los tamaños de muestra en algunas delegaciones y UMAE.

En el mismo sentido, durante lo que resta del año está programado realizar dos levantamientos de la ENSAT. Al igual que en las últimas mediciones, se desarrollará una metodología que garantice las mejores prácticas en estudios de opinión pública que incluye: muestreo, preparación de cuestionarios y material de capacitación, logística de levantamiento, capacitaciones, supervisiones, validación de la información y emisión de reportes de resultados. La información derivada de estos levantamientos será incluida en el espacio *web* del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios. Además, se proporcionará la información a las áreas normativas correspondientes para que tomen las medidas necesarias y, en su caso, instrumenten acciones de mejora.

Asimismo, durante el segundo semestre de 2012 se aplicará la Encuesta Nacional de Guarderías. La encuesta será realizada en 468 guarderías, en las que se entrevistará a 20,094 usuarios de los servicios. La información de esta encuesta también será incluida en el sitio *web* del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios.

III.2.2. EVALUACIÓN DE DELEGACIONES, GIRAS Y *RANKING* DELEGACIONAL

Con el propósito de verificar la calidad y calidez de los servicios que se brindan a los derechohabientes, así como el óptimo funcionamiento de las delegaciones, UMAE y sus órganos operativos, la UED realiza visitas de evaluación para constatar avances y cumplimiento de los objetivos, metas y compromisos institucionales.

Adicionalmente, se llevan a cabo mediciones y análisis de los resultados de las visitas, se da seguimiento a los hallazgos reportados y/o detectados, así como a los compromisos y recomendaciones establecidos con las diversas instancias institucionales. De igual forma, como resultado de las evaluaciones, el seguimiento y el análisis de la información, se generan los instrumentos necesarios para la oportuna toma de decisiones de la Dirección General, así como de

las demás áreas normativas y delegacionales que garanticen la calidad de la atención, impulsen el desempeño y mejoren los procesos.

En diciembre de 2011 concluyó el séptimo ciclo de evaluaciones, con un total de 404 visitas a 34 delegaciones del Régimen Ordinario, 19 del Programa IMSS-Oportunidades y 25 UMAE.

Informe de Labores

En el mes de diciembre de 2011 concluyó el séptimo ciclo de evaluaciones, con un total de 404 visitas a 34 delegaciones del Régimen Ordinario, 19 del Programa IMSS-Oportunidades (Tamaulipas no se evaluó en ninguno de los dos regímenes por causas ajenas al Instituto), 25 UMAE, 70 servicios de Urgencias, 53 pantallas con el Sistema Aeropuerto, 29 equipos de tomografía y resonancia, así como 174 farmacias. Las últimas tres categorías se realizaron por solicitud de las áreas normativas.

En febrero de 2012 inició el octavo ciclo de evaluación, que concluyo hasta el 11 de mayo; se evaluó a 16 delegaciones del Régimen Ordinario, 9 delegaciones con el Programa IMSS-Oportunidades, 30 servicios de Urgencias y 11 UMAE. De cada evaluación se entregó a las autoridades de los órganos de operación administrativa desconcentrada un informe detallado de las situaciones relevantes, posibles riesgos, conclusiones y recomendaciones para cada una de las áreas incluidas en las Guías Técnicas de Indicadores de Evaluación.

Asimismo, se solicitó a las delegaciones y UMAE definir un plan de mejora con el objetivo de encontrar una solución a la problemática en sus ámbitos de competencia para mejorar los servicios que se otorgan a los derechohabientes. Dicho plan de mejora debe entregarse dentro de los 20 días hábiles posteriores a la evaluación. El proceso es apoyado por las direcciones normativas, a fin de coadyuvar con el cumplimiento de las normas y procesos operativos de los órganos de operación administrativa desconcentrada.

Derivado de ello, entre junio de 2011 y mayo de 2012 se realizaron reuniones con las áreas normativas y los órganos de operación administrativa desconcentrada, donde se presentaron y generaron compromisos de acuerdo con los hallazgos de la evaluación y el plan de mejora establecido por las delegaciones y/o UMAE.

También, para las giras del Director General a las delegaciones se analizan los hallazgos tanto de la evaluación como de los indicadores que cada una de las áreas normativas ha desarrollado para incrementar la eficiencia operativa delegacional 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 2009-2012. Después de cada evaluación se analizan y califican todos los indicadores de las áreas evaluadas y se generan los *ranking* de desempeño delegacional, de UMAE, del Programa IMSS-Oportunidades y de los servicios de Urgencias.

De 2007 a 2011 se realizaron siete visitas de evaluación a cada una de las 35 delegaciones, con excepción de Tabasco en la segunda vuelta y de Tamaulipas en la séptima vuelta; asimismo, se realizaron dos visitas a las 25 UMAE. A partir de 2008 se amplió el ámbito de acción de la evaluación de delegaciones y se incluyó a aquellas que contaban con el Programa IMSS-Oportunidades, el cual inició con una muestra de 10 delegaciones. Para 2010 se cubrieron las 18 delegaciones del Programa y en 2011 se integraron las delegaciones Estado de México Poniente y Guerrero, con lo que se alcanzó el total de 20. Para el segundo semestre de 2012 se incrementarán 10 visitas de seguimiento a las delegaciones con mayores áreas de oportunidad (tabla III.12).

TABLA III.12. UNIDADES VISITADAS EN LAS EVALUACIONES
(2007-2011)

	Evaluaciones						
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.	7a.
Unidades de Medicina Familiar	44	32	45	37	37	91	104
Unidad Médica Rural						32	63
Hospital General Regional	13	10	12	12	10	15	13
Hospital General Regional con Medicina familiar	2	1	2	1	2		1
Hospital General de Zona	12	16	17	20	18	50	27
Hospital General de Zona con Medicina Familiar	13	9	10	8	10	18	20
Hospital General de Subzona		1	2			2	1
Hospital General de Subzona con Medicina Familiar			1	1	1	5	10
Hospital Rural						22	28
Unidad Médica de Atención Ambulatoria con Medicina Familiar						1	1
Unidad Médica de Atención Ambulatoria con Hospital						1	2
Unidad Médica de Atención Ambulatoria							4
Unidades Médicas de Alta Especialidad				24*	25*	25	25
Subdelegaciones	34	43	63	65	40	60	59
Centros de Seguridad Social						32	46
Guarderías						533	59
Localidades de Acción Intensiva						10	21
Equipos Itinerantes de Salud							9

* Estas evaluaciones se incluían en los reportes delegacionales.

Fuente: IMSS.

Para el cierre de 2012 está programado realizar 54 evaluaciones a 19 a delegaciones del Régimen Ordinario, 21 a delegaciones del Programa IMSS-Oportunidades y 14 a UMAE.

Finalmente, se realizaron tres grupos de acciones extraordinarias importantes. Primero, en junio de 2010 se llevó a cabo una evaluación extraordinaria a guarderías, la cual constó de 461 visitas específicas, en las que se aplicaron cinco cédulas de evaluación, siendo la más relevante la referente a seguridad y protección civil. Segundo, se implementó el proyecto "Análisis de Indicadores Fuera de Rango con Mayor Recurrencia a Nivel Nacional" del Régimen Ordinario, UMAE y del Programa IMSS-Oportunidades, utilizando los datos de 2011 y 2012. Tercero, se realizaron ocho Reuniones Nacionales de Delegados y Directores de UMAE en las que se generaron estrategias y compromisos enfocados a impulsar los tres ejes del Programa de Trabajo 2009-2012 de la Dirección General.

Programa de Actividades

Para el cierre de 2012 está programado realizar 54 evaluaciones, de las cuales 19 corresponden a delegaciones e incluirán 28 servicios de Urgencias, 38 UMF, 4 HGR, 23 HGZ, 4 HGS, 19 subdelegaciones, 19 guarderías y 19 centros de seguridad social. Asimismo, se realizarán 21 visitas a delegaciones del Programa IMSS-Oportunidades y 14 UMAE. Los resultados serán presentados en las sesiones de trabajo que el Director General realice en las delegaciones, en las que se informará al delegado y/o director de UMAE a fin de diseñar los planes de mejora integral a los indicadores; se dará seguimiento cuatrimestral al avance en cada uno de estos, y de presentarse algún caso exitoso deberá replicarlo siempre y cuando se verifique cada una de sus condiciones para su aplicación en las delegaciones.

INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

La Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) es el área responsable de los procesos de incorporación, recaudación y fiscalización del Instituto. Con base en las condiciones económicas del país formula las políticas y estrategias de afiliación, clasificación de empresas, vigencia de derechos, recaudación y fiscalización, previendo su impacto en las finanzas del Instituto. Asimismo, elabora las disposiciones y reglas generales en la materia con el objetivo de salvaguardar los derechos de los trabajadores y aumentar la recaudación de ingresos obrero-patronales.

En el periodo que cubre este Informe, la DIR continuó aplicando diversas estrategias destinadas a incrementar la afiliación de trabajadores, consolidar su presencia fiscal y revertir el deterioro de la cartera en mora. Lo anterior se ha logrado mediante el otorgamiento de facilidades administrativas a los patrones y demás sujetos obligados para el cumplimiento voluntario de sus obligaciones; la realización de acciones para optimizar la gestión en materia de incorporación, fiscalización y cobranza; la aplicación permanente de mejoras a la normatividad vigente y la implementación de nuevos sistemas de información.

IV.1. EMISIÓN MENSUAL ANTICIPADA

La Emisión Mensual Anticipada (EMA) contiene las propuestas para el pago de las cuotas obrero-patronales determinadas con base en el número de cotizantes afiliados ante el Instituto, su Salario Base de Cotización (SBC) y el número de días cotizados, por lo que refleja la dinámica de la situación económica nacional y su impacto en el empleo y los salarios.

En línea con lo anterior, los esfuerzos que realiza el Instituto para incrementar el nivel de cobertura de la seguridad social se reflejan en el monto de la EMA. Por ello, desde el inicio de la presente Administración ha sido un objetivo central de la DIR incrementar la cobertura de la seguridad social y, consecuentemente, el monto de la EMA. Como parte de esta estrategia, se lleva a cabo un seguimiento oportuno de sus determinantes, primordialmente de los cotizantes y el SBC. El seguimiento puntual de dichas premisas ha permitido combatir las acciones de evasión y elusión en el pago de las cuotas obrero-patronales, por lo que las acciones de la presente Administración se han centrado en promover el registro de cotizantes con el salario efectivamente pagado.

De enero a junio de 2012, el número de cotizantes registrados fue de 15'562,917, cifra superior en 2.1 millones que los registrados al inicio de la Administración.

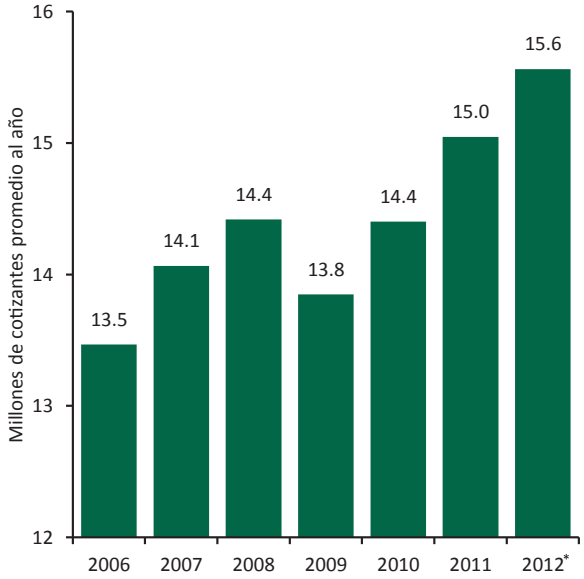
Informe de Labores

Cotizantes

La recuperación económica y los esfuerzos en materia de afiliación y fiscalización permitieron que en 2011 se contara con un promedio de 15'045,624 cotizantes, cifra superior en 4.5 por ciento a la registrada en promedio durante 2010.

De enero a junio de 2012 se contó con 15'562,917 cotizantes, 2.1 millones más que los registrados en 2006, al inicio de la Administración (gráfica IV.1).

GRÁFICA IV.1. EVOLUCIÓN DE COTIZANTES
(MILLONES PROMEDIO AL AÑO, 2006-2012)



* Para 2012 las cifras son a junio.
Fuente: IMSS.

Salario Base de Cotización

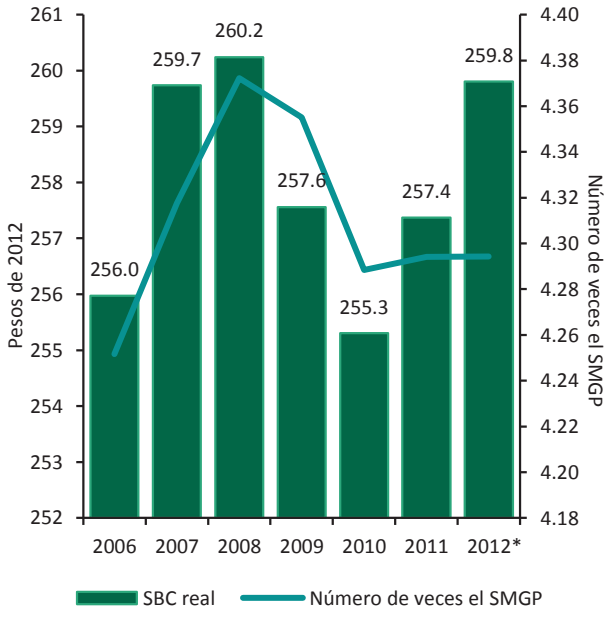
Durante 2011, el SBC promedio de afiliación al IMSS ascendió a 249.32 pesos, monto equivalente a 4.29 veces el salario mínimo, cifras superiores en 4.24 y 0.13 por ciento, respectivamente, a las observadas en promedio durante 2010.

En términos reales, al considerar la evolución del SBC en 2011, se puede observar que éste creció en 0.81 por ciento con respecto al año precedente y fue 0.55 por ciento superior al registrado en 2006 (gráfica IV.2). Conviene precisar que la evolución del SBC se ha visto afectada por el impacto del entorno económico internacional adverso que ha enfrentado la economía mexicana a partir de 2008, lo cual determinó que las revisiones salariales nominales crecieran por debajo de la inflación a partir de noviembre de 2008 y hasta enero de 2011. Desde febrero de 2011, se registró un periodo de recuperación del SBC real, con lo que a partir de dicho mes se observó una brecha positiva entre el crecimiento salarial y la inflación anual de 0.81 puntos porcentuales, en promedio.

La evolución positiva del SBC se ha mantenido durante 2012, con lo que en el lapso enero a junio de dicho año la recuperación promedio del salario real, en términos anuales, se ubica en 0.39 por ciento.

A partir de febrero de 2011, se registró un periodo de recuperación del SBC real, alcanzando de enero a junio de 2012 un valor promedio de 259.8 pesos diarios.

GRÁFICA IV.2. EVOLUCIÓN DEL SBC
(2006-2012, PESOS DE JUNIO DE 2012)



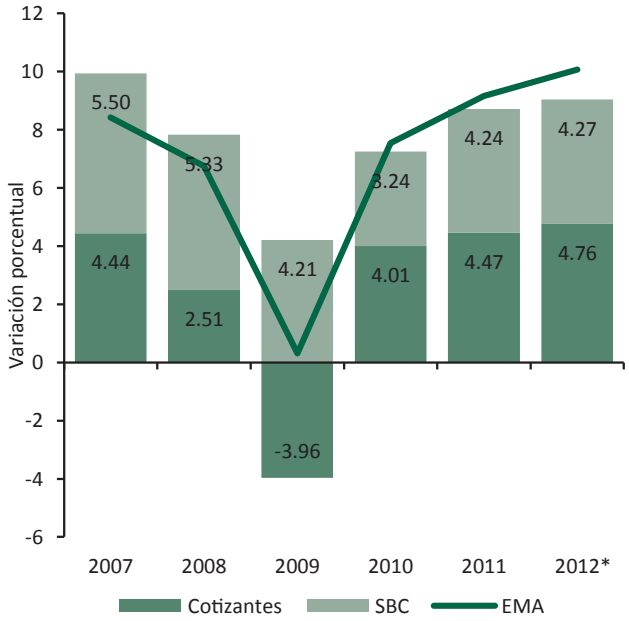
* Para 2012 las cifras son a junio.
Fuente: IMSS.

Emisión Mensual Anticipada

La evolución de los cotizantes y del SBC ha impactado favorablemente en las tasas de crecimiento anual de la EMA. Al cierre de 2011 el importe acumulado de la EMA ascendió a 169,674.3 millones de pesos (mdp), cifra superior en 9.17 por ciento, en términos nominales, a la observada en 2010. En términos reales el crecimiento se sitúa en 5.57 por ciento.

Durante el periodo de enero a junio de 2012, la EMA ha presentado una tasa de crecimiento anual promedio de 10.07 por ciento, 5.50 por ciento en términos reales, resultado de tasas de crecimiento anual de cotizantes y SBC de 4.76 y de 4.27 por ciento, respectivamente (gráfica IV.3).

GRÁFICA IV.3. TASAS DE CRECIMIENTO DE COTIZANTES Y SBC COMO COMPONENTES DE LA TASA DE CRECIMIENTO DE LA EMA
(PUNTOS PORCENTUALES)



* Para 2012 las cifras son a junio.
Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Para 2012, el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó una meta de 15'565,227 cotizantes registrados con un SBC promedio de 258.42 pesos diarios, cifras que implican un incremento anual de 3.45 y 3.65 por ciento, respectivamente. Con estas premisas, la meta para la EMA resulta en una cifra acumulada de 181,269.4 mdp, monto superior en 6.83 por ciento, en términos nominales, al del año anterior.

Durante el periodo de enero a junio de 2012, la EMA ha presentado una tasa de crecimiento anual promedio de 10.07 por ciento, 5.50 por ciento en términos reales.

IV.2. META DE RECAUDACIÓN

La meta de recaudación y su evolución en el tiempo reflejan los esfuerzos llevados a cabo por el Instituto para lograr un adecuado financiamiento de los servicios de salud y las prestaciones que se proporcionan a la población derechohabiente. En este sentido, una de las funciones sustantivas de la DIR durante la presente Administración ha consistido en definir y analizar de manera oportuna el comportamiento de las metas relativas a la recaudación de cuotas obrero-patronales, sus accesorios y demás créditos a que se refiere el Artículo 287 de la LSS, implementando para ello políticas en materia de afiliación, fiscalización y cobranza, y detectando nuevas áreas de oportunidad que permitan garantizar una eficiente recuperación de los ingresos con que cuenta el IMSS.

Cabe precisar que la meta de recaudación del Instituto se integra principalmente por los ingresos en efectivo derivadas del pago de las cuotas obrero-patronales y, en menor medida, por otros medios asociados a estas mismas cuotas, por concepto de multas, recargos, actualizaciones, gastos de ejecución, capitales constitutivos y comisiones cobradas a las AFORE y al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT).

El H. Consejo Técnico autorizó para 2011 una meta inicial de recaudación de ingresos obrero-patronales de 163,799.5 mdp. Posteriormente, ante el cambio en las expectativas de ingresos generadas por el mayor número de cotizantes registrados en el año, la evolución favorable del SBC y el impacto de las acciones en materia de cobranza y fiscalización, autorizó modificaciones a la meta de recaudación en las evaluaciones trimestrales. En la primera evaluación se autorizó un aumento de 3,565.2 mdp en la meta de ingresos y en la segunda el incremento autorizado fue de 4,598 mdp, con lo que la meta anual de ingresos se ubicó en 171,962.6 mdp (tabla IV.1).

TABLA IV.1. META DE INGRESOS
(MILLONES DE PESOS, 2011[1/])

Concepto	Monto	Variación respecto a la meta original
Original. Ley de Ingresos	163,799.5	
Primera evaluación (abril)	167,364.6	3,565.2
Segunda evaluación (julio)	171,962.6	4,598.0
Cuenta Pública	175,335.0	3,372.4

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

La recaudación obrero-patronal al cierre de 2011 fue de 175,335 mdp, mientras que de enero a junio de 2012 ésta alcanzó un monto de 93,346.9 mdp, lo que representa un incremento de 4.8 por ciento con respecto al mismo periodo del año previo.

Al cierre de 2011 el total de ingresos reportados en la Cuenta Pública fue de 175,335 mdp, lo que representó un cumplimiento de 101.96 por ciento de la meta de la segunda evaluación y generó un excedente de 3,372.4 mdp respecto a esta meta modificada.

Al mes de junio de 2012 se han registrado ingresos obrero-patronales por un monto de 93,346.9 mdp sin incluir al IMSS como patrón, cifra que representa un aumento en términos reales de 4.8 por ciento respecto a lo observado durante el mismo periodo del año previo (tabla IV.2).

TABLA IV.2. INGRESOS OBRERO-PATRONALES
(MILLONES DE PESOS, JUNIO DE 2011 Y DE 2012[1/])

Concepto	2011	HCT	2012	Variación real anual (%)	Cump. de la meta (%)
Total Ingresos	**85,732.8**	**89,951.7**	**93,346.9**	**4.8**	**103.8**
Cuotas en Efectivo	84,331.4	88,728.3	91,966.4	5.0	103.6
Otros Ingresos Derivados de Cuotas	1,401.4	1,223.5	1,380.5	-5.2	112.8

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

Programa de Actividades

El H. Consejo Técnico autorizó para 2012 una meta anual de recaudación de 185,127.8 mdp sin incluir al IMSS como patrón, cifra superior en 5.59 por ciento a la del cierre del ejercicio de 2011, es decir, 9,793 mdp adicionales.

IV.3. INCORPORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS

Durante la presente Administración el Instituto ha realizado esfuerzos importantes en materia de incorporación y de clasificación de empresas, teniendo el objetivo de mejorar los trámites y servicios para los asegurados, patrones y sujetos obligados. Este aspecto es fundamental tanto para facilitar el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social como para promover el acceso de los derechohabientes a los servicios a los que tienen derecho.

Una de las vertientes de actuación del Instituto ha sido incrementar la calidad e integridad de la información institucional de patrones y derechohabientes, para lo cual se ha continuado con los procesos de análisis y mejora de la información contenida en las bases de datos institucionales. Entre las mejoras conseguidas se encuentra la incorporación de información clave para la identificación correcta de patrones y asegurados, como son el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) y la Clave Única de Registro de Población (CURP). Asimismo, se amplió significativamente la cobertura del Sistema de Acceso a los Derechohabientes (AcceDer), se realizaron adecuaciones al marco normativo en materia de afiliación y clasificación de empresas, incluyendo la actualización de las aplicaciones informáticas a disposición de los patrones, y se actualizó la información que se encuentra a disposición de los usuarios en el portal del IMSS, obteniendo con ello su homologación, tanto de información como de fuentes de consulta, con lo que se mejoró la orientación proporcionada a través del portal institucional.

El IMSS realiza esfuerzos en materia de incorporación y clasificación de empresas para incrementar la calidad e integridad de la información institucional de patrones y derechohabientes.

Informe de Labores

Calidad e Integridad de las Bases de Datos Institucionales

El proceso de mejora de la calidad de las bases de datos de patrones y derechohabientes se ha fortalecido a partir de 2008, mediante la incorporación del RFC y la CURP, previa validación con el Servicio de Administración Tributaria (SAT) y con el RENAPO, respectivamente. Esto ha permitido la identificación consistente de las personas morales y físicas con registro en el IMSS, facilitando su atención, seguimiento y control en diversos trámites internos y externos al Instituto, así como el intercambio de información con otras entidades de la Administración Pública.

Derivado de estas actividades, a junio de 2012 se registra un avance sustancial, ya que 96.6 por ciento del total de los registros de patrones vigentes cuentan con información de RFC y 94.9 por ciento de los patrones personas físicas vigentes disponen de la información correspondiente a la CURP. En relación con el Padrón de Asegurados, al mismo mes cuentan con CURP 89.2 por ciento de los asegurados únicos vigentes y 66.4 por ciento de sus beneficiarios, así como 96.1 por ciento de los pensionados vigentes y 36.7 por ciento de sus beneficiarios.

Cabe resaltar que en 2008 el IMSS concluyó la revisión integral de la metodología utilizada desde 1997 para contabilizar la cifra de trabajadores permanentes y eventuales urbanos asegurados en el Instituto. El objetivo de la revisión fue la definición de una metodología que permitiera generar cifras e indicadores más útiles y certeros para el análisis de la evolución del mercado de trabajo, tanto en su número como en su composición. La nueva metodología para la obtención de las estadísticas laborales, aplicada a partir de abril de 2008, utiliza una consulta directa a la Cuenta Individual del Sistema Nacional de Derechos y Obligaciones (SINDO), que contiene la información de los movimientos afiliatorios de los trabajadores y permite aplicar el criterio definido respecto de la consideración del tipo de trabajador con el último registro reportado. Dicha metodología se aplicó de manera retroactiva, de tal manera que se cuenta con estadísticas revisadas de empleo asegurado desde julio de 1997, con periodicidad mensual.

Además de la revisión de la metodología con respecto al cálculo de la cifra de trabajadores afiliados al IMSS, durante la presente Administración se llevaron a cabo mejoras importantes en la generación y difusión de la información estadística del Instituto: i) se amplió el número de estadísticas difundidas por la DIR, tanto en el número de métricas, principalmente estadísticas de derechohabientes potenciales, derechohabientes adscritos a unidad de medicina familiar y a consultorio, y número de registros patronales asociados a trabajadores asegurados, como en las dimensiones de interés; ii) se redujeron sustantivamente los tiempos de procesamiento, en algunos casos de días y meses a horas; iii) se generaron procesos de validación de la información; iv) se logró unicidad en las estadísticas, y v) se generaron portales en Internet para la difusión de las estadísticas.

Registro de Derechohabientes en la Unidad de Medicina Familiar

Con el fin de mejorar el registro, control y acceso de los asegurados, pensionados y sus beneficiarios a los servicios de salud que brinda el Instituto, mediante la certificación de la vigencia de sus derechos, durante la presente Administración se consolidó la operación del Sistema AcceDer. A junio de 2012 el Sistema AcceDer opera en las 1,240 UMF, con lo que se alcanzó una cobertura total de las unidades con población derechohabiente, mientras que a diciembre de 2006 se registraba 43.5 por ciento de cobertura.

A junio de 2012 el Sistema AcceDer opera en las 1,240 UMF, con lo que se alcanzó una cobertura total de las unidades con población derechohabiente, mientras que a diciembre de 2006 se registraba 43.5 por ciento de cobertura.

El proceso de certificación de la vigencia de derechos no sólo cuenta con una mayor cobertura, sino que se ha mejorado su eficiencia. A partir de 2010 la consulta puede realizarse en línea y al incorporar la CURP para beneficiarios y la elección de médico, se posibilita una mejor atención a los derechohabientes.

Clasificación de Empresas

El Catálogo de Actividades para la Clasificación de Empresas en el SRT, vigente desde 2002, ha sido la base para determinar la clase de riesgo en que se ubican las empresas en función de su actividad económica. Durante la presenta Administración, tomando como referencia el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN), se procedió a la actualización de dicho catálogo, para definir con mayor precisión la clasificación de las empresas y con ello las clases de riesgo que representan las actividades que éstas desarrollan.

Al mes de junio de 2012 se contaba ya con la versión concluida del Nuevo Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el SRT y se encuentran en proceso de revisión los lineamientos para facilitar la transición al clasificador SCIAN.

Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo

En relación con la presentación de la determinación de la prima en el SRT correspondiente a la revisión de la siniestralidad del ejercicio 2011 se recibieron, durante los meses de febrero y marzo de 2012, un total de 451,806 declaraciones. De este total, 356,441 declaraciones fueron presentadas a través de Internet (78.9 por ciento) y 95,365 en las ventanillas de las subdelegaciones del Instituto. Estas cifras se comparan favorablemente con las 511,730 declaraciones del ejercicio 2006, recibidas en 2007, de las cuales únicamente 99,489 (19.4 por ciento) fueron presentadas a través de Internet.

El decremento en el número de declaraciones recibidas obedece a un número mayor de patrones que no modifican su prima por no presentar siniestralidad durante el periodo de revisión, lo que los exenta de la obligación de presentar la determinación, y por el mejor conocimiento de la normatividad por parte de los patrones, respecto de los supuestos que deben cumplir para ser sujetos obligados a presentarla.

Cabe destacar que durante el proceso de determinación de la prima en el SRT, se emitieron un total de 170,961 resoluciones por concepto de rectificación y determinación de la prima, cifra 4 por ciento superior respecto a las resoluciones

emitidas en el año precedente, además de 32,069 multas a patrones omisos o con datos incompletos. Derivado de la rectificación de la prima en el SRT, en el año 2011 se obtuvieron recursos adicionales por 1,832 mdp, monto que representa 8 por ciento de las cuotas emitidas por concepto de dicho seguro.

Se emitieron un total de 170,961 resoluciones por concepto de Rectificación y Determinación de la Prima del SRT, cifra 4 por ciento superior respecto a las resoluciones emitidas en el año precedente.

Con el objetivo de incentivar el cumplimiento de esta obligación patronal, el Instituto instrumentó durante la presente Administración una estrategia de comunicación y promoción orientada a los patrones obligados a presentar su determinación. Del total de patrones obligados, 97.2 por ciento cumplió con la presentación de la determinación de la prima, cifra que se ubicó en 96.7 por ciento en 2006.

Adicionalmente, con el propósito de contar con información que refleje los movimientos patronales ocurridos con posterioridad al proceso de determinación de la prima en el SRT, durante 2011 se desarrollaron los mecanismos informáticos necesarios para que dichos movimientos patronales se concentren en un repositorio que contenga la secuencia cronológica de cada registro patronal, esto es, movimientos que originen un cambio de clase, fracción y/o prima, con lo cual se podrá realizar un mejor análisis en materia de clasificación de empresas y determinación de la prima en el SRT.

Con objeto de contar con un mecanismo de gestión eficiente de los escritos de desacuerdo y medios de defensa en materia de clasificación de empresas y determinación de la prima en el SRT, interpuestos por los patrones, se diseñó y desarrolló la reingeniería del Programa Especial de Control del Artículo 43 del Reglamento de la LSS en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuyo objetivo es inhibir las cédulas de diferencias que pudieran generarse por concepto de cuotas del SRT, en tanto se resuelven jurídicamente las impugnaciones patronales.

Trabajadores Eventuales del Campo

Al inicio de la presente Administración se definieron diversas acciones con el fin de afiliar un mayor número de trabajadores eventuales del campo a los servicios que otorga el Instituto. La estrategia desplegada incluyó la asignación inmediata de números de seguridad social a trabajadores del campo incluidos en las relaciones mensuales presentadas por los patrones, la atención personalizada a los trabajadores por parte de los promotores dentro de los centros de trabajo, un permanente acercamiento con las asociaciones de patrones y principalmente de trabajadores agrícolas de las entidades del país, y facilidades para la regularización de los patrones del campo.

En línea con la estrategia definida, el 24 de julio de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el "Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo", cuya vigencia se ha prorrogado en tres ocasiones, el 24 de enero y 30 de diciembre de 2008, y el 28 de diciembre de 2010, esta última con vencimiento el 31 de diciembre de 2012.

El decreto exime parcialmente a los patrones del campo, así como a los trabajadores eventuales del campo, de la obligación de pagar las cuotas obrero-patronales hasta por un monto equivalente a la diferencia que resulte entre las cuotas que se calculen conforme al SBC respectivo y las que resulten de considerar 1.68 veces el salario mínimo general del área geográfica que corresponda, siempre y cuando el salario base de cotización sea superior a 1.68 veces el salario mínimo general. El esquema de apoyo al campo también prevé facilitar la afiliación de los trabajadores eventuales del campo, la ampliación del periodo de presentación de los registros de inscripción, hasta los primeros ocho días del mes siguiente, y establece el esquema de acceso a los servicios médicos y de guarderías en el periodo previo a la presentación del aviso de inscripción del trabajador.

La regularización de los patrones con trabajadores eventuales del campo también se ha incentivado mediante la implementación de facilidades administrativas, como el dictamen de Contador Público Autorizado (CPA) y el Programa Especial de Autocorrección de Patrones del Campo. A través de estos instrumentos, durante 2011 se corrigieron 1,289 patrones del campo y 48,303 trabajadores.

Al 31 de diciembre de 2011 se encontraban registrados 147,909 trabajadores eventuales del campo (TEC), cifra que representa un incremento de 42.51 por ciento respecto a los TEC registrados al cierre del 2006. Al mes de junio de 2012, el número de TEC registrados se ubicó en 100,981, cifra que representa un aumento de 4.93 por ciento en términos anuales y de 73.53 por ciento con respecto a los TEC registrados en junio de 2006.

Al mes de junio de 2012, el número de TEC registrados se ubicó en 100,981, lo que representa un aumento de 73.53 por ciento con respecto a los TEC registrados en junio de 2006.

Incentivos al Cumplimiento Voluntario

Entre las acciones emprendidas para incentivar el cumplimiento voluntario de las obligaciones obrero-patronales, y en el marco del Convenio de Colaboración Administrativa firmado entre el SAT y el IMSS el 7 de septiembre de 2010, el Instituto se comprometió a reconocer la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) expedida por el SAT, como medio de autenticación en las transacciones llevadas a cabo por los patrones. El reconocimiento de la FIEL, que entró en vigor a partir de enero de 2011, simplificó los trámites que tienen que realizar los patrones ante distintas instancias administrativas, lo que aunado a la ampliación de la vigencia de la FIEL a un periodo de cuatro años, como parte de

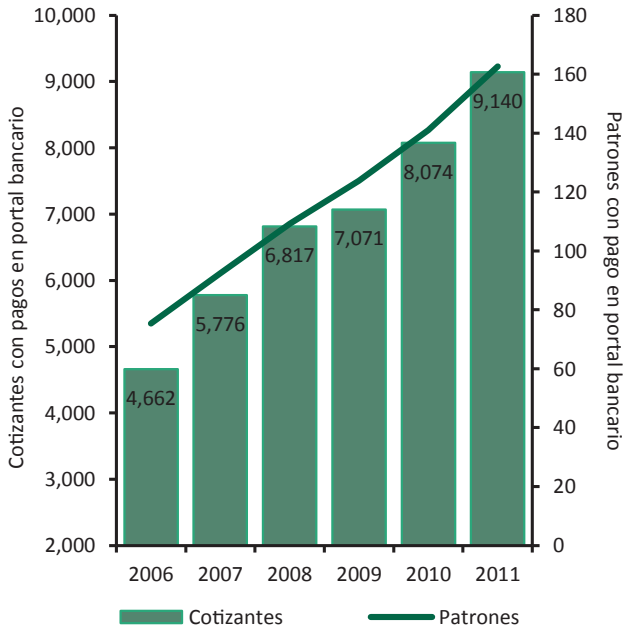
las disposiciones incorporadas en el Decreto por el que se otorgan diversas facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria, ha permitido reducir los costos administrativos de las empresas y se ha facilitado el cumplimiento de las obligaciones patronales.

Asimismo, el Instituto ha impulsado, durante el lapso informado, la operación del portal *http://www.tuempresa.gob.mx*, a través del cual los empresarios pueden dar inicio al trámite del registro patronal ante el IMSS. Adicionalmente, se ha continuado incentivando la utilización de herramientas tecnológicas para la realización de transacciones electrónicas con el Instituto. A través del sistema IMSS Desde Su Empresa (IDSE) se ha facilitado a los patrones la administración de la información requerida para el pago de las contribuciones de seguridad social, y por medio del Sistema Único de Autodeterminación (SUA) se ha posibilitado la autodeterminación electrónica de las mismas.

El Instituto ha impulsado la operación del portal http://www.tuempresa.gob.mx, en donde se puede iniciar el trámite de registro patronal ante el IMSS.

Cabe destacar que más de 95 millones de movimientos afiliatorios presentados ante el Instituto durante 2011 se realizaron a través del IDSE, es decir, 91.3 por ciento del total. Asimismo, en dicho año, un promedio de 162 mil patrones realizaron a través de portal bancario pagos correspondientes a 9.1 millones de cotizantes. El importe pagado ascendió a 87.8 miles de millones de pesos (mmdp), lo que significó 50.3 por ciento de la recaudación por ingresos obrero-patronales. Entre 2006 y 2011 el número de patrones y de cotizantes por los que se realizaron pagos a través de portal bancario se incrementó en 115.7 y 96.1 por ciento, respectivamente (gráfica IV.4). La utilización del IDSE y del SUA ha permitido a las empresas reducir sus costos de operación, al utilizar medios electrónicos y contar con mayor seguridad para la realización de sus transacciones en materia de seguridad social.

GRÁFICA IV.4. PATRONES Y COTIZANTES CON PAGOS EN PORTAL BANCARIO
(MILES, 2006-2011)



Fuente: IMSS.

En 2009 inició la operación, por Internet, del sistema de consulta denominado Reporte Informativo de Semanas Cotizadas del Asegurado, mismo que se encuentra disponible en la página

http://www.imss.gob.mx. A través de este sistema los trabajadores que coticen o hayan cotizado en el IMSS pueden consultar información sobre: el número de semanas cotizadas por año (a partir de 1982 para los trabajadores asegurados permanentes, desde 1986 para los trabajadores eventuales de la construcción y para los demás trabajadores eventuales desde 1997) y antecedentes de cotización de los cinco patrones más recientes, incluyendo la información de nombre o razón social del patrón, fecha de alta y baja, el SBC a la fecha de baja con cada patrón y, en su caso, el vigente. Al 31 de diciembre de 2011 el sistema contaba con un total de 3.6 millones de asegurados registrados y durante dicho año se entregaron 2.4 millones de reportes; en el periodo de enero a junio de 2012 el número de asegurados registrados se incrementó a 4.2 millones y se expidieron 668.4 mil reportes.

En 2011 se contaba con 3.6 millones de asegurados registrados y 2.4 millones de reportes informativos; en el periodo de enero a junio de 2012 el número de asegurados registrados se incrementó a 4.2 millones y se expidieron 668.4 mil reportes.

Actualización del Marco Normativo

Durante el periodo de este Informe se actualizaron 19 procedimientos normativos en materia de afiliación, clasificación de empresas y vigencia de derechos, entre ellos los relativos a la asignación o localización de número de seguridad social, los relacionados con el Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y con la certificación de la vigencia de derechos para las prestaciones en especie y en dinero, al programa de actualización de la clasificación de las empresas en el SRT para el análisis de la clasificación de las empresas por inscripción y modificaciones en el SRT, así como los vinculados a la atención y seguimiento de escritos patronales de desacuerdo y medios de defensa en materia de clasificación de empresas y determinación de la prima en el SRT.

Capacitación y Formación de Recursos Humanos

En materia de incorporación y clasificación de empresas, 329 personas de los órganos operativos del Instituto fueron capacitadas en temas relacionados con: registro patronal, asignación de número de seguridad social, movimientos afiliatorios, incorporación voluntaria al régimen obligatorio y esquemas especiales, y análisis de los principales elementos presentados en los medios de defensa de los patrones, entre otros.

Programa de Actividades

Calidad e Integridad de las Bases de Datos Institucionales

Durante el periodo de julio a diciembre de 2012 se continuarán desarrollando las siguientes acciones: incorporación de RFC y CURP resultantes de la confronta sistemática de información contra las bases de datos del SAT y del RENAPO, así como con otras bases de datos internas y externas al IMSS; aplicación de criterios automatizados para la solución de inconsistencias de datos; aplicación de las reglas de limpieza a los padrones de derechohabientes y patrones, y en general, el reforzamiento de las acciones destinadas a promover la actualización de las bases de datos institucionales.

Trabajadores Eventuales del Campo

En el segundo semestre de este año se actualizarán los procedimientos para la inscripción de los TEC al IMSS y para la inscripción de los TEC conforme al Decreto del 24 de julio de 2007 y sus reglas. Asimismo, será elaborado el procedimiento para la inscripción de los productores de caña de azúcar.

Registro de Derechohabientes en la UMF

En el marco del proceso de credencialización de los derechohabientes, que se lleva a cabo dentro del Programa de Modernización de la Administración de Derechohabientes y las Prestaciones del IMSS (PROMADYP), se continuará avanzando durante el periodo de julio a diciembre de 2012 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

El Programa de actividades para el periodo de julio a diciembre de 2012 considera continuar con el seguimiento a la aplicación de las disposiciones normativas emitidas por el Instituto, especialmente las referidas a la actualización de la clasificación de las empresas en el SRT, a las prestadoras de servicios de personal y a los registros patronales por clase. Asimismo, se seguirá con las acciones de mejora en materia de clasificación de empresas, particularmente en los trámites de modificaciones a la inscripción patronal inicial y SRT. Con relación al Nuevo Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el SRT, se finalizarán las etapas de revisión técnica, adecuación de aspectos normativos y actualización de los sistemas institucionales vigentes.

Determinación de la Prima del SRT

Para el periodo de julio a diciembre de 2012, se tiene previsto liberar la aplicación del PEC-A43 RI, lo cual permitirá contar con alertas para el vencimiento de plazos y fechas de término de los procesos de revisión de la clasificación y

la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo, la integración del expediente electrónico de cada impugnación, así como la generación de la respectiva respuesta o resolución, además de reportes diversos sobre el estado que guarde cada caso desde su inicio.

Capacitación y Formación de Recursos Humanos

Durante el periodo de julio a diciembre de 2012 se llevarán a cabo cursos de capacitación en los que se prevé que participen 1,281 personas de los órganos operativos del Instituto, para capacitarse en temas normativos y en temas relacionados con los procesos de automatización de procesos de afiliación y de vigencia de derechos.

IV.4. REDUCCIÓN DE CARTERA EN MORA

Para mejorar la gestión de la cartera en mora y revertir su crecimiento, así como para asegurar la correcta aplicación de los criterios normativos en los procedimientos operativos en la materia, las acciones que ha desarrollado la DIR se han dirigido a incrementar la eficiencia de los mecanismos de cobro, asegurar la correcta identificación y clasificación de los créditos, automatizar los procesos, y asegurar el sustento legal de las acciones de cobranza. Lo anterior ha permitido que durante la presente Administración se mejoraran los índices de recuperación oportuna y al primer mes de los créditos fiscales, se redujo en 14.2 por ciento la cartera en mora medida en días de emisión y se cuenta con una mayor calidad en la información institucional. Cabe señalar que el importe recaudado en 2011 en el rubro de recuperación de años anteriores, fue el más alto registrado desde el inicio de la actual Administración.

Las acciones encaminadas a incrementar la eficiencia de los mecanismos de cobro, automatizar los procesos, y asegurar el sustento legal de las acciones de cobranza han permitido a esta Administración reducir en 14.2 por ciento la cartera en mora medida en días de emisión.

Informe de Labores

Emisión y Reposición de Créditos Fiscales

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, en el lapso que se informa se continuó aplicando la emisión oportuna de créditos fiscales, en especial a los patrones omisos.

Acciones de Cobranza

Durante el periodo que se informa se continuó aplicando un Programa de trabajo específico para mejorar la recuperación de la cartera, mediante el cual se establecieron acciones específicas por incidencia para la correcta clasificación y reordenamiento de la cartera, la sustitución de adeudos basados en propuestas, el impulso al embargo de depósitos en cuentas bancarias y el procedimiento para la determinación de capitales constitutivos.

En el periodo de junio de 2011 a junio de 2012 se continuó trabajando en el desarrollo 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 concluyó el análisis y definición de los procesos del sistema, se avanzó en su construcción y en la definición de su alcance final, y se realizaron las primeras pruebas funcionales, con el fin de consolidar la implantación y puesta en operación del SIPARE durante el cuarto trimestre del año.

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 derivada de la aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución (PAE), la Dirección Jurídica (DJ), la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), la Dirección de Finanzas (DF) y la DIR concluyeron la elaboración del proyecto de "Reglamento de la Ley del Seguro Social 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 IMSS y a solventar la saturación de las bodegas de las subdelegaciones del Instituto.

Incentivos al Cumplimiento Voluntario

La dispensa de garantía del interés fiscal para la autorización de solicitudes de pago a plazos, tanto en parcialidades como en forma diferida, establecida mediante Acuerdos del H. Consejo Técnico del IMSS, se mantuvo durante el periodo que cubre este Informe para promover la regularización de la situación fiscal de los patrones que así lo desean, pero que no cuentan con los recursos para cumplir el requisito que establece el Artículo 141 del Código Fiscal de la Federación (CFF). En el transcurso de 2011 se formalizaron 1,284 convenios de pago a plazos por un monto de 81.2 mdp, y durante el periodo de enero a junio de 2012 se formalizaron 826 convenios de pago por un monto de 65.6 mdp.

Asimismo, mediante la publicación del Artículo 16, apartado C, de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal de 2011, en el DOF del 15 de noviembre de 2010, y del acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto, publicado en el DOF el 14 de diciembre del mismo año, por el que se aprobaron los lineamientos aplicables a dicho Artículo, se posibilitó la aplicación de

condonaciones a favor de los patrones que de forma espontánea regularizaron sus adeudos fiscales generados hasta el 30 de junio de 2010 ante el Instituto. Los porcentajes de condonación dependieron de la fecha en que se hubiera realizado el pago del adeudo, pudiendo llegar al cien por ciento del monto de los recargos y multas causados en términos de la LSS y sus reglamentos.

Actualización del Marco Normativo

Se emitieron nueve procedimientos referidos a notificación, diligencias del Procedimiento Administrativo de Ejecución, calificación de póliza de fianza, remate de bienes, exigibilidad y cancelación de póliza de fianza, recurso de revocación, y responsabilidad solidaria.

Capacitación y Formación de Recursos Humanos

En materia de capacitación, entre junio de 2011 y junio de 2012 se realizaron tres cursos de capacitación a los que asistieron 316 personas, en los temas de actualización de las herramientas informáticas para consulta y determinación de créditos, para la atención y requerimientos de las autoridades, para el control de bienes inmuebles embargados, así como en materia de cobranza fiscal, normatividad de notificación, responsabilidad solidaria y patrones no localizados, entre otros.

Resultados de la Gestión

Para el ejercicio de 2011 se continuó con el énfasis en la recuperación de la cartera de años anteriores, y se estableció ante el H. Consejo Técnico una meta de recaudación por este concepto de 1,039.8 mdp, cifra superior en 54.1 por ciento a la registrada al cierre de 2010. De enero a diciembre de 2011, la recuperación por este concepto ascendió a 1,047.8 mdp, lo que representa 100.8 por ciento de la meta de dicho periodo.

Cabe destacar que el importe recaudado en 2011 en el rubro de años anteriores es el más alto registrado durante la presente Administración, debido a la aplicación del Artículo 16 C de la LIF de 2011. En el periodo de enero a junio de 2012, la recuperación de cartera de años anteriores alcanzó un monto de 415.6 mdp.

El importe recaudado en 2011 en la recuperación de cartera de años anteriores es el más alto registrado durante la presente Administración; en el periodo de enero a junio de 2012, este rubro alcanzó un monto de 415.6 mdp.

Si bien la cartera en mora al cierre de 2011 se ubicó en 17,339.8 mdp, cifra 3.89 por ciento superior, en términos reales, a la observada en diciembre de 2006, medida en días de emisión, fue de 28.37 días, lo que se compara favorablemente con los 33.06 días registrados en diciembre de 2006. Al cierre de junio de 2012, los esfuerzos

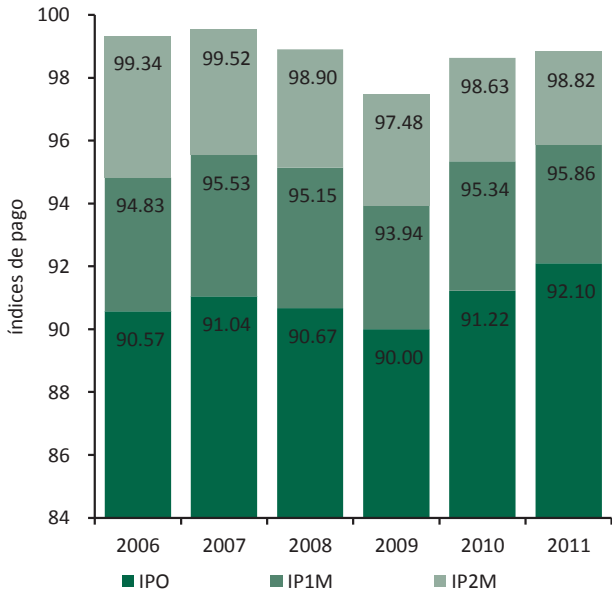
de clasificación correcta y recuperación de cartera situaron la mora en días de emisión en 30.23 días (tabla IV.3), cifra inferior en 1.7 por ciento a la registrada en junio del año precedente.

TABLA IV.3. MORA EN DÍAS DE EMISIÓN
(MILLONES DE PESOS, 2006-2011)

Año	Mora	Emisión Diaria	Mora en días	Mora real
2006	13,450.6	406.9	33.06	16,746.32
2007	13,462.7	450.7	29.87	16,154.18
2008	14,569.3	474.6	30.70	16,410.66
2009	16,379.7	510.3	32.10	17,813.34
2010	17,425.0	556.7	31.30	18,151.24
2011	17,339.8	611.2	28.37	17,398.03

Fuente: IMSS.

GRÁFICA IV.5. ÍNDICES DE PAGO
(PORCENTAJES, 2006-2011)



Fuente: IMSS.

Entre enero y diciembre de 2011 se registraron índices promedio de pago de: 92.1 en el Índice de Pago Oportuno (IPO), 95.86 en el Índice de Pago a Primer Mes (IP1M) y 98.82 en el Índice de Pago a Segundo Mes (IP2M), habiéndose cumplido las metas del IPO e IP1M comprometidas ante el H. Consejo Técnico. La evolución de los índices de pago refleja una mejora, entre 2006 y 2011, de 1.54 puntos en el IPO y de 1.03 puntos en el IP1M, en tanto que el índice de pago a segundo mes se ubica 0.52 puntos por debajo del registrado a principios de la presente Administración (gráfica IV.5).

Para el ejercicio de 2012, las metas comprometidas ante el H. Consejo Técnico son de 91.61 para el IPO, 95.54 para el IP1M y 99.06 para el IP2M. Durante los meses de enero a junio de 2012 se ha logrado cumplir las metas para el IPO y para el IP1M, con índices de 92.73 para el IPO, 0.76 puntos mayor al índice observado en el mismo periodo de 2011, y de 96.37 para el IP1M, cifra superior en 0.70 puntos a la observada en 2011, en tanto que para el IP2M se observó un nivel promedio de 98.96, lo que refleja un crecimiento de 0.14 puntos con respecto a la cifra de 2011, ubicándose sólo 0.03 puntos por debajo de la meta del periodo.

Durante 2011 y de enero a junio de 2012 se ha logrado cumplir con las metas de los índices de pago oportuno y a primer mes.

Programa de Actividades

Emisión y Reposición de Créditos Fiscales

En el periodo de julio a diciembre de 2012 se continuará supervisando la utilización de la herramienta de reposición de créditos fiscales, para contar con una cartera de créditos por cobrar con sustento legal y optimizar su proceso de cobro.

Clasificación de la Cartera

En el periodo de julio a diciembre de 2012 se continuarán impulsando y dando seguimiento a las acciones específicas que se realizan en el nivel desconcentrado para reclasificar la cartera por tipo de incidencia dentro del proceso de cobranza en el que se encuentran, lo anterior mediante la evaluación mensual de las principales incidencias, como son las del PAE y aquellas con impedimento de cobro tales como la de patrones no localizados, juicios e inconformidades.

Acciones de Cobranza

De conformidad con lo establecido en los procedimientos normativos, en el periodo de julio a diciembre de 2012 se continuará con el envío a las áreas desconcentradas de 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 igual forma, se capacitará sobre el uso de la herramienta que permitirá dar cumplimiento al Reglamento de la LSS en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la Aplicación del PAE y se iniciarán los trámites para proceder a su autorización y publicación.

Con relación al SIPARE, se avanzará en la conclusión del desarrollo de la solución tecnológica, para estar en condiciones de realizar posteriormente las pruebas funcionales, de estrés e integrales, antes de su liberación a los usuarios externos.

Entre las acciones adicionales a desarrollar para actualizar el marco normativo, se encuentra la actualización de los procedimientos de control de bienes abandonados, control de embargo de negociación con intervención con cargo a la caja o administración y control de bienes embargados, así como la consolidación de los procedimientos de recuperación de créditos fiscales enviados y recibidos en procuración de cobro, con el de administración de la cartera y su afectación en el sistema de cobranza. De igual forma se elaborará el procedimiento para la integración de expedientes por responsabilidad solidaria.

Resultados de la Gestión

Para el cierre de 2012 se espera avanzar en el cumplimiento de las metas programadas de recuperación de años y meses anteriores,

mantener el nivel observado de los índices de pago y de la cartera en mora, y continuar avanzando en el registro oportuno de las acciones de cobro.

Capacitación y Formación de Recursos Humanos

Entre julio y diciembre de 2012 se llevarán a cabo dos cursos de capacitación en los que se prevé la participación de 662 personas de los órganos operativos del Instituto; los cursos estarán enfocados a dar a conocer la actualización normativa en materia de cobranza, así como la automatización de algunos procesos de cobranza y de registro y administración de la cartera.

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

La estrategia en materia de fiscalización y combate a la evasión ha sido una de las principales vertientes de actuación del Instituto durante la presente Administración, tanto para asegurar el acceso a los servicios que proporciona el IMSS a sus derechohabientes, como para promover la equidad en el financiamiento de la seguridad social, es decir, que aquellos obligados al pago de cuotas obrero-patronales cumplan con dicha obligación mediante el combate decidido a la evasión.

Esta estrategia considera el fomento del cumplimiento voluntario de las obligaciones en materia de seguridad social, la programación y selección de actos de fiscalización con base en criterios de riesgo y costo-beneficio, la sistematización de los procesos de fiscalización, la optimización y supervisión de la ejecución de los actos de fiscalización, y el incremento de la efectividad de los mismos.

La implementación de la estrategia señalada ha permitido que la presente Administración logre avances en la reducción de la brecha recaudatoria, lo cual se ve reflejado en la evolución de la cobertura de los cotizantes al IMSS. En 2006 el nivel de cobertura de cotizantes no agropecuarios fue de 72.5 por ciento, en tanto que al cuarto trimestre de 2011 el nivel de cobertura promedio fue de 75.2 por ciento (gráfica IV.6). Al segundo trimestre de 2012, el nivel de cobertura fue de 75.7 por ciento, cifra 1.2 por ciento superior a la observada en el mismo lapso de 2011.

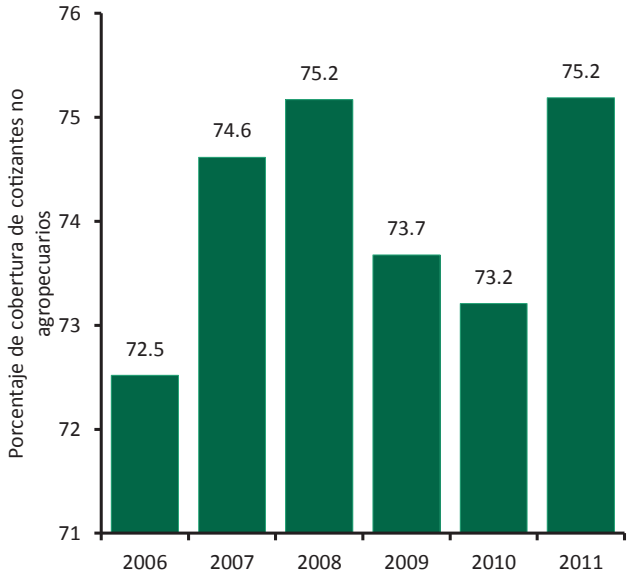
El IMSS desarrolló una estrategia de fiscalización que combate la evasión en las contribuciones; de esta manera, al segundo trimestre de 2012 el nivel de cobertura fue de 75.7 por ciento, cifra 1.2 por ciento superior a la observada al mismo lapso de 2011.

Informe de Labores

Programación y Selección de Actos de Fiscalización

Durante el periodo de este Informe se continuó enviando a las subdelegaciones la programación centralizada de actos de fiscalización para

GRÁFICA IV.6. NIVEL DE COBERTURA DE COTIZANTES NO AGROPECUARIOS *VS.* TRABAJADORES SUBORDINADOS Y REMUNERADOS NO AGROPECUARIOS
(PORCENTAJES, 2006-2011)



Fuente: IMSS.

visitas domiciliarias, revisiones de gabinete, invitaciones a la corrección patronal y revisiones de dictámenes, a los cuales se les da seguimiento permanente a nivel normativo para supervisar su adecuada ejecución.

Como resultado de la programación y selección de actos de fiscalización en el área de Auditoría a Patrones, durante 2011 se notificaron 6,576 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y en materia de construcción) y 3,527 fueron concluidos. Asimismo, se recibieron 2,075 denuncias y 13,658 solicitudes de investigación, emitiendo para su atención 11,744 revisiones conforme al Artículo 17 de la LSS y 1,543 visitas específicas. Lo anterior representa un incremento de 7.9 por ciento en el número de casos notificados, así como un aumento de 4.9 por ciento en los casos terminados e incrementos en 28.6 y 4.5 por ciento en denuncias y solicitudes de investigación, respectivamente, con relación al ejercicio 2010. Las revisiones por Artículo 17 tuvieron una variación positiva de 14.6 por ciento mientras que las revisiones por visitas específicas tuvieron una variación negativa de -17.8 por ciento en el mismo periodo. El decremento en estas últimas se debe a que en el trámite de presentación de las mismas no se cumplieron los requisitos establecidos para su formalización.

Como resultado de la programación y selección de actos de fiscalización, durante 2011 se notificaron 6,576 actos de fiscalización y 3,527 fueron concluidos; en el periodo de enero a junio de 2012 se notificaron 4,048 actos de fiscalización y se concluyeron 1,161.

En el periodo de enero a junio de 2012 se notificaron 4,048 actos de fiscalización y se concluyeron 1,161, en 93.1 por ciento de los cuales se han determinado diferencias a cargo de los sujetos obligados. Al cierre de junio, 2,887 actos se encontraban en proceso. Asimismo, se han recibido 1,131 denuncias y 6,833 solicitudes de áreas internas durante el lapso indicado, y se han notificado 6,032 revisiones conforme al Artículo 17 de la LSS y 924 visitas domiciliarias específicas. Comparado con el mismo periodo de 2011, los casos notificados aumentaron 23.2

por ciento, mientras que los casos en proceso y terminados tuvieron incrementos de 25 y 18.8 por ciento, respectivamente. El porcentaje de los actos con determinación de diferencias respecto del total de concluidos cambió de 93 a 93.1 por ciento en este periodo. Las denuncias y solicitudes de áreas internas recibidas disminuyeron 0.6 y 10.5 por ciento, respectivamente, ambos respecto del mismo periodo de 2011, mientras que las revisiones por Artículo 17 y visitas específicas tuvieron variaciones de 16 y 11.7 por ciento en el periodo enero a junio de 2012 en comparación con el mismo lapso del año precedente.

Combate a la Evasión de las Empresas Prestadoras de Servicios de Personal (*outsourcing*)

La reforma al Artículo 15 A de la LSS, publicada en el DOF el 9 de julio de 2009, permitió establecer la responsabilidad solidaria de las empresas, dependencias y entidades de la APF que se benefician de los servicios que prestan trabajadores de empresas denominadas *outsourcing* (prestadoras de servicios de personal), en sus instalaciones y bajo su dirección, mediante un contrato de prestación de servicios de personal.

Para implementar lo dispuesto en el Artículo 15 A de la LSS, el H. Consejo Técnico aprobó la emisión de dos instrumentos: i) el 8 de octubre de 2009 se publicó un acuerdo 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, y ii) se puso a disposición de las empresas de *outsourcing* (patrones y beneficiarios de estos) un sistema, denominado Sistema de Prestación de Servicios (SIPRESS), disponible en la página *www.imss.gob.mx*, mediante el cual informan al Instituto los contratos de prestación de servicios de personal celebrados con posterioridad al inicio de la vigencia de la reforma.

Con la reforma en materia de *outsourcing* se ha avanzado en la salvaguarda de los derechos de los trabajadores al permitir, con la información que se reporta al Instituto, la detección de las empresas que operan bajo dicha figura, y el inicio del ejercicio de las facultades de comprobación del Instituto sobre las mismas en los casos en que se presume el incumplimiento del marco legal. De manera adicional a la vigilancia que ejerce el IMSS para asegurar el cumplimiento del Artículo 15 A de la LSS, se llevan a cabo acciones permanentes, como la consolidación, explotación y análisis de la información contenida en las bases de datos institucionales, así como la proveniente de fuentes externas de información, como las del SAT, para identificar aquellos patrones con posibles conductas de evasión o elusión, y de esta manera prevenir que las empresas prestadoras de servicios de personal y sus beneficiarios incumplan con sus obligaciones en materia de seguridad social.

A junio de 2012 se tenían terminados un total de 983 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y visita específica) a patrones

de *outsourcing* y un total de 752 se encontraban en proceso. Del total de actos finalizados, 60.6 por ciento (596 casos) se terminaron con resultados, lo que implicó la revisión de la situación afiliatoria de 120,139 trabajadores, de los cuales 37,165 tienen ya sus derechos restituidos; el monto determinado por estas auditorías ascendió a 117.3 mdp y el monto cobrado al periodo que se informa es de 36.3 millones de pesos.

Para combatir las prácticas de los despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas de sustitución laboral a través de distintos esquemas de suministro de personal, en julio de 2010 se inició el envío de oficios a los clientes de dichos despachos, para promover su regularización fiscal. Durante 2011, se iniciaron 493 auditorías a despachos de servicios de personal y clientes de esquemas de *outsourcing*, con lo que al mes de diciembre de dicho año se encontraban en proceso 465 casos y se concluyeron 28. Entre enero y junio de 2012, se iniciaron 104 auditorías a despachos de servicios de personal y clientes de esquemas de *outsourcing*; al cierre de este periodo 35 auditorías se encontraban en proceso y 69 fueron concluidas.

Con el objeto de vigilar el cumplimiento de la obligación establecida en el párrafo tercero y quinto del Artículo 15 A de la LSS, al mes de junio de 2012 se notificaron 3,387 presunciones de irregularidad a prestadoras de servicios de personal y beneficiarios de estos, de las que 734 no fueron atendidas, por lo que a junio de 2012 se notificaron las multas correspondientes. Asimismo, en 2011 se iniciaron 168 revisiones internas de dictamen a empresas prestadoras de servicios, de las cuales 141 se encuentran en proceso de revisión y 27 han sido concluidas; en el lapso de enero a junio de 2012, se iniciaron 234 revisiones internas de dictamen, de las cuales 170 se encuentran en proceso de revisión y 64 han sido concluidas.

Optimización de la Ejecución de los Actos de Fiscalización

Se ha mejorado la programación de los actos de fiscalización, mediante la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con las mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares; de igual forma, se supervisa y apoya de manera directa y permanente a las delegaciones del IMSS en el análisis de los criterios y casos de programación de sus respectivas entidades federativas, a fin de mejorar la efectividad en la ejecución y recaudación de los casos programados y disminuir la presentación de medios de impugnación contra dichos actos.

Se ha mejorado la programación de los actos de fiscalización, mediante la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con las mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares.

Mejora de la Coordinación Institucional

Uno de los elementos centrales para mejorar la coordinación institucional con otras dependencias del Gobierno Federal ha sido la firma del convenio de colaboración entre el SAT y el IMSS, realizada el 7 de septiembre de 2010, por medio del cual se establecieron las bases de colaboración de intercambio de información administrativa y fiscal entre ambos organismos. La aplicación cabal de este convenio ha posibilitado ampliar el alcance de la colaboración entre el referido organismo y el Instituto, y su instrumentación ha permitido incrementar la presencia fiscal del IMSS.

Con el objeto de fortalecer las acciones conjuntas entre el INFONAVIT y el IMSS, el 5 de julio de 2011 se firmó el Convenio de Colaboración para la Afiliación, Emisión, Entrega, Notificación, Recaudación, Fiscalización e Intercambio de Información Administrativa y Fiscal, por medio del cual se administra la base de datos común de patrones y demás sujetos obligados al pago de cuotas y aportaciones, resultado del registro y actualización de sus altas, bajas y modificaciones de su situación ante los institutos, así como el de sus trabajadores, para emitir y entregar conjuntamente las propuestas de Cédulas de Determinación de Cuotas, de Vivienda, y descuentos para amortizar los créditos otorgados por el INFONAVIT. Este convenio contempla nuevos criterios que amplían el alcance en el intercambio de información que obtengan en la realización de sus funciones y refuerzan su actuación como organismos fiscales autónomos, atendiendo a las diversas modificaciones en los sistemas de operación e informáticos de ambos institutos.

Asimismo, se continuaron los trabajos con el SAT, con la Procuraduría de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA), con el INFONAVIT y con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), 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.

Se continuaron los trabajos con el SAT, la PROFEDET, la JFCA, el INFONAVIT y la STPS, 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.

Con respecto a la prestación de servicios de personal, se han llevado a cabo, a partir de mayo de 2010, diversos operativos conjuntos entre la STPS, el IMSS y el SAT, en los que con base en la participación en inspecciones ordenadas por la STPS, se visitaron 64 empresas, tanto prestadoras de servicios de personal como beneficiarias de estos servicios, así como 125 patrones dedicados a la minería. El personal del Instituto participa en estas inspecciones como invitados expertos o peritos en materia de seguridad social, lo que permite identificar irregularidades en los centros

de trabajo. Cabe señalar que este Programa de inspecciones coordinado por la STPS, terminó en una primera fase en septiembre de 2011. Por su parte, conjuntamente con el SAT se han realizado cuatro auditorías a prestadores de servicios de personal, siete auditorías a clientes de *outsourcing* y una auditoría a un despacho de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrece a sus clientes esquemas que contravienen el marco legal y atentan contra los derechos de los trabajadores. Estas auditorías se encuentran en proceso.

Con el fin de sentar las bases para contar con un Convenio Marco de Intercambio de Información con el Gobierno del Distrito Federal, que posibilite el intercambio de bases de datos e información fiscal, se concretó un proyecto de convenio por conducto de la Secretaría de Finanzas del Distrito Federal. La firma de dicho convenio permitirá la colaboración en la verificación del cumplimiento de las obligaciones fiscales y administrativas a cargo de los sujetos obligados, y fortalecerá las posibilidades del Instituto para programar y auditar a patrones con conductas que presuman la contravención del marco legal.

Seguimiento y Control de los Actos de Fiscalización

Para actualizar y dar mayores elementos de seguridad en la información de las bases de datos de las áreas de auditoría a patrones, el 27 de enero de 2011 se liberaron mejoras a la base de datos institucional para el seguimiento de las auditorías directas, denominada Carátula de Captura para Actos de Fiscalización (CAPAF), que han permitido mejorar el control y supervisión de los actos de fiscalización a nivel desconcentrado.

Corrección y Dictamen

Una de las estrategias definidas por la DIR durante la presente Administración ha sido privilegiar la regularización voluntaria de los patrones a través de los programas de Corrección y Dictamen, con el objetivo principal de restituir los derechos de los trabajadores de las distintas ramas económicas, realizando diversas acciones para la atención prioritaria de grupos vulnerables y con actividades de alto riesgo.

Durante el periodo que se informa se continuó con la implementación de 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 siguió actualizando el registro de Contadores Públicos Autorizados (CPA) para dictaminar, a fin de sancionar debidamente su actuación.

Durante 2011 se emitieron 41,444 promociones y 5,610 invitaciones a la corrección, cifras superiores en 66.1 y 80.9 por ciento, respectivamente, a las registradas en 2010. Asimismo, se emitieron 21,194 promociones para regularizar el registro de obras de construcción. En el periodo de enero a junio de 2012 se habían

emitido 27,596 promociones e invitaciones a la corrección, cifra superior en 16.3 por ciento en relación con lo registrado en el mismo periodo del ejercicio 2011 y se encontraban en proceso 5,090 revisiones de la corrección presentadas por los patrones que optaron por regularizar su situación ante el IMSS. Adicionalmente, se emitieron 10,841 promociones para regularizar el registro de obras de construcción, cifra superior en 33.2 por ciento en relación con lo promocionado en el mismo periodo del ejercicio 2011.

En materia de dictamen, se implementó en el mes de septiembre de 2011 el Sistema Único de Dictamen a través de Internet (SUDINET), para la entrega del dictamen por medios remotos de comunicación electrónica. A través de este sistema se ha facilitado a los patrones y CPA la presentación del dictamen de las obligaciones patronales ante el Instituto, mediante la automatización de trámites como la solicitud de registro ante el IMSS, modificaciones a su registro, así como la presentación del aviso para dictaminar y del dictamen, entre otros.

Al cierre de diciembre de 2011 se recibieron 13,564 avisos de dictamen y 13,052 dictámenes, cifras que representan incrementos de 1.3 por ciento y 5.2 por ciento, respectivamente, con relación a los resultados obtenidos en 2010. En el lapso de enero a junio de 2012 se recibieron 13,371 avisos de dictamen y 322 dictámenes, lo que representa aumentos de 0.7 por ciento y 12.2 por ciento, respectivamente, con relación a lo observado en el mismo lapso de 2011.

Con respecto al registro de CPA, al mes de diciembre de 2011 se tenían registrados 7,367 CPA para dictaminar para efectos del Seguro Social, de los cuales 5,058 se encontraban vigentes. Al mes de junio de 2012 el registro era de 7,397 CPA, de los cuales 5,031 se encontraban vigentes.

Cabe destacar la publicación en el DOF, el 4 de mayo de 2011, del Acuerdo dictado por el H. Consejo Técnico con el que se aprobó la utilización de la FIEL y su respectivo Certificado Digital, expedidos por el SAT, para que los CPA que dictaminan el cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social, realicen los trámites correspondientes a su registro, así como para la presentación de aviso para dictaminar y el dictamen para efectos del Seguro Social ante el Instituto, con lo cual, los CPA pueden presentar el dictamen en línea. Al mes de junio de 2012, 276 contadores públicos autorizados solicitaron al Instituto la autorización para el uso de la FIEL en los trámites o actuaciones que realicen ante el propio Instituto.

Industria de la Construcción

A través del Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC), los patrones pueden presentar los formatos de información por Internet a que están obligados de conformidad con el Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores

de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado (RSSOTCOTD).

El 8 de abril de 2011 se publicó en el DOF el acuerdo emitido por el H. Consejo Técnico del IMSS, mediante el cual se aprobaron los datos específicos de los formatos SATIC-01 al SATIC-05, así como el formato SATIC-06 "Aviso para informar la subcontratación", mismos que entraron en vigor a partir del 11 de abril de 2011; con esta fecha se liberó la actualización del SATIC, con las modificaciones a los formatos antes señalados.

Cabe resaltar que durante 2011 se registraron 129,161 obras y fases de construcción en el SATIC, cifra 9.9 por ciento superior a la información reportada en el sistema en 2010 de 117,516 obras y fases de construcción. Al mes de junio de 2012, se han registrado 62,939 obras y fases de obras de construcción en el SATIC, cifra 2.2 por ciento mayor a la información reportada en el sistema al mes de junio de 2011.

Los patrones pueden utilizar el sistema SATIC para presentar por Internet los formatos de información que están obligados; a junio de 2012, se han registrado 62,939 obras y fases de obras de construcción en el SATIC, cifra 2.2 por ciento mayor a la reportada en junio de 2011.

Con lo anterior, se ha avanzado en el fomento y automatización del cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones establecidas en el RSSOTCOTD, dando certeza jurídica a los sujetos obligados y proveyendo al Instituto de una sólida base de información para las acciones que realiza tendientes a la restitución de los derechos de los trabajadores de la construcción en materia de seguridad social.

En este contexto, en 2011 se inició el Programa de Regularización de Obras de Construcción, con el objetivo de salvaguardar los derechos de los trabajadores de la construcción, en concordancia con las estrategias de recaudación, por lo que en el periodo de enero a junio de 2012 se promocionó a 13,185 patrones que se detectaron con incumplimientos en la presentación del aviso de registro de obra, de incidencia de obra y/o en la relación mensual de trabajadores, cifra superior en 30.1 por ciento con relación a lo promocionado en el mismo periodo del ejercicio 2011.

Incentivos al Cumplimiento Voluntario

Cabe destacar, en materia de incentivos al cumplimiento voluntario, la publicación el 30 de junio de 2010 en el DOF del Decreto por el que se otorgan diversas facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria, entre las cuales se encuentra la eliminación de la obligatoriedad de presentar el dictamen de cumplimiento de las

obligaciones de seguridad social ante el IMSS. El 3 de diciembre de 2010 se publicaron las disposiciones específicas que deben observar los patrones a fin de aprovechar los beneficios del Decreto.

Estas facilidades tienen como objetivo coadyuvar a reducir la carga administrativa de un número importante de empresas (el dictamen en materia de seguridad social lo presentan más de 13 mil empresas, de las cuales más de la mitad lo hacen de manera voluntaria) y a generar mayores incentivos para el cumplimiento de sus obligaciones con el Instituto. Entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de junio del mismo año, se recibieron 37 solicitudes de empresas para apegarse al beneficio que establece el citado decreto.

Actualización del Marco Normativo

El 13 de octubre de 2011 se publicaron en el DOF las actualizaciones de los modelos de opinión que deben ser aplicados por los contadores públicos en el dictamen del Seguro Social, en los que se asegura la verificación de la correcta clasificación de las empresas para efectos de la determinación y pago de la prima en el SRT.

Asimismo, en materia de auditoría a patrones se actualizaron los procedimientos normativos de estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias, revisiones de gabinete y visitas domiciliarias a renglones específicos, así como el correspondiente a las estrategias para el desarrollo de revisiones por Artículo 18 del RSSOTCOTD, y se integró el compendio fiscal.

Para dar plena vigencia a las adecuaciones realizadas a la LSS, en julio de 2009 se emitieron los siguientes instrumentos normativos: procedimiento y estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias tendientes a determinar la responsabilidad del beneficiario, de conformidad con el tercer párrafo del Artículo 15 A de la LSS vigente, derivado del incumplimiento de las obligaciones del patrón ante el IMSS, y procedimiento y estrategias para el desarrollo de la visita-inspección para verificar la actividad real del patrón, su correcta clasificación y prima de riesgo.

Capacitación y Formación de Recursos Humanos

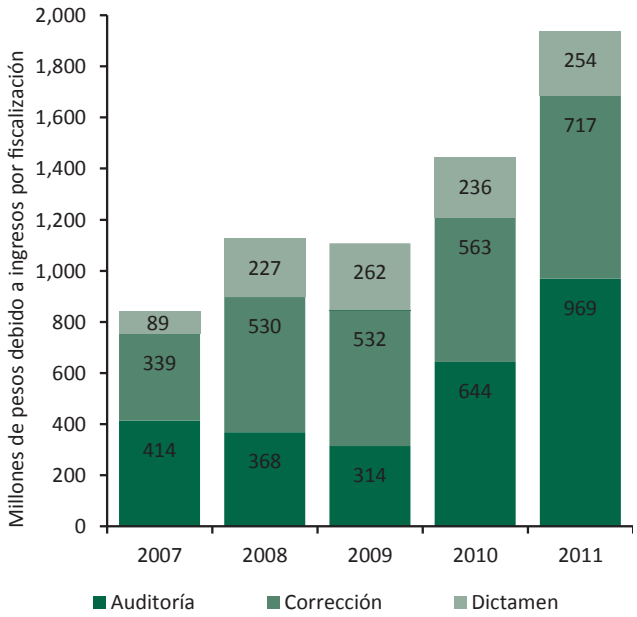
La capacitación del personal desconcentrado ha sido una de las estrategias implementadas para mejorar y optimizar la ejecución de los actos de fiscalización. Entre junio de 2011 y junio de 2012 se realizaron tres cursos de capacitación en los que participaron 1,529 personas de las áreas de fiscalización de las delegaciones y subdelegaciones del país, en los que se orientó al personal sobre los temas sustantivos de los procesos de auditoría, corrección y dictamen, incluyendo los temas de automatización de dichos procesos.

Resultados de la Gestión

Al mes de diciembre de 2011 se recaudaron 1,939.8 mdp por actos de fiscalización, cifra superior en 130.4 por ciento, en términos reales, a la obtenida en 2007 (gráfica IV.7).

Para 2012 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 H. Consejo Técnico fue de 2,246.2 mdp, cifra 15.8 por ciento superior a la recaudación observada en el año previo.

GRÁFICA IV.7. INGRESOS POR FISCALIZACIÓN
(MILLONES DE PESOS A PRECIOS DE 2011, 2007-2011)



Fuente: IMSS.

Para 2012, el objetivo de recaudación por fiscalización es de 2,246.2 mdp, cifra 15.8 por ciento superior a la recaudación observada en 2011.

Durante el periodo de enero a junio de 2012, los ingresos por este concepto fueron de 770.7 mdp, cifra inferior en 29.5 por ciento a la observada en el mismo lapso del año anterior, en el que se presentaron ingresos extraordinarios en la Delegación Puebla.

Como resultado de la estrategia de fiscalización llevada a cabo por el IMSS, se ha mejorado la efectividad en la programación y ejecución de los actos de fiscalización. En el periodo de enero a junio de 2012 la recaudación promedio por auditor fue de 189,828.6 pesos, en tanto que la recaudación promedio por auditor en el mismo lapso de 2008 fue de 99,200.3 pesos, lo que representa un incremento de 91.3 por ciento.

Programa de Actividades

Programación y Selección de Actos de Fiscalización

Entre julio y diciembre de 2012 se continuará con la programación 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 continuidad a los trabajos destinados a promover la suscripción de convenios de intercambio de información con otras entidades de la APF, por ejemplo, con la SFP y la STPS, así como con los Gobiernos de las Entidades Federativas, 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 están incrementando las propuestas de casos a fiscalizar simultáneamente entre el IMSS y el SAT, considerando el riesgo de evasión potencial de cada caso.

Se continuará trabajando 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.

Durante el segundo semestre de 2012 se reforzará la capacitación del personal operativo, mediante la impartición de cursos de capacitación a las subdelegaciones y la emisión de videoconferencias.

Mejora de la Coordinación Institucional

Se tiene contemplado, dentro de las acciones conjuntas con el SAT, integrar un grupo de trabajo en el cual se desarrollarán los mecanismos para obtener información y los lineamientos que se aplicarán, para la programación de fiscalización conjunta y para el apoyo necesario para la emisión de créditos fiscales en términos del Artículo 63 del CFF y la formulación simultánea entre ambas autoridades fiscales, de las denuncias, querellas o declaratorias respectivas ante el Ministerio Público Federal, por los delitos fiscales en que incurran los sujetos obligados.

Seguimiento y Control de los Actos de Fiscalización

Durante el segundo semestre de 2012 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

El Instituto continuará privilegiando la corrección patronal y el cumplimiento del registro de las obras de construcción. Entre julio y diciembre de 2012 se realizará una programación centralizada para el inicio de revisiones internas de dictamen y de patrones de la construcción, para promover el cumplimiento voluntario ante el Instituto, a los cuales se les dará seguimiento desde nivel central.

Asimismo, se continuará con el proceso de simplificación para facilitar la presentación del dictamen por parte de las empresas. Se continuará con las mejoras al SUDINET, a fin de que el dictamen por Contador Público para efectos del Seguro Social, que actualmente patrones y sujetos obligados pueden presentar a través de Internet, se pueda realizar en su totalidad de manera no presencial.

Para mejorar el control de la información de los patrones sujetos a actos de fiscalización, se continuará trabajando para el desarrollo de un módulo en IDSE que permita la recepción de movimientos afiliatorios derivados de los programas de corrección, dictamen y de fiscalización.

Industria de la Construcción

En el segundo semestre de 2012 se continuará con la aplicación del Programa de Regularización de Obras de Construcción, con el objetivo de salvaguardar los derechos de los trabajadores de la construcción, en concordancia con las estrategias de recaudación, con la programación de patrones que se detecten con incumplimientos en la presentación de aviso de incidencia de obra y/o en la relación mensual de trabajadores.

Actualización del Marco Normativo

En materia de normatividad, se actualizarán entre los meses de julio y diciembre de 2012 los siguientes procedimientos normativos: procedimiento para la revisión interna del dictamen e incumplimientos de los CPA, procedimiento para el registro, actualización e incumplimientos de los CPA, y procedimiento de corrección patronal.

IV.6. SISTEMATIZACIÓN EN MATERIA DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Una de las principales actividades a realizar por la DIR, en colaboración con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), es la modernización de la plataforma tecnológica con que operan los procesos de incorporación y recaudación, a efecto de optimizar los trámites y servicios que se prestan a los patrones y derechohabientes, incrementar el control y eficiencia de la operación a nivel desconcentrado, reducir los riesgos y costos de operación y con

ello contribuir a incrementar la recaudación del Instituto. Con este propósito y desde el año 2008, se ha trabajado conjuntamente en el análisis de todos los procesos en materia de incorporación y recaudación, el rediseño de procesos y definición de especificaciones, entre otras actividades, con el fin de que la DIDT cuente con los elementos necesarios para llevar a cabo el desarrollo de la nueva plataforma tecnológica.

Informe de Labores

En el periodo que cubre este Informe se concluyó con la definición de las reglas de negocio de los siguientes procesos: gestión de patrones, gestión de clasificación de empresas, gestión de derechohabientes y beneficiarios, gestión de casos de fiscalización y motor de cálculos y emisión.

Asimismo, continuaron los trabajos de limpieza de los datos contenidos en las bases de patrones, asegurados y en los catálogos institucionales y se registraron avances significativos en el desarrollo y construcción de la base de datos transaccional única de incorporación y recaudación.

Programa de Actividades

En el periodo de julio a diciembre de 2012 se deberán terminar las labores de construcción y desarrollo de los módulos necesarios para implementar los procesos de gestión de patrones, gestión de clasificación de empresas, gestión de derechohabientes-beneficiarios y gestión de casos de fiscalización.

Finalizada la construcción de dichos módulos, se iniciará su despliegue a nivel desconcentrado. En este periodo iniciará operaciones, entre otras herramientas previamente descritas, el SIPARE. Asimismo, se continuará avanzando en la definición a nivel de regla de negocio de los restantes procesos que integran las áreas de incorporación y recaudación del Instituto.

IV.7. MEJORA REGULATORIA

La DIR ha continuado implementado mejoras tendientes a simplificar los procedimientos operativos, brindar mayor certidumbre a las áreas desconcentradas respecto del marco normativo aplicable, y mejorar la atención de todos los trámites y servicios en materia de incorporación y recaudación, en beneficio de la población derechohabiente, así como de los patrones y sujetos obligados.

Informe de Labores

En la presente Administración se inició un Programa de mejora regulatoria tendiente a simplificar los trámites y servicios que brinda el Instituto. Como parte de esta mejora, en 2010 concluyó la implantación de la mejora de tres trámites de alto impacto para los usuarios de servicios médicos: i) solicitud de registro de beneficiarios; ii) solicitud de cambio de Unidad Médica de adscripción, y iii) autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea. Adicionalmente, se aplicó un plan de

aseguramiento de la implementación de las mejoras en las Unidades de Medicina Familiar y en las subdelegaciones del Instituto.

Los cambios implementados a los trámites señalados han permitido 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 y la capacitación del personal. También se facilitará el proceso de atención mediante la identificación de los usuarios a través de la credencial ADIMSS.

Asimismo, durante 2011 se avanzó en el proceso de mejora de trámites en materia de afiliación, que incluyó la conclusión del correspondiente al "Alta patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo" y el de "Presentación de la información de los contratos de prestación de servicios o trabajos a que se refiere el quinto párrafo del Artículo 15 A de la Ley del Seguro Social", mismos que se difundieron en las subdelegaciones a través de carteles y trípticos dirigidos a los usuarios de los mismos. También se finalizó la actualización de siete trámites asociados al NPIE, reduciéndose a tres, mismos que en el mes de marzo de 2012 quedaron registrados ante la COFEMER de la siguiente forma: i) Asignación del NPIE y certificado digital; ii) Cancelación de NPIE y certificado digital, y iii) Modificaciones al esquema de control de matriz y sucursales. El 10 de mayo de 2012 se liberaron los cambios a las aplicaciones informáticas relacionadas con los trámites mencionados, mismas que permitirán a los patrones el fácil entendimiento de la funcionalidad de las aplicaciones con las que interactúan para realizar sus trámites.

De marzo de 2007 a junio de 2012 se han atendido 34.2 millones de usuarios a través de los Módulos de Recepción y Atención Integral (MORAI), lo que representa un promedio anual de 6.8 millones de personas atendidas en los trámites en materia de incorporación y recaudación. Asimismo, se ha reducido el tiempo de atención en 43 segundos en promedio por trámite.

De marzo de 2007 a junio de 2012 se han atendido 34.2 millones de usuarios a través del MORAI; un promedio anual de 6.8 millones de personas atendidas en los trámites en materia de incorporación y recaudación.

Programa de Actividades

Entre julio y diciembre de 2012 se supervisará la implementación de las nuevas mejoras relacionadas con los trámites en materia de afiliación. Las actividades a desarrollar consistirán en la homologación de los requisitos de los trámites en las diversas fuentes de información, la generación de un proceso de fácil entendimiento para el desarrollo del trámite y la realización de una campaña de difusión para los usuarios.

En relación con el Módulo de Orientación y Atención Integral, éste será mejorado mediante la implementación de una herramienta más ágil para la selección de trámites de la DIR; esta mejora permitirá tener información más precisa de cada trámite y la modalidad que se atiende en las subdelegaciones.

La DIR colaborará en la implementación del Programa Anual de Actualización de Documentos Internos 2012, mediante el cual se harán las acciones pertinentes para actualizar, consolidar y eliminar documentos normativos, con el propósito de mantener la norma necesaria para la realización de las funciones de las áreas operativas.

Finalmente, en materia de transparencia, se continuarán realizando las actividades necesarias para lograr un resultado en el indicador de oportunidad de atención de solicitudes de información, similar al registrado en el año 2011, el cual fue de 99.4 por ciento. Lo anterior, acorde con el compromiso del Instituto para el año 2012, de 99 por ciento.

IV.8. ACCIONES DE SUPERVISIÓN A LA OPERACIÓN

Con el fin de responder a los nuevos esquemas de operación de las funciones de incorporación, recaudación y fiscalización, una de las vertientes de actuación durante la presente Administración ha sido el fortalecimiento de las acciones de supervisión. Por ello, en 2008 se creó la Coordinación de Supervisión a la Operación del Nivel Desconcentrado, la cual integró las funciones de supervisión y seguimiento a las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza y a las subdelegaciones, y ha permitido generar una articulación más eficiente entre las áreas normativas y la operación, verificar la aplicación uniforme de la normatividad, evaluar el cumplimiento de las metas institucionales, su avance y las estrategias para su cumplimiento e identificar las mejores prácticas.

Informe de Labores

Durante el periodo de este Informe se realizaron 35 visitas de evaluación, supervisión y seguimiento a los órganos de operación administrativa desconcentrada. Desde su creación, se han realizado un total de 95 visitas a las delegaciones y subdelegaciones del Instituto, pasando de 23 en 2009 a 30 en 2011.

Con motivo de las visitas de supervisión que se han realizado, se presenta al personal directivo delegacional un informe sobre las principales conclusiones y recomendaciones, en el cual se analizan y evalúan los resultados derivados del seguimiento a las metas e indicadores institucionales, su avance y las estrategias para su cumplimiento, y se incluyen las situaciones en las que se detectan inconsistencias en la aplicación del marco normativo.

Cabe destacar que, como parte del esquema de fortalecimiento de la función de supervisión,

se cuenta con una metodología de seguimiento cuyo objetivo es solventar los compromisos de los órganos de operación administrativa desconcentrada, lo que coadyuva a garantizar que la operación del Instituto se realiza de conformidad con lo que establece la normatividad. Asimismo, destaca el incremento sustancial en los procesos supervisados por la Coordinación de Supervisión a la Operación del Nivel Desconcentrado, los cuales pasaron de 31 en 2009 a 86 a realizar durante 2012.

Adicionalmente, en los casos de recepción de denuncias y/o quejas por posibles irregularidades de los servidores públicos adscritos a los organismos de operación desconcentrada, se procede a remitir la información del caso al titular de la delegación respectiva, a fin de que dicha autoridad realice las acciones correspondientes y, en su caso, aplique medidas preventivas y correctivas, de conformidad con lo señalado en los Artículos 139 y 144, fracción XXXV, del RIIMSS. Durante el periodo de junio de 2011 a junio de 2012 se turnaron a las instancias competentes 25 denuncias y cinco quejas.

Se continuó aplicando la Guía de Supervisión Operativa de Incorporación, Recaudación y Fiscalización, cuyo objetivo es contribuir a que los procesos operativos de las subdelegaciones del IMSS se desarrollen en apego a la normatividad vigente y que las políticas y programas de la DIR se apliquen correctamente. Dicha Guía se actualiza y monitorea bimestralmente.

Derivado de los esfuerzos realizados por la DIR para mejorar los mecanismos de control interno y fortalecer la supervisión de la gestión desconcentrada, durante el periodo que se informa se registró una reducción de 84 por ciento en las observaciones emitidas por los entes fiscalizadores.

Programa de Actividades

En el periodo de julio a diciembre de 2012 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 de Supervisión Operativa de Incorporación, Recaudación y Fiscalización. Asimismo, se continuarán implementando medidas destinadas a promover el cumplimiento cabal del marco normativo que regula la operación en materia de incorporación y recaudación, tanto a nivel central como en los órganos de operación administrativa desconcentrada, a mejorar la coordinación con los diversos entes fiscalizadores, y asegurar un oportuno y adecuado desahogo de sus observaciones y recomendaciones.

IV.9. PROGRAMAS DE APOYO AL EMPLEO

El Gobierno Federal ha instrumentado diversos programas con el objetivo de promover la creación de nuevos empleos y la formalización de los existentes, entre los que destaca el Programa Primer Empleo (PPE).

Programa Primer Empleo

El PPE inició operaciones el 1 de marzo de 2007, con el fin de incentivar la entrada de jóvenes al mercado laboral formal. La mecánica de operación del Programa se basa en otorgar un subsidio a las empresas durante un periodo máximo de 12 meses, con el objeto de cubrir la parte de las cuotas obrero-patronales de los trabajadores de nuevo ingreso. El subsidio se calcula con base en el SBC. Los trabajadores registrados con un SBC menor a 10 salarios mínimos reciben un subsidio de 100 por ciento; mientras que este porcentaje disminuye progresivamente hasta alcanzar 10 por ciento para aquellos trabajadores registrados con un SBC mayor a 20 salarios mínimos.

Para hacer más flexible y atractivo el Programa, se llevó a cabo una primera modificación al Decreto que entró en vigor el 15 de enero de 2008. Posteriormente, el 14 de noviembre de 2011 se publicó una segunda modificación, que amplía la vigencia del Programa del 30 de agosto de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2012 para la inscripción de patrones y el registro de trabajadores, y flexibiliza sus reglas de operación.

Durante 2011 se inscribieron al Programa 2,369 registros patronales y se registraron 12,829 trabajadores, siendo los estados con mayor participación Nuevo León, Jalisco y Estado de México (12.2, 11.5 y 8.4 por ciento, respectivamente). Desde el inicio del Programa, en marzo de 2007 y hasta el 30 de junio de 2012, se tiene un total de 25,759 registros patronales inscritos y 92,059 nuevos trabajadores registrados (tabla IV.4).

Los gastos generados por el Programa desde su inicio, en marzo de 2007 y hasta diciembre de 2011, ascendieron a 244 mdp: 184 mdp para el pago de subsidio y 60 mdp de gastos de operación. Estos últimos incluyen las campañas realizadas en el primer año de su lanzamiento para difundir el Programa, el pago del estudio de evaluación solicitado por el CONEVAL y las comisiones bancarias por las transferencias realizadas para el pago del subsidio.

TABLA IV.4. REGISTROS EN EL PROGRAMA PRIMER EMPLEO
(REGISTROS PATRONALES Y TRABAJADORES)

Año	Registros Patronales	Trabajadores Registrados
2007	10,843	14,958
2008	6,680	31,174
2009	2,022	13,212
2010	1,111	13,655
2011	2,369	12,829
2012[1/]	2,734	6,231
Total	**25,759**	**92,059**

[1/] Datos al 30 de junio de 2012.
Fuente: IMSS.

Desde el inicio del Programa y hasta el 30 de junio de 2012, se tiene un total de 25,759 registros patronales inscritos y 92,059 nuevos trabajadores registrados en el PPE.

De enero a junio de 2012, el gasto total se incrementó en 29.3 mdp por pago de subsidio, con lo que el gasto total asciende a 273.2 mdp. Considerando este importe, al mes de junio de 2012, el saldo del Fondo de Reserva, constituido al inicio del Programa con las transferencias del Gobierno Federal, es de 1,038.6 mdp.

Programa de Actividades

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, así como a los programas de fomento al empleo, como el PPE.

JURÍDICO

Las actividades que desarrolla la Dirección Jurídica (DJ) del IMSS se enfocan al cumplimiento de cinco objetivos principales. El primero es 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 el ámbito de su competencia.

El segundo es 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.

El tercero es determinar los criterios jurídicos conforme a los cuales se realizan las investigaciones administrativas de conductas presuntamente delictivas en perjuicio del Instituto y, en su caso, presentar las denuncias o querellas correspondientes.

El cuarto es definir los criterios para que las investigaciones laborales que practique se apeguen a lo que establecen la Ley Federal del Trabajo (LFT) y el Contrato Colectivo de Trabajo

(CCT), los cuales rigen las relaciones laborales entre el Instituto y sus trabajadores.

El quinto es automatizar y analizar la información del trámite y resultados de los procesos jurídicos, apoyando la operación institucional, a fin de mejorar la eficacia y calidad en la prestación de los servicios jurídicos.

V.1. DIRECCIÓN JURÍDICA

V.1.1. LEGISLACIÓN Y CONSULTA

Informe de Labores

Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados a través del Procedimiento Administrativo de Ejecución

El 29 de junio de 2011, el H. Consejo Técnico aprobó el anteproyecto de Reglamento de la Ley del Seguro Social (LSS) en materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución (PAE), e instruyó a la DJ para que lleve a cabo las acciones correspondientes encaminadas a presentar el proyecto de Reglamento citado ante la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal y cualquier otra instancia que señalen las disposiciones aplicables y, en su caso, se someta a la consideración del Ejecutivo Federal, para que de considerarlo conveniente, en términos de su facultad reglamentaria, expida el Decreto respectivo y ordene su publicación en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

En diciembre de 2011, la DJ registró ante la Secretaría de la Función Pública (SFP) en el informe de Acciones y Compromisos Relevantes en proceso de atención a diciembre de 2011, el compromiso de formalizar y publicar en el DOF este Reglamento, durante el presente año.

En marzo de 2012, se envió a la Procuraduría Fiscal de la Federación (PFF) el dictamen de impacto presupuestario en el cual concluye que el proyecto en mención no representa impacto presupuestario, ya que su implementación será realizada con el gasto programable aprobado al Instituto. Asimismo, se envió la última versión del anteproyecto de Reglamento, a efecto de recabar la opinión de la PFF y de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), toda vez que en su oportunidad los respectivos Secretarios deberán refrendar el Reglamento en cuestión.

Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS)

El H. Consejo Técnico aprobó el anteproyecto de Decreto por el que se reforma el Artículo 155 del RIIMSS, con motivo de la creación del municipio de Bacalar en el Estado de Quintana Roo. Como parte de las gestiones para su presentación ante la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, se obtuvo el dictamen de exención de la Manifestación de

Impacto Regulatorio, emitido por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria; el dictamen de no impacto presupuestario, elaborado por la Dirección de Finanzas (DF) del IMSS, y se solicitó la opinión de la PFF, ya que, en su oportunidad, el Secretario de Hacienda y Crédito Público deberá refrendar el Reglamento en cuestión.

Análisis de los Aspectos Jurídicos Relacionados con Estrategias del Ejecutivo Federal que Impactan al Instituto

Con respecto al impacto en el Instituto de los Programas del Ejecutivo Federal, las siguientes acciones enlistadas fueron las más relevantes.

En primer lugar, en febrero de 2012 se suscribió el Programa de Trabajo específico para el fortalecimiento de las acciones de blindaje electoral y prevención de delitos electorales federales, a celebrarse entre el IMSS y la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales (FEPADE), a fin de contribuir a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficacia, transparencia y equidad, en dicho proceso electoral. En el mismo mes, se celebró un Convenio de Colaboración con la Tesorería de la Federación que tiene por objeto la administración y pago de las pensiones y prestaciones a cargo del Gobierno Federal y que se encontraban en curso, de conformidad con lo establecido en el Artículo Duodécimo transitorio de la LSS publicada el 21 de diciembre de 1995. La revisión y dictamen de los aspectos técnico legales de los citados documentos estuvo a cargo de la DJ conforme a lo dispuesto en el Artículo 75, fracción III, del RIIMSS.

El Instituto suscribió con la Fepade el Programa de Trabajo para el fortalecimiento de las acciones de blindaje electoral y prevención de delitos electorales federales, a fin de contribuir a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficacia, transparencia y equidad, en el proceso electoral de 2012.

En mayo del 2011 se intervino en el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios con la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y diversas instituciones estatales de Salud, con el objetivo de fijar los lineamientos generales para la formalización de los compromisos para intercambiar servicios de atención médica, permitiendo la atención médica de los diversos derechohabientes y/o beneficiarios, pueda darse en diferentes clínicas y que éstas posteriormente realicen el pago correspondiente.

Asimismo, en el Convenio con la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) realizado en julio de 2011, se estableció la implementación del Programa “Tu Afore, Tu Ventanilla”, para promover, regular, supervisar y vigilar que las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) funjan como ventanilla de orientación para los trabajadores derechohabientes del Seguro Social, para el trámite de su pensión o jubilación.

El Instituto intervino en el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios con la SSA, el ISSSTE y otras instituciones estatales de Salud, con el objetivo de facilitar que la atención médica a los derechohabientes se pueda dar en diferentes clínicas.

Finalmente, el Convenio de Colaboración y Apoyo Interinstitucional IMSS-DIF-CENADIC celebrado en febrero de 2012, tuvo como fin el establecer las acciones necesarias para brindar atención a los beneficiarios de servicios sociales del IMSS, en la promoción de una vida activa y saludable, así como en la prevención, detección, atención y rehabilitación del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Se suscribió el Convenio de Colaboración y Apoyo Interinstitucional IMSS-DIF-CENADIC con el fin de brindar atención a los beneficiarios en la promoción de una vida activa y saludable, así como en la prevención de dependencia de sustancias psicoactivas.

Inversión en el Fortalecimiento de Afore XXI

Se intervino en la suscripción de los convenios relacionados con el fortalecimiento de Afore XXI, entre el Instituto y Banorte, con el objeto de acordar los lineamientos y políticas que apoyen el manejo de la Afore y las Sociedades de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro (Siefore), resultantes de la fusión. Además se celebró el Acuerdo para que Banorte transmitiera parte de su tenencia accionaria y logre que su socio en Afore Banorte-Generali, S. A. de C. V., venda al Instituto la totalidad de su parte accionaria en dichas sociedades, para que éste alcance una tenencia accionaria de 50 por ciento de Afore Banorte-Generali, S. A. de C. V.

Se intervino en la suscripción de los convenios relacionados con el fortalecimiento de Afore XXI, entre el Instituto y Banorte, con el objeto de acordar los lineamientos y políticas que apoyen el manejo de la Afore y las Siefore, resultantes de la fusión.

En octubre de 2011, se firmó el Contrato de Compraventa de Acciones Sujeto a Condición Suspensiva, celebrado por el IMSS, *Participatie Maatschappij Graafschap Holland N. V., Flandria Participations Financieres, S. A.,* Banco Mercantil del Norte, S. A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte, y Banorte Generali, S. A. de C. V., Afore, mediante el cual se formalizó la adquisición de 50 por ciento de las acciones de la Afore por parte del IMSS al grupo Banorte-Generali, S. A. de C. V., entre otros aspectos. El 5 de diciembre de 2011 se llevó a cabo la Asamblea General Extraordinaria de Accionistas de Banorte Generali, S. A. de C. V., Afore, en la que se le transmite a favor del IMSS 50 por ciento de la participación de las acciones de *Flandria*

Participations Financieres, S. A., con el propósito de que se lleve a cabo la fusión entre Afore XXI, S. A. de C. V. y Banorte Generali, S. A. de C. V., Afore.

Se celebró el Acuerdo para que Banorte transmitiera parte de su tenencia accionaria y Afore Banorte-Generali venda al Instituto la totalidad de su parte accionaria, con lo que alcanza una tenencia accionaria de 50 por ciento de la Afore.

Instrumentación de Herramientas Legislativas Institucionales, a Efecto de Apoyar en los Diferentes Ámbitos de Acción del Instituto

Se concluyó la elaboración de la LSS correlacionada y vinculada con criterios jurisprudenciales, y se realizó su difusión entre los servidores públicos del Instituto para su consulta y análisis vía Intranet.

Representación del IMSS ante el Registro Público de Organismos Descentralizados (REPODE)

La Ley Federal de las Entidades Paraestatales (LFEP) y su Reglamento establecen la obligación que tienen los organismos descentralizados de inscribir diversos ordenamientos y documentos en el Registro Público de Organismos Descentralizados. Por esta razón, en noviembre de 2011 la PFF liberó el sistema electrónico a través del cual funcionará dicho Registro.

Se llevó a cabo el registro de los documentos señalados en la LFEP, y que se encontraban vigentes al 23 de noviembre de 2011, habiéndose obtenido folio de inscripción del RIIMSS; del nombramiento de los miembros del Órgano de Gobierno, del Secretario y Prosecretario de éste; del Director General, de los Directores Normativos y otros funcionarios que lleven la firma de la entidad, tales como Titulares de Unidad, Coordinadores Normativos, Coordinadores Técnicos, Titulares de Delegaciones y UMAE, así como los poderes generales otorgados y sus revocaciones.

Se concluyó la elaboración de la LSS correlacionada y vinculada con criterios jurisprudenciales, y se realizó su difusión entre los servidores públicos del Instituto para su consulta y análisis vía Intranet.

Implementación del Registro del Patrimonio Inmobiliario Institucional (RPII)

Con el objeto de avanzar en la regularización jurídica de los inmuebles a cargo del Instituto, se han llevado a cabo acciones de índole estrictamente jurídica, en apoyo a la DAED, que legalmente ostenta el cargo de "responsable inmobiliario", como son: consolidar la información inmobiliaria; determinar la situación jurídica de los inmuebles propios; obtener los documentos que amparan la propiedad y en su defecto, la posesión de los inmuebles a favor del Instituto, y resguardar

uno en la DJ como archivo de respaldo; identificar y promover la inscripción de los documentos que amparan la propiedad y en su defecto, la posesión de los inmuebles a favor del Instituto, en los Registros Públicos de la Propiedad locales y federal, y promover la correcta integración y clasificación de los expedientes jurídicos inmobiliarios, de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG).

Existen 1,939 registros cuyo usuario es el IMSS, en los que la información del inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal determina que los documentos amparan la propiedad del inmueble a favor del Instituto, por lo que se consideran regularizados. Se ha verificado la integración y elaboración de certificación de 1,100 títulos de propiedad.

En 136 registros cuyo usuario es el Instituto, se refleja la existencia de documentos que amparan la propiedad del inmueble y que no cuentan con folio real del Registro Público de la Propiedad Federal (RPPF), por lo que se consideran pendientes de regularizar, habiéndose gestionado a la fecha la inscripción de 23 títulos de propiedad y la actualización de datos de 24 de ellos. En 184 casos, los datos proporcionados en el Inventario del Patrimonio de Inmueble Federal impiden determinar si los documentos con que se cuenta amparan la propiedad de los inmuebles, por lo que se inició un proceso para recabar y analizar los mismos, a fin de verificar su situación jurídica real, habiéndose encontrado a la fecha 35 contratos privados que amparan la propiedad de los inmuebles respectivos a favor de este Organismo.

Existen 1,939 registros cuyo usuario es el IMSS y que se consideran regularizados. El Instituto ha verificado la integración y elaboración de certificación de 1,100 títulos de propiedad.

Implementación del Registro y Control de los Contratos y Convenios Suscritos por el Director General

Del periodo de diciembre de 2006 a febrero de 2009 la Dirección General suscribió 1,482 contratos y convenios en materia de adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios y 249 contratos y convenios en materia de obras públicas y servicios relacionados con las mismas. Del periodo de marzo de 2009 a junio de 2012, los contratos suscritos por el Director General, relacionados con adquisiciones, arrendamientos y servicios, fueron 456, de los cuales 255 se instrumentaron para efectos de adquisición de medicamentos. En materia de obras públicas y servicios relacionados con las mismas se celebraron 60.

De marzo de 2009 a junio de 2012 se suscribieron 456 contratos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios, de los cuales 255 se instrumentaron para efectos de adquisición de medicamentos, y 60 contratos en materia de obra pública y servicios relacionados.

V.1.2. ASUNTOS CONTENCIOSOS

En el ámbito nacional durante el periodo que se informa se atendieron 44,754 juicios fiscales y administrativos, 5,120 juicios de amparo en materia administrativa, así como 2,327 juicios civiles, mercantiles y de procedimientos especiales. También se revisaron 13,861 acuerdos emitidos por Tribunales Federales; se desahogaron 24,858 requerimientos judiciales; se rindieron 845 informes previos y justificados en juicios de amparo, y se resolvieron 2,006 consultas formuladas por las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos (JDSJ).

Sentencias Favorables a los Intereses Institucionales

En Materia de Impuestos y Derechos

Las autoridades fiscales del Distrito Federal y de los Estados de México, Campeche, Guerrero, Guanajuato, Morelos, Puebla, Querétaro y Veracruz, así como las autoridades fiscales federales, han pretendido cobrar al IMSS el pago por concepto de Impuesto sobre Nóminas, Impuesto Sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal e Impuesto sobre Servicios de Hospedaje, no obstante lo dispuesto en el Artículo 254 de la LSS, que establece que el Instituto no es sujeto de pago de contribuciones federales, estatales y municipales, y que la Federación, los Estados y el Gobierno del Distrito Federal y los Municipios, no podrán gravar con impuestos su capital, ingresos, rentas, contratos, actos jurídicos, títulos, documentos, operaciones o libros de contabilidad, aun en el caso de que las contribuciones, conforme a una ley general o especial, fueran a cargo del Instituto como organismo público o como patrón, razón por la cual el IMSS promovió diversos juicios, logrando con los juicios ganados que el Instituto no realice erogaciones por concepto de los impuestos establecidos en las leyes fiscales estatales.

En el ámbito nacional se atendieron 44,754 juicios fiscales y administrativos, 5,120 juicios de amparo en materia administrativa, así como 2,327 juicios civiles, mercantiles y de procedimientos especiales. También se resolvieron 2,006 consultas formuladas por las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos.

En la Delegación Estado de México Oriente se logró que el Instituto no erogara la cantidad de 21,189 mdp por concepto de Impuesto Sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal. Asimismo, en las Delegaciones Veracruz Norte y Sur se logró no erogar la cantidad de 547.73 mdp al conceder el amparo al IMSS y al confirmarse por la SCJN. En la Delegación Campeche también se obtuvieron resultados favorables al no pagar la cantidad de 84.1 mdp.

En materia de derechos por el suministro de agua se logró por parte de las JDSJ en las Delegaciones Distrito Federal Sur y Morelos, que el Instituto no erogara 305.1 mdp.

Se obtuvieron sentencias favorables al Instituto en juicios interpuestos por autoridades fiscales locales y federales por concepto de Impuesto sobre Nóminas, Impuesto Sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal e Impuesto sobre Servicios de Hospedaje.

Centro de Asistencia Renal, S. A. de C. V.

Esta empresa promovió un juicio de amparo indirecto contra la convocatoria, bases y fallo de la licitación pública internacional 00641321-007-08, para la contratación del servicio subrogado de hemodiálisis. Con estos documentos se adjudicaron contratos a la empresa Centro de Diagnóstico Ángeles, S. A. de C. V. En ese juicio de amparo se concedió la suspensión definitiva, por lo que el IMSS interpuso recursos de revisión, logrando la negativa de la suspensión definitiva. Este asunto se concluyó por desistimiento de la empresa quejosa.

Esta empresa también promovió otro juicio de amparo contra el dictamen emitido el 4 de marzo de 2011 por el Comité Delegacional de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, a favor de Centro de Diagnóstico Ángeles, S. A. de C. V., para la prestación del servicio subrogado de hemodiálisis en la Delegación Estado de México Poniente. Se sobreseyó en el juicio por haber fenecido la vigencia del contrato.

Atención Especial a los Juicios y Asuntos de Mayor Cuantía e Importancia

Impuesto Sobre Nóminas del Distrito Federal y los Estados

Se han interpuesto diversos medios de defensa en contra del cobro que por concepto de impuesto sobre nóminas pretenden realizar el Gobierno del Distrito Federal y los Estados de Campeche, Coahuila, Guerrero, Estado de México y Tlaxcala por 10,729.22 mdp, los cuales se encuentran pendientes de resolución.

Impuesto sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal Prestado Bajo la Dirección y Dependencia de un Patrón (Federal), Vigente Hasta 1993

En abril de 2009, el IMSS interpuso el juicio de nulidad en contra de la resolución del 28 de enero de 2009, emitida por el SAT, en la que se determinó un crédito fiscal por los ejercicios de 1990, 1991 y 1992, por la cantidad de 4,041.24 mdp. En la sentencia del 28 de febrero de 2011, se reconoció la validez de la resolución impugnada, por lo que el 26 de abril de 2011 se promovió un juicio de amparo por parte del IMSS, el cual se radicó ante el Décimo Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, con el D.A. 737/2011, quien por ejecutoria del 20 de abril de 2012, concedió el amparo solicitado, para el efecto de que la Segunda Sala del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa (TFJFA),

deje insubsistente la sentencia reclamada y, con plenitud de jurisdicción, emita una nueva en la que se ocupe de estudiar los argumentos que omitió.

Impuesto Sobre la Renta

El IMSS interpuso un juicio de nulidad ante el TFJFA en contra de la determinación de dicho impuesto, correspondiente al ejercicio fiscal 2003, por la cantidad de 4,299 mdp. En mayo de 2009 se promovió el incidente de suspensión, a fin de evitar cualquier acto tendiente a cobrar el importe del crédito impugnado. En agosto, se admitió a trámite la demanda y se concedió la suspensión provisional al Instituto. El 7 de enero de 2011, se desahogó el requerimiento formulado por la Sala Superior del Tribunal, señalando domicilio y autorizados, toda vez que ejerció su facultad de atracción. Se encuentra pendiente de sentencia.

El IMSS interpuso demanda de nulidad vía juicio en línea del TFJFA, en contra de la resolución por la que se determinó al Instituto dicho impuesto, correspondiente al ejercicio fiscal 2006, por la cantidad de 5,793 mdp. Por acuerdo del 2 de marzo de 2012, se admitió a trámite la demanda y se concedió la suspensión definitiva al Instituto. Este asunto se encuentra pendiente de sentencia.

Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V. (PROCE)

En noviembre de 1997, el H. Consejo Técnico autorizó concesionar una superficie de 232,943 m^2 del Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec “Presidente Adolfo López Mateos”, para la construcción de un parque acuático.

Como resultado del procedimiento de licitación respectivo, el 28 de julio de 1998 el IMSS otorgó un Título de Concesión a la empresa Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V. (PROCE), publicado en el DOF el 7 de agosto de 1998. Ante el incumplimiento por parte de la concesionaria del pago de las contraprestaciones económicas consignadas en el Título de Concesión, el H. Consejo Técnico instruyó a la DJ a realizar las acciones legales para revocar la concesión.

En enero de 2003, la DJ notificó a la concesionaria el inicio del procedimiento administrativo de revocación del Título de Concesión, derivándose de ello múltiples procesos judiciales promovidos por el IMSS y por PROCE. Los adeudos de PROCE ante el IMSS, con actualización y recargos causados al mes de mayo de 2011, ascienden a 736.1 mdp.

Entre los logros obtenidos en materia civil, se destacan la declaración de validez de las prestaciones contenidas en el Título de Concesión, la condena a PROCE para que realice el pago de todas las cantidades adeudadas al Instituto y la entrega del Parque Acuático por parte de la empresa.

El IMSS presentó en diciembre de 2009 una denuncia penal en contra de los representantes legales de PROCE y de la empresa denominada INFOMIN por considerar que incurrieron en

simulación de actos jurídicos para evitar el cobro de los adeudos por parte del IMSS.

En el entorno referido, como las resoluciones emitidas fueron desfavorables para PROCE, el 1 de julio de 2011, el apoderado legal de esta empresa presentó ante la Dirección General del IMSS, un escrito de renuncia a la concesión otorgada el 28 de julio de 1998. En la sesión ordinaria del 20 de julio de 2011 el H. Consejo Técnico aprobó el Proyecto de Acuerdo en el cual: i) se toma nota de la renuncia presentada por PROCE; ii) se establecen las bases para la reversión al Instituto del Parque Acuático Oaxtepec, con todo lo que de hecho y por derecho le corresponde; iii) se dispone que PROCE ratificará su renuncia a la concesión ante el H. Consejo Técnico, una vez que se determine el cumplimiento, a satisfacción del Instituto, de las condiciones establecidas en el Acuerdo, y iv) hasta que se formalice la ratificación de la renuncia, PROCE quedará sujeto al cumplimiento de las obligaciones señaladas en el Título de Concesión. Con base en lo anterior, el Instituto recibió de PROCE las instalaciones y bienes del Parque Acuático Oaxtepec. Lo anterior, sin perjuicio de la continuación de los juicios y procedimientos en proceso ante diversas autoridades del Poder Judicial de la Federación (PJF), a los que se ha hecho referencia con anterioridad.

Con motivo de la recepción del Parque Acuático, la DJ llevó a cabo el trámite registral de los documentos relacionados con la renuncia al Título de Concesión de 1998.

Concursos Mercantiles

El concurso mercantil exp. 130/2006 acumulado al 73/2006, relativo a los Ingenios, involucra el reconocimiento de créditos por cuotas obrero-patronales (COP) a favor del IMSS y a cargo de diversos ingenios. Este concurso fue radicado en el Juzgado Décimo de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal. En la sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, se reconoció al IMSS la cantidad de 2,449.9 mdp. El concurso se encuentra en la etapa de quiebra, en la que están pendientes de resolverse diversos recursos interpuestos por las concursadas y el conciliador en contra de la sentencia que la declaró. En marzo de 2012 el Tercer Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito, al resolver uno de los recursos planteados, confirmó el estado de quiebra de Ingenio Casasano La Abeja, S. A. de C. V., así como ordenó se nombre síndico y se proceda a la venta de los bienes que forman el patrimonio del ingenio. Por cuanto a los demás ingenios continúan suspendidos los concursos acumulados.

El concurso mercantil exp. 432/10 de Compañía Mexicana de Aviación se refiere al reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS. El Juzgado Décimo Primero de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal, en la sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, reconoció al IMSS la cantidad de 145,262 mdp. En febrero de 2012, se dicta acuerdo que ordena la suspensión del procedimiento por tiempo indefinido, por

estar en pláticas para la celebración del convenio concursal. En junio de 2012 el IMSS promovió incidente de pago de las contribuciones de seguridad social de la concursada dándose vista al Conciliador. Está pendiente de resolución.

El concurso mercantil exp. 510/10 de la empresa Mexicana Inter, S. A. de C. V., también se ocupa del reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS. El 11 de febrero de 2011 se publicó la sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, en la que se reconoció al Instituto la cantidad de 8.8 mdp, misma que comprende la totalidad de los créditos adeudados por la concursada. El 17 de febrero de 2012, se dicta acuerdo que ordena la suspensión del procedimiento por tiempo indefinido, por estar en pláticas para la celebración del convenio concursal.

El concurso mercantil exp. 516/10 de la empresa Aerovías Caribe, S. A. de C. V. se refiere al reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS. La sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, correspondiente a este asunto, se publicó el 11 de febrero de 2011 y reconoció al IMSS la cantidad de 16.3 mdp misma que comprende la totalidad de los créditos adeudados por la concursada. El 7 de febrero de 2012 se dicta acuerdo que ordena la suspensión del procedimiento por tiempo indefinido, por estar en pláticas para la celebración del convenio concursal.

En los dos últimos concursos citados, el 11 de junio de 2012 el IMSS promovió incidente de pago de las contribuciones de seguridad social de la comerciante dándose vista al Conciliador. Se encuentra 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 2004)

Se han promovido 397 juicios de amparo, de los cuales 396 están concluidos, 391 con resultados favorables al IMSS, al sobreseer en el juicio, porque no se acredita un acto de aplicación de los Artículos 1, fracción II; 5, penúltimo párrafo; 9, 12, 12 A, 12 B, y 16, y se niega el amparo, porque no violan las garantías de legalidad y seguridad jurídica, los principios de legalidad tributaria, destino a gasto público, ni la facultad reglamentaria. De los seis asuntos restantes, un juicio sobresee por caducidad de la instancia; cuatro juicios conceden el amparo porque los Artículos 9 y 12 violan la facultad reglamentaria al solicitar información y documentación no prevista en la LSS, y un juicio está pendiente de resolución definitiva.

Decretos por los que se Reforman y Adicionan Diversos Artículos de la Ley del Seguro Social

Se publicó un decreto en el DOF el 16 de enero de 2009, referente a los Artículos 5 A, fracción XVIII, y 27 (SBC). A la fecha, 36 juicios de amparo han sido promovidos y concluidos favorablemente al

IMSS, al negar el amparo, porque el Artículo 27 no viola el principio de legalidad tributaria y seguridad jurídica.

Con respecto al decreto publicado en el DOF el 9 de julio de 2009, referente a los Artículos 5 A, fracción VIII, y 15 A (responsabilidad solidaria), 50 juicios de amparo han sido promovidos y concluidos con resultados favorables al IMSS, al negar el amparo porque el Artículo 15 A no viola las garantías de igualdad, legalidad y seguridad jurídica.

Juicios de Amparo en Contra de la Aplicación del Artículo 109, Fracción III, de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

En esta materia se han promovido 650 juicios que incluyen a 1,877 quejosos. De estos, 360 juicios se han concluido en el sentido de sobreseer en el juicio, negando el amparo porque no es violatorio de los principios de legalidad, equidad y proporcionalidad tributaria. Quedan 290 juicios pendientes de resolución definitiva.

Guardería ABC, S. C.

En uso de la facultad de atracción, se atiende de manera coordinada con la Jefatura Delegacional del estado de Sonora, los juicios ordinarios civiles instaurados con motivo del siniestro ocurrido el 5 de junio de 2009.

Mediante el juicio ordinario civil exp. 6/2009, el IMSS demandó a la Secretaría de Hacienda del estado de Sonora y otros, ante el Juzgado Primero de Distrito en Hermosillo, Sonora. El motivo de la demanda fue que los codemandados son civilmente responsables del siniestro ocurrido en la Guardería ABC y, en consecuencia, del pago de daños al Instituto. A la fecha, se han desahogado las pruebas ofrecidas y está pendiente que el juzgado dicte acuerdo sobre la admisión de una prueba ofrecida por una de las codemandadas y que se abra el periodo de alegatos.

En otro de los juicios ordinarios civiles (exp .138/10), relacionados con la Guardería ABC, se demanda el pago de 16 mdp por reparación del daño de orden patrimonial; 550 mdp por reparación del daño moral, así como el pago de gastos y costas. Este juicio fue promovido por varios padres de los menores afectados en el siniestro. El IMSS presentó escrito de contestación al llamamiento a juicio como tercero, a petición del Gobierno del Estado. Está pendiente que se llame a juicio a los socios de la Guardería ABC, S. C., a su ex-apoderado legal y al apoderado de dicha sociedad.

Respecto a Reclamaciones por Responsabilidad Patrimonial del Estado por el incendio de la Guardería ABC, al mes de abril de 2012 se han recibido cuatro escritos; en uno la reclamante solicitó mil mdp por las lesiones que sufrió una menor; en el resto, por el fallecimiento de tres menores, en los que se reclamó en cada caso el pago de 17 mdp. Los cuatro procedimientos reportados se encuentran concluidos en la vía administrativa, sin embargo, en tres casos los

reclamantes no estuvieron de acuerdo con las resoluciones emitidas por el IMSS, en las que se autorizó el pago para cada reclamante por la cantidad total de 568,812.1 pesos, por lo que se negaron a recibir el pago e interpusieron juicio contencioso administrativo ante el TFJFA, solicitando un pago de 1,706 mdp cada uno. A la fecha los citados juicios se encuentran pendientes de sentencia.

Hipotecaria su Casita, S. A. de C. V., Sociedad Financiera de Objeto Múltiple Entidad no Regulada, antes Hipotecaria Su Casita, S. A. de C. V., Sociedad Financiera de Objeto Limitado

El 23 de marzo de 2012 el IMSS promovió juicio ejecutivo mercantil en contra de dicha hipotecaria, radicado en el Juzgado Décimo de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal, demandando el pago de certificados bursátiles por 300 mdp, más los intereses, gastos y costos, en el que además se ordenó se requiera de pago y emplace a la demandada. A la fecha se encuentra pendiente que se emplace a la parte demandada.

Rescisión de Contratos de Obra Pública

Al 30 de junio de 2012 se encuentran en trámite ante el PJF y el TFJFA, 21 juicios interpuestos en los que el acto impugnado es la resolución administrativa de rescisión de contratos de obra pública para la construcción, reestructuración, ampliación y remodelación de diversos Hospitales Generales Regionales (HGR), Unidades de Medicina Familiar (UMF) y Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) en Coahuila, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Puebla, Tamaulipas, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Quintana Roo, Veracruz y Zacatecas, con lo que se logró que el TFJFA negara a los contratistas la solicitud de no continuación con las obras, lo que permite al IMSS concluir los trabajos de construcción y remodelación con otras empresas y no se cause mayor perjuicio.

Juicio en Línea del TFJFA

En agosto de 2011 se implementó a nivel nacional el Sistema de Justicia en Línea, a través del cual el juicio contencioso administrativo federal se promoverá, substanciará y resolverá en línea, a través de Internet, mediante la página *web* del TFJFA, cuando los demandantes opten por presentar su demanda a través de dicho Sistema, y será obligatorio cuando la autoridad tenga el carácter de demandante, de acuerdo con el Artículo 13 de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo. Ante el TFJFA se registraron 396 Autoridades o Unidades Administrativas de este Instituto, que emiten actos susceptibles de ser impugnados a través del Sistema de Justicia en Línea.

Jurisprudencias Emitidas a Favor del Instituto

Durante el periodo, el PJF ha emitido cuatro jurisprudencias y una tesis aislada, todas a favor del IMSS, en los temas de responsabilidad solidaria

y cuentas individuales de los trabajadores para acreditar la relación laboral.

Se han emitido cuatro jurisprudencias y una tesis aislada a favor del IMSS, en los temas de responsabilidad solidaria y cuentas individuales de los trabajadores para acreditar la relación laboral.

V.1.3. ASUNTOS LABORALES

Acciones Instrumentadas

Al mes de diciembre de 2006 se tenían en trámite 42,161 juicios laborales de pasivo contingente radicados ante las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis. Las Delegaciones del Instituto tenían en trámite 78,178 juicios laborales.

Con el objeto de fortalecer la defensa jurídica en materia laboral, se instrumentaron diversas acciones durante el periodo de diciembre de 2006 a junio de 2012, en materia de investigaciones, juicios y amparos laborales.

Visitas de Apoyo y Revisiones de Gabinete

A partir del año de 2007 se instrumentaron visitas de apoyo y revisiones de gabinete a las JDSJ, cuyo objetivo ha sido revisar los asuntos reportados como de trascendencia o con montos relevantes y los escritos de contestación y ofrecimiento de pruebas, para verificar la debida defensa institucional, así como que los asuntos en trámite se desahoguen de acuerdo con la LFT, LSS, Ley de Amparo y normatividad institucional vigente, por lo que al mes de junio de 2012 se efectuaron 106 visitas.

Se enfocaron a proponer acciones de mejora en el modelo de atención de juicios laborales de cada Jefatura, así como a transmitirles mejores elementos de defensa, derivados de la experiencia de la DJ.

De igual forma, se instrumentó la mecánica de realizar revisiones de gabinete, que se traduce en que la Jefatura de Servicios Jurídicos acuda ante la DJ, con la finalidad de revisar ciertos juicios laborales que previamente selecciona tanto la Coordinación como la propia Jefatura, por ser de interés.

Acciones de Colaboración con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA)

Una de las medidas más relevantes en el periodo fue la instalación de la mesa de radicaciones de demandas presentadas en contra del Instituto ante las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis de la JFCA, y que consistió en designar tanto por la JFCA, como por el IMSS, a determinado personal para la atención de una ventanilla única de notificación de demandas, con el objeto de radicar de forma ágil las demandas, notificarlas al IMSS en el propio recinto de la Junta Federal, constatar el número progresivo de las demandas ante cada Junta Especial, para evitar su inactividad. Con tal medida, se consiguió tener un control de

las demandas que ingresan, agilizar su radicación y señalamiento de primera audiencia, y evitar prácticas irregulares en este tramo del proceso.

Con el objeto de fortalecer la defensa jurídica en materia laboral, se instrumentaron visitas de apoyo y revisiones de gabinete a las JDSJ y acciones de colaboración con la JFCA.

Convenio General de Colaboración

El 5 de abril de 2011 se suscribió el Convenio General de Colaboración entre la STPS, la SFP y diversos Organismos Públicos del Gobierno Federal, entre ellos el IMSS, así como la JFCA y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET).

El convenio tiene como objeto establecer los compromisos generales conforme a los cuales el Ejecutivo Federal, a través de la STPS y SFP, y el IMSS, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, analizarán, evaluarán, ejecutarán y verificarán acciones de colaboración para abatir el rezago histórico existente en la resolución de los conflictos individuales en los que son parte y que están pendientes de resolución en la JFCA, e incrementar el número de los asuntos resueltos respecto de los recibidos, mediante la conciliación de los juicios existentes, o bien, la resolución expedita y transparente de los mismos.

Bajo ese marco, en julio de 2011, se aprobaron las "Bases de Operación y Ejecución" relacionadas con el citado Convenio General de Colaboración, así como los "Lineamientos para Convenir Juicios Laborales en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social".

Se suscribió el Convenio General de Colaboración entre la STPS, la SFP y diversos organismos públicos del Gobierno Federal para realizar acciones de colaboración para abatir el rezago en la resolución de los conflictos individuales en la JFCA.

Reuniones de Trabajo en Materia de Investigaciones, Juicios y Amparos Laborales

Con el fin de unificar criterios, compartir experiencias exitosas e integrar a las JDSJ en la atención de investigaciones, juicios y amparos laborales, a partir de 2007 se efectuaron seis reuniones nacionales y nueve regionales, con personal de las Áreas Operativas de las Delegaciones.

Asimismo, a fin de homologar los criterios y estrategias de defensa institucional, se realizaron 60 acciones de capacitación y actualización dirigida a los abogados litigantes y personal administrativo de la DJ.

Revisión de Contestaciones y Escritos de Pruebas de los Juicios a Cargo de la Coordinación Laboral

Se estableció en las Divisiones A y B de Juicios Laborales de la Coordinación Laboral la figura del abogado encargado de revisar y, en su caso, corregir los escritos de contestación de demanda que elaboran los abogados litigantes, a fin de asegurar la mejor defensa legal posible de los intereses institucionales, de acuerdo con las características particulares de cada juicio.

Con lo anterior, se buscó perfeccionar el planteamiento de estrategias procesales e incidentales. Esto es, efectuar un planteamiento adecuado de las estrategias de defensa, como la insumisión al arbitraje, la negativa de la relación laboral, el ofrecimiento de trabajo, el no acatamiento de laudo, entre otras, a fin de homologar criterios al interior de las áreas operativas responsables de la atención de juicios laborales y estandarizar los modelos de contestación de demandas. De septiembre de 2008 a junio de 2012, se han revisado 10,652 escritos.

Mesas de Trabajo con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS)

Se implementó la instalación de la mesa de convenios en Nivel Central, con la Secretaría de Conflictos del Comité Ejecutivo Nacional del SNTSS, así como con las diversas secciones sindicales con sede en el Distrito Federal y Estado de México, a fin de revisar los juicios laborales radicados ante las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis, promovidos por trabajadores, jubilados y pensionados del Instituto, y proponer las acciones necesarias para su conclusión mediante pláticas conciliatorias.

De enero de 2009 a junio de 2012 se analizaron con la representación sindical 1,007 expedientes, de los que en 453 asuntos fue procedente el convenio y en 517 casos no fue factible la denuncia del convenio respectivo.

Emisión de Oficios Circulares

Con el fin de homologar criterios y establecer lineamientos en la atención de los juicios laborales, en el periodo de enero de 2007 a junio de 2012, se han emitido 32 oficios circulares, que contienen políticas, criterios y estrategias para sustentar la defensa institucional.

Seguimiento a los Indicadores del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios (PNACJ)

Se implementó el análisis de los indicadores al PNACJ, con la finalidad de ir dando seguimiento al comportamiento de las metas alcanzadas por las JDSJ. Por tal razón, durante el periodo de junio de 2007 a junio de 2012 se emitieron 175 oficios a las 35 delegaciones del sistema, a través de los cuales se les hizo del conocimiento el resultado

de los indicadores de gestión, sugiriendo la instrumentación de acciones tendentes a lograr el incremento en cada rubro.

Seguimiento a Asuntos de Trascendencia

Derivado de los informes de juicios de trascendencia que remiten las JDSJ, a partir del 2007 se comenzó con el análisis, actualización y depuración de todos los juicios ahí reportados. Esto dio origen a que se conocieran los casos de trascendencia a nivel nacional, se proporcionara asesoría en el trámite de los mismos, se actualizaran estados procesales y se depuraran asuntos concluidos.

Seguimiento a Juicios Antiguos

A partir de 2010 se implementó el seguimiento permanente de los juicios antiguos cuyo año de radicación es anterior a 2000, identificándose el universo de casos por Delegación y en la DJ, para proceder a su conclusión y/o depuración.

Seguimiento a Juicios de Reinstalación e Indemnización

Se implementó como acción relevante, el seguimiento permanente de los juicios de reinstalación e indemnización, identificándose el universo de casos por Delegación, para proceder a su revisión y análisis.

En tal sentido, en el mes de enero de 2010, se instruyó verificar cada uno de los expedientes laborales en la JFCA, a fin de corroborar el estado procesal, así como la acción reclamada, para determinar las acciones legales procedentes a seguir, tendientes a concluir su trámite o bien impulsar el procedimiento.

Denuncia de Convenios de Juicios Laborales

Con el objeto de evitar laudos condenatorios e incrementar el pasivo contingente de aquellos juicios laborales en los que no se cuenta con elementos para sustentar la defensa institucional, se realizaron acciones para convenir diversos juicios laborales. A partir del 2009, la DJ denunció 3,417 convenios. Con esto se buscó consolidar la conciliación como el medio alterno más eficaz en la solución de conflictos laborales.

Investigaciones Laborales

Durante el periodo comprendido de diciembre de 2006 a junio de 2012, la División de Investigaciones Laborales instrumentó 737 procedimientos de investigación laboral, los cuales se resolvieron dentro del término de prescripción laboral previsto en el Artículo 517, fracción I, de la LFT, en concordancia con el Artículo 90 del Reglamento Interior de Trabajo inserto en el CCT celebrado entre el IMSS y el SNTSS.

Cabe mencionar que, del total de los procedimientos tramitados, 419 casos fueron motivados por Irregularidades; 36 casos por Observaciones del OIC; 74 casos por Robo o Sustracción de Bienes Institucionales; 207 casos por Faltas y un caso por Queja Administrativa.

Cumplimentación de Laudos

Derivado de que se detectó un grupo de juicios que no se pueden concluir, debido a impedimentos para cumplir en su totalidad la condena del laudo (por ejemplo, asuntos donde se condenó al reconocimiento de dos pensiones, que superan 100 por ciento o que son incompatibles), se implementó el estudio de estos asuntos, a efecto de establecer acuerdos que permitan finiquitar el juicio, ya sea a través de convenios en modalidad de cumplimiento de laudos, o por gestiones al interior del IMSS.

Bajo dicho contexto, se abordó con la DPES el tema referente a cumplimentar los laudos en los que se condena al otorgamiento de algún tipo de pensión, mediante la inclusión en nómina de una manera más ágil a la actual.

Por tanto, en marzo de 2012 se acordó con la JFCA un programa piloto de cumplimentación de los Laudos por Pensiones mediante la inclusión en nómina de una forma más ágil, únicamente en los juicios laborales patrocinados por la PROFEDET, en las Delegaciones de Jalisco, Nuevo León, Distrito Federal Sur y Distrito Federal Norte, Estado de México Poniente, Estado de México Oriente, y respecto de aquellos juicios bajo la responsabilidad de la DJ, que se encuentran radicados ante las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

Se acordó con la JFCA un programa piloto de cumplimentación de los Laudos por Pensiones mediante la inclusión en nómina de una forma más ágil en ciertos juicios laborales patrocinados por la PROFEDET y ciertos juicios bajo la responsabilidad de la DJ.

El objetivo principal de dicho mecanismo es asegurar la inclusión a nómina de las condenas que derivan en el otorgamiento de una pensión por régimen de LSS de 1973. Entre los beneficios que se buscan se encuentran: i) garantizar el pago de la pensión en forma oportuna; ii) disminución de incidentes de autos de ejecución y embargos; iii) el archivo de los procedimientos laborales como asuntos total y definitivamente concluidos, y iv) reducción de cargas laborales ya que se realizará mediante acreditamiento en cuenta bancaria.

Se emitió el oficio circular 1462 bis, de fecha 16 de marzo de 2012, en el que se señalan las actividades de las áreas de prestaciones económicas y jurídicas.

Unificación de Criterios con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje

En las Bases de Operación y Ejecución del Convenio General, se establecieron diversas acciones a realizar por parte de la JFCA, la PROFEDET y el IMSS, entre las que se encuentra la unificación de criterios, por lo que la Junta

adoptó la obligación de homologar los criterios de las Juntas Especiales, la PROFEDET y el IMSS y proponer nuevos criterios de actuación, a efecto de garantizar el cumplimiento de las Bases, que serán analizados para ser sometidos a consideración del Pleno de la Junta.

V.1.4. INVESTIGACIÓN Y ASUNTOS DE DEFRAUDACIÓN

Durante el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2006 al 31 de mayo de 2012, se recibió de las áreas institucionales y extrainstitucionales, para su investigación administrativa, 1,512 denuncias por hechos que se estimaron delictuosos, las que trascendieron en la formulación de 731 denuncias y/o querellas por contarse con elementos de prueba suficientes para acreditar la posible comisión de delito, citándose a 1,690 personas, entre patrones y trabajadores, de quienes se obtuvo información y documentación para sustentarlas; 643 expedientes administrativos fueron archivados por no corroborarse los hechos con medios de prueba y 144 casos se encuentran en etapa de integración.

Por lo que respecta al periodo del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012, se iniciaron 229 investigaciones administrativas derivadas de denuncias por la posible comisión de delitos, habiéndose citado a 269 personas, entre patrones y trabajadores, para la obtención de elementos de prueba. Asimismo, en dicho periodo, se formularon 130 denuncias y/o querellas ante el Ministerio Público (MP).

Las denuncias recibidas por la DJ se refieren principalmente a defraudación a los regímenes del seguro social, por la omisión total o parcial del pago de COP y a fraudes cometidos para la obtención de prestaciones de seguridad social, sin tener el carácter de derechohabiente, delitos previstos en la LSS, y a ilícitos previstos en el Código Penal Federal, entre ellos robo, fraude procesal, peculado y ejercicio indebido de servicio público.

Averiguaciones Previas

Al 31 de mayo de 2012 se encontraban en integración 292 indagatorias por el MP; en 158 expedientes, la autoridad ministerial ejerció la acción penal ante el órgano jurisdiccional al contar con elementos de prueba que acreditaban la comisión del delito y la participación de los probables responsables; en 120 casos se dictaminó el no ejercicio de la acción penal y 477 averiguaciones previas fueron enviadas a la reserva (en su mayoría se trata de denuncias formuladas en contra de quien resulte responsable, principalmente por el delito de robo, o por imposibilidad del MP en la obtención de elementos de prueba para acreditar el delito).

En el periodo del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012 se iniciaron 157 averiguaciones previas. Asimismo, en dicho periodo, el MP consignó ante los órganos jurisdiccionales 30 averiguaciones previas, en 41 indagatorias consultó el no ejercicio de la acción penal y reservó 44 expedientes.

Procesos Penales

En coadyuvancia con el MP, se ha intervenido en 167 procesos del orden penal ante los órganos jurisdiccionales, con motivo de las averiguaciones previas en las que el MP ejerció acción penal; 156 indagatorias integradas con motivo de las denuncias y querellas formuladas por la DJ y 11 consignaciones realizadas con anterioridad al periodo reportado. De esas causas penales, 30 continúan en trámite, y en 69 asuntos los órganos jurisdiccionales negaron la orden de aprehensión, por lo que se devolvió la averiguación previa al MP para su perfeccionamiento. Cabe comentar que en el periodo del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012, los Juzgados de Distrito dictaron 16 sentencias: 14 condenatorias y dos absolutorias.

V.1.5. CONTROL Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS JURÍDICOS

Análisis y Control de Procesos Jurídicos

En 2006 se integró el compendio de la LSS que incluye las de 1943, 1973 y 1995 con sus exposiciones de motivos y su texto con reformas y adiciones. Se difundió a los órganos superiores en septiembre de 2010 y junio de 2011, con las reformas publicadas en el DOF el 9 de julio de 2009 y 27 de mayo de 2011, respectivamente.

A partir de diciembre de 2006 se analizan mensualmente las tesis y jurisprudencias emitidas por el Poder Judicial de la Federación y se seleccionan para su difusión las que son relevantes para el quehacer jurídico institucional. De diciembre de 2006 a mayo de 2011, se realizaron 65 actualizaciones de la información, y de junio de 2011 a junio de 2012, 11 para su difusión a las Coordinaciones Normativas de la DJ.

Se elaboró el manual de organización de la DJ, el cual quedó registrado en el Catálogo Normativo Institucional el 24 de noviembre de 2010. Por otra parte, en octubre del mismo año se revisaron, actualizaron y, en su caso, sustituyeron los indicadores de desempeño en materia de juicios fiscales y laborales considerados en el PNACJ y se difundieron a las JDSJ para su aplicación a partir de enero de 2011.

Como una acción de mejora para contar con un instrumento que permita proporcionar los elementos de oportunidad y certeza en la información y como apoyo en la toma de decisiones sobre los juicios fiscales que atienden las JDSJ, a partir del mes de septiembre de 2010, se elaboró el primer Informe Cualitativo y Cuantitativo utilizando los resultados obtenidos con la aplicación de los indicadores del PNACJ y los reportes proporcionados por el Sistema de Seguimiento de Casos (SSC), en el que se detallan, entre otros, el número de juicios fiscales en trámite, concluidos y su comportamiento a nivel nacional, los actos impugnados en las demandas notificadas, el sentido de las resoluciones y sentencias, y estudios comparativos de los datos proporcionados conforme dicho Programa y los registros efectuados en el referido Sistema. Se entregaron ocho Informes en el periodo de

septiembre de 2010 a mayo de 2011, y 12 en el periodo de junio de 2011 a junio de 2012.

De junio de 2011 a junio de 2012, se elaboraron 12 Informes Cualitativos y Cuantitativos utilizando los resultados obtenidos con la aplicación de los indicadores del PNACJ y los reportes proporcionados por el SSC.

Asimismo, con el mismo propósito de mejora, utilizando los resultados de los indicadores del PNACJ, la información contenida en el inventario de la JFCA y los reportes del SSC, se han presentado 13 informes cuantitativos y cualitativos de juicios laborales, dos correspondientes a abril y mayo de 2011 y 12 relativos a los meses de junio de 2011 a junio de 2012.

Desde diciembre de 2006 se han venido elaborando informes de los procesos de atención a juicios laborales y fiscales que están considerados en el PNACJ, incluyendo los que son proporcionados de forma trimestral a la DJ para presentarse al Congreso de la Unión, y de manera semestral y anual para presentarse al H. Consejo Técnico. Asimismo, los que se envían con periodicidad semestral a la DJ para presentarse al H. Consejo Técnico. De junio de 2011 a junio de 2012, se emitieron 44 informes, 19 sobre juicios laborales y 25 sobre juicios fiscales. En el mismo sentido, desde diciembre de 2006 se han elaborado informes relativos a los indicadores del marcador balanceado en dichas materias. De junio de 2011 a junio de 2012 se entregaron 52 informes con nivel de desagregación delegacional y 24 con nivel de desagregación nacional.

En el mismo periodo, se realizaron 21 actualizaciones del Sistema del Orden Jurídico Nacional de la Secretaría de Gobernación, en relación con el marco jurídico aplicable al IMSS, incluyendo la última reforma a la LSS, publicada en el DOF el 28 de mayo de 2012.

Se procedió a la revisión de la estructura, funciones y actividades de la DJ, con objeto de proponer una estructura operativa más eficiente, ligera, balanceada y que responda a las necesidades de operación y servicio de dicho Órgano Normativo. Se integró la Propuesta de Reestructura Orgánica Integral de la DJ, la cual, en el mes de mayo de 2011, se envió a la Coordinación de Organización. En dicha Propuesta se consideraron las funciones de los órganos y unidades administrativas que la conforman, cambios de denominación y adscripción de algunas de estas últimas, así como la conversión de puestos homólogos a puestos de estructura. Con vigencia a partir del 1 de abril de 2012, se autorizaron los cambios organizacionales de la DJ, por lo que, acorde con lo anterior, se actualizará su Manual de Organización.

Se coordinó la atención de la Encuesta de Autoevaluación de Control Interno Institucional, que los servidores públicos de la DJ seleccionados de los niveles Estratégico, Directivo y Operativo respondieron en los meses de mayo de 2011 y de 2012. Asimismo, se remitieron las evidencias

documentales que aportaron las Coordinaciones Normativas, para sustentar las evaluaciones efectuadas.

Se proporcionó a la Secretaría General del Instituto información que acredita el cabal cumplimiento de las tres recomendaciones de la competencia de la DJ que formuló el referido Órgano Superior en la Centésima Asamblea General Ordinaria celebrada en septiembre de 2009, así como una recomendación que presentó en la Centésima Primera Asamblea General Ordinaria, celebrada en octubre de 2010.

En cumplimiento a las disposiciones de Regulación Base Cero, en 2009 se coordinaron los trabajos para eliminar tres normas y dos procedimientos, consolidar tres normas en una y 15 procedimientos en cinco, así como para reubicar un procedimiento en la Secretaría General del Instituto. Durante 2010 se actualizaron dos normas y un procedimiento, por lo que a diciembre de 2010, de 29 documentos normativos que la DJ tenía registrados en el Catálogo Normativo Institucional en 2008, únicamente quedaron 13. Durante 2011, se consideró en el Programa de Actualización Normativa la actualización de una norma y un procedimiento y la nueva elaboración de un procedimiento, con el cual, al 31 de diciembre de 2011, la DJ tiene 14 documentos registrados en el referido Catálogo. Cabe destacar que en el Programa de Actualización de Documentos Internos 2012 de la DJ se actualizarán cuatro procedimientos.

En 2008 se elaboró el primer Programa de Visitas de Apoyo a las JDSJ, con un total de 31 visitas al mes de diciembre de ese año. Conforme a los programas de los años 2010, 2011 y 2012, al mes de junio de este último año, se han realizado 150 visitas de apoyo.

Información Estadística Jurídica

Se elaboró el compendio de las publicaciones del DOF de 1996 a diciembre de 2011, el cual se entregó en enero de 2012 a los miembros del H. Consejo Técnico y de la H. Comisión de Vigilancia, así como a los Directores Normativos del Instituto.

Se fortalecieron los mecanismos de control para asegurar que se registre y actualice en el SSC, de manera permanente y oportuna, el estado procesal de los juicios fiscales en los que el IMSS es demandado. Al 31 de mayo de 2012 se han registrado en dicho sistema 97.1 por ciento de demandas notificadas y ha disminuido la desactualización en el registro de los juicios en trámite en 2.6 por ciento y en 30.3 por ciento de los juicios concluidos.

En cuanto a las cifras de juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la JFCA, que fueron materia de atracción por parte la DJ, al mes de mayo de 2012, se ha logrado que la diferencia sea de 0.87 por ciento, toda vez que en el SSC están registrados 43,456 juicios en trámite y en el inventario de la JFCA 43,836. En el mismo sentido, la diferencia de los juicios laborales en trámite a nivel nacional es de 3.7 por ciento,

ya que en dicho sistema aparecen registrados 123,832 y en el inventario de la autoridad laboral 119,217.

Con el objeto de precisar el número real de juicios laborales que representan un pasivo contingente para el Instituto, que se encuentran en trámite a nivel nacional, a partir de febrero de 2011 se están realizando acciones conjuntamente con la JFCA, intercambiando información del SSC con la registrada en el sistema informático de dicha autoridad laboral. Como resultado de esto, se definieron las acciones reclamadas que se traducen en un pasivo contingente para el IMSS; se corrigieron en el sistema informático de la JFCA 731 registros para que el IMSS aparezca como demandado principal, 3,314 registros para que el IMSS se considere como codemandado y 2,121 registros correspondientes a otras Juntas del Distrito Federal para que se incorpore al IMSS como demandado principal. Esto es relevante, ya que el carácter que tiene el IMSS como demandado principal o codemandado, es lo que determina que el juicio de que se trata represente o no un pasivo contingente para el Instituto.

Se han realizado acciones conjuntas para mantener actualizado el módulo de investigaciones laborales del SSC, teniendo como resultado que al 31 de mayo de 2012 se logró la conclusión de 73,555 reportes formulados por órganos y unidades administrativas institucionales. De los 74,083 recibidos a partir de enero de 2006, estando pendientes de actualizar únicamente 528.

El SSC permite a la DJ controlar los juicios fiscales y laborales que se atienden a nivel nacional y contar con información veraz y oportuna de aquellos que se encuentran en trámite, así como de su estado procesal. De diciembre de 2006 a junio de 2012 se han realizado mejoras al referido Sistema, siendo las más importantes las siguientes.

Primero, se concluyó la tercera etapa de las siete que conforman el proyecto para integrar al SSC, los módulos del juicio administrativo federal, recurso administrativo y amparo indirecto cuando el IMSS es actor, que no están automatizados. En junio de 2012 se definió el flujo principal correspondiente al proceso de los juicios contenciosos administrativos federales en los que el IMSS es actor. Se realizaron gestiones ante la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), para que en el SSC, al capturar el usuario la acción reclamada, de manera automática se registre el monto del juicio, de acuerdo con los costos que definió la DJ, así como para modificar y actualizar el módulo de juicios contenciosos administrativos federales en los que el IMSS es demandado del SSC, a efecto de contemplar el registro, control y seguimiento de los juicios en línea y en la vía sumaria.

Bajo este contexto, de acuerdo con el análisis realizado por la DJ, se modificó el catálogo de acciones reclamadas en el módulo de juicios laborales, precisándose las que representan un pasivo contingente para Instituto y las del Sistema de Ahorro para el Retiro que administran las Afore.

Por otra parte, con el apoyo de la DIDT, se han realizado trabajos de depuración de juicios fiscales y laborales. A junio de 2012, se habían depurado 28,048 juicios fiscales y 32,987 laborales.

Con relación a la página de la DJ en la Intranet del Instituto, se incorporó la LSS correlacionada con criterios jurisprudenciales y se actualizaron 29 de los 76 ordenamientos federales en materia administrativa, financiera, civil, mercantil y penal. Se tiene 100 por ciento de avance en la captura de 10,333 tesis y jurisprudencias y 60 por ciento de avance en la disponibilidad de su consulta. Asimismo, en dicha herramienta se puede consultar el DOF de 1973 al 31 de mayo de 2012.

En materia de transparencia y acceso a la información, durante el periodo comprendido de julio de 2008 a mayo de 2012 se coordinó la atención y respuesta de 1,725 solicitudes de información y de 142 recursos de revisión. Se elaboraron 27 alegatos, y se revisaron y opinaron 218 respuestas proporcionadas por diversas unidades administrativas, a solicitudes de acceso a la información en materia de hemodiálisis y guarderías.

El marco normativo del Portal de Obligaciones de Transparencia del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) se actualiza trimestralmente, con las reformas de las disposiciones legales federales y sus reglamentos, así como con los Acuerdos del H. Consejo Técnico, que se publican en el DOF. A mayo de 2012, dicho Portal se encontraba conformado por 41 leyes, seis códigos, 20 reglamentos, tres decretos, 10 lineamientos, 54 Acuerdos del H. Consejo Técnico del Instituto y siete disposiciones diversas, que inciden en el quehacer institucional.

De julio de 2008 a mayo de 2012 se coordinó la atención y respuesta de 1,725 solicitudes de información y de 142 recursos de revisión.

V.1.6. ASPECTOS JURÍDICOS DEL ACCIDENTE OCURRIDO EN LA GUARDERÍA ABC, EN HERMOSILLO, SONORA

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 (PGR), han formulado al Instituto requerimientos de información. Asimismo, se recibieron requerimientos de autoridades judiciales. Todos se han desahogado en tiempo y forma por conducto de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal Sonora.

Informes Rendidos a la Suprema Corte de Justicia de la Nación

Los padres de niños afectados por el incendio en 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, 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 "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.

Además de ese informe, durante los seis meses que comprendieron los trabajos de la Comisión Investigadora designada por la SCJN, el Instituto 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 nueve requerimientos.

Al comunicarse al Instituto el Informe Preliminar sobre el Ejercicio de la Facultad de Investigación 1/2009, la DJ presentó ante el Ministro designado como Dictaminador las manifestaciones correspondientes, así como de la Secretaría General por parte del H. Consejo Técnico y de la Dirección General, mediante las cuales se proporcionaron los argumentos y fundamentos jurídicos para sustentar la legalidad del sistema de guarderías del IMSS; las facultades del Órgano de Gobierno del IMSS para autorizar la celebración de los contratos de prestación de servicios de guarderías; la facultad del Director General para suscribirlos; la inexistencia de un desorden generalizado en la operación y supervisión del sistema de guarderías, así como la ausencia total de motivos para considerar como involucrados en la violación de garantías individuales a los servidores públicos del Instituto en el Nivel Central.

El Tribunal Pleno de la SCJN, en las sesiones realizadas los días 14, 15 y 16 de junio de 2010, concluyó: reconocer la legalidad del sistema de guarderías del IMSS; reconocer las facultades del H. Consejo Técnico del Instituto para autorizar la contratación del servicio de guarderías y del Director General para suscribir los contratos respectivos; declarar la inexistencia de un desorden generalizado en la operación de las guarderías del IMSS, así como la falta de motivos para considerar como involucrados en la violación de garantías individuales a servidores públicos del Nivel Central.

Acuerdos de Ayudas Solidarias Dictados por el H. Consejo Técnico

La DJ coordinó la elaboración de los Acuerdos dictados por el H. Consejo Técnico, por medio de los cuales se autorizó brindar la atención médica necesaria para los menores y adultos lesionados con motivo del incendio y para los que estuvieron expuestos al humo y tóxicos. Esos Acuerdos también otorgaron diversos apoyos por solidaridad a menores lesionados, a los padres y familiares de menores fallecidos y lesionados, así como a maestras y otros adultos lesionados.

V.1.7. APOYOS DEL GOBIERNO FEDERAL A LOS AFECTADOS POR EL INCENDIO OCURRIDO EL 5 DE JUNIO DE 2009 EN LA GUARDERÍA ABC, S. C., EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA

El Ejecutivo Federal, mediante Decreto publicado en el DOF el 20 de julio de 2010, determinó el otorgamiento de ayudas extraordinarias con motivo del incendio que se propagó a las instalaciones de la Guardería ABC. En ese Decreto se establece que la SHCP, proporcionará los recursos necesarios al IMSS para que mediante un fideicomiso constituido al efecto, se otorguen diversos apoyos y ayudas a favor de los afectados por el incendio referido.

El H. Consejo Técnico del IMSS instruyó realizar las gestiones necesarias ante la SHCP, para solicitar recursos presupuestarios hasta por la cantidad de 250 mdp, que serán aportados por el IMSS para la constitución del fideicomiso. Al respecto, la DJ participó con la DF en la formulación del Contrato de Fideicomiso público irrevocable 16617-9, suscrito por el IMSS como fideicomitente y el Banco Nacional de México, S. A., en el carácter de fiduciario. El fideicomiso se encuentra operando de manera regular.

Por otra parte, en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012, publicado en el DOF el 12 de diciembre de 2011, en el Artículo Trigésimo Cuarto Transitorio, se autorizó la disposición de 36 mdp, para que el IMSS otorgue, por única vez, una ayuda extraordinaria, distribuidos en partes iguales, a quien ejerza la patria potestad de los menores que, habiendo asistido a la Guardería ABC en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, el 5 de junio de 2009, no sufrieron lesiones por quemaduras, pero resultaron afectados por dicha tragedia. Esta ayuda extraordinaria constituye un finiquito que sería entregado en el transcurso del primer trimestre de 2012, una vez que la Comisión Especial para Analizar los Esquemas de Tercerización de Servicios en el Sector Público de la Cámara de Diputados, derivado de su análisis, indicara al Instituto los nombres de los menores que deberían recibirla.

Para el cumplimiento de esa disposición, la DJ participó en la revisión del Convenio de Colaboración suscrito el 9 de febrero de 2012, por la SHCP y el IMSS, en el cual se establecen los términos en que la SHCP transfirió al IMSS los 36 mdp, para que éste realizara el pago de la ayuda extraordinaria con el carácter de finiquito, a las personas que le indicó la Comisión Especial para Analizar los Esquemas de Tercerización de Servicios en el Sector Público de la Cámara de Diputados.

El 22 de febrero de 2012, la Delegación Estatal Sonora entregó esta ayuda extraordinaria a las madres de 48 menores que le fueron indicados por la Comisión antes citada.

V.1.8. PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE LA REVISIÓN DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO

Participación en la Revisión Integral Correspondiente al Periodo 2011-2013

El 3 de agosto de 2011, la JFCA notificó al IMSS el Pliego de Peticiones con emplazamiento a huelga por revisión integral del CCT, así como de los salarios contractuales, presentado por el SNTSS.

El Director Jurídico del Instituto, en su carácter de Representante Legal, presentó en tiempo y forma ante la Autoridad Laboral la contestación al pliego de peticiones, el 5 de agosto de 2011.

Derivado de los trabajos de la Comisión Revisora integrada por representantes del IMSS y del SNTSS, que comprendieron el análisis y discusión de la totalidad de los planteamientos del Pliego Petitorio, se alcanzaron los resultados siguientes: i) Modificación de nueve cláusulas económicas, incluida la 63 Bis, inciso b) "Ayuda para el pago de renta para casa habitación"; ii) Modificación de nueve cláusulas de carácter administrativo; iii) Incrementos de 3 por ciento al Tabulador de Sueldos, y de 2.5 por ciento en prestaciones, y iv) Modificación de 10 artículos que afectan a siete Reglamentos del CCT.

El planteamiento correspondiente se sometió a consideración del H. Consejo Técnico, el cual en sesión extraordinaria del 6 de octubre de 2011, dictó el acuerdo aprobando los términos de la contestación dada al pliego petitorio del SNTSS y autorizando al Director General para formalizar mediante el convenio respectivo los acuerdos alcanzados con la organización sindical, y efectuar su ratificación y depósito ante la autoridad laboral.

Con base en lo anterior, el 10 de octubre de 2011 se formalizó con el SNTSS el convenio por el que se dio por concluida la revisión del CCT que regirá en el bienio 2011-2013, así como de los salarios tabulares insertos al mismo que regirán en la anualidad 2011-2012. En la misma fecha comparecieron ante la Secretaría Auxiliar de Emplazamientos a Huelga, de la Junta Especial número 9 Bis, de la JFCA, apoderados del Instituto y del SNTSS, llevándose a cabo la ratificación y depósito de dicho convenio.

Participación en la Celebración de Convenios con el SNTSS

El 17 de enero de 2012 se celebró un convenio específico con el SNTSS, que tiene por objeto modificar el Artículo 32 del Reglamento de Ropa de Trabajo y Uniformes, del CCT, para incluir la dotación de uniformes a los trabajadores de la categoría de Nutriólogo Clínico Especializado. En la formulación de dicho instrumento, así como en su ratificación y depósito ante la autoridad laboral, la DJ tuvo la participación correspondiente a su competencia.

Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del Instituto Mexicano del Seguro Social y Contrato Individual de Trabajo

La DJ, en términos de lo dispuesto por los Artículos 69, fracción XX, y 75, fracción IV, del RIIMSS, llevó a cabo el análisis y validó el proyecto de Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del IMSS, elaborado por la DAED, de conformidad con lo previsto en el Artículo Décimo Quinto Transitorio, del Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones a la LSS, publicado en el DOF el 20 de diciembre de 2001.

El Estatuto referido complementa el régimen laboral dispuesto en el Apartado A del Artículo 123 Constitucional y la LFT, para los trabajadores de Confianza "A" del IMSS, a los que no les es aplicable el CCT celebrado por el IMSS y el SNTSS; asimismo, establece las bases para la organización y funcionamiento del Sistema de Profesionalización y Desarrollo de los trabajadores mencionados.

Adicionalmente, a petición de la DAED se elaboró el modelo de Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Indeterminado, que se utilizaría para formalizar la contratación de los trabajadores de Confianza "A" cuya relación de trabajo inicie bajo la vigencia del Estatuto.

El proyecto en comento se presentó a la consideración del H. Consejo Técnico en la sesión de dicho Órgano de Gobierno celebrada el 7 de diciembre de 2011, siendo aprobado y determinándose su inicio de vigencia a partir del 1 de enero de 2012.

V.1.9. CONVENIOS CON EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES (SAE), RELACIONADOS CON EX TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA DEL CENTRO (LYFC)

Derivado de la vigencia del Decreto por el que se extingue el organismo descentralizado LyFC, publicado en el DOF el 11 de octubre de 2009, y de la problemática generada por la inconformidad de ex trabajadores, así como de jubilados y pensionados de ese Organismo Público, el SAE, en su carácter de liquidador del organismo citado, planteó ante el IMSS la celebración de los instrumentos jurídicos siguientes: i) Convenio de Seguro de Salud para la Familia en favor de los Jubilados y Pensionados de LyFC menores de sesenta años de edad y mayores de ésta que no tuviesen el carácter de pensionados ante el IMSS, así como los familiares de estos señalados en el propio convenio, y ii) Convenio de Seguro de Salud para la Familia en favor de Ex trabajadores de LyFC que al 25 de noviembre de 2010 no se encontraban inscritos en el Régimen Obligatorio del Seguro Social, así como de sus beneficiarios, conforme a lo establecido en la LSS.

La DJ dio apoyo a la DIR en la elaboración de los Convenios de Seguro de Salud para la Familia respectivos, que fueron celebrados con el SAE el 17 de noviembre de 2009, a fin de otorgar prestaciones de seguridad social a los sujetos

determinados en ellos, conforme a lo siguiente: las personas sujetas de aseguramiento conforme a los convenios referidos, recibirían durante la vigencia de dichos instrumentos jurídicos, las prestaciones en especie del SEM, establecidas en el Artículo 94 de la LSS, consistentes en asistencia: i) Médica; ii) Quirúrgica; iii) Farmacéutica, y iv) Hospitalaria.

En noviembre de 2010 y noviembre de 2011, el SAE solicitó al IMSS la celebración de nuevos convenios de incorporación al Seguro de Salud para la Familia, a favor de ex trabajadores de LyFC, para regir en los años de 2011 y 2012, respectivamente. Ambos instrumentos jurídicos fueron debidamente formalizados en su oportunidad.

V.1.10. ASPECTOS JURÍDICOS DE LA REFORMA AL CCDF Y AL CPCDF DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2009, RELATIVA AL CAMBIO DE LOS CONCEPTOS DE MATRIMONIO Y CONCUBINATO

El 29 de diciembre de 2009 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Civil del Distrito Federal (CCDF), así como del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal (CPCDF), cuya vigencia inició en marzo de 2010. Estas reformas implican, entre otros aspectos, el cambio en la acepción de los conceptos de matrimonio y concubinato, concibiéndolos, en un sentido amplio, como la unión libre de dos personas, sin diferenciar sobre su género y eliminando de los propósitos del matrimonio la posibilidad de procrear hijos. En consecuencia, resultó oportuno analizar desde el punto de vista jurídico el alcance de esta reforma tratándose de los beneficiarios del régimen del Seguro Social, en términos de las disposiciones constitucionales y de la LSS vigentes.

En este sentido, el Instituto elaboró un estudio en el cual se desarrollan diversas consideraciones jurídicas, respecto al alcance de esa reforma para el IMSS, concluyendo que en su ámbito de competencia prevalece la aplicación de las disposiciones de la LSS que en los supuestos de matrimonio o de concubinato establecen como cónyuges beneficiarios del asegurado o asegurada, únicamente a personas de género diverso a aquéllos.

Por lo anterior, el principio de actuación que debe regir en el ejercicio de las atribuciones y facultades del IMSS, es que el mismo no tiene la facultad para atender favorablemente las solicitudes que formulen los asegurados y pensionados, respecto de la inscripción como sus beneficiarios, de las personas del mismo género que se encuentren a ellos vinculados mediante las figuras de matrimonio o concubinato.

Se han presentado un total de 15 solicitudes de registro de beneficiario cónyuge del mismo género del asegurado y derivado de la respuesta negativa que se otorgó a los peticionarios, tres asegurados interpusieron reclamaciones ante el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), mismo que solicitó al Instituto los informes correspondientes.

La DJ rindió uno de los informes y dio apoyo a las dos delegaciones demandadas, para la elaboración de los informes a su cargo. En los tres informes se negó la existencia de actos de discriminación por parte del Instituto, sus órganos y servidores públicos, precisando que las negativas recaídas a las solicitudes de los asegurados se fundamentan en la imposibilidad jurídica del Instituto para proceder al trámite de sus solicitudes, en virtud de que en la LSS se establecen distinciones de género del asegurado y su cónyuge, para efectos de la inscripción de éste como beneficiario de aquél.

Asimismo, la DJ ha dado atención a los aspectos jurídicos de la Resolución por Disposición dictada por el CONAPRED en el Expediente identificado como: CONAPRED/DGAQR/215/10/DR/II/JAL/R102.

Por otra parte, al mes de abril de 2012 se han promovido 11 juicios de amparo en contra de los Artículos 64, fracción II, 65, 66, 84, fracciones II, III y IV, 127, 130, 133, 138, 140 y 165 de la LSS, de los cuales siete se han concluido; en dos de ellos se sobresee en el juicio, uno porque el Instituto no es autoridad para efectos del juicio de amparo y otro por haber consentido la aplicación de la ley; en cinco juicios se concede el amparo al considerar que las leyes que emita el legislador ordinario deben proteger a la familia en todas sus formas y manifestaciones, incluyendo a matrimonios entre personas del mismo sexo. De los cuatro juicios de amparo pendientes, tres son por resolución y uno está pendiente de que cause ejecutoria la sentencia dictada con fecha 11 de abril de 2011.

V.1.11. INSTRUMENTACIÓN DE LA PORTABILIDAD DE DERECHOS ENTRE EL ISSSTE Y EL IMSS

El 31 de marzo de 2007 se publicó en el DOF el Decreto por el que se expide una nueva Ley del ISSSTE, que abrogó a la publicada el 27 de diciembre de 1983, e inició su vigencia el 1 de abril de 2007.

Esta nueva Ley 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 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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 que transitan en su actividad laboral entre el sector público y el privado, a fin de que acumulen en su cuenta individual los recursos para el financiamiento de su pensión, 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.

Las disposiciones contenidas en los Artículos 76, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147 y 148 de la nueva Ley del ISSSTE establecen obligaciones a

cargo del IMSS en los rubros de servicio médico y de pensiones. Para instrumentar el cumplimiento de esas disposiciones, se elaboró un Convenio de Colaboración Interinstitucional IMSS–ISSSTE, que se formalizó por ambos organismos con fecha 17 de febrero de 2009. Asimismo, se elaboraron y suscribieron cuatro anexos técnicos, que desarrollan en detalle los aspectos sustantivos del Convenio, del cual forman parte, a saber: "Anexo Técnico 1. Reglas para certificar la vigencia de los trabajadores que solicitan transferencia de derechos entre el IMSS y el ISSSTE."; "Anexo Técnico 2. Trámite y Control de Pensiones otorgadas bajo la modalidad de Transferencia de Derechos entre el IMSS y el ISSSTE."; "Anexo Técnico 3. Intercambio de Información de Servicios de Atención a la Salud de Pensionados y sus Derechohabientes entre el IMSS y el ISSSTE.", y "Anexo Técnico 4. Transferencia de Reservas para proporcionar Servicios de Atención a la Salud de Pensionados y sus Familiares Derechohabientes."

Quedó así establecido el marco de colaboración en el que IMSS e ISSSTE darán trámite y resolverán las solicitudes que presenten los trabajadores para transferir los derechos derivados de los periodos cotizados de manera no simultánea ante ambos Institutos, a fin de poder acceder a una pensión del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, así como para recibir atención médica de ambos organismos en el caso de trabajadores en activo que coticen simultáneamente en ellos.

V.1.12. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN Y CONTROL DE JUICIOS

La gran cantidad de juicios laborales y fiscales en los que el IMSS tiene el carácter de demandado constituyen el problema fundamental que enfrentan las áreas jurídicas del Instituto. Para combatirlo con seriedad y eficiencia, se sometió a consideración del H. Consejo Técnico el PNACJ, el cual fue aprobado el 18 de febrero de 2004 e inició en el mes de marzo del mismo año.

Materia Laboral

A partir de 2007, la DJ consideró conveniente separar los juicios laborales de pasivo contingente en trámite por fases procesales, con el objeto de focalizar los asuntos que dependían de un impulso de las partes litigantes, o bien, aquellos cuya actividad procesal recaía propiamente en la autoridad laboral.

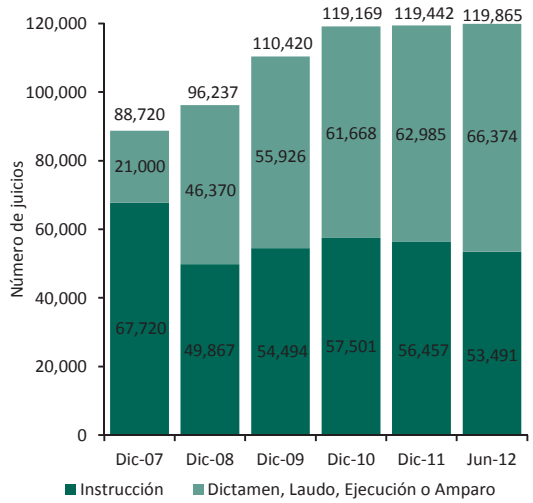
Resultados a Nivel Nacional

En tal sentido, como podrá observarse en la gráfica V.1, en el 2007, 76.3 por ciento de juicios en trámite estaban en instrucción y 23.7 por ciento en dictamen, laudo, ejecución o amparo.

Derivado de este resultado, se implementaron estrategias tendientes a impulsar los procedimientos en los que se observaba una inactividad procesal, disminuir el diferimiento de audiencias, evitar promover medios de

impugnación ociosos, distribuir equitativamente cargas de trabajo, y favorecer la conciliación como medio alternativo para resolver las controversias, entre otras. Estas estrategias propiciaron que los asuntos en fase de instrucción, agilizaran su desahogo o se acortaran los tiempos de la secuela procesal.

GRÁFICA V.1. JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE
(NÚMERO DE JUICIOS, DICIEMBRE 2007-JUNIO 2012)



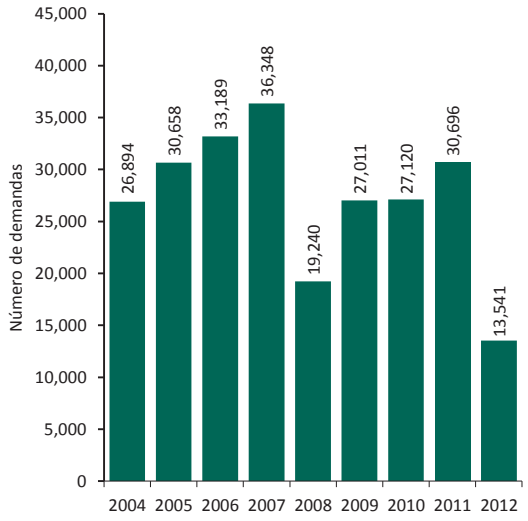
Fuente: IMSS.

Gracias a estas acciones se observa que a junio de 2012, 44.6 por ciento de los asuntos en trámite (53,491 casos) se encuentran en instrucción y el restante 55.4 por ciento (66,374 casos) en las demás fases, lo que se traduce en que es la JFCA, la que tiene la carga de concluir los procedimientos, conforme a sus facultades jurisdiccionales.

Uno de los resultados importantes del PNACJ fue la disminución del número de demandas notificadas cada año al IMSS, como se aprecia en la gráfica V.2. Sin embargo, a partir de 2009 esta tendencia volvió a cambiar debido a lo siguiente: i) se elevó el número de demandas que se presentaron en contra del IMSS, exigiendo la integración de los conceptos 32 y 33 (estímulos de asistencia y puntualidad) en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio; ii) se presentaron demandas que reclamaban prestaciones novedosas como son: a) el pago de diferencia de 38 días por año laborado en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio, y b) el pago de la diferencia de cinco días por año laborado, por los días 31 que tiene el año calendario, en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio.

El reclamo de la prestación señalada en el primer caso se originó por el propio IMSS al no integrar estos conceptos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio.

GRÁFICA V.2. DEMANDAS NOTIFICADAS A NIVEL NACIONAL
(DEMANDAS, 2004-JUNIO 2012)

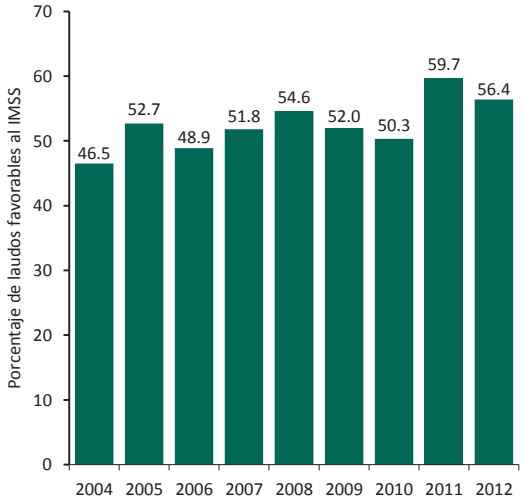


Fuente: IMSS.

Para solucionar esta situación, la DJ recomendó a la DAED que instruyera a las áreas operativas a nivel nacional, para que a partir del mes de enero de 2011, los conceptos de estímulos por asistencia y por puntualidad fuesen incluidos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad de los trabajadores a los que se otorgue jubilación por años de servicio.

No obstante el incremento referido en el número de demandas, se han obtenido mejores resultados en cuanto a laudos favorables, ya que se pasó de 46.5 por ciento en el 2004, a 56.4 por ciento en junio de 2012, como se muestra en la gráfica V.3.

GRÁFICA V.3. LAUDOS FAVORABLES AL IMSS
(PORCENTAJE, 2004-JUNIO 2012)

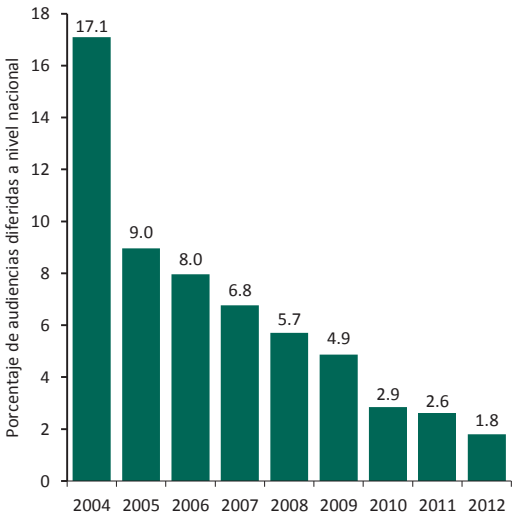


Fuente: IMSS.

Por lo que se refiere al diferimiento de audiencias para evitar que los juicios se prolonguen en el tiempo, se han obtenido a nivel nacional resultados favorables. En la gráfica V.4 se muestra cómo ha ido disminuyendo el porcentaje de audiencias diferidas por causas imputables al IMSS, de 17.1 por ciento en 2004, a 1.8 por ciento en junio de 2012. Esto como consecuencia de implementar mesas de trámite en cada delegación, que agilizan la recopilación de diversa información y documentales, necesarias para soportar la defensa institucional, así como la supervisión diaria de las contestaciones a las demandas y de las audiencias celebradas.

Se han obtenido mejores resultados en cuanto a laudos favorables, pasando de 46.5 por ciento en el 2004, a 56.4 por ciento en junio de 2012; con respecto al diferimiento de audiencias, éstas disminuyeron de 17.1 por ciento en 2004, a 1.8 por ciento en junio de 2012.

GRÁFICA V.4. AUDIENCIAS DIFERIDAS A NIVEL NACIONAL
(PORCENTAJE, 2004-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

Resultados a Nivel Central

En 2008, como una acción del PNACJ, la DJ, con la autorización del H. Consejo Técnico, ejerció la facultad de atracción respecto de los juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la JFCA, quedando su atención y defensa bajo su responsabilidad directa. Por lo anterior, desde la segunda quincena del mes septiembre de 2008 a la fecha, todas las demandas laborales radicadas ante las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, que se notifican al Instituto, se encuentran bajo la atención de la Coordinación Laboral de la DJ.

Reestructuración de la Coordinación Laboral

Una vez que la DJ asumió la atención, trámite y seguimiento de los juicios acumulados a septiembre de 2008, y de los que se han notificados con posterioridad, provenientes de las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis de la JFCA, así como los juicios de amparo derivados de estos expedientes, se tomó la decisión de reestructurar la Coordinación Laboral, con base en el diagnóstico situacional que se efectuó de los resultados obtenidos al concluir el año 2007.

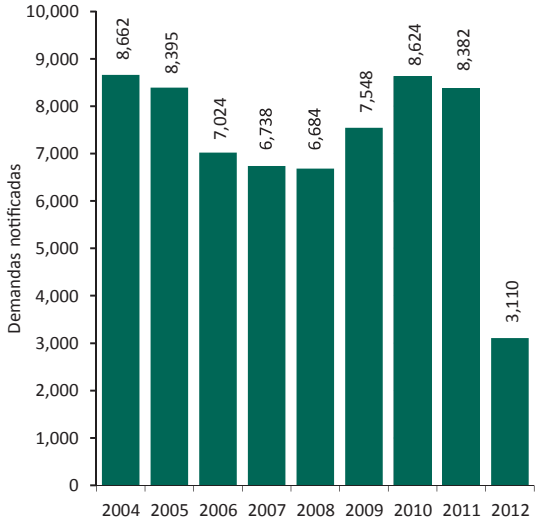
En dicha reestructuración se plantearon seis objetivos específicos: i) consolidar e incrementar los resultados positivos del PNACJ, conforme a los indicadores establecidos; ii) corregir la distribución inequitativa de las cargas de trabajo y de los recursos humanos, observados en las Delegaciones del Distrito Federal y del Estado de México, respecto de los juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis de la JFCA; iii) mejorar a nivel nacional la oportunidad y calidad de la atención de los juicios laborales de importancia y trascendencia; iv) fortalecer los mecanismos administrativos de revisión de las reclamaciones de los trabajadores; v) privilegiar la conciliación en la solución de controversias laborales, evitando en lo posible la interposición de juicios y, en su caso, promover su pronta conclusión, evitando costos innecesarios o desproporcionados para el Instituto, y vi) actualizar la información de juicios laborales en el SSC.

Con las acciones instrumentadas, facultad de atracción y reestructuración de la Coordinación Laboral, se han obtenido los siguientes beneficios: i) elevar la calidad en la atención de los juicios laborales en el Valle de México, así como en las delegaciones foráneas, y mejorar sus resultados; ii) disminuir las causas que dan lugar a la presentación de las demandas laborales en contra del IMSS; iii) optimizar el aprovechamiento de recursos humanos y materiales; iv) actualizar la información del SSC, Módulo de Juicios Laborales; v) fortalecer la coordinación entre el IMSS y el SNTSS en la solución de controversias laborales, privilegiando la conciliación de intereses en un marco de legalidad; vi) reforzar el Convenio de Colaboración con la PROFEDET y la JFCA, y vii) disminuir los costos presupuestarios en la atención de juicios laborales.

Los resultados alcanzados con motivo de la atracción de los juicios laborales han sido positivos. Así, los juicios en trámite que atiende

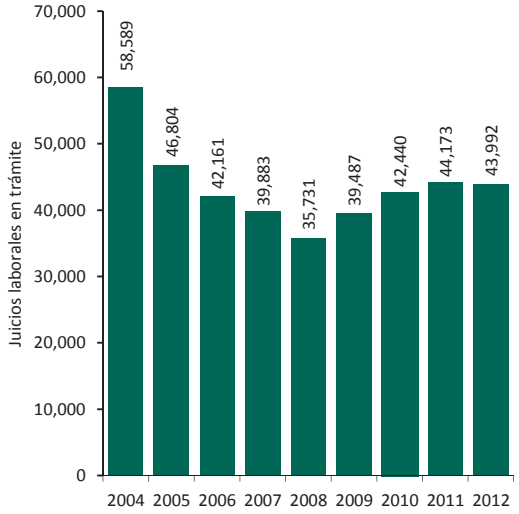
la DJ venían disminuyendo. Sin embargo, en los años 2009, 2010 y 2011 han aumentado, debido a las mismas causas que se mencionaron respecto a las demandas notificadas a nivel nacional, como se observa en las gráficas V.5 y V.6.

GRÁFICA V.5. DEMANDAS NOTIFICADAS POR LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(CASOS, 2004-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

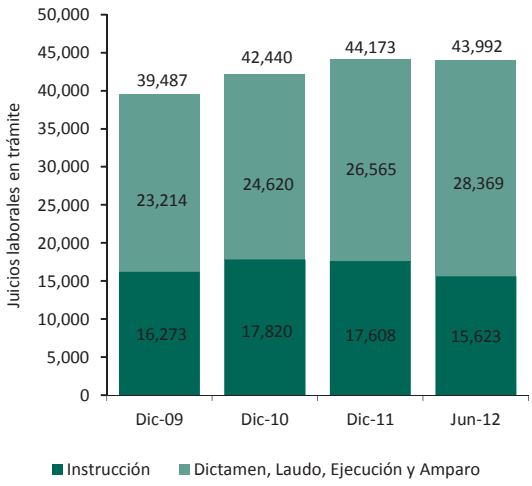
GRÁFICA V.6. JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE, RADICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(JUICIOS, 2004-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

Las estrategias implantadas a nivel nacional se vieron reflejadas también en los juicios a cargo de la DJ. Como se puede apreciar en la gráfica V.7, en junio de 2012, 35.5 por ciento de los asuntos en trámite (15,623 casos) se encuentran en instrucción y el restante 64.5 por ciento (28,369 casos) en las demás fases, lo que revela que es la autoridad laboral la que debe agilizar los procedimientos que están a su cargo.

GRÁFICA V.7. CASOS LABORALES EN TRÁMITE, RADICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(CASOS, 2009-JUNIO 2012)



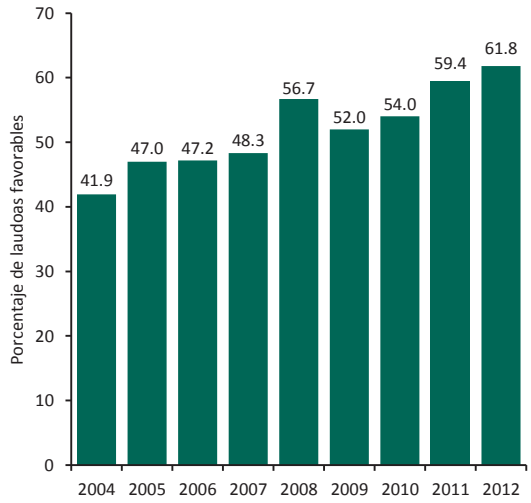
Fuente: IMSS.

En lo que se refiere a laudos favorables, la tendencia ha ido en aumento, como se muestra en la gráfica V.8.

Por lo que se refiere al indicador de audiencias diferidas por razones imputables al Instituto, como se muestra en la gráfica V.9, los resultados, al igual que los indicadores anteriores, han sido positivos con una importante disminución debido

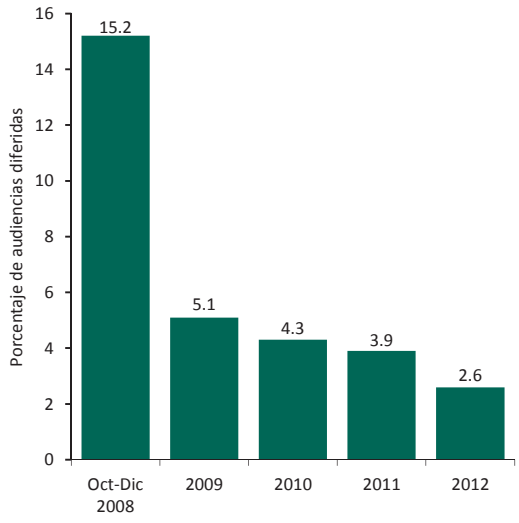
al estricto control que se ha establecido sobre abogados y juicios.

GRÁFICA V.8. LAUDOS FAVORABLES NOTIFICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(PORCENTAJE, 2004-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA V.9. AUDIENCIAS DIFERIDAS DE LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(PORCENTAJE, 2008-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

El Instituto ha tenido una tendencia en aumento de laudos favorables en las juntas especiales de la JFCA, de 41.9 por ciento en 2004 a 61.8 por ciento en 2012; las audiencias diferidas en éstas han disminuido de 15.2 de diciembre de 2008 a 2.6 en 2012.

Materia Fiscal

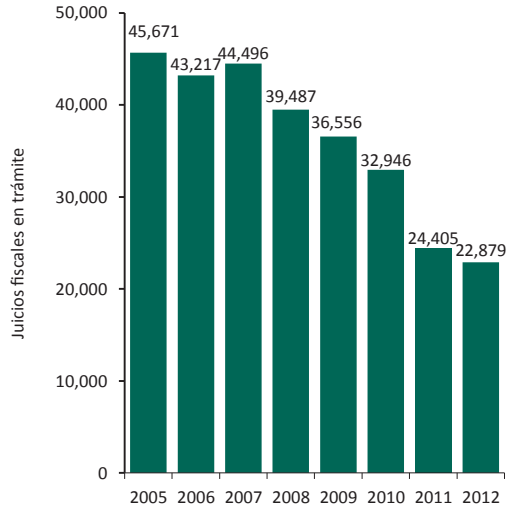
Ante el gran número de juicios en trámite y el sentido desfavorable para el Instituto de múltiples sentencias dictadas por el TFJFA, en marzo de 2008 la DJ determinó implementar un programa específico para prevenir las deficiencias de los actos emitidos por el Instituto que son impugnados a través de los juicios fiscales y contenciosos administrativos, a fin de mejorar las expectativas de su defensa, incrementar las resoluciones favorables a este Instituto y coadyuvar a elevar la recaudación de los ingresos fiscales. El 12 de noviembre de 2009, se formalizó la integración del Comité de Seguimiento del PNACJF en Nivel Central, cuyos integrantes son servidores públicos de la DJ y DIR, y al 30 de abril de 2012 se han llevado a cabo 8 sesiones ordinarias y 1 de manera extraordinaria.

Se determinaron las causas de impugnación más frecuentes de los actos que emiten las delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal, a fin de que sean subsanadas. Bajo ese contexto se revisaron 3,174 expedientes de juicios de nulidad en trámite y 1,349 sentencias en las

Delegaciones Sur y Norte del Distrito Federal y en el Estado de México Oriente. En estas delegaciones se concentra 52.4 por ciento de los juicios de nulidad en trámite.

En lo que se refiere a los juicios fiscales en trámite en los que el IMSS tiene el carácter de demandado, el comportamiento de los mismos es favorable al Instituto, toda vez que se ha venido observando una tendencia a la baja en la interposición de demandas en su contra. De 2008 a junio de 2012 el número de juicios en trámite, incluyendo aquellos en donde el IMSS es actor, disminuyó en 42.1 por ciento (gráfica V.10).

GRÁFICA V.10. JUICIOS FISCALES EN TRÁMITE, NIVEL NACIONAL
(JUICIOS, 2005-JUNIO 2012[1/])



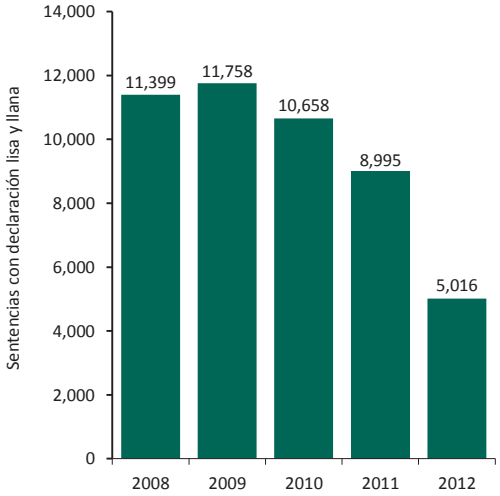
[1/] A partir de 2010 se consideran los juicios fiscales en los que el IMSS es actor.

Fuente: IMSS.

Los juicios fiscales concluidos con sentencias desfavorables para el Instituto bajaron en 2011, toda vez que, como se muestra en la gráfica V.11, han disminuido en 21.1 por ciento las sentencias que declaran la nulidad lisa y llana respecto a 2008. A junio de 2012 se observa la misma tendencia a la baja con relación a 2008.

Los juicios fiscales concluidos con sentencias desfavorables para el Instituto y las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados han disminuido respecto a los niveles de 2009.

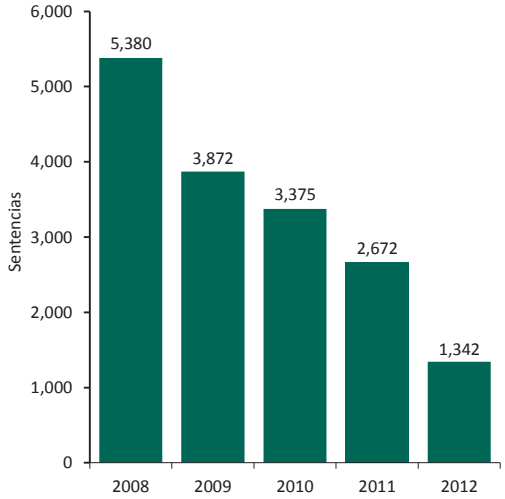
GRÁFICA V.11. SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECLARA LA NULIDAD LISA Y LLANA DE LOS ACTOS IMPUGNADOS
(SENTENCIAS, 2008-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

En este mismo sentido, como se muestra en la gráfica V.12, las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados se han disminuido en 2011 en 50.3 por ciento en comparación con 2008. A junio de 2012 se observa la misma tendencia a la baja respecto a 2008.

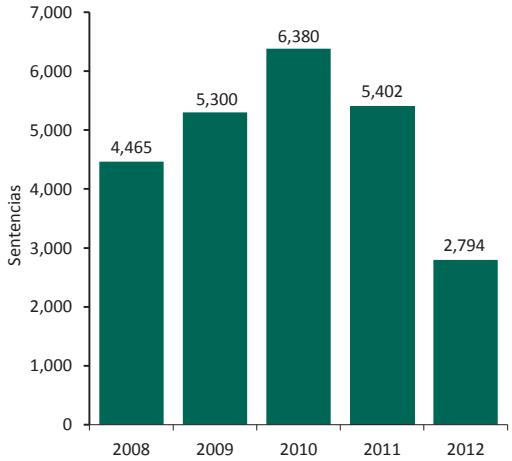
GRÁFICA V.12. SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECLARA LA NULIDAD PARA EFECTOS DE LOS ACTOS IMPUGNADOS
(SENTENCIAS, 2008-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

En este contexto de resultados favorables, los juicios en los que se dictaron sentencias que declaran la validez del acto impugnado se han incrementado en 2011 en 21 por ciento, comparado con 2008, como se aprecia en la gráfica V.13. A junio de 2012 se aprecia una tendencia favorable con relación a 2008.

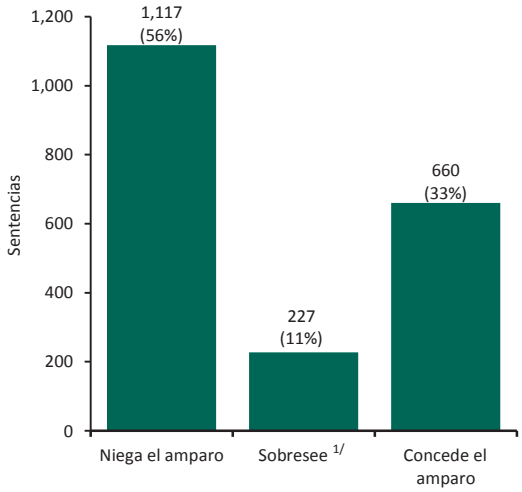
GRÁFICA V.13. SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECLARA LA VALIDEZ DE LOS ACTOS IMPUGNADOS
(SENTENCIAS, 2008-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

Por otra parte, en el ejercicio de 2011 se concluyeron 3,619 juicios de amparo en materia administrativa y fiscal promovidos en contra de decretos que reforman diversas disposiciones de la LSS y sus Reglamentos, así como por actos emitidos por autoridades del Instituto. Los resultados alcanzados fueron favorables al IMSS, ya que en 1,007 asuntos se concedió el amparo al promovente y se negó o sobreseyó en 2,612 casos. Al 30 de junio de 2012 se concluyeron 2,004 juicios, obteniéndose los resultados favorables que se observan en la gráfica V.14.

GRÁFICA V.14. SENTIDO DE LAS SENTENCIAS EMITIDAS EN JUICIOS DE AMPARO POR EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
(CANTIDADES Y PORCENTAJES, ENERO-JUNIO 2012)



1/ Juicio de amparo fiscal sobreseído es aquel en el que se actualiza alguna de las causas de sobreseimiento previstas por el Artículo 74 de la Ley de Amparo, por lo que no se resuelve acerca de la constitucionalidad del acto reclamado.

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Dentro del Programa de Actividades a realizar del mes de julio a diciembre de 2012 se contempla continuar con los trámites para la publicación del RIIMSS, así como del Reglamento de la LSS, en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la Aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución. Por otro lado, se dará continuidad a los trabajos relacionados con la implementación del RPII, con el objeto de estar en posibilidad de verificar que se lleven a cabo las acciones jurídicas tendientes a regularizar los inmuebles, formalizar los documentos que amparan la propiedad, o en su defecto, la posesión de los inmuebles a favor del Instituto e integrar los expedientes jurídicos inmobiliarios de conformidad con las disposiciones legales vigentes. También se contempla tramitar las publicaciones en el DOF relacionadas con convocatorias para licitaciones públicas, avisos y acuerdos del H. Consejo Técnico, cuya publicación legaliza su existencia y sus efectos jurídicos. De manera complementaria, se analizarán las disposiciones publicadas en dicho órgano de difusión, tales como reformas constitucionales, legales y reglamentarias que inciden en el quehacer del Instituto, y se emitirá opinión sobre las iniciativas publicadas en las gacetas del Congreso de la Unión con incidencia en el quehacer institucional.

Asimismo, se atenderán las solicitudes de opinión jurídica que presenten los órganos normativos, de operación administrativa desconcentrada del Instituto, sobre disposiciones aplicables a los servicios y prestaciones que otorga el IMSS, la LSS y sus reglamentos. Además, se apoyará en la elaboración y validación para la suscripción de convenios de colaboración.

En materia de Contratos y Convenios de Adquisiciones, así como de Obras Pública, se revisarán y dictaminarán los plurianuales que deba suscribir el Director General y se registrarán los mismos.

En materia inmobiliaria, se continuará con la actualización del Procedimiento para la Formalización de Operaciones Inmobiliarias, a efecto de solventar la observación establecida por la ASF en la Revisión 825 Bienes Inmuebles, así como concluir con la implementación del RPII. También se tramitarán ante el H. Consejo Técnico la emisión de los acuerdos relacionados con operaciones inmobiliarias, se formalizarán los créditos hipotecarios, las cancelaciones de hipoteca y préstamos personales a mediano plazo, con base en las prestaciones insertas en el CCT suscrito por el Instituto y el SNTSS. Por último, se inscribirá en el REPODE la documentación a que hace referencia el Artículo 25 de la LFEP.

Por lo que se refiere a Asuntos Contenciosos, la DJ tiene contemplado 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.

De igual forma, entre las actividades prioritarias se encuentra 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. En este sentido, se continuará con el apoyo a las JDSJ y a las Divisiones de Asuntos Jurídicos de las UMAE, que atenderán los juicios contenciosos administrativos vía el Sistema de Justicia en Línea y el Juicio Sumario.

Además, la DJ llevará a cabo la difusión de tesis y jurisprudencias emitidas por el TFJFA y el Poder Judicial de la Federación relacionadas con el Instituto como organismo fiscal autónomo a las JDSJ y a las Divisiones de Asuntos Jurídicos de las UMAE, y se continuará con la estrategia de comentar los asuntos con los Jueces de Distrito, Magistrados y Ministros del Poder Judicial para encauzar sus criterios y obtener sentencias favorables a los intereses institucionales.

Es importante resaltar que la DJ continuará presidiendo las reuniones del Comité de Seguimiento del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios Fiscales, en el que participan servidores públicos de la DJ y DIR, para disminuir los juicios y sentencias adversas a los intereses institucionales.

En materia laboral, dentro de las líneas de acción para el 2012, se encuentran las siguientes: i) denuncia de Convenios; ii) concluir la mayor cantidad de asuntos de reinstalación e indemnización; iii) abatir los juicios en los que se demanden acciones recurrentes; iv) seguimiento al Programa de revisión de juicios antiguos; v) depurar inventarios en el SSC, y vi) fortalecimiento del Sistema Nacional de Defensa de Juicios Laborales del IMSS.

Dichas acciones se centran en efectuar visitas de apoyo, revisiones de gabinete, elaboración de oficios circulares, reuniones de trabajo, revisiones de escritos de contestaciones de demanda, seguimiento a los asuntos denominados de trascendencia, así como de los indicadores de gestión, depuración de cuentas embargadas, depuración de comprobación de pagos, abatimiento de juicios antiguos, abatimiento de asuntos de reinstalación e indemnización, y la depuración del SSC de la DJ, Módulo de Juicios Laborales.

Se tiene proyectado establecer con la JFCA la mesa de ejecuciones con el objeto de evitar embargos virtuales en contra de las cuentas institucionales, con el compromiso de atender la obligación de pago en diez días hábiles.

En materia de Investigación y Asuntos de Defraudación, se establece continuar con la atención oportuna de los asuntos relacionados a las investigaciones administrativas por delitos previstos en el Título Sexto, Capítulo II, de la LSS, y los previstos en el CPF, cometidos por servidores públicos y/o particulares en agravio del IMSS.

Se continuará con la investigación administrativa y, en su caso, formulación de denuncia, por la posible comisión del delito previsto en la LFT, perpetrado por los actores y sus representantes, que alegan en su demanda laboral hechos falsos sustentados en datos de prueba apócrifos, así como de empleados de las Juntas Especiales de la JFCA que realizan actos tendientes a otorgar ventajas procesales a quienes demandan prestaciones al IMSS.

Se colaborará con los órganos internos institucionales sobre la materia de defraudación a los regímenes del Seguro Social, a fin de preservar el cumplimiento de las obligaciones por parte de los patrones en materia de seguridad social y, en caso contrario, ejercer las acciones legales procedentes en el ámbito penal, y con el OIC, en la realización de operativos conjuntos, para detectar conductas de servidores públicos que sean probablemente constitutivas de delito, procediendo a formular la denuncia penal, así como la inmediata suspensión del cargo por el OIC.

Se coadyuvará con el MP en la integración de la averiguación previa en el proceso penal, aportando los datos de prueba para acreditar el cuerpo del delito y la responsabilidad de los inculpados.

Por lo que se refiere al Análisis y Control de Procesos Jurídicos, para el término de 2012, la DJ tiene contempladas las siguientes ocho actividades principales: i) actualizar el Manual de Organización de la DJ; ii) realizar el seguimiento al cumplimiento del Programa de Actualización de Documentos Internos 2012 de la DJ; iii) llevar a cabo el seguimiento del Programa de Trabajo y del Programa de Visitas de Apoyo 2012 de la DJ; iv) elaborar y difundir mensualmente informes cuantitativos y cualitativos del comportamiento de los juicios fiscales y laborales, con base en información obtenida del PNACJ, del SSC y del Inventario de la JFCA; v) elaborar 29 informes relativos a los procesos de atención de los juicios fiscales y laborales considerados en el PNACJ, incluyendo los que se rinden al H. Congreso de la Unión y al H. Consejo Técnico y 48 informes sobre los indicadores considerados en el Marcador Balanceado, de los cuales 32 son con nivel de desagregación delegacional y 16 con nivel de desagregación nacional; vi) continuar actualizando el Orden Jurídico Nacional de la Secretaría de Gobernación; vii) elaborar los discos compactos para la difusión de la información relativa a tesis y jurisprudencias que emita el PJF, de relevancia para el quehacer jurídico institucional, y viii) dar seguimiento a los Programas Gubernamentales en los que tenga intervención la DJ, así como realizar el seguimiento al cumplimiento de las observaciones y recomendaciones al desempeño determinadas por los Órganos Fiscalizadores.

En materia de Información Estadística Jurídica, para el término de 2012, la DJ tiene contempladas las siguientes ocho actividades principales en su Plan de Trabajo: i) realizar acciones para continuar actualizando y depurando las bases de datos del SSC y concluir la actualización de la información del Módulo de Investigaciones Laborales;

ii) elaborar mensualmente informes analíticos de los juicios laborales de pasivo contingente en trámite, utilizando información obtenida del Inventario de la JFCA; iii) continuar con el análisis, diseño, desarrollo, prueba e implementación de las cuatro etapas faltantes para concluir las modificaciones del módulo del juicio contencioso administrativo del SSC, para registrar la información de los juicios y amparos fiscales, en los que el IMSS es actor; iv) continuar con los trabajos que conjuntamente se realizan con la JFCA para conciliar las cifras de los juicios laborales de pasivo contingente en trámite; v) coordinar la atención de las solicitudes de acceso a la información pública o a datos personales, que se turnen a la DJ, así como de los recursos de revisión. En esta misma materia se realizarán acciones para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia de la DJ, para integrar el índice de Expedientes Reservados, actualizar el Portal de Obligaciones de Transparencia y la actualización de los sistemas de datos personales; vi) concluir el desarrollo, carga de la información de consulta y pruebas de la aplicación informática de Tesis y Jurisprudencias del PJF; vii) continuar depurando los juicios fiscales y laborales en el SSC, para tener cifras confiables de los que están notificados, en trámite y concluidos, y viii) realizar nueve visitas de apoyo a las JDSJ para brindarles asesoría en la operación, registro y actualización de la información de los módulos que integran el SSC.

V.2. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

V.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, la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (CAQOD) ha venido desarrollando programas orientados a mejorar la percepción del usuario. Por ello, en el marco del Programa de la Mejora de la Gestión 2009 (PMG), se diseñó el proyecto de Contacto Ciudadano del IMSS, el cual además de cumplir con los lineamientos establecidos en el PMG integró elementos de accesibilidad y de comunicación, que permitieran la adecuada atención a personas con discapacidad.

Informe de Labores

En el periodo que se reporta, se atendieron de manera personal a 23,782 usuarios, con un tiempo de atención promedio de tres minutos y 26 segundos, medidos a partir del registro del usuario en el módulo de recepción hasta que es llamado por un consultor. Asimismo, la respuesta a los planteamientos de los usuarios se otorgó en un promedio de 14 minutos y 52 segundos. Es importante mencionar que el resultado promedio de la encuesta que evalúa la percepción del

usuario sobre la calidad en la atención recibida, fue de 97.3 por ciento de aceptación. Estos resultados denotan la oportunidad y calidad con que se atiende al personal que acude a este espacio.

En el periodo que se reporta, se atendieron de manera personal a 23,782 usuarios, con un tiempo de atención promedio de tres minutos y 26 segundos; la respuesta a los planteamientos de los usuarios se otorgó en un promedio de 14 minutos y 52 segundos.

Con la finalidad de replicar el espacio Contacto Ciudadano en delegaciones y oficinas administrativas del IMSS a nivel nacional, en marzo de 2012 se difundió entre las áreas de Atención al Derechohabiente el Lineamiento de Contacto Ciudadano cuyos objetivos son: i) plasmar las características básicas de la infraestructura y el proceso de atención, que permitan la réplica del modelo del espacio de Contacto Ciudadano; ii) establecer los elementos mínimos en relación con las características e imagen; iii) unificar a nivel nacional los criterios para la atención que se brinda a los solicitantes, y iv) medir a través de indicadores de eficiencia y productividad el servicio que se brinda, permitiendo una mejora continua.

En lo que respecta a las peticiones que por escrito presentaron los ciudadanos en nivel central, se atendieron 5,817 peticiones, relativas a: 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.

En relación con los medios de contacto de telefonía, *chat* y correo electrónico, la CAQOD tiene bajo su responsabilidad la operación de dos grandes campañas: Derechohabiente y Contribuyente. Ambas campañas brindan atención en dos niveles, de acuerdo con la complejidad de la información. En el nivel básico de información, de junio de 2011 a 2012 se atendieron 1'088,219 llamadas, 26,457 correos electrónicos y 135,396 *chats*. En el nivel especializado, el operador telefónico brinda atención especializada de trámites y servicios que ofrece el Instituto; en el periodo que se informa se atendieron 272,173 llamadas, 38,169 correos electrónicos y 15,953 *chats*.

De junio de 2011 a 2012, en el nivel básico de información se atendieron 1'088,219 llamadas, 26,457 correos electrónicos y 135,396 chats*; en el nivel especializado se atendieron 272,173 llamadas, 38,169 correos electrónicos y 15,953* chats.

Durante el periodo que se reporta, la CAQOD ha proporcionado a nivel nacional 20'615,858 orientaciones y se captaron 70,458 quejas de servicio, las cuales fueron procesadas y turnadas hacia las áreas correspondientes. Asimismo, se realizaron 758,352 gestiones ante unidades médicas y administrativas institucionales.

Durante el periodo que se reporta, la CAQOD ha proporcionado a nivel nacional 20'615,858 orientaciones y se captaron 70,458 quejas de servicio.

Programa de Actividades

En el segundo semestre de 2012 se continuará brindando atención a través de los diferentes medios de captación, cumpliendo con los estándares de oportunidad y calidad establecidos.

V.2.2. FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE

Con el fin de reforzar la estructura de operación de las Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), modernizar sus programas y herramientas de trabajo y promover la profesionalización de la atención, se impulsaron los siguientes tres proyectos rectores: i) la ampliación de cobertura de TAOD, lo cual tiene como objetivo acercar los servicios del Instituto a nuestros usuarios y atender con oportunidad y eficiencia sus peticiones; ii) la cobertura de TAOD en áreas de Urgencia de hospitales y UMAE, para fortalecer la gestión y atención que se brinda a las personas que acuden a las áreas de Urgencias de los hospitales y UMAE y así coadyuvar con las acciones de mejora institucionales que están siendo implementadas en dichas áreas, y iii) la implementación de mecanismos que permitan identificar a las TAOD con la imagen institucional, con el fin de que el derechohabiente reconozca de manera gráfica y homogénea al personal de Atención y Orientación al Derechohabiente, como el personaje al que puede acudir para solicitar apoyo.

En el rubro de reforzamiento de la estructura operacional, se logró incrementar el número de plazas para aumentar la cobertura de las TAOD en las unidades médicas, pasando de 28.6 por ciento en 2008 a 46.9 por ciento en 2012.

Informe de Labores

Se continuó con el proyecto de reforzamiento de la estructura operacional. En diciembre de 2011 se instalaron 150 Módulos de Atención y Orientación al Derechohabiente en las áreas de Urgencias de hospitales y UMAE, los cuales cumplen con los elementos de accesibilidad para la atención a personas con discapacidad, permitiendo que las TAOD cuenten con espacios adecuados para llevar a cabo sus actividades.

Asimismo, se actualizó el Procedimiento para la Atención de Peticiones en Módulos y Buzones de Atención y Orientación al Derechohabiente, el cual permitió la actualización, homogenización, automatización y estandarización, tanto de los conceptos, como de las tareas que llevan a cabo las TAOD en los Módulos de Atención y Orientación al Derechohabiente.

En noviembre de 2011 se implementó el Sistema de Consulta TAOD, que consiste en una herramienta informática de fácil consulta

para el personal de Atención y Orientación al Derechohabiente a nivel nacional, la cual contiene más de 35 temas y 112 subtemas debidamente validados por las áreas normativas responsables. Este instrumento contribuye a mejorar la calidad en la orientación que se proporciona a los derechohabientes, usuarios y ciudadanía en general.

Programa de Actividades

Se dará seguimiento al cumplimiento de la cobertura de TAOD en áreas de Urgencias de hospitales y UMAE; se mantendrá actualizado y se integrarán nuevos temas al Sistema de Consulta TAOD.

V.2.3. PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN "CALIDEZ Y CULTURA DE SERVICIO AL DERECHOHABIENTE"

El Instituto ha venido realizando esfuerzos importantes para la capacitación del personal institucional en materia de trato, en el marco de un programa que se denominó "Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente", con el cual se logró capacitar durante 2010 a 30,000 trabajadores a nivel nacional.

En octubre de 2010, con motivo de una alianza del IMSS con el SNTSS, a iniciativa de la CAQOD, se constituyó el Programa Nacional de Capacitación "Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente, un compromiso compartido". El objetivo del programa consiste en coadyuvar en la mejora de la atención, mediante el desarrollo de habilidades y fortalecimiento de actitudes del personal a fin de promover cambios sustanciales en la ética personal y profesional, así como en el servicio a los derechohabientes. A través de los programas de capacitación implementados para mejorar el trato y la calidez, en esta Administración se han capacitado a más de 100,000 trabajadores del Instituto a nivel nacional.

A través de los programas de capacitación implementados para mejorar el trato y la calidez, en esta Administración se han capacitado a más de 100,000 trabajadores.

Informe de Labores

De manera exitosa, el Instituto y el SNTSS han realizado esfuerzos significativos en la implementación y seguimiento del Programa Nacional de Capacitación, realizando en conjunto la CAQOD y la Secretaría de Capacitación y Adiestramiento del SNTSS, 16 giras de trabajo a las diferentes delegaciones.

Durante 2011 se logró capacitar a nivel nacional a más de 64,000 trabajadores, de los cuales 1,248 personas fueron de nuevo ingreso, integrando a su vez el programa de manera permanente en el proceso de inducción del personal. De enero a junio de 2012, se han capacitado a 20,000 trabajadores generando una cifra acumulada a junio de 2012 de más de 80,000 trabajadores capacitados a nivel nacional.

La impartición de la capacitación en esta etapa del programa da prioridad al personal que labora en las UMF, hospitales y UMAE e incluye paulatinamente a unidades administrativas.

Programa de Actividades

De julio a diciembre de 2012 se continuará dando seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas por delegación y de manera global para el ejercicio actual. Se realizarán las acciones necesarias que permitan el fortalecimiento del programa, robusteciendo la relación con las diferentes áreas del Instituto involucradas.

V.2.4. ATENCIÓN A QUEJAS MÉDICAS ANTE LA CNDH Y LA CONAMED

La CAQOD funge como enlace del IMSS ante los diferentes organismos nacionales en materia de derechos humanos. Entre otras funciones, se encarga de recibir, procesar, encauzar y dar seguimiento hasta su solución, en coordinación con los órganos y unidades administrativas competentes, a las quejas, propuestas formales de conciliación y recomendaciones que se generen con motivo del otorgamiento de las prestaciones y servicios derivados de los seguros que consagra la LSS.

De igual forma, se ha fortalecido el conocimiento del personal médico y administrativo del Instituto respecto de la regulación sanitaria, a través de la presentación y distribución de la obra denominada "Compendio de Normas Oficiales Mexicanas sobre el Derecho a la Protección a la Salud", coeditada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y el IMSS. Para el presente año se tiene como meta capacitar en línea a 6,661 médicos de confianza en el IMSS en coordinación con la Secretaría Técnica de la CNDH, a través de la plataforma de dicha Comisión.

Informe de Labores

En cuanto a las quejas presentadas ante los distintos órganos desconcentrados, en el periodo comprendido de junio de 2011 a junio de 2012 se recibieron 6,116 quejas, de las cuales 5,195 se concluyeron y 921 están en proceso de cumplimiento. Del total de las quejas recibidas a nivel nacional, 1,048 se recibieron a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

En cuanto a las quejas presentadas ante la CNDH, en el periodo comprendido se recibieron 1,335, de las cuales 624 se concluyeron, 644 se encuentran en espera de conclusión y 67 están en proceso de cumplimiento.

Derivado de la relevancia de algunos asuntos, así como del incremento de quejas, se establecieron periódicamente reuniones de trabajo con la Dirección General de la Primera Visitaduría General de la CNDH, en las cuales se han establecido criterios de atención de aquellos asuntos considerados como relevantes, así como cabildeo de casos complejos que requieren especial cumplimiento. Lo anterior ha permitido

un entendimiento eficaz entre ambas instituciones, reflejándose en el cumplimiento de las diversas peticiones, sobre todo quejas, previendo y evitando con ello la emisión de recomendaciones al Instituto. Así también, se ha mantenido estrecha coordinación con la CNDH, para la realización de diversas acciones dirigidas a la difusión y promoción de los derechos humanos.

Durante el periodo comprendido, se recibieron ocho recomendaciones emitidas al IMSS por la CNDH, las cuales están en proceso de cumplimiento ante dicho organismo nacional. Al respecto, cabe señalar que los pronunciamientos han sido atendidos por el Instituto. Sin embargo, por la naturaleza de los mismos, es necesario estar actualizando periódicamente la información ante la CNDH. Generalmente, la Comisión solicita la impartición de cursos de capacitación a nivel nacional en las unidades hospitalarias del Instituto, para lo cual también se requiere determinado tiempo para su cumplimiento.

Además de las peticiones de información antes señaladas, la CNDH también emite propuestas formales de conciliación al Instituto, con el propósito de lograr una solución inmediata, cuando a su criterio se ha comprobado que existe violación a los derechos humanos, y que no se trate de una "infracción grave". Al respecto, en el periodo comprendido de junio de 2011 a junio de 2012, se han recibido siete propuestas formales de conciliación de la CNDH, de las cuales las siete se encuentran en proceso de cumplimiento.

El Instituto ha adoptado diversas medidas para prevenir y corregir los aspectos y situaciones que han dado motivo a las quejas de los derechohabientes por presuntas violaciones a sus derechos humanos. Entre ellos se incluyen la difusión de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y la normatividad aplicable, la capacitación y evaluación de capacidades de servidores públicos, la verificación de procedimientos, la aplicación de recursos y mejoramiento de las áreas de servicio, la orientación al derechohabiente sobre trámites y procedimientos, la supervisión al personal médico y administrativo acerca del cumplimiento de la NOM aplicable o de procedimientos internos para impedir la recurrencia de la queja y la solución mediante gestión inmediata para impedir que se abra la queja.

En lo concerniente a las recomendaciones, para efecto de su cumplimiento el Instituto lleva a cabo diversas acciones como: la investigación de la queja médica y la emisión del dictamen respectivo; proyectar el acuerdo como propuesta ante la Comisión Bipartita del H. Consejo Técnico del Instituto y el seguimiento ante este Órgano Colegiado, en relación con la reparación del daño por la vía de la indemnización, y las medidas preventivas y correctivas, como son brigadas de trabajo semanales para el seguimiento a las quejas presentadas ante la CNDH, la capacitación del personal médico y administrativo, la difusión de las NOM y, en general, la implementación de acciones preventivas tendientes a abatir el número de quejas, así como su atención y resolución expedita.

Programa de Actividades

Para el periodo que se informa, se tiene programado atender 2,282 quejas médicas, de las cuales 460 corresponden a quejas presentadas ante la CONAMED.

V.2.5. MEJORA DE LOS SERVICIOS CON BASE EN LA EVALUACIÓN DEL DERECHOHABIENTE

Con el propósito de contribuir a la mejora de los trámites y servicios que brinda el Instituto, a partir del 2009 se realizaron esfuerzos orientados a constituir la voz de los usuarios como insumo estratégico para direccionar las acciones de mejora a partir de la identificación de sus necesidades y expectativas, y lograr su satisfacción con los trámites y servicios. En el marco de este objetivo, se implementó una aplicación denominada Sistema de Carga y Procesamiento de Excel (SICAPREX), el cual facilita el procesamiento de la información de las peticiones captadas en las delegaciones y UMAE del Instituto y las consolida en una base de datos integrada.

Asimismo, a partir de octubre de 2009 se estableció el programa de visitas de supervisión a las Coordinaciones Delegacionales y Jefaturas de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente (JDAO) en los órganos desconcentrados del Instituto. Durante el periodo de octubre de 2009 al 2012 se llevaron a cabo 180 visitas de supervisión en Coordinaciones Delegacionales y JDAO, dando como resultados el establecimiento de 794 compromisos para mejorar la atención al derechohabiente, entre los que destacan la habilitación de buzones funcionales para la captación de las peticiones de los derechohabientes, la difusión del *Call Center* institucional, mejoras en el registro de peticiones, el impulso del cumplimiento de la normatividad en materia de transparencia y acceso a la información, el debido registro y seguimiento de quejas médicas y la remisión oportuna de informes y expedientes clínicos solicitados por el área de CONAMED de Nivel Central.

De octubre de 2009 al 2012 se llevaron a cabo 180 visitas de supervisión dando como resultados el establecimiento de 794 compromisos para mejorar la atención al derechohabiente.

Informe de Labores

Durante el periodo que se informa se realizaron un total de 71 visitas de supervisión; 45 a Coordinaciones Delegacionales y 26 a JDAO, cifra que se incrementó en 45.8 por ciento con respecto al mismo periodo del año anterior, debido a solicitudes de orientación y asesoría en la materia realizadas por los órganos desconcentrados.

Derivado de las visitas de supervisión se establecieron 446 compromisos de tipo correctivo, de los cuales a la fecha, 423 (95 por ciento) se han cumplido, lo que ha permitido incrementar

la efectividad en la atención de las peticiones ciudadanas.

Paralelo a las visitas de supervisión, durante el primer trimestre de 2012, la CAQOD instrumentó el Programa de Videoconferencias con el propósito de informar a los Coordinadores Delegacionales y JDAO las acciones y avances de los proyectos en oficinas centrales, Delegaciones y UMAE en temas referentes a la atención al derechohabiente.

Programa de Actividades

Para dar continuidad a la mejora continua en materia de atención al derechohabiente, de julio a diciembre de 2012 se tiene programado realizar 33 visitas de supervisión a 18 Coordinaciones Delegacionales y 15 Jefaturas de Departamento en UMAE, con lo que se atenderá 100 por ciento de los órganos desconcentrados durante todo el ejercicio 2012. Adicionalmente, se dará seguimiento a los compromisos de mejora establecidos por los Coordinadores Delegaciones y Jefaturas de Departamento, derivados de las visitas de supervisión.

V.2.6. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

La LFTAIPG obliga a las dependencias obligadas a crear al interior de las mismas una "Unidad de Enlace", cuya función es cumplir con la obligación de la APF de abrir los archivos a la ciudadanía y proporcionar información en forma rápida y sencilla. El Manual de Organización de la Dirección Jurídica del IMSS establece como atribuciones de la CAQOD, a la cual se encuentra adscrita la Unidad de Enlace, las siguientes funciones: i) coordinar la recepción y trámite de las solicitudes de información y la notificación de las respuestas que formulen las unidades administrativas institucionales, así como la formulación y presentación ante el IFAI, previa sanción del Comité de Información, de los alegatos que se rindan con motivo de los recursos de revisión que interpongan los particulares; ii) coordinar la supervisión del cumplimiento, por las unidades administrativas del Instituto, de las obligaciones que impone la LFTAIPG, su reglamento y las disposiciones administrativas que de ella emanan respecto a la clasificación de la información, protección de datos personales, publicación y actualización de la información pública y del índice de expedientes reservados, y iii) fungir como la Unidad de Enlace del Instituto y su titular como miembro del Comité de Información y coordinar las actividades de la Secretaría Técnica de dicho Comité. En adición a lo anterior, la Unidad de Enlace del IMSS tiene la responsabilidad de impartir capacitación en materia de transparencia a los servidores públicos del Instituto.

Entre los logros de la Unidad de Enlace alcanzados durante el periodo 2006-2012 se incluye el mantenimiento de un porcentaje de efectividad en respuesta de solicitudes por encima de 97 por ciento anual.

Además, se han desarrollado dos sistemas de indicadores: de Oportunidad en la Atención de Solicitudes de Información (OASI), y Oportunidad

en la Atención de Recursos de Revisión (OARR). El desarrollo de estos sistemas de indicadores ha permitido que tanto las delegaciones como las UMAE y los Órganos Normativos del sector central cuenten con un instrumento que les permita evaluar su desempeño y, en su caso, tomar las medidas que permitan mejorarlo.

Informe de Labores

Entre junio de 2011 y junio de 2012 la Unidad de Enlace del IMSS recibió un total de 31,644 solicitudes. Como se mencionó anteriormente, tan sólo en los primeros seis meses del año 2012 se recibieron un total de 17,829 solicitudes de información.

En el mismo periodo se recibieron un total de 710 Recursos de Revisión, lo que representa solamente 2.2 por ciento del total de solicitudes recibidas en ese lapso. Esto habla de la eficiencia y el esfuerzo que se ha implementado en la Unidad de Enlace del IMSS para tratar de dar una respuesta completa a los solicitantes de información.

La Unidad de Enlace imparte cursos de capacitación presenciales a las diversas unidades del IMSS en aspectos relacionados con la LFTAIPG. En el periodo comprendido se impartieron siete cursos, en los cuales participaron 70 servidores públicos.

La Unidad de Enlace también funge como Secretaría Técnica del Comité de Información, con base en lo señalado en la LFTAIPG. En ese carácter, tiene un papel fundamental en las sesiones de dicho Comité. Entre junio de 2011 y junio de 2012 se han llevado a cabo seis sesiones ordinarias y 54 sesiones permanentes.

Durante 2011 se llevó a cabo la auditoría número 153 “Cumplimiento de Obligaciones para el Acceso a la Información Pública Gubernamental”, a la Unidad de Enlace del IMSS. La auditoría tuvo como objetivo fiscalizar el cumplimiento de los objetivos y metas relacionados con las obligaciones de transparencia y el acceso a la información pública gubernamental, con motivo de la revisión de la Cuenta Pública 2010. Como resultado de dicha auditoría, se presentaron únicamente un total de cinco recomendaciones a desempeño para la Unidad de Enlace.

Programa de Actividades

En el segundo semestre de 2012 se continuará garantizando y facilitando el acceso a la información pública que genera el Instituto, impulsando, en el ámbito de sus facultades, la cultura de la transparencia y de la participación ciudadana, mediante acciones de capacitación, promoción y mejora continua. Se capacitará a los involucrados en el procedimiento de transparencia y acceso a la información con el objeto de prepararlos para llevar a cabo sus gestiones; se impulsarán las medidas necesarias en cuanto a marco normativo, diseño institucional, tecnologías de la información y capacitación que permitan continuar garantizando el derecho de acceso a la información pública en el IMSS; además, se continuará difundiendo el marco

normativo que regula los diversos procedimientos establecidos en la LFTIPG.

V.2.7. USO DEL FIDEICOMISO Y APOYOS EN EL CASO DE LA GUARDERÍA ABC

Ante el incidente presentado en la Guardería ABC, Sociedad Civil, en la ciudad de Hermosillo, Sonora el 5 de junio de 2009, el Gobierno Federal y el IMSS autorizaron una serie de apoyos en beneficio de las familias involucradas, tomando en consideración las condiciones especiales con las que a partir de dicho acontecimiento llevan a cabo sus actividades cotidianas y, con el objeto de coadyuvar a que tengan el mejor nivel de vida posible.

Dichos apoyos se otorgan en favor de los menores y adultos lesionados por quemaduras, de los menores no lesionados, pero que estuvieron presentes en la guardería el día del incendio expuestos al humo o tóxicos y de los familiares de aquellos menores que desafortunadamente perdieron la vida; contemplando además su ampliación a aquellos menores que pudieran presentar, en cualquier etapa de su desarrollo, una secuela permanente como consecuencia de la exposición al incendio, determinada previo dictamen médico.

Por su parte, el Titular del Ejecutivo Federal, mediante decreto emitido el 20 de julio de 2010, instruyó el otorgamiento de ayudas extraordinarias, conformándose para tal propósito el Fideicomiso denominado “Fondo para Ayudas Extraordinarias con Motivo del Incendio de la Guardería ABC”. Las ayudas consisten en: i) ayuda vitalicia para las madres de menores fallecidos, de menores lesionados y para los adultos lesionados; ii) una beca educativa para los menores lesionados desde nivel primaria hasta el superior, en cualquier institución educativa pública o privada en la República Mexicana; iii) el pago del consumo de la energía eléctrica durante el tiempo que por prescripción médica requieran del uso de equipos para el cuidado de su salud, y iv) ayuda para la atención médica vitalicia de los padres de los menores fallecidos y lesionados, a través del Seguro de Salud para la Familia (SSF) del IMSS.

Apoyos Correspondientes a los Acuerdos del H. Consejo Técnico

En relación con los padres de menores fallecidos, dos familias se sumaron a quienes reciben apoyo para el pago de los gastos asociados a los traslados, con lo cual a la fecha son 11 familias las que han recibido esta ayuda. Por concepto de atenciones médicas, quirúrgicas y hospitalarias subrogadas, así como farmacéutica y de auxiliares de diagnóstico, se sumaron siete padres a la lista de apoyos, con lo cual se ha beneficiado a 42 familias. Por concepto de SSF para los hijos y ascendientes de los padres de menores fallecidos, durante el periodo se aseguraron a cuatro familiares y se renovó la inscripción a otros tres.

Con respecto a los menores lesionados por quemaduras, se otorgaron los siguientes apoyos: i) a las familias de 23 menores en los gastos asociados a los traslados, hospedaje y alimentación; ii) a las familias de los 24 menores lesionados en los costos por concepto de atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica otorgada, así como los auxiliares de diagnóstico; iii) a 21 familias se pagaron los gastos que por prescripción médica que se requieren para la debida atención de la salud de los menores; iv) a cinco menores, se paga la cuota mensual autorizada en las guarderías contratadas para su atención; v) en relación con el SSF para los hijos y ascendientes de los padres de menores lesionados, durante el periodo se aseguró a un familiar y se renovó la inscripción a uno más, y vi) se les continuó dando a las familias de 18 menores lesionados la beca educativa para la educación preescolar de los menores, además de que se incorporaron dos familias más.

Para los menores expuestos al humo y gases tóxicos, se otorgaron los siguientes apoyos: i) a cinco familias se les dio ayuda en concepto de gastos de traslados, con lo cual suman 70 familias que lo han recibido; ii) se apoyó al total de los 80 menores afectados en los costos de la atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, psicológica y de rehabilitación, incluyendo aquellas de carácter neumológico y cardiológico, y iii) con respecto al importe equivalente a la cuota mensual autorizada que paga el Instituto por menor atendido en las guarderías contratadas, durante el periodo se entregaron apoyos en beneficio de 51 menores expuestos, con lo cual a la fecha son 71 los menores atendidos.

Finalmente, con respecto a los adultos lesionados durante el periodo se otorgaron los siguientes apoyos: i) se sumó un adulto lesionado más quien recibió ayuda por solidaridad; ii) se otorgó ayuda por pago de traslados a cinco adultos lesionados; iii) se continuó apoyando a ocho adultos lesionados en los costos de la atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, psicológica y de rehabilitación, incluyendo aquellas de carácter neumológico y cardiológico, y iv) se apoyó a dos adultos en los gastos que por prescripción médica se requieren para la debida atención de la salud.

Ayudas Otorgadas a Través del Fideicomiso "Fondo para Ayudas Extraordinarias con Motivo del Incendio de la Guardería ABC".

Con respecto al uso del Fideicomiso "Fondo para Ayudas Extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC", en el periodo se otorgaron las siguientes ayudas: i) se otorgó ayuda vitalicia por solidaridad a 48 madres de menores fallecidos, a 24 madres de menores lesionados y a ocho adultos lesionados; ii) se otorgaron ayudas a 36 padres de menores fallecidos y/o lesionados por el concepto del SSF; iii) como ayuda para el consumo de energía eléctrica, se otorgaron apoyos a cinco adultos lesionados y 18 menores lesionados que, de acuerdo con la prescripción médica respectiva, requieren el uso de equipos para el debido

cuidado de su salud, y iv) durante el periodo seis menores lesionados recibieron becas en razón de que comenzaron a cursar sus estudios de nivel primaria.

Programa de Actividades

Se continuará con la entrega de apoyos y ayudas establecidas en los acuerdos emitidos por el H. Consejo Técnico y por el decreto publicado el 20 de julio de 2010, dando seguimiento a las disposiciones y lineamientos que para cada caso están establecidos. Al cierre del ejercicio 2012, de los 24 menores lesionados, se considera que 17 estarán recibiendo la beca educativa para apoyo de sus estudios de primaria, cinco para preescolar y dos a nivel guardería. Asimismo, en el mes de julio se renovarán las pruebas de vida de las beneficiarias del Fideicomiso Público, de acuerdo con las Reglas de Operación, a fin de que estas continúen recibiendo las ayudas autorizadas.

V.2.8. CENTRO DE ATENCIÓN INMEDIATA PARA CASOS ESPECIALES (CAICE) EN HERMOSILLO, SONORA

El H. Consejo Técnico del Instituto instruyó la creación del Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales (CAICE), instancia que desde entonces ha fungido como canal de comunicación y enlace de los padres de familia y adultos lesionados con las autoridades institucionales. El CAICE cuenta con personal altamente calificado, tanto en la atención administrativa y vinculación con las familias, como en lo relativo a la atención médica, con especialistas en Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Neumología, Rehabilitación y Trabajo Social.

El IMSS ha generado acciones para darles la mejor atención de los menores, entre las que se encuentra la participación de expertos en Neumología Pediátrica de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, que realizaron valoraciones a 43 menores expuestos, sin detectar en ningún caso lesión permanente. Asimismo, un grupo multidisciplinario de expertos especialistas del IMSS, ante la presencia de representantes de la CONAMED, la CNDH y la UNAM, en calidad de observadores, se reunieron de forma individual con los padres de 64 de estos menores, para explicarles el estado de salud de sus hijos y el seguimiento médico, aclarando sus dudas.

La atención médica especializada para los menores ha incluido atención en las ciudades de Sacramento, Houston, Los Ángeles y Phoenix en Estados Unidos, y unidades del IMSS en Sonora, Jalisco y la Ciudad de México, así como servicios médicos subrogados en Hermosillo, Puebla, Guadalajara y Distrito Federal.

Informe de Labores

Durante el periodo que se informa se han otorgado los siguientes servicios: i) 6,498 consultas a niños lesionados y expuestos, en diferentes especialidades, entre las que destacan Pediatría,

Terapia Física, Neumología, Psicología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Nutriología, Alergología, Otorrinolaringología, Audiología, Foniatría y Otoneurología, de los cuales 5,023 se realizaron en instalaciones del IMSS y 1,475 en servicios subrogados; ii) 60 estudios de laboratorio y gabinete a menores lesionados, como espirometrías, rayos X, estudios generales de laboratorio, tomografías, electroencefalogramas estudios del sueño, etcétera; iii) 5,857 citas de Psicología y Psiquiatría, para los familiares de menores fallecidos, menores lesionados y expuestos, y sus familias, así como para los adultos lesionados, y iv) 468 citas a adultos lesionados, 389 en los servicios institucionales, entre los que se encuentran los servicios de Terapia Física, Medicina Física y Rehabilitación, Psicología, Psiquiatría, Salud en el Trabajo, Nutrición, Otorrinolaringología, etcétera.

Adicionalmente, en este periodo se ha dado atención y seguimiento a los 80 menores expuestos a los humos y gases del incendio por parte de médicos del Instituto, del Hospital CIMA-Hermosillo y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Se dio continuidad a la valoración pediátrica integral de los menores en el Children's Hospital de la Ciudad de Phoenix, Arizona, celebrándose a la fecha 305 citas en especialidades como Pediatría, Neumología, Alergología, Neurología, Gastroenterología y Otorrinolaringología, de las que 150 corresponden a estudios de *babypletismografías*, espirometrías, TAC de cráneo, y estudio del sueño, entre otros.

Para todas estas actividades médicas se han llevado a cabo numerosas diligencias administrativas a través del personal de Vinculación, entre las que destacan, agendar todas las citas en las diferentes unidades institucionales y subrogadas que dan atención a los menores y sus familiares; más de 15,000 llamadas para informar y recordar citas a los usuarios, así como para conocer el resultado de atenciones, estudios y valoraciones realizados a los menores en los diversos servicios; el surtimiento de 3,640 recetas de unidades institucionales y 1,189 de médicos subrogados, la gestión de 67 incapacidades y más de 1,000 asesorías sobre los diversos trámites del Instituto. De igual forma se han realizado aproximadamente 3,500 acompañamientos a los servicios institucionales para atención en consultorio, urgencias, laboratorio, trámites ante áreas administrativas del Instituto, referentes principalmente a trámites de pensión, conservación de derechos, modificación de datos personales, registro de beneficiarios y solicitudes de incapacidades retroactivas.

Programa de Actividades

En el CAICE se seguirán proporcionando los servicios médicos y administrativos para el mejoramiento de la salud y condiciones de vida de sus usuarios, fortaleciendo la relación institucional con los padres de los menores y con los adultos lesionados.

INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) tiene como objetivo administrar la plataforma tecnológica, de comunicaciones y sistemas de información para atender las necesidades, oportunidades y retos del Instituto, buscando mejorar sus servicios por medio del manejo de la información en medios electrónicos.

Una de las principales funciones que la DIDT desarrolla es la modernización de los sistemas sustantivos del Instituto, como son el Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE), el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI), el Sistema Informático Integral de Incorporación y Recaudación (DELTA), el Sistema de Administración de Guarderías, así como diversas aplicaciones de cómputo que soportan la operación de los servicios institucionales.

La DIDT también mantiene la infraestructura de procesamiento y almacenamiento de información, de telecomunicaciones y de cómputo personal.

En sus actividades, la DIDT cumple con el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y de Seguridad de la Información (MAAGTIC-SI).

VI.1. APLICATIVOS DE CÓMPUTO

La DIDT tiene entre sus funciones sustantivas desarrollar nuevos sistemas de información, así como modernizar y dar mantenimiento a los más de 80 aplicativos de cómputo actuales, que apoyan la operación del IMSS.

Incorporación y Recaudación: DELTA

El Sistema DELTA es una solución integral que consolida la información de la operación de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), mejora los servicios y amplía los puntos de acceso a los derechohabientes y patrones.

Los objetivos del Sistema DELTA son: i) garantizar la disponibilidad de las aplicaciones en línea; ii) homologar el funcionamiento e interfaz de las aplicaciones, y iii) proporcionar trámites y servicios a derechohabientes y patrones mediante servicios digitales.

Informe de Labores

La construcción del Sistema requirió varias fases. La primera se implementó los años 2007 y 2008, comenzando con la ejecución de la fase 0 del Sistema, en la cual se llevó a cabo el análisis de los macroprocesos funcionales. La segunda etapa de la fase 0, que se implementó durante 2009 y 2010, consistió en ejecutar las tareas para generar el diseño del modelo futuro de procesos.

La fase 1 se implementó en 2011 e implicó la construcción del Sistema, el cual se fortaleció con el concepto de gobierno de datos, lo que permitió convertir la información de los patrones asegurados y derechohabientes en un activo estratégico. Esto se debe a que el Sistema integra en un solo almacén las diferentes fuentes de información de la DIR, conformando una base de datos única, en la que se aplican las reglas de auditoría, diagnóstico y unificación.

Durante esta fase, en el segundo semestre de 2011 se inició el desarrollo de la base de datos transaccional única, la cual contendrá la información unificada y validada de patrones y trabajadores. En lo referente a aplicativos de cómputo, se inició la construcción de los módulos de Gestión de Catálogos, Consulta de Vigencia de Derechos, Estado de Cuenta Patronal, Pago Referenciado, Seguimiento de Auditorías y Dictámenes y Corrección.

La solución integral del Sistema DELTA consolida la información de la operación de la DIR, mejora los servicios y amplía los puntos de acceso a los derechohabientes y patrones.

En 2012 se inició el desarrollo de los módulos de Gestión de Personas, Gestión de Derechohabientes, Gestión Patronal y Gestión

de Clasificación de Empresas, así como todas las funciones de incorporación. En lo referente a las funciones de recaudación, se inició la construcción de los módulos de Emisión, Recepción de Pagos, Generación de Pago referente al cálculo de cuotas, facturación, devoluciones y registro de transacciones. En cuanto a las funciones de fiscalización, se comenzaron a construir los módulos de Control de Casos de Fiscalización, Dictámenes y Correcciones (tabla VI.1).

Entre los principales objetivos de los módulos en construcción se encuentran aumentar las facilidades para el cumplimiento voluntario de las obligaciones obrero-patronales, mejorar el control de las operaciones del Instituto y hacer más eficientes sus procesos administrativos y operativos.

Las mejoras en los aplicativos de cómputo de la DIR aumentan las facilidades para el cumplimiento voluntario de las obligaciones obrero-patronales y mejoran el control de las operaciones del Instituto.

Adicionalmente, se pretende contar con una solución integral que permita proporcionar información completa, oportuna y confiable para la adecuada toma de decisiones. La solución permitirá reducir los costos derivados de la operación actual, disponer de un nuevo sistema informático de fiscalización que apoye directamente los procesos operativos de selección de patrones y habilitar la gestión eficiente de los procesos de auditoría, corrección y determinación.

TABLA VI.1. AVANCE EN LA FASE DE CONSTRUCCIÓN DE MÓDULOS
(PORCENTAJES, JUNIO 2011-JUNIO 2012)

Módulos	% de avance
Liberación del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) CC	99
Implementación del Sistema ACCEDER para segundo y tercer niveles nacionales (CCEVD)	46
Desarrollo de la segunda fase del Sistema Único de Dictamen por Internet (SUDINET) CCD	85
Liberación del Sistema Nacional de Dictamen (SINADI) versión 2 CCD	75
Liberación del Sistema de Corrección Patronal por Internet y Control de Gestión de Corrección CCD	54

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Entre julio y diciembre de 2012 se continuará trabajando, hasta su conclusión, en las siguientes actividades: i) la liberación del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE); ii) la implementación del Sistema de Acceso a los Derechohabientes (AcceDer) para segundo y tercer niveles; iii) el desarrollo de la segunda fase del Sistema Único de Dictamen por Internet (SUDINET); iv) la liberación del Sistema Nacional de Dictamen (SINADI), versión 2; v) la liberación del Sistema de Corrección Patronal por Internet y Control de Gestión de Corrección; vi) el desarrollo de la conectividad con el SIARA de la CNBV, pruebas, capacitación y liberación, y vii) el desarrollo, pruebas piloto, capacitación a nivel nacional y liberación del Sistema de Bienes Adjudicados.

Servicios Médicos: Nuevo Expediente Clínico Electrónico

Informe de Labores

Como se menciona en la sección de la DPM del presente Informe, se ha continuado con los trabajos para el desarrollo del aplicativo de cómputo. También se habilitó de infraestructura a los dos primeros *clústeres*, en los que se planea iniciar el despliegue del NECE y se establecieron las necesidades de infraestructura para un tercer *clúster*.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 se continuará con los trabajos para mejorar la versión beta del aplicativo de cómputo. También se avanzará en la definición de la metodología para migrar los datos de los sistemas actuales al NECE. Una vez que se concluya con la definición de la metodología para la migración, se establecerán las fechas para el despliegue, el cual será paulatino en cada *clúster* por redes de referencia (*subclústeres* que agrupan una UMAE, un hospital de segundo nivel y un conjunto de UMF).

Sistema para los Servicios Integrales de Hemodinamia, DPA, DPCA, Mínima Invasión

Informe de Labores

A finales de 2010 se comenzó la recopilación de la información mínima para integrar un padrón confiable de estos servicios integrales. Para mediados de 2011 se inició el análisis de cada uno, a fin de contar con las especificaciones técnicas aplicables a cada una de las unidades que cuentan con la subrogación de los mismos (tablas VI.2 y VI.3).

Portal de PREVENIMSS

Informe de Labores

Uno de los programas institucionales de mayor importancia es PREVENIMSS. Sin embargo, este programa no cuenta con un mecanismo tecnológico que permita comunicar sus beneficios ni que proporcione las herramientas para realizar análisis que se consoliden en acciones preventivas a favor de los derechohabientes.

Atendiendo esta necesidad, desde 2011 se comenzó con el análisis y diseño de dos portales. El primero de ellos es una herramienta de apoyo para las empresas que realizan los procesos de supervisión para la prevención de los derechohabientes. Dicho portal es denominado PREVENIMSS Externo, el cual recabará información de Vigilancia Computarizada de Riesgos a la Salud de los Trabajadores (VICORSAT) y otros aspectos de los derechohabientes.

El segundo portal es PREVENIMSS en Línea. Este portal recopila información de derechohabientes y no derechohabientes, a fin de conocer su estado de salud y, en su caso, proporcionar en línea los vínculos a los programas de PREVENIMSS o las recomendaciones para mejorar el estado de salud de las personas que utilicen este servicio.

Programa de Actividades

Para el segundo trimestre de 2012 se subirá la primera versión de los dos portales en Internet, dando un paso importante a la participación de los derechohabientes en la prevención de su salud. Asimismo, se creará una base analítica de información que permita hacer más eficiente la consulta de los programas de salud para el derechohabiente.

Sistema del Padrón IMSS-Oportunidades

Informe de Labores

El objetivo del Sistema es garantizar la confiabilidad en el resguardo de la información, así como proporcionar facilidades a las entidades ajenas al Instituto que exigen, como parte del Programa de Oportunidades, el cruce de padrones de beneficiarios del Seguro Popular, ISSSTE, IMSS Ordinario, entre otros.

En 2009 se comenzó el análisis y diseño de los procesos de recopilación del padrón y las reglas de negocio de captura, desde la presentación del Oportunohabiente a la ventanilla del archivo clínico, hasta los cruces de información necesarios. Desde finales de 2011 se cuenta con una primera versión liberada del Sistema, cuya prueba piloto comenzó en cuatro Hospitales Rurales (HR) de las delegaciones Veracruz Sur, Oaxaca, Coahuila y Nayarit. A principios de 2012 se implementó en todos los HR de las delegaciones antes mencionadas.

TABLA VI.2. UNIDADES ACTUALES QUE CUENTAN CON SUBROGACIÓN DEL SERVICIO
(PUNTOS ACTUALES DE SERVICIO INTEGRAL, 2011-2013)

Servicios integrados		
Servicio integral	**Puntos actuales**	**Puntos con cobertura 100%**
Banco de sangre	142	165
Hemodiálisis	180	183
Laboratorio	510	661
Total	**832**	**1009**

Fuente: IMSS.

TABLA VI.3. UNIDADES A CUBRIR CON LA SUBROGACIÓN DEL SERVICIO
(PUNTOS A CUBRIR EN 2012)

Servicios integrados	
Servicio integral	**Puntos a cubrir en 2012**
Hemodinamia	15
DPA	175
DPCA	191
Mínima invasión	202
Total	**583**

Fuente: IMSS.

El Sistema del Padrón IMSS-Oportunidades se liberó, en una primera versión, en todos los hospitales rurales de las delegaciones Veracruz Sur, Oaxaca, Coahuila y Nayarit.

Programa de Actividades

Para el segundo semestre de 2012 se continuará con la liberación del Sistema, logrando una cobertura de 3,619 unidades. Para 2013 se terminará con la implementación nacional y con una segunda versión, la cual incluirá las mejoras surgidas de la operación.

Sistema de Trámite de Pensión (SISTRAP)

Informe de Labores

El Sistema de Trámite de Pensión (SISTRAP), ha permitido mejorar la atención en el pago de prestaciones económicas. Para ello, se han desarrollado una serie de aplicativos que cubren objetivos específicos dentro del flujo del proceso, los cuales de forma integral posibilitarán una significativa reducción de tiempo en la atención al asegurado.

El módulo SISTRAP permite realizar de forma automatizada la certificación de semanas y salario con el área de afiliación, datos que son indispensables para el cálculo de la cuantía de pensión. El desarrollo de este módulo es importante para quien solicita una pensión, ya que al optimizar el proceso de atención al trámite de solicitud se minimiza el tiempo requerido para la certificación de derechos. Este proceso se realizará de forma automatizada entre ambos sistemas y al ser un proceso en línea se reducirá el tiempo de certificación de tres a un solo día.

La primera versión del enlace SISTRAP-SINDO (Sistema Institucional de Derechos y Obligaciones), concluido en diciembre de 2011, permitió la certificación automatizada de semanas y salario. La segunda versión incluye modificaciones y mejoras a la misma. Durante el mes de junio de 2012 se realizaron pruebas piloto para la liberación del Sistema en todo el país, contemplando los diferentes tipos de pensión como: Cesantía (CE), Vejez (VE) y Retiro (RE).

La primera versión del enlace SISTRAP-SINDO, concluido en diciembre de 2011, permitió la certificación automatizada de semanas y salario.

Programa de Actividades

Para el segundo semestre de 2012 se planea concluir la construcción de los módulos de pensión de invalidez y de pensiones por muerte. Además, se pondrán en práctica las pruebas piloto correspondientes para la posterior liberación de los módulos en el ámbito nacional.

Implementación de la Segunda Fase del Alta de Pensión

Informe de Labores

El módulo de Optimización del Alta de Pensión (OAP) proporciona herramientas de apoyo al personal en las ventanillas de prestaciones económicas del país, apoyando actividades como el análisis de información de los datos que provienen de las UMF y eliminando procesos nocturnos que ayudan a que el trámite se realice en menor tiempo.

La segunda fase del módulo de OAP tiene por objetivo reducir el tiempo de los trámites en el proceso de Alta de Pensiones, incluyendo diversas mejoras. Las principales funcionalidades de la segunda versión incluyen la revisión de información analizada en SISTRAP, el cálculo de las cuantías para pensiones régimen 1973, así como el proceso de oferta con el Sistema de Administración de Ofertas y Resoluciones (SAOR) y en la generación de resoluciones.

Los tipos de pensión incluidos en la primera etapa de liberación para OAP durante el primer semestre 2012 incluyen: Cesantía (CE) y Vejez (VE) Ley de 1973, negativas de pensión, Indemnizaciones Globales (IG), temporales y provisionales.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 hay dos actividades básicas que deberán dar continuidad al proyecto OAP. La primera implica el monitoreo, estabilización y mejoras de la primera etapa liberada. La segunda incluye la continuación de las adecuaciones a los requerimientos originalmente solicitados relativos a los siguientes tipos de pensión: Cesantía (CE) y Vejez (VE) Ley de 1997, Retiro (RE), Invalidez (IN), Viudez (VI), Viudez-Orfandad (VO), Orfandad (OR) y Ascendientes (AS).

Marcación Automática de la Cuenta Individual Mediante la Consulta Inicial de Saldos Previos

Informe de Labores

El desarrollo de este módulo es importante para el solicitante de una pensión, ya que permite optimizar el trámite de solicitud minimizando el tiempo requerido para la verificación, validación y obtención de saldos de la cuenta individual.

La funcionalidad de marcación en línea permite solicitar la consulta y marcación definitiva del saldo para el trámite de una pensión; dicha funcionalidad incluye los enlaces en línea IMSS-PROCESAR y PROCESAR-AFORES. Desde junio de 2012 se ha trabajado para que la cuenta individual permanezca marcada desde la consulta de saldos previos al inicio de la solicitud de pensión, hasta concluir con la marca de la resolución en el sistema *DataMart*, evitando movimientos de la misma.

Programa de Actividades

En lo que se refiere a las actividades próximas para el módulo liberado de Marcación en Línea, cabe destacar la estabilización de la operación, así como la administración del cambio en el ámbito operativo.

Sistema de Guarderías

Informe de Labores

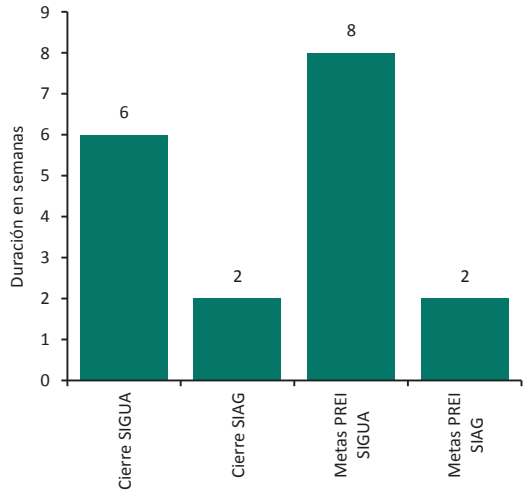
En 2007 se logró que 100 por ciento de las guarderías, tanto de prestación directa como indirecta, realizaran el proceso de cierre mensual mediante el Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), logrando reducir los tiempos para la realización de esta actividad y para disponer de la información estadística. Asimismo, se enlazó este proceso con el PREI. Este proceso también redujo los tiempos hasta en cuatro semanas, consiguiendo que el personal de finanzas pudiera realizar el seguimiento de metas del programa anual de guarderías en tiempo y forma. En la gráfica VI.1 se muestran los resultados de la reducción de tiempos de espera.

Las mejoras en los sistemas de guarderías redujeron los tiempos hasta en cuatro semanas, consiguiendo que el personal de Finanzas pudiera realizar el seguimiento de metas del programa anual de guarderías en tiempo y forma.

Con la finalidad de brindar un mejor servicio a los usuarios de las guarderías, se ha continuado con el desarrollo e incorporación de nuevas funcionalidades a los sistemas SIAG y Sistema de Información y Administración de Guarderías Central (SIAGC), así como de los módulos de Evaluación del Desarrollo fase II, Control de Inmunizaciones fase II, Peso y Talla, Seguridad de la Base de Datos, Planeación de la Supervisión fase I, Monitor de Guarderías y Módulo de Quejas.

En lo referente a la actualización de la plataforma tecnológica de SIAGC, durante este año se iniciaron las acciones correspondientes para montar los sistemas de guarderías centrales, lo que permitirá ir a la vanguardia tecnológica para el mejor funcionamiento y operación de los sistemas.

GRÁFICA VI.1. REDUCCIÓN EN TIEMPOS DE ESPERA DEBIDO A LAS MEJORAS EN LOS SISTEMAS
(DURACIÓN EN SEMANAS, JUNIO 2011-JUNIO 2012)



Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Se concluirá con el desarrollo de los sistemas de Planeación y Control de Alimentos (PLACA) y de Trámite de Inscripción por Internet, tanto de las pruebas de usuario como de las pruebas piloto. Se planea liberarlos en 2012.

Sistema de Prestaciones Sociales

Informe de Labores

El Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) se desarrolló en una plataforma cien por ciento *Web* y con una base de datos centralizada, logrando que la información se registre en línea y pueda utilizarse en cualquier momento. El SIPSI permite salvaguardar la información registrada y generada, realizar el proceso de preinscripción a uno o varios servicios que deseén participar desde cualquier parte y estado del país, automatizar todo intercambio o interacción con otros sistemas o áreas del Instituto o entidades externas y realizar actualizaciones del sistema en línea. El beneficio principal que se obtendrá con el Sistema, tanto para el Instituto como para los usuarios y la población en general, es contar con una herramienta que permitirá brindar un mejor servicio.

Durante 2010 se optimizaron algunos procesos y se mejoró el módulo de Servicios de Enlace para el seguimiento de los pacientes referidos del área médica. En el primer semestre de 2011 se

dio soporte técnico y mantenimiento al SIPSI para mejorar la funcionalidad, y en julio de 2011 se dio inicio a la fase de Construcción del proyecto del Rediseño del SIPSI y Criterios del Programa Anual 2012, con base en las fases de Inicio y Elaboración de casos de uso del año 2008 y 2009. Para finales de 2011 se desarrollaron ocho módulos, así como las pruebas de usuario correspondientes. Cabe mencionar que dichos módulos se liberaron el 3 de enero de 2012 y se tiene contemplado desarrollar cuatro módulos más.

Programa de Actividades

Se pretende desarrollar adecuaciones y/o mejoras al Sistema, darle mantenimiento y soporte técnico a nivel central y en todas las UOPSI. Además, es necesario propiciar, en la medida de lo posible, la obtención de equipo de infraestructura tecnológica que soporte la demanda del servicio y operación a fin de contar con un sistema estable.

Centros Vacacionales

Informe de Labores

Desde finales de 2009 y hasta mayo de 2010 se realizaron 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, llevándose a cabo la adquisición en diciembre de 2010. En ese mismo año el proveedor entregó las licencias y en enero de 2011 se inició la implementación del nuevo Sistema de Administración Hotelera (OFIMATICA) en el Centro Vacacional Oaxtepec.

Programa de Actividades

Durante los meses de julio a diciembre de 2012 se llevará a cabo la implementación de este Sistema en los Centros Vacacionales de La Trinidad, Malintzi y Metepec, en la Unidad de Congresos y en la Oficina de Turismo y Convenciones.

Recursos Institucionales

Informe de Labores

En 2008 la DIDT inició un análisis orientado a conocer el estado que guardaba el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales, así como a determinar e identificar la brecha tecnológica entre la versión más reciente del aplicativo de cómputo y la que estaba instalada en ese tiempo.

Como resultado de la evaluación se plantearon tres escenarios, tomando como base el Sistema PREI Millenium: i) mantener la versión y desarrollos actuales; ii) la subcontratación de los procesos de recursos humanos y nómina, y iii) la sustitución de los Sistemas de Abasto (SAI) y Recursos Humanos (Sistema de Administración de Personal [SIAP]) por los módulos de Cadena de Suministros y los de Recursos Humanos y Nómina de *PeopleSoft*.

Durante el periodo que abarca este Informe se concluyó con la fase de actualización de la plataforma tecnológica de *PeopleSoft*, obteniendo el mapeo de procesos y la evaluación de las adaptaciones y desarrollos no nativos de *PeopleSoft*. Estos desarrollos sirvieron como base para las fases de prediseño y finalización, las cuales se concluyeron en este mismo periodo, dando paso a la construcción y puesta en marcha de la plataforma *PeopleSoft*, ERP (Sistema de Planeación de Recursos Empresariales), versión 9.1. Con esta plataforma en 2011 se logró la implementación y puesta en marcha del módulo de Inversiones Financieras.

Programa de Actividades

Para el segundo semestre de 2012 se prevé concluir con el proyecto de Mejora Tecnológica del Sistema Integral de Administración de Personal, lo que brindará mayor viabilidad para los siguientes años, permitiendo la continuidad en la operación de la administración de recursos humanos y el pago de nómina, tanto para trabajadores en activo como para jubilados y pensionados IMSS.

Para el segundo semestre de 2012 concluirá el proyecto de Mejora Tecnológica del Sistema Integral de Administración de Personal, permitiendo dar continuidad en la operación de la administración de recursos humanos.

Se continuará con la generación de la documentación preparatoria requerida para llevar a cabo el proceso de licitación en 2013, para la contratación de los servicios de construcción e implementación del ERP, *PeopleSoft*, versión 9.1, para Finanzas y Recursos Humanos.

Se prevé concluir la fase de Construcción del Sistema de Abasto, misma que dio inicio en 2011 y se continuará con la generación de la documentación para llevar a cabo el proceso de licitación en 2013, para la contratación de los servicios de transición y despliegue del ERP, *PeopleSoft*, versión 9.1, para el Sistema de Abasto, así como concluir la migración de la base de datos DB2 a *Oracle*.

VI.2. CÓMPUTO DE ESCRITORIO

El objetivo es atender las necesidades tecnológicas del personal y proveer los servicios de actualización de las aplicaciones estándar de escritorio como: correo electrónico, directorio activo y antivirus para proteger la información institucional.

Informe de Labores

Durante el periodo que abarca este Informe se generó un esquema de actualizaciones automáticas para mantener los equipos vigentes y protegidos contra ataques informáticos o explotación de vulnerabilidades, las cuales pueden ser aprovechadas por virus o por personas

ajenas al Instituto. Por su parte, la renovación de licencias se enfocó a actualizar los aplicativos que son utilizados intensivamente por el Instituto.

En términos de equipamiento, la DIDT proporcionó el equipamiento necesario para el óptimo desarrollo de las funciones encomendadas a las diferentes áreas del Instituto. Con esto se atendieron los requerimientos de equipo de cómputo y se ha asegurado la continuidad de los servicios institucionales.

Continuando con la renovación del equipamiento informático, a mediados de 2011 se inició el procedimiento de Licitación Pública Internacional para la adquisición de equipo de cómputo, tal y como se describe en la tabla VI.4.

TABLA VI.4. CANTIDAD DE EQUIPO ADQUIRIDO POR FONDO/PROYECTOS DE SERVICIOS COMPARTIDOS
(JUNIO 2011-JUNIO 2012)

Objetivo	Equipo adquirido
Escaner Tipo 2	600
Impresora Tipo A	1,600
Impresora Tipo B	1,200
Impresora Tipo C	1,200
Laptop Tipo 1	100
Laptop Tipo 2	400
PC Tipo 1	2,760
PC Tipo 2	10,560
PC Tipo 3	7,440
Switch Tipo 1A	1,475
Switch Tipo GA	4
Total	**27,339**

Fuente: IMSS.

Se proporcionó el equipamiento necesario para el óptimo desarrollo de las funciones encomendadas a las diferentes áreas del Instituto. Con esto se ha asegurado la continuidad de los servicios institucionales.

Programa de Actividades

Con base en los resultados obtenidos en ejercicios anteriores, se realizó el estudio del comportamiento de las adquisiciones de equipo de cómputo, así como una proyección estimada para las soluciones de aprovisionamiento de los siguientes años.

A la fecha, se tiene 80 por ciento de avance, toda vez que se tiene programada la adquisición de equipo de cómputo para el ejercicio 2012. La finalidad es impulsar la estrategia institucional a efecto de atender los requerimientos de las PC, *laptops*, impresoras y los escáner, promoviendo la utilización de equipo con tecnología de punta y en apego a lo dispuesto en el decreto que establece las medidas de austeridad y disciplina del gasto de la Administración Pública Federal y sus Lineamientos.

Servicios Administrados de Impresión de Alto Volumen

Informe de Labores

Como parte del Programa de Renovación de Infraestructura de Impresión de Alto Volumen, el cual se encontraba operando en estado

de obsolescencia y generando costos de mantenimiento elevados, en 2011 se llevó a cabo la contratación multianual de los servicios administrados de impresión de alto volumen.

El objetivo de esta contratación fue contar con el servicio de impresión y digitalización de alto volumen, así como de alto volumen departamental para procesos operativos específicos de áreas administrativas en las oficinas centrales del IMSS, sedes delegacionales y en los Centros Nacionales de Tecnologías de la Información de México y Monterrey.

A partir de noviembre de 2011 se realizó en todo el país el acondicionamiento en los sitios donde se encontraba instalada la antigua planta de equipos de impresión de alto volumen. El objetivo fue contar con las condiciones óptimas de operación y comenzar con la instalación de 1,692 equipos, propiedad del proveedor para el inicio de los servicios. Asimismo, se dio inicio a la distribución e instalación de los equipos de impresión departamental de alto volumen en las oficinas centrales del Instituto.

Se realizó en todo el país el acondicionamiento en los sitios donde se encontraba instalada la antigua planta de equipos de impresión de alto volumen. El objetivo fue contar con las condiciones óptimas para el funcionamiento del nuevo esquema.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 este esquema se pondrá en funcionamiento. El proyecto contempla los servicios administrados de impresión en un esquema bajo demanda, que permite al Instituto el pago al proveedor mensualmente por cada hoja impresa. Esto se logrará mediante el suministro de impresoras y multifuncionales de alto volumen, concentrando las necesidades de impresión y digitalización de múltiples usuarios en un solo equipo multifuncional. Además, se reducirá la cantidad de impresiones por usuario mediante el uso de herramientas que permitan fijar cuotas de impresión.

VI.3. RED DE TELECOMUNICACIONES

Informe de Labores

El IMSS cuenta con un servicio de telecomunicaciones para dar cumplimiento a sus obligaciones. La vigencia de este servicio es plurianual e interconecta las unidades médico-administrativas dentro del territorio nacional.

Durante el primer semestre de 2011 no se había concretado el proceso de contratación que permitiera la continuidad de los servicios de telecomunicaciones mediante una Red Privada Virtual (RPV). Por esta razón, se requirió efectuar un convenio modificatorio al contrato de RPV cuya vigencia original era del 1 de agosto de 2007 al 31 de julio de 2011. El convenio se realizó con

base en lo dispuesto en el Artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. A partir de este convenio se acordó ampliar la vigencia del contrato del 1 de agosto al 31 de diciembre de 2011.

Una vez concluido el convenio de ampliación y con la intención de garantizar la continuidad operativa de los servicios de la RPV, se llevó a cabo el proceso de adjudicación que cubrirá el periodo de enero a diciembre de 2012.

Programa de Actividades

En el periodo de junio a diciembre de 2012 el Instituto replanteará la necesidad tecnológica que permita sustituir a la actual RPV, con lo cual se espera que se pueda brindar la conectividad que el Instituto requiere.

El reto principal es continuar brindando la conectividad eficiente y de alto desempeño en los sitios donde el IMSS tenga presencia, así como en aquellos de nueva creación o cambio de domicilio, sin importar las condiciones tecnológicas y geográficas.

Centro de Contacto

Informe de Labores

El Instituto cuenta con el servicio del Centro de Contacto para la Atención, Orientación e Información, con el objetivo de brindar los servicios de atención, orientación, información y asesoría en materia de seguridad social; gestionar servicios a patrones, derechohabientes y jubilados, así como promocionar campañas para acercar los servicios del Instituto a la población en general. Este Centro también se utiliza para la realización de encuestas telefónicas, las cuales buscan conocer los puntos de vista de los usuarios con los servicios que el Instituto proporciona. En el periodo que se informa, se han llevado a cabo diversas campañas, las cuales se muestran en la tabla VI.5.

Programa de Actividades

En el periodo restante del contrato se prevé mantener la operación de las campañas y mejorar sus tiempos de atención con la misma calidad que se ha presentado en los últimos dos años. Con la contratación del Servicio de Mantenimiento y Actualización de la Infraestructura de *Hardware* y *Software* de Almacenamiento Multiplataforma y de Respaldo EMC2, se asegura la continuidad de la operación de los sistemas de alcance nacional que utilizan esta tecnología y se garantiza la continuidad del ciclo de vida de la información. Se tiene el reto de licitar en 2013 el servicio que logre renovar el Centro de Contacto actual y disminuir los costos de dicha contratación, manteniendo el mismo impacto de servicios.

TABLA VI.5. CAMPAÑAS REALIZADAS VÍA EL CENTRO DE CONTACTO
(2010-2012)

Nombre de la campaña	Periodo
Cita Médica Telefónica	01/01/2010-actual
Contribuyentes	01/01/2010-actual
Derechohabientes	01/01/2010-actual
Planificatel	01/01/2010-actual
ADIMMS	1/12/2010 a 02/06/2012
Participación social en guarderías	01/11/2010 a 06/02/2012
Mexicanos en el extranjero	01/09/2010-actual
Encuesta de satisfacción del derechohabiente en Cita Médica Telefónica	23/08/2010 a 27/08/2010
Encuesta de Surtimiento de Medicamentos ENSUME	05/09/2011-actual
Encuesta de Satisfacción sobre la Mejora de Trámites de Solicitud de Pensión y Ayuda para Gastos Funerarios	15/06/2011-actual, se realizan cada bimestre

Fuente: IMSS.

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 Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como el informe de actividades desarrolladas y el programa de trabajo en el ámbito de la DF.

Introducción

A partir del 1 de diciembre de 2006 y hasta el 31 de diciembre de 2011, la emisión de los estados financieros institucionales se realizó en tiempo y forma. Los estados financieros correspondientes a los ejercicios 2006, 2007 y 2008 no fueron sujetos de salvedad alguna. Asimismo, para el ejercicio 2009 se determinó la existencia de cuatro salvedades, persistiendo dos de ellas en el Dictamen de los estados financieros correspondientes al ejercicio 2010.

Cabe señalar que mediante diversas acciones de investigación, análisis y depuración para atender las salvedades señaladas por los auditores

independientes, el Instituto nuevamente obtuvo, al cierre del ejercicio 2011, un Dictamen de sus estados financieros sin salvedad alguna.

VII.1. ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

Los estados financieros dictaminados por el auditor externo, al 31 de diciembre de 2011, fueron elaborados conforme a lo dispuesto por la Ley General de Contabilidad Gubernamental, el Consejo Nacional de Armonización Contable, la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, así como por las Normas Específicas de Información Financiera Gubernamentales para el Sector Paraestatal (NEIFGSP) emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

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", el IMSS 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 2011 ascendieron a 274,676 mdp, mientras que el gasto de operación fue de 274,379 mdp. De esta manera, se obtuvo un excedente de operación de 297 mdp, sin considerar el registro total del Costo Neto del Periodo (CNP) de las obligaciones laborales (tabla VII.1).

Los ingresos de operación del ejercicio 2011 ascendieron a 274,676 mdp, mientras que el gasto de operación fue de 274,379 mdp.

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 del uso de las reservas del Fondo Laboral, de operación para contingencias y financiera, de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios. De los 274,676 mdp de ingresos totales, 68.3 por ciento corresponden a las cuotas obrero-patronales (COP), 19.9 por ciento a las aportaciones del Gobierno Federal y 11.8 por ciento a productos de inversiones y otros ingresos netos (tabla VII.1).

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 y personal jubilado, el costo de beneficios a los empleados del ejercicio para la reserva

contable del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) con base en la NEIFGSP-08, 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 muebles e inmuebles; el gasto en los servicios generales y subrogación de servicios; los pasivos de las reservas financieras y actuariales, así como otros gastos[1].

La composición del gasto de operación se puede apreciar en la tabla VII.1 que muestra el estado de resultados por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2011.

De acuerdo con los resultados del "Reporte de la Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto bajo la metodología de la NIF D-3", el CNP para el ejercicio que

TABLA VII.1. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS DICTAMINADOS POR LOS AÑOS TERMINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 Y 2010
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2011	2010
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales	187,851	171,718
Aportaciones del Gobierno Federal	54,702	50,690
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	32,123	29,113
Total de ingresos	**274,676**	**251,521**
Gastos		
Servicios de personal	125,924	117,229
Beneficios a los empleados	41,836	36,477
Costo de beneficios a los empleados	3,518	6,923
Prestaciones económicas	21,609	21,192
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	39,229	36,257
Mantenimiento	3,281	3,311
Servicios generales y subrogación de servicios	20,385	17,979
Intereses financieros y actuariales	440	297
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	309	672
Castigos por incobrabilidad	6,288	2,025
Depreciaciones	3,893	1,962
Reversión de cuotas obrero-patronales	1,003	931
Reservas financieras y actuariales	6,664	6,138
Total de gastos	**274,379**	**251,393**
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	**297**	**128**

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010.

[1] El concepto de otros gastos incluye intereses financieros y actuariales, pérdida por deterioro de instrumentos financieros, castigos por incobrabilidades, depreciaciones y reversión de COP. Excluye el gasto de las pensiones en curso de pago (PCP), que constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal.

terminó el 31 de diciembre de 2011 ascendió a 703,122 mdp[2]. El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del CNP de las obligaciones laborales implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 653,170 mdp, en contravención a la NEIFGSP-08 (tabla VII.2).

TABLA VII.2. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS DICTAMINADOS POR LOS AÑOS TERMINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 Y 2010 CON EL REGISTRO PLENO DEL COSTO NETO DEL PERIODO DEL RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2011	2010
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales	187,851	171,718
Aportaciones del Gobierno Federal	54,702	50,690
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	32,123	29,113
Total de ingresos	**274,676**	**251,521**
Gastos		
Servicios de personal[1/]	121,623	112,746
Beneficios a los empleados[2/]	46,137	40,960
Costo de beneficios a los empleados	656,985	661,179
Prestaciones económicas	21,609	21,192
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	39,229	36,257
Mantenimiento	3,281	3,311
Servicios generales y subrogación de servicios	20,385	17,979
Intereses financieros y actuariales	440	297
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	309	672
Castigos por incobrabilidad	6,288	2,025
Depreciaciones	3,893	1,962
Reversión de cuotas obrero-patronales	1,003	931
Reservas financieras y actuariales	6,664	6,138
Total de gastos	**927,846**	**905,649**
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	**-653,170**	**-654,128**

[1/] En servicios a personal no se consideran 4,301 y 4,493 mdp, en 2011 y 2010, respectivamente, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de Beneficios a los empleados.

[2/] El rubro de Beneficios a los empleados incluye los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP.

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, y la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2011.

[2] El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2011) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones.

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 la tabla VII.3 se presentan los estados de ingresos y gastos por ramo de seguro del ejercicio 2011.

En la tabla VII.3 se precisa que los Seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV) y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron excedentes de operación. Por otra parte, los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM) y 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. Cuando este último se toma en cuenta el SEM y el SSFAM arrojan un mayor déficit, mientras que el SGPS se vuelve deficitario y el SRT y el SIV disminuyen su excedente de ingresos sobre gastos.

TABLA VII.3. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS POR RAMO DE SEGURO POR EL AÑO TERMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	SRT	SIV	SGPS	SEM	SSFAM	Total
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	25,936	34,638	13,658	166,478	1,843	242,553
Productos de inversiones y otros ingresos	3,722	5,169	1,328	21,201	703	32,123
Total de ingresos	**29,658**	**39,807**	**14,986**	**187,679**	**2,546**	**274,676**
Gastos						
Servicios de personal	5,967	725	3,735	111,707	3,790	125,924
Beneficios a los empleados	1,983	243	1,242	37,109	1,259	41,836
Costo de beneficios a los empleados	153	-	129	3,130	106	3,518
Prestaciones en dinero	5,313	7,772	-	8,524	-	21,609
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	1,673	14	184	36,024	1,334	39,229
Mantenimiento	131	3	198	2,846	103	3,281
Servicios generales y subrogación de servicios	595	354	7,844	11,187	405	20,385
Intereses financieros y actuariales	17	28	24	355	16	440
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	253	56	-	-	-	309
Castigos	312	382	172	5,414	8	6,288
Depreciaciones	-	950	35	2,908	-	3,893
Reversión de cuotas obrero-patronales	85	-	-	918	-	1,003
Traslado de la depreciación	345	-526	343	-207	45	-
Reservas financieras y actuariales	-20,974	-34,362	-	62,000	-	6,664
Total de gastos	**-4,147**	**-24,361**	**13,906**	**281,915**	**7,066**	**274,379**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**33,805**	**64,168**	**1,080**	**-94,236**	**-4,520**	**297**

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010.

El SRT, SIV y SGPS tuvieron excedentes de operación. Por otra parte, el SEM y el SSFAM fueron deficitarios.

Para los SRT y SIV, el hecho de que se visualice un total de gastos negativos en el esquema "con registro parcial", deviene del cumplimiento del acuerdo en el que se aprobó la transferencia de los recursos excedentes de los saldos de los seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida, para la creación de la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) del SEM, razón por la cual disminuye el pasivo cancelándose en gasto.

Balance General

Al 31 de diciembre de 2011 el Balance General del Instituto, como se muestra en la tabla VII.4, presenta un activo total de 295,811 mdp, conformado por el activo circulante de 120,629 mdp y un activo no circulante del orden de 175,182 mdp. El pasivo total ascendió a 215,724 mdp, el cual está integrado por 28,118 mdp de pasivo circulante y 187,606 mdp de pasivo no circulante.

Al 31 de diciembre de 2011 el Balance General del Instituto presenta un activo total de 295,811 mdp.

El patrimonio del Instituto ascendió a 80,087 mdp y está constituido por 297 mdp de excedentes de ingresos sobre gastos, por 75,818 mdp de superávit por revalorización, donaciones y resultados de ejercicios anteriores, y 3,972 mdp por concepto de ganancia no realizada de instrumentos financieros.

La tabla VII.5 muestra el Balance General Dictaminado del Instituto al 31 de diciembre de 2011 con el reconocimiento pleno de las obligaciones laborales bajo la metodología NIF D-3. En 2011 el rubro de beneficios a los empleados ascendió a 3'142,649 mdp y se integra por 3'070,693 mdp de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y 71,956 mdp que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto. Este rubro disminuyó 16.8 por ciento en términos reales, en comparación con el del año pasado. Como se observa en la misma tabla, si se registra en su totalidad el pasivo laboral ya devengado en 2011, el patrimonio del Instituto sería negativo en 2'990,606 mdp. Esto significa que con el registro de la totalidad del pasivo ya devengado se absorbería el patrimonio del Instituto y aun así la cantidad obtenida no sería suficiente para cubrir los pasivos derivados de las obligaciones laborales asociadas al RJP.

VII.2. SUFICIENCIA FINANCIERA

La compleja situación financiera del Instituto se ha mantenido durante los años recientes. Sin embargo, las tendencias demográficas y epidemiológicas seguirán presionando hacia un mayor gasto asociado a la atención médica que el Instituto presta a sus derechohabientes.

TABLA VII.4. BALANCE GENERAL DICTAMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 Y 2010
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2011	2010
Activo		
Activo circulante	**120,629**	**116,685**
Efectivo y equivalentes	19,831	14,291
Instrumentos financieros	57,825	57,194
Gobierno Federal (contribuciones por cobrar, neto)	4,577	3,479
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	22,298	23,547
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	8,517	11,308
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,483	1,388
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	6,098	5,478
Activo no circulante	**175,182**	**180,731**
Instrumentos financieros	62,331	73,516
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	14,208	13,794
Inversión en acciones	2,866	492
Inmuebles de dominio público de la federación, mobiliario y equipo, neto	94,528	91,804
Otros activos, neto	1,249	1,125
Total del activo	**295,811**	**297,416**
Pasivo y patrimonio		
Pasivo circulante	**28,118**	**29,019**
Proveedores, contratistas y otros	16,977	18,302
Gastos acumulados y retenciones por pagar	11,141	10,717
Pasivo no circulante	**187,606**	**192,789**
Reservas financieras y actuariales	97,818	93,568
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	17,832	12,745
Beneficios a los empleados	71,956	86,476
Total del pasivo	**215,724**	**221,808**
Patrimonio	**80,087**	**75,608**
Ganancia no realizada de instrumentos financieros	3,972	-
Donaciones	1,745	1,533
Superávit por revaluación	65,841	65,843
Excedentes de ingresos sobre gastos del ejercicio	297	128
Excedentes de ingresos sobre gastos de ejercicios anteriores	8,232	8,104
Total del patrimonio y pasivo	**295,811**	**297,416**

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010.

TABLA VII.5. BALANCE GENERAL DICTAMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 Y 2010, CON EL REGISTRO PLENO DEL COSTO NETO DEL PERIODO DEL RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES

(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2011	2010
Activo		
Activo circulante	**120,629**	**116,685**
Efectivo y equivalentes	19,831	14,291
Instrumentos financieros	57,825	57,194
Gobierno Federal (aportaciones por cobrar, neto)	4,577	3,479
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	22,298	23,547
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	8,517	11,308
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,483	1,388
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	6,098	5,478
Activo no circulante	**175,182**	**180,731**
Instrumentos financieros	62,331	73,516
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	14,208	13,794
Inversión en acciones	2,866	492
Inmuebles de dominio público de la federación, mobiliario y equipo, neto	94,528	91,804
Otros activos, neto	1,249	1,125
Total del activo	**295,811**	**297,416**
Pasivo y patrimonio		
Pasivo circulante	**28,118**	**29,019**
Proveedores, contratistas y otros	16,977	18,302
Gastos acumulados y retenciones por pagar	11,141	10,717
Pasivo no circulante	**3,258,299**	**2,611,101**
Reservas financieras y actuariales	97,818	93,568
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	17,832	12,745
Beneficios a los empleados	3,142,649	2,504,788
Total del pasivo	**3,286,417**	**2,640,120**
Patrimonio	**-2,990,606**	**-2,342,704**
Ganancia no realizada de instrumentos financieros	3,972	-
Donaciones	1,745	1,533
Superávit por revaluación	65,841	65,843
Déficit de ingresos sobre gastos del ejercicio	-653,170	-654,128
Déficit de ejercicios anteriores por pasivo laboral	-2,417,226	-1,764,056
Excedentes sobre gastos de ejercicios anteriores	8,232	8,104
Total del patrimonio y pasivo	**295,811**	**297,416**

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, y la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2011.

En este sentido, la suficiencia financiera del IMSS —entendida como la situación en que sus ingresos son mayores a sus gastos— presenta un panorama complicado. Las proyecciones de corto, mediano y largo plazos estiman que los ingresos institucionales serán notoriamente insuficientes, tanto en forma global para el Instituto como en particular para algunos de sus seguros, especialmente para aquellos que ofrecen servicios médicos.

La suficiencia financiera del IMSS presenta un panorama complicado.

El valor presente del déficit global estimado actualmente para el periodo 2012-2050 es de 12.9 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) del 2011, mientras que en el Informe del año pasado fue de 13.4 por ciento del PIB, es decir, 0.5 punto porcentual mayor[3]. Este resultado se explica porque en las proyecciones de este año se estima un mayor superávit para el SIV y el SRT, y un incremento en el déficit que se proyecta para el SEM (tabla VII.6).

El valor presente del déficit global estimado para el periodo 2012-2050 es de 12.9 por ciento del PIB para 2011.

TABLA VII.6. ESTIMACIÓN DEL VALOR PRESENTE DEL SUPERÁVIT O DÉFICIT DE LOS SEGUROS ACUMULADO EN EL PERIODO Y SU RELACIÓN CON EL PRODUCTO INTERNO BRUTO
(MILLONES DE PESOS DE 2011)

Tipo de seguro	Informe 2010-2011		Informe 2011-2012		
	Superávit/ déficit acumulado	Porcentaje del PIB 2011[1/]	Superávit/ déficit acumulado	Porcentaje del PIB 2011[1/]	Porcentaje del PIB 2012[2/]
Seguros deficitarios:					
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,477,494	17.5	-2,644,689	18.7	16.4
Asegurados	-641,064	4.5	-662,464	4.7	4.0
Pensionados	-1,836,431	13.0	-1,982,225	14.0	12.4
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	-31,038	0.2	-38,438	0.3	0.2
Seguro de Salud para la Familia	-172,782	1.2	-189,679	1.3	1.2
Seguros superavitarios:					
Seguro de Riesgos de Trabajo	231,325	1.6	268,492	1.9	1.6
Seguro de Invalidez y Vida	554,321	3.9	775,869	5.5	4.7
Total	**-1,895,668**	**13.4**	**-1,828,446**	**12.9**	**11.5**

[1/] Periodo 2011-2050.
[2/] Periodo 2012-2050.
Fuente: DF, IMSS.

[3] El PIB utilizado equivale a 14'140,600 mdp. Esta cifra fue estimada por la SHCP y se publicó en noviembre de 2010 en los Criterios Generales de Política Económica para la LIF y el PEF para el ejercicio 2011. Se utiliza por razones de comparabilidad con los resultados por seguro del Informe del año pasado. El PIB observado para 2011 es de 14'342,321 mdp.

La misma tabla incluye el valor presente del déficit global y por seguro expresado en porcentaje del PIB de 2012[4]. Bajo esta comparación el denominador de la relación es mayor que el de 2011 y se contempla un año menos en el periodo, por lo que la relación del déficit contra el PIB se reduce.

Se concluye que la solvencia del Instituto, es decir, la capacidad financiera para cubrir la totalidad de sus obligaciones y responsabilidades asumidas con sus derechohabientes, se encuentra comprometida.

Desde 2009, para cubrir los faltantes de efectivo, financiar la operación y continuar otorgando atención médica a la población derechohabiente de acuerdo con los mejores estándares posibles, se comenzaron a utilizar recursos de las reservas.

Resultados en Flujo de Efectivo 2011
Proyecciones de Corto Plazo

Como resultado de la recuperación sostenida de la economía desde 2010, el número de cotizantes registrados alcanzó 15.2 millones, 587 mil más con respecto a diciembre de 2010, mientras que el salario base de cotización (SBC) aumentó 4.3 por ciento (nominal). Esto significó para el IMSS ingresos de COP en flujo de efectivo por 180,435 mdp, 11,012 mdp adicionales a lo presupuestado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, autorizada por el H. Consejo Técnico en la sesión del 26 de enero de 2011.

El número de cotizantes registrados alcanzó 15.2 millones, 587 mil más con respecto a diciembre de 2010, mientras que el salario base de cotización aumentó 4.3 por ciento (nominal).

En dicha Adecuación al Presupuesto, el Instituto estimó ingresos por 350,134 mdp, gastos por 354,151 mdp y recursos en las reservas y Fondo Laboral por 9,303 mdp. De estos últimos, 4,925 mdp corresponden al monto establecido en el Artículo 7 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) 2011 y 4,378 mdp a ingresos derivados de rendimientos de las RFA, la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA), y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF).

En virtud de que los egresos superaban a los ingresos, el H. Consejo Técnico autorizó utilizar un monto total de hasta 23,321 mdp provenientes de las reservas y Fondo Laboral, conformados de la siguiente manera: 2,735 mdp de la ROCF, cuyo uso se sustenta en el Artículo 277 C de la LSS, y 20,586 mdp de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral) con fundamento en el Artículo 286 K de la LSS.

[4] 15'164,900 mdp, cifra que corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica para la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2012.

Al cierre del ejercicio fiscal los resultados obtenidos fueron los siguientes: i) ingresos totales en flujo de efectivo por 367,225 mdp, incluyendo 674 mdp provenientes de los intereses de la Subcuenta 2 del FCOLCLC; ii) egresos totales en flujo de efectivo por 375,093 mdp; iii) acumulación de 11,851 mdp a las reservas y fondo (6,926 mdp adicionales a la meta de 4,925 mdp establecida en el Artículo 7 del DPEF 2011); iv) incremento de 765 mdp en la ROCF por concepto de rendimientos y costos financieros del ejercicio fiscal; v) déficit en la disponibilidad de las Reservas Operativas (RO) por 35 mdp, los cuales serán solicitados al Gobierno Federal toda vez que corresponden a Pensiones en Curso de Pago (PCP) del ejercicio 2011, y vi) uso final de las reservas y fondos por un total de 20,449 mdp (2,414 mdp de la ROCF y 18,035 mdp de la Subcuenta 1 del FCOLCLC).

Un hecho a destacar durante 2011 es el traspaso a la RFA del SEM de los recursos excedentes de la RFA del SIV y SRT por 61,222 mdp (36,395 mdp del SIV y 24,827 mdp del SRT). Lo anterior, se realizó en los términos del Artículo 1º de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal 2011 y fue el HCT quien aprobó la transferencia de recursos provenientes de los excedentes de los saldos de las RFA de los SIV y SRT.

Las proyecciones financieras del modelo de corto plazo (tabla VII.7) muestran cómo se acentúa el excedente de gastos sobre ingresos, por lo que para el presente ejercicio y el próximo año se prevé la utilización de la totalidad de los fondos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para apoyar el pago de la nómina del RJP, con fundamento en el Artículo 286 K de la LSS, y a partir de 2013 se estima comenzar a utilizar la RFA del SEM.

La proyección de ingresos y gastos para 2015 registra un déficit de 27,691 mdp más 910 mdp de los intereses restringidos de la ROCF, mismos que serán cubiertos casi en su totalidad con el saldo de la RFA del SEM por 27,488 mdp, quedando un faltante de 1,113 mdp que para cubrirlo el Instituto podría someter a consideración del H. Consejo Técnico la utilización de los fondos disponibles de la ROCF.

De 2016 a 2018 la situación se agrava al incrementarse el déficit en 30,901, 35,431 y 36,584 mdp para cada año, sin que exista posibilidad de que dichos faltantes sean cubiertos con la generación de ingresos corrientes.

VII.3. ADMINISTRACIÓN DE LAS RESERVAS Y 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, el crecimiento futuro en los costos del tratamiento de las enfermedades o el 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 de catástrofes, así como evitar cambios recurrentes en el nivel de las

TABLA VII.7. FLUJO DE EFECTIVO 2011, PRESUPUESTO 2012 Y PROYECCIONES 2012-2018, CONSIDERANDO EL INCREMENTO ESTIMADO EN INGRESOS Y GASTOS 2012

(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Concepto	2011	Ppto. 2012[1/]	Cierre 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Saldo inicial de las RO									
Ingresos (1)	367,225	390,183	404,687	430,548	463,493	493,999	526,470	562,736	601,257
Egresos (2)	375,093	400,138	414,642	439,402	475,060	509,771	545,093	584,721	623,186
Servicios de personal	124,896	132,943	133,271	142,057	150,664	159,838	168,965	178,488	188,480
RJP	44,265	48,270	49,058	52,981	57,146	62,061	67,725	74,057	81,093
Subsidios y ayudas y pensiones temporales y provisionales	13,078	13,138	13,993	14,981	16,063	17,175	18,295	19,501	20,789
Sumas aseguradas	8,361	9,067	9,395	10,585	12,009	13,292	14,739	16,350	18,133
Inversión física	8,275	9,901	9,901	3,342	4,829	3,876	2,717	3,709	617
Materiales y suministros	39,069	41,659	43,373	47,622	52,718	57,843	62,895	67,694	72,884
Servicios generales	22,851	25,038	24,882	27,093	29,547	32,166	34,948	37,946	41,206
Operaciones ajenas	-4,037	-4,813	-4,194	-4,490	-4,747	-5,022	-5,253	-5,491	-5,740
PCP	118,334	124,935	134,962	145,231	156,831	168,543	180,063	192,468	205,723
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	**-7,868**	**-9,955**	**-9,955**	**-8,854**	**-11,567**	**-15,772**	**-18,624**	**-21,985**	**-21,928**
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	11,851	9,306	9,307	10,207	13,172	11,919	11,311	12,418	13,565
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	**-19,719**	**-19,261**	**-19,261**	**-19,062**	**-24,739**	**-27,691**	**-29,934**	**-34,403**	**-35,493**
Movimientos de la ROCF	-765	-194	-194	-651	-854	-910	-967	-1,027	-1,091
Uso de la ROCF, Art. 277 A de la LSS	0	0	1,441	0	0	0	0	0	0
Uso de la ROCF para programas de inversión	2,414	4,645	354	0	0	0	0	0	0
Uso del FCOLCLC	18,035	14,810	17,660	896	0	0	0	0	0
Uso de la RFA del SEM[2/]	0	0	0	18,817	25,593	27,488	0	0	0
Transferencia entre reservas (6)	**19,684**	**19,261**	**19,261**	**19,062**	**24,739**	**26,578**	**-967**	**-1,027**	**-1,091**
Saldo en RO después de transferencias (7)=(5)+(6)	**-35**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-1,113**	**-30,901**	**-35,431**	**-36,584**

[1/] Corresponde a la Primera Adecuación al Presupuesto 2012.

[2/] De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1° de la LIF 2011, "*el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT, según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros*".

Fuente: IMSS.

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, el Artículo 286 K de la LSS establece la constitución de un Fondo para el FCOLCLC para que el IMSS haga frente a las obligaciones que tiene con sus trabajadores.

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 cabo. 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.

El propósito y la constitución de las reservas se presentan en el "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social".

Evolución de los Saldos de las Reservas y Fondo

En la gráfica VII.1 se presenta la evolución del saldo contable de las RO, la ROCF, las RFA, la RGFA y el FCOLCLC que incluye la Subcuenta 1 y la Subcuenta 2.

Como se puede apreciar, desde su creación hasta junio de 2012, el saldo de las reservas y subcuentas del FCOLCLC creció, en términos nominales, 13 veces, resultado del esfuerzo de la constitución de reservas aprobado por el H. Consejo Técnico mediante fondeos anuales a las RFA y al FCOLCLC.

Desde su creación en 2006 hasta junio de 2012 el saldo de la Subcuenta 2 creció, en términos nominales, 96.2 veces, resultado de las aportaciones quincenales y del rendimiento de las inversiones financieras (gráfica VII.2).

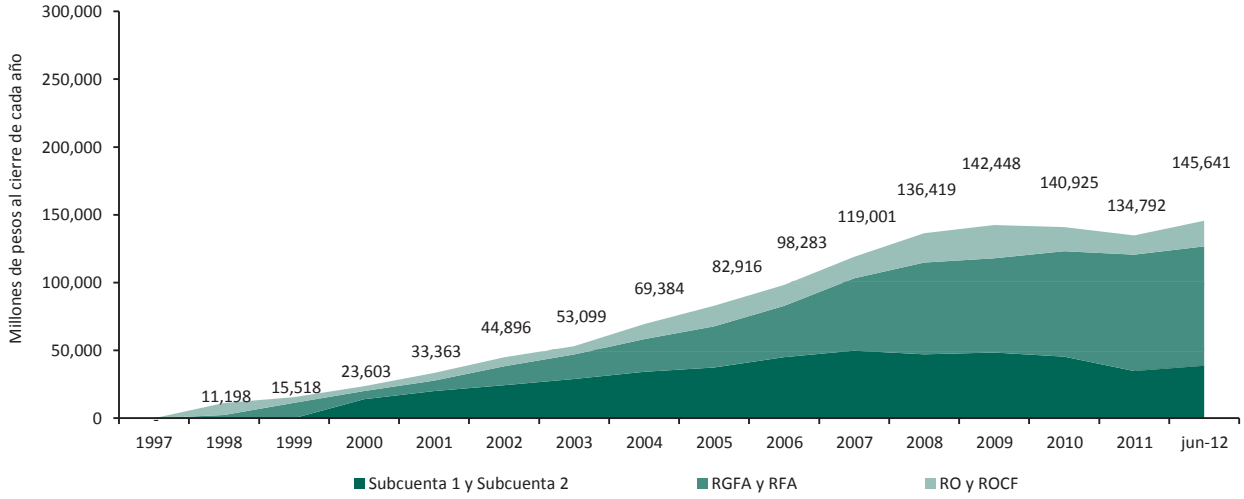
Desde su creación en 2006 hasta junio de 2012, el saldo de la Subcuenta 2 creció, en términos nominales, 96.2 veces.

Inversión de las Reservas y Fondo

Posición del Portafolio de Inversión

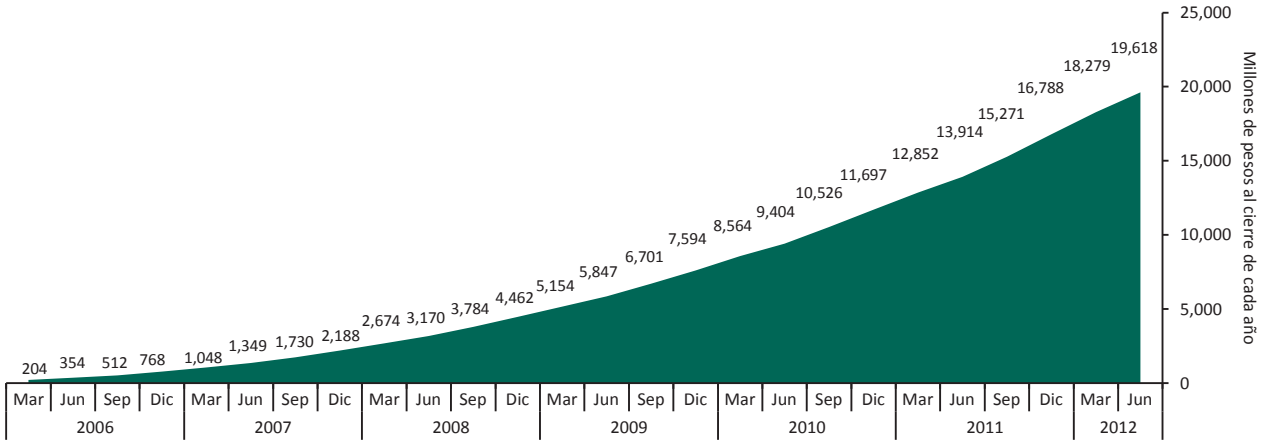
Al cierre de junio de 2012, la posición contable de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 145,641 mdp, lo que representa un incremento de

GRÁFICA VII.1. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y EL FONDO LABORAL
(MILLONES DE PESOS AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA VII.2. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LA SUBCUENTA 2 DEL FONDO LABORAL, 2006-JUNIO 2012
(MILLONES DE PESOS AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

10,849 mdp, 8.05 por ciento con relación a la cifra de diciembre de 2011 (tabla VII.8).

Al cierre de junio de 2012, la posición contable de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 145,641 mdp, lo que representa un incremento de 8.05 por ciento con relación a diciembre de 2011.

Las variaciones de las reservas y Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, aportaciones, pago de intereses, traspasos y otros, destacando en 2011 el uso de 12,740 mdp de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para el pago de las pensiones del RJP, así como la utilización de 2,414 mdp de la ROCF para apoyar el gasto del

TABLA VII.8. POSICIÓN CONTABLE DE LAS RESERVAS Y FONDO LABORAL[1/]
(MILLONES DE PESOS)

Reservas/Fondo	jun-12	2011	2010
RO	6,705	12,977	10,783
ROCF	12,221	1,204	6,997
RFA[2/]	85,379	83,340	75,634
RGFA	2,673	2,488	2,108
Fondo Laboral	38,663	34,783	45,403
Subcuenta 1	19,045	17,995	33,706
Subcuenta 2	19,618	16,788	11,697
Total	**145,641**	**134,792**	**140,925**

[1/] Al 31 de diciembre de 2011 se realizó el reconocimiento del deterioro contable (no materializado) de diversas inversiones en la RFA del SRT por 52.8 mdp, la RFA del SIV por 56.2 mdp, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral por 4.4 mdp; en total fueron 313.4 mdp.

[2/] En el SIV se incluyen los valores contables de la posición en la Afore XXI, S. A. de C. V., así como la adquisición de Afore Banorte Generali, los cuales se detallan en la tabla VII.12. Por otra parte, por incumplimiento de la emisión Casita 07 no se incluye el pago de las amortizaciones programadas en julio y octubre de 2011 por 150 mdp, y de los cupones de marzo a diciembre de 2011 por 11.8 mdp, los cuales en el balance se reportan en la cuenta de inversiones en litigio.

Fuente: IMSS.

Programa de Inversión Física, en los términos de la LSS.

Cabe destacar que las cifras de la posición contable se refieren a los recursos en inversión en instituciones financieras 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.

Régimen de Inversión

Los porcentajes de cada reserva o de las subcuentas del Fondo Laboral que se pueden invertir en cada clase de activo se detallan en la tabla VII.9. También se muestra que en la RGFA, las RFA y el Fondo Laboral es factible invertir en notas estructuradas, notas de mercado accionario y en activos denominados en moneda extranjera. Adicionalmente, hay límites con relación a la duración de las inversiones, los cuales se señalan en la misma tabla. Cabe señalar que estos límites del régimen de inversión se establecen en el Reglamento y en la NIF, con base en los ordenamientos generales de la LSS.

Las inversiones deben observar límites de calificaciones crediticias mínimas, los cuales se establecen por separado para corto y largo plazos, para bancos en directo en escalas nacional y global, y para bancos y casas de bolsa en reporto.

Adicionalmente, se establecen límites de inversión para bancos de desarrollo en directo con prerrequisitos para realizar las inversiones. Con respecto a la deuda corporativa se definen límites por calificación, de corto y largo plazos,

TABLA VII.9. RÉGIMEN DE INVERSIÓN
(PORCENTAJES, LÍMITES)

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 y otros valores corporativos (%)	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 (límite)	**Determina la DF**[1/]					
Horizonte de inversión (límite)			**1 año**			
Duración máxima (límite)				**5 años**	**4 años**	**s/límite**

[1/] La DF instruye el plazo de acuerdo con sus proyecciones del flujo de efectivo.

Fuente: IMSS.

por emisor, por emisión y por sector económico. Asimismo, respecto a las notas estructuradas se contemplan sublímites.

Asignación Estratégica de Activos

La Asignación Estratégica de Activos (AEA), es la ponderación porcentual óptima que se asigna para cada clase y subclase de activo por portafolio de las reservas o subcuentas del Fondo Laboral, considerando sus objetivos de creación, constitución y usos, así como la naturaleza de sus obligaciones, las políticas y estrategias de inversión autorizadas y las expectativas del comportamiento del mercado analizadas en diversos escenarios económicos.

A partir de 2007 la CIF ha aprobado diversas AEA, mismas que de acuerdo con lo establecido en la NIF ha revisado al menos anualmente, con el fin de incorporar los cambios en expectativas económicas, las modificaciones de la NIF y las estimaciones de usos. El establecimiento de una asignación que sirve de guía para realizar las inversiones institucionales se realiza en apego a las mejores prácticas de inversión internacionales con el fin de maximizar los rendimientos y controlar los riesgos financieros.

Durante 2011 y 2012 la inversión de las reservas RGFA y RFA, así como de las subcuentas del Fondo Laboral, se realizó teniendo como directriz la AEA 2010 para los meses de enero a marzo, la AEA 2011 de abril a febrero y la AEA 2012 de febrero a junio de 2012.

La AEA 2011 tuvo como principales directrices: la estrategia para la RGFA que se concentró en la inversión de deuda bancaria y gubernamental a tasas nominales y plazos menores a un año; para los portafolios de la RFA y la Subcuenta 1 del Fondo Laboral se propuso

invertir a corto plazo los vencimientos y posiciones líquidas considerando las mejores condiciones de mercado y en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral las inversiones estratégicas se concentraron en deuda gubernamental a largo plazo y la asignación en deuda bancaria se estableció en corto plazo a tasa nominal.

La CIF aprobó en abril de 2011 la propuesta de AEA 2011 de las reservas RGFA y RFA, así como de las subcuentas del Fondo Laboral. Esta asignación tomó en consideración cuatro factores: el programa de usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para 2011, las expectativas de tasas de rendimiento, el traspaso de recursos excedentes de la RFA de SRT y SIV, así como las siguientes medidas prudenciales de inversión: i) el H. Consejo Técnico autorizó para 2011 el uso de la Subcuenta 1 por un máximo de 20,586 mdp para enfrentar el gasto del RJP. Sin embargo, dado que los vencimientos de esta subcuenta no serían suficientes para cubrir los requerimientos de liquidez, se consideró la posibilidad del intercambio de instrumentos financieros de esta subcuenta por efectivo de la RFA, previo acuerdo del H. Consejo Técnico; ii) como consecuencia de la crisis de 2008, las autoridades monetarias de varios países, incluido México, tomaron medidas que provocaron la reducción de las tasas de interés. Estos niveles bajos se mantuvieron en 2010 aunque para 2011 se pronosticaba que en el segundo semestre se incrementarían gradualmente ante la expectativa de un incremento en la tasa de referencia definida por el Banco de México; iii) el traspaso de recursos excedentes de la RFA de SRT y SIV a la RFA del SEM, que se estableció en la LIF para el ejercicio 2011, obligó a considerar en la estrategia de inversión el posible uso de recursos de esta última reserva en el mediano plazo, y iv) las medidas prudenciales establecidas por la CIF y contenidas en la NIF ante las condiciones de volatilidad financiera que incrementó el riesgo de los portafolios institucionales a partir de 2008 y 2009.

Con base en lo anterior, la estrategia se enfocó en la inversión de los vencimientos de capital en instrumentos de corto plazo a tasas nominales fijas, previendo el uso de recursos y la posibilidad de intercambios de instrumentos financieros por efectivo para generar liquidez. Adicionalmente, para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral se propuso la inversión en instrumentos de deuda gubernamental a tasas nominales y reales de largo plazo, sólo cuando los niveles de las tasas de rendimiento fueran atractivos para contribuir a lograr el perfil de largo plazo de la subcuenta y obtener la tasa de rendimiento real objetivo para el largo plazo de 3.7 por ciento acorde a los estudios actuariales de suficiencia financiera. No se planteó realizar nuevas inversiones en deuda corporativa.

En la tabla VII.10 se resumen las AEA vigentes entre enero de 2011 y febrero de 2012 por clase de activos para cada una de las reservas y subcuentas del Fondo Laboral.

En febrero de 2012 se aprobó la AEA 2012, la cual establece por primera vez una asignación específica para las RFA de cada ramo de seguro,

TABLA VII.10. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE ACTIVOS DE LA RESERVA GENERAL FINANCIERA Y ACTUARIAL, LAS RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES, Y LAS SUBCUENTAS 1 Y 2 DEL FONDO LABORAL
(PORCENTAJES)

	ENERO-MARZO 2011				ABRIL 2011-FEBRERO 2012			
Clase de activo	**RGFA**	**RFA**	**RJPS1**	**RJPS2**	**RGFA**	**RFA**	**RJPS1**	**RJPS2**
Deuda gubernamental	20.0	52.0	37.0	80.0	20.0	28.0	39.0	85.0
Deuda bancaria	80.0	35.6	46.5	9.0	80.0	63.0	37.0	6.5
Deuda corporativa	-	12.4	16.5	11.0	-	9.0	24.0	8.5

Fuente: IMSS.

considerando las estimaciones de usos, así como la naturaleza de los riesgos que enfrenta cada uno de ellos. Cabe mencionar que no se definió AEA para la RJPS1, cuya problemática de inversión radica en la generación de liquidez, por lo que no se plantea una estrategia de inversión.

La AEA 2012 se concentra en instrumentos financieros de corto plazo tomando en cuenta las restricciones de liquidez, las estimaciones de usos de la Subcuenta 1 para 2012, así como la posibilidad de incremento en los mismos, los posibles intercambios de instrumentos de la Subcuenta 1 por efectivo de las RFA y de la Subcuenta 2 y los niveles de tasas de rendimiento esperadas para 2012 y años posteriores. Adicionalmente, considera la naturaleza de las obligaciones, el régimen de inversión y las estrategias de inversión autorizadas, tales como las medidas prudenciales de inversión establecidas a partir de 2007 con el fin de controlar y reducir el riesgo de crédito de los portafolios. Para las RO y la ROCF los plazos de las inversiones se determinan por las necesidades de flujo de efectivo del Instituto, por lo que no se define una AEA para estos portafolios. Adicionalmente, la CIF aprobó rangos para la AEA de cada clase y subclase de activo con el fin de dar flexibilidad a la estrategia de inversión (tabla VII.11).

Inversión en el Fortalecimiento de Afore XXI

Desde 1997 el IMSS invirtió en el capital social de Afore XXI con recursos procedentes de la RFA del SIV. La participación en la tenencia accionaria de esta administradora ha sido siempre de 50 por ciento, y hasta 2011 el socio que mantenía la otra mitad del capital era el grupo *Prudential*. Al cierre de 2011, mediante Afore XXI, el IMSS había logrado llevar su misión a 3.1 millones de trabajadores afiliados, aportándoles uno de los mejores índices de rendimiento neto a 36 meses, 10.09 por ciento frente a un promedio de la industria de 9.03 por ciento, como resultado de una baja comisión por la administración de sus recursos del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y un mayor rendimiento dado por la inversión de los fondos, así como uno de los más destacados servicios de atención a los trabajadores.

TABLA VII.11. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE ACTIVOS DE LA RESERVA GENERAL FINANCIERA Y ACTUARIAL, LAS RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES, Y LAS SUBCUENTAS 1 Y 2 DEL FONDO LABORAL, VIGENTE PARA FEBRERO-JUNIO DE 2012
(PORCENTAJES)

Clase de activo	RGFA	RJPS2	GMP	SIV	SRT	SEM
Deuda gubernamental	20.0	50.0	16.0	27.0	21.0	34.0
Deuda bancaria	80.0	33.0	78.0	63.0	69.0	60.0
Deuda corporativa	-	17.0	6.0	10.0	7.0	6.0
Deuda corporativa	-				3.0	

Fuente: IMSS.

Para garantizar en el futuro que Afore XXI pudiera enfrentar con éxito la competencia en la industria reduciendo sus comisiones, requeriría incrementar su escala de operación, lo cual le permitiría reducir sus costos promedio, y al mismo tiempo ganar acceso a una más amplia red de distribución de sus servicios. Dado lo anterior, el Instituto se propuso invertir en el fortalecimiento de Afore XXI.

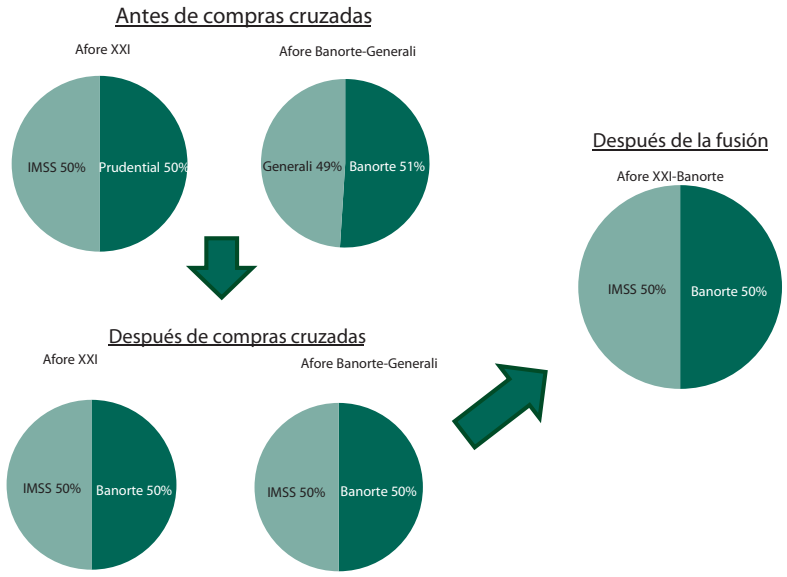
Con este fin, el H. Consejo Técnico autorizó la realización de varias acciones con el objetivo de establecer compromisos inherentes para que el Banco Mercantil del Norte, S. A. Institución de Banca Múltiple (Banorte) comprara la tenencia accionaria en Afore XXI de *Prudential,* equivalente a 50 por ciento de la administradora. Asimismo, autorizó que el Instituto invirtiera recursos de las RFA en la adquisición de 50 por ciento del capital accionario de Afore Banorte Generali y, en caso de concretarse lo anterior, se realizarían los trámites correspondientes para llevar a cabo la fusión de las administradoras de fondos para el retiro Afore XXI y Afore Banorte Generali.

Banorte autorizó que el Instituto adquiriera la totalidad de la tenencia accionaria del grupo Generali en Afore Banorte Generali, la cual equivalía a 49 por ciento de su capital, y el propio Banorte decidió vender al IMSS parte de sus acciones en esta administradora, equivalentes a 1 por ciento del capital social de Afore Banorte Generali, por lo que de esa manera el Instituto alcanzará 50 por ciento de propiedad de esa Afore.

El 10 de noviembre de 2011 la CONSAR y la Comisión Federal de Competencia (CFC) autorizaron las transacciones que darían paso a la fusión de ambas Afore.

El monto bruto total a invertir por el IMSS para adquirir 50 por ciento de Afore Banorte Generali sumó 2,616 mdp, 2,564 mdp se pagaron a Generali y 52 mdp a Banorte en diciembre de 2011. Del monto bruto total invertido por el IMSS, 1,284 mdp (49 por ciento) se financió a partir de dividendos y retiros de capital pagados en el pasado por Afore XXI, los cuales se encontraban depositados en la RFA del SIV; 132 mdp (5 por ciento) provino del pago de Banorte al Instituto por un acuerdo bilateral relacionado con la transacción;

GRÁFICA VII.3. ESQUEMA ACCIONARIO DE LA OPERACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE AFORE XXI



Fuente: IMSS.

212 mdp (8 por ciento) de dividendos recibidos por el IMSS por el capital en exceso existente en Afore Banorte Generali previo a la adquisición del Seguro Social; 7 mdp (0.3 por ciento) por una ganancia cambiara obtenida por la transacción; y, el resto, 981 mdp (38 por ciento) con Recursos de la RFA del SIV.

En enero de 2012 se concretó la fusión de ambas administradoras. La nueva empresa se denominó Afore XXI Banorte. En la tabla VII.12 se muestra la situación contable al cierre del ejercicio de 2011 respecto a la adquisición de compañías asociadas como Afore XXI y la reciente adquisición en diciembre de Afore Banorte Generali.

En la tabla VII.13 se muestra que la nueva Afore XXI Banorte se convirtió en la más grande del SAR por el número de cuentas administradas (7.1 millones), y la cuarta por los fondos de retiro manejados (210,000 mdp).

Los beneficios de la fusión de ambas Afores habrán de reflejarse en el número de puntos de contacto para la atención de los clientes de estas Afores. Para los 3.9 millones de clientes procedentes de la Afore Banorte hubo un beneficio inmediato al reducirse su comisión de 1.48 por ciento a 1.4 por ciento. La Afore XXI Banorte podrá aprovechar economías de escala para reducir sus costos promedio de operación, por lo que se podrá comprometer con la reducción en sus comisiones y así alcanzar el cobro de una comisión de 1 por ciento para 2015. La Afore XXI Banorte será una administradora de fondos cien por ciento mexicana.

TABLA VII.12. INVERSIONES EN ACCIONES
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	jun-12	2011	2010
Compañía asociada Afore XXI	0.0	390.1	492.4
Compañía asociada Afore Banorte Generali			
Valor Contable	1,041.0	621.6	
Crédito Mercantil	1,855.0	1,986.7	
Subtotal	2,896.0	2,608.3	0.0
Contraprestación a favor del IMSS	0.0	-131.9	0.0
Saldo	2,896.0	2,476.4	0.0
Total	**2,896.0**	**2,866.4**	**492.4**

Nota: Proveniente del exceso de capital de Afore Banorte Generali, en mayo de 2012 el IMSS recibió un pago de dividendos por 212 mdp.

Fuente: IMSS

TABLA VII.13. CUENTAS Y RECURSOS DE LOS TRABAJADORES ADMINISTRADOS POR AFORE, 31 DE DICIEMBRE DE 2012
(MILLONES DE PESOS)

Cuentas administradas por Afore			Recursos de los trabajadores administrados por Afore (millones de pesos)		
Lugar	**Afore**	**Número de cuentas**	**Lugar**	**Afore**	**Recursos**
	XXI-Banorte	7,074,616	1	Banamex	260,015
1	Banamex	6,849,806	2	Bancomer	220,807
2	SURA	5,167,848	3	SURA	210,592
3	Bancomer	4,381,933		XXI-Banorte	198,344
4	Principal	4,330,635	4	Profuturo GNP	168,103
5	**Banorte Generali**	**3,899,833**	**5**	**Inbursa**	**109,338**
6	**XXI**	**3,174,783**	**6**	**XXI**	**107,592**
7	Inbursa	3,159,478	7	Principal	105,552
8	Profuturo GNP	3,143,284	8	PensionISSSTE	94,021
9	Coppel	3,127,222	**9**	**Banorte Generali**	**90,752**
10	Invercap	1,501,548	10	Invercap	59,755
11	Metlife	1,231,327	11	Coppel	45,649
12	PensionISSSTE	942,348	12	Metlife	40,119
13	Azteca	892,341	13	Azteca	11,571
14	Afirme Bajío	709,881	14	Afirme Bajío	8,315
Total		**42,512,267**			**1,532,181**

Fuente: IMSS.

En cuanto a la rentabilidad de la operación para la RFA del SIV del IMSS, con base en el modelo financiero utilizado para determinar el valor de referencia de Afore Banorte Generali, una vez restado el pago por el acuerdo bilateral con Banorte y los dividendos provenientes del exceso de capital de Afore Banorte Generali, le reportaría al Instituto una tasa anual de rendimiento de 15.3 por ciento en la forma de un flujo anual de dividendos futuros, en el supuesto de que la Afore continuara como marcha hasta ahora.

Adicionalmente, se tiene proyectado obtener sinergias en el corto plazo, que redunden en ahorros de costos al fusionarse las dos Afores. De la generación de valor resultante, el IMSS podría obtener, adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, un retorno de aproximadamente 50 por ciento sobre su inversión.

Rendimientos Financieros Obtenidos

Se presentan los ingresos obtenidos durante 2011 por productos financieros de las inversiones, así como las correspondientes tasas de interés (tabla VII.14).

Las tasas de rendimiento obtenidas en 2011 fueron inferiores a las logradas en 2010 para las reservas y el Fondo Laboral debido a múltiples factores. De entrada, en el mercado se presentó una disminución generalizada de las tasas de interés de referencia, al pasar la de Cetes 28 de 4.52 a 4.31 por ciento entre mayo de 2010 y

TABLA VII.14. PRODUCTOS FINANCIEROS POR RESERVA Y FONDO LABORAL[1/,2/]
(MILLONES DE PESOS Y TASAS[3/])

Reserva/Fondo	JUNIO 2012[4/]		2011		2010	
	Mdp[5/]	Tasas	Mdp[5/]	Tasas	Mdp[5/]	Tasas
RO	240	4.74%	366	4.53%	422	4.18%
ROCF	216	4.64%	412	4.73%	943	4.89%
RFA	2,089	7.30%	4,126	5.27%	4,821	6.91%
RGFA	61	4.69%	109	4.73%	99	5.11%
Fondo Laboral	1,978	11.59%	2,835	5.87%	3,261	6.53%
Subcuenta 1	1,356	16.03%	1,863	5.30%	2,521	6.20%
Subcuenta 2	623	7.14%	972	7.12%	740	7.97%
Total	**4,584**	**6.32%**	**7,848**	**5.99%**	**9,546**	**6.32%**

1/ Incluye rendimientos en dólares acumulados en el año y también la provisión contable por revaluación de posiciones del principal en moneda extranjera.

2/ Incluye los productos financieros de la Afore XXI, S. A. de C. V., por incremento de su capital contable, pero no el pago de dividendos cobrados cada año por la participación accionaria del Instituto.

3/ Tasas nominales.

4/ El saldo de los productos financieros se integran de los productos clasificados como "Conservados a Vencimiento" por 2,102.7 mdp y como "Disponibles para su Venta" por 2,481.3 mdp.

5/ Millones de pesos.

Fuente: IMSS.

2011; en este lapso la Transformación Integral de trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TIIE) se redujo de 4.94 a 4.85 por ciento, y la tasa de los Bonos M del Gobierno Federal a plazos de 10 años cayó de niveles superiores a 7.4 hasta menos de 7 por ciento.

Con el fin de enfrentar el gasto del RJP, en 2011 se realizaron transferencias de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hacia las RO para el pago de esta nómina por un monto total de 12,740 mdp en el mes de noviembre, reducción del saldo que contribuyó a disminuir la generación de productos financieros al cierre del año 2011, mientras que el saldo de la ROCF disminuyó en 2,414 mdp en el mes de diciembre, al destinarse a apoyar el Programa de Inversión Física.

Finalmente, se apunta que el Instituto tiene inversiones en notas estructuradas referenciadas al desempeño del Índice de Precios y Cotizaciones (IPC) de la Bolsa Mexicana de Valores. El IPC presentó una disminución de 1,473 puntos al cierre del ejercicio 2011 con respecto a 2010, lo cual generó que se disminuyera la provisión de productos financieros en 332 mdp, con la consiguiente afectación en la tasa de rendimiento.

Otros Indicadores de Desempeño Financiero

La aplicación de medidas de desempeño a los portafolios institucionales se encuentra respaldada por instrumentos normativos, así como acuerdos específicos de la CIF, que no sólo le dan explicaciones de los movimientos del mercado que afectan la valuación y desempeño de los portafolios, sino que sirven como herramienta para la toma de decisiones de inversión a los responsables de dicho proceso.

El IMSS mantiene parte de las inversiones financieras a vencimiento y, en consecuencia, en la contabilidad no se toman en cuenta los cambios en las estimaciones de los precios de mercado en este tipo de inversiones derivadas por fluctuaciones del mercado financiero. No obstante, el Instituto sigue la práctica de dar seguimiento al valor de mercado de sus activos y de evaluar en el corto plazo los rendimientos obtenidos por la inversión de sus portafolios, tomando en cuenta los cambios observados en la estimación del valor de mercado. Esta evaluación del desempeño, a valor de mercado y de corto plazo, se encuentra normada en la NIF.

La NIF aprobada por el H. Consejo Técnico el 28 de marzo de 2007, estableció que para la evaluación del desempeño la CIF establecería *benchmarks*[1] (portafolios de referencia) para

[1] El término *benchmark*, en inglés, es de uso común en la terminología financiera y significa "punto de referencia". En este caso, un *benchmark* es un índice del valor de mercado de un portafolio hipotético de activos financieros acorde con el perfil del portafolio institucional con el que se le contrasta. El objetivo es evaluar cómo se compara la evolución del índice del valor de mercado de la reserva o fondo del IMSS respecto al *benchmark*.

evaluar las inversiones, los cuales se incluirían posteriormente en la norma. La CIF aprobó el 16 de octubre de 2007 los *benchmarks* contra los que se evaluará el desempeño de la RGFA, las RFA y la Subcuenta 1 considerando la asignación estratégica de activos autorizada y el régimen de inversión vigente. Dichos *benchmarks* se aplicarían a partir de octubre de 2007, con base 100 al inicio del mes.

De 2011 a junio de 2012 el desempeño de los portafolios de las reservas y subcuentas del Fondo Laboral del IMSS fue analizado mediante la generación de índices[2] que reflejan los cambios en los valores de mercado procurando eliminar los efectos de las entradas y las salidas de recursos (gráfica VII.7 a VII.11).

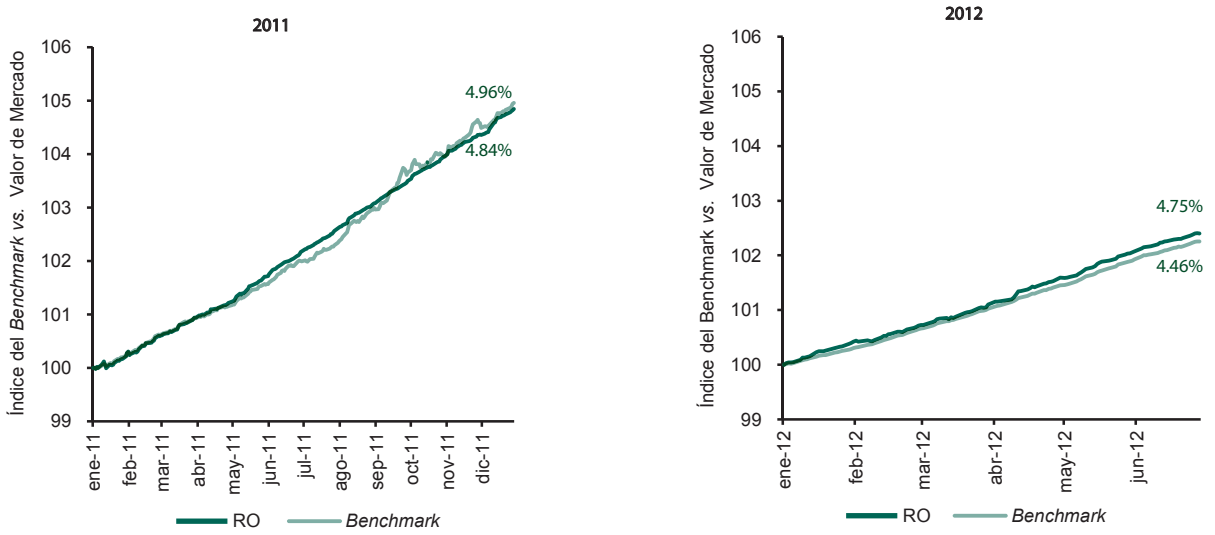
Los índices de las RO, la ROCF, la RGFA y sus *benchmarks* presentan un comportamiento más estable que los índices de las RFA y Subcuenta 2. Lo anterior, debido a que son portafolios con un horizonte de inversión de corto plazo en donde se pactan en forma regular operaciones en fondeo y reporto, por lo que su sensibilidad a cambios en factores de riesgo como tasas de interés es menor respecto a portafolios invertidos a mayor plazo. Estos portafolios institucionales no presentan posición referenciada a índices accionarios y, en el caso de la ROCF y la RGFA, no estuvieron expuestos al riesgo cambiario; de esta forma, estos portafolios muestran en forma consistente un comportamiento semejante al de sus portafolios de referencia durante 2011 (gráficas VII.4, VII.5 y VII.6).

Al cierre de 2011, la tasa de rendimiento de las RO fue menor a la de su *benchmark* al acelerar este último su crecimiento a partir de agosto, derivado de la fuerte apreciación del peso en el resto del año, al mismo tiempo que las RO disminuyeron su proporción en dólares respecto al primer semestre. En contraste, en el 2012 las RO mantuvieron mayor proporción en dólares que su *benchmark*, la cual, en el mes de abril, en promedio fue de 2.5 por ciento, como proporción de la estimación del valor de mercado de este portafolio y para cubrir compromisos institucionales denominados en dicha moneda. Asimismo, aunado a la depreciación del peso en abril y mayo, propició un mayor crecimiento de la reserva, la cual se ha mantenido con una mejor tasa de rendimiento que su portafolio teórico en el año.

La ROCF se mantiene muy cerca de su *benchmark* hasta el mes de agosto de 2011, por lo que su *spread* en tasa de rendimiento, respecto al portafolio teórico, no es relevante en dicho periodo. Posteriormente, se separa el portafolio institucional debido a que se pactaron operaciones a mejor tasa de rendimiento y mayor plazo a vencimiento

[2] Con fines comparativos del desempeño en el 2011, se presentan los índices de los portafolios institucionales y sus *benchmarks* con base inicial en enero de 2011; para el desempeño durante el 2012 se presentan los índices considerando los nuevos *benchmarks* aprobados con base en enero de 2012. El rendimiento nominal de los índices se señala en las gráficas.

GRÁFICA VII.4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LAS RO, ÍNDICE DEL *BENCHMARK VS.* ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO
(2011-2012)



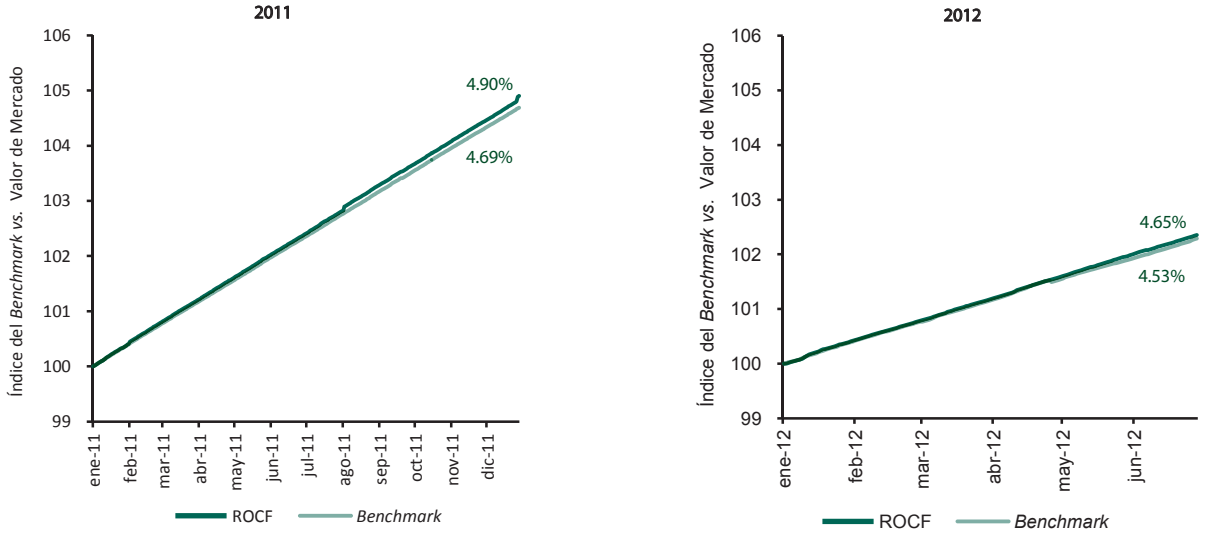
Fuente: IMSS.

en comparación con las operaciones previas realizadas en el año. De esta forma, la ROCF superó el rendimiento del *benchmark* al cierre de 2011. En 2012 la reserva también obtuvo una mayor tasa de rendimiento, no sólo porque de manera similar se realizaron inversiones a mayor plazo y por consiguiente a mayor tasa de rendimiento, sino porque el *benchmark* desaceleró su crecimiento al capturar un menor rendimiento en instrumentos gubernamentales de corto plazo observados en lo que va del año, los cuales no formaron parte del portafolio de la ROCF.

El índice de la RGFA constituye el portafolio de corto plazo con mayor similitud en su comportamiento en relación con su *benchmark*. Sin embargo, este último se vio más beneficiado en el 2011 porque presenta posición en instrumentos bancarios referenciados a tasa revisable, los cuales en el corto plazo mostraron mayor incremento en su estimación de valor de mercado que instrumentos u operaciones referenciados a tasa fija, que fueron el tipo de instrumentos pactados en las inversiones de la RGFA. Asimismo, en la medida que venció la posición de cetes en la RGFA y se pactaron operaciones a plazos y tasas mayores, mejoró su desempeño. Este último factor también explica el mayor crecimiento de la reserva en relación con el nuevo portafolio hipotético, a partir de febrero de 2012, por lo que al mes de junio su tasa de rendimiento también supera al *benchmark*.

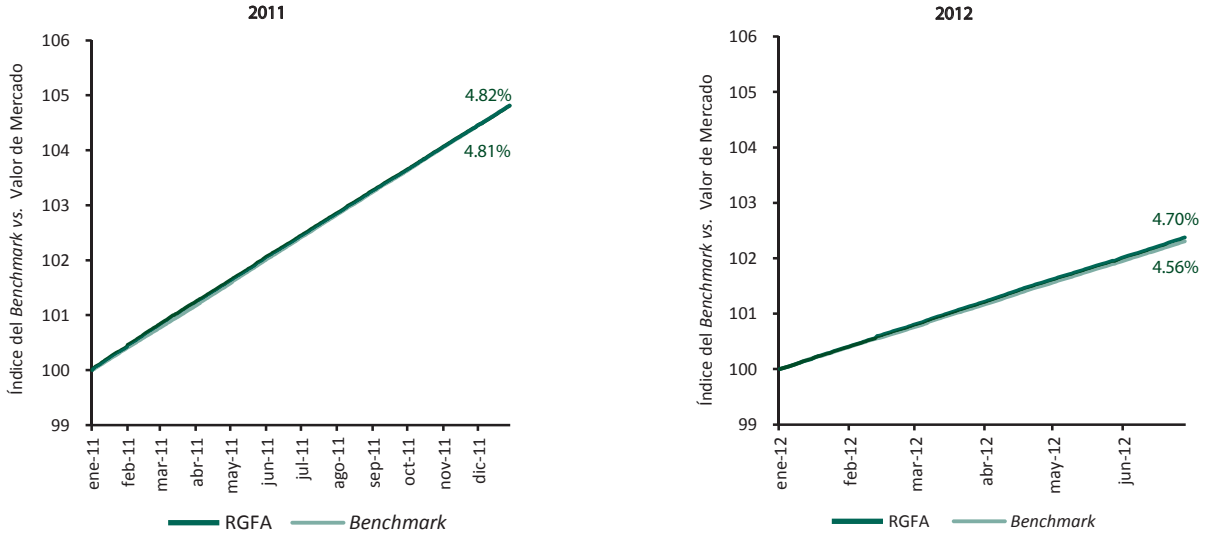
El alza promedio en las tasas de rendimiento de los instrumentos gubernamentales a mediano y largo plazos, durante el primer trimestre de 2011, propició una caída en los índices de las RFA y su *benchmark* (gráfica VII.7). Lo anterior, debido a que los movimientos en tasas impactan en el sentido contrario a los índices que reflejan la estimación

GRÁFICA VII.5. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LA ROCF, ÍNDICE DEL *BENCHMARK VS.* ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO
(2011-2012)



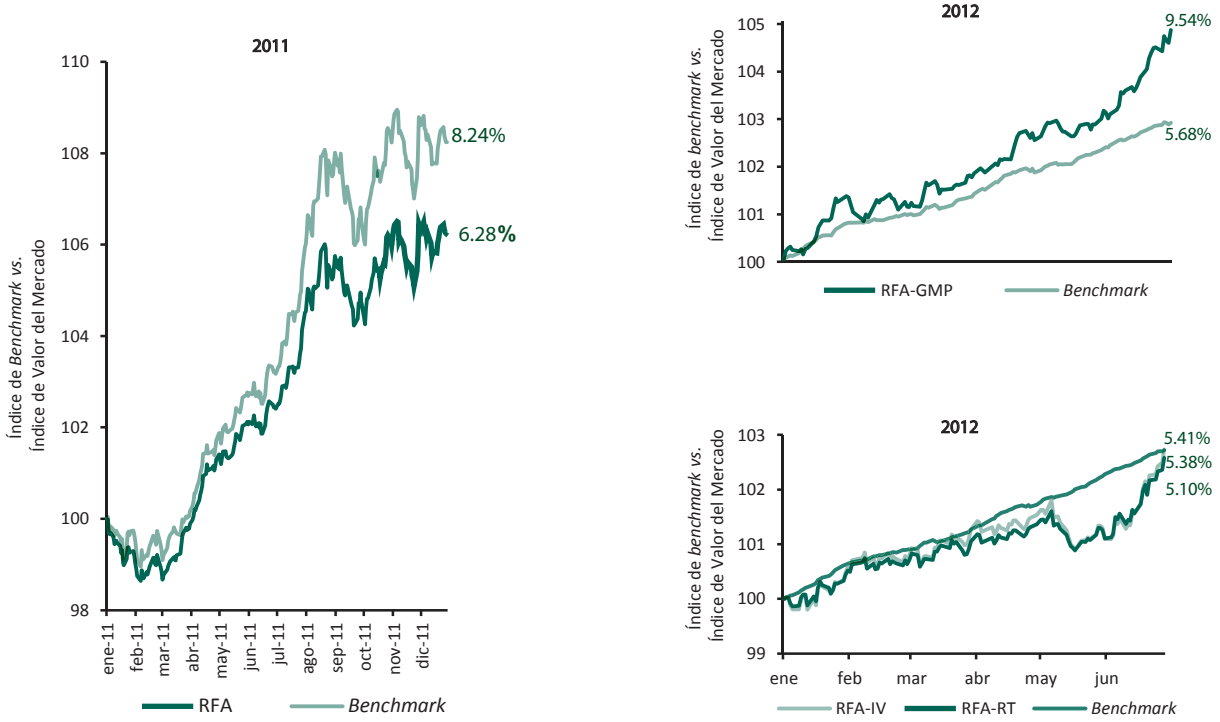
Fuente: IMSS.

GRÁFICA VII.6. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LA RGFA, ÍNDICE DEL *BENCHMARK VS.* ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO
(2011-2012)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA VII.7. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LAS RFA, ÍNDICE DEL *BENCHMARK VS.* ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO
(2011-2012)



Fuente: IMSS.

del valor de mercado de los portafolios, la cual se vio afectada. La separación que registran estos índices en los siguientes dos trimestres se explica por la baja promedio de tasas de rendimiento gubernamentales que favoreció más al *benchmark*, al presentar este último mayor posición en deuda gubernamental a plazo, al mismo tiempo que en las RFA se realizaron inversiones de corto plazo, asociadas a las necesidades de liquidez de la Subcuenta 1.

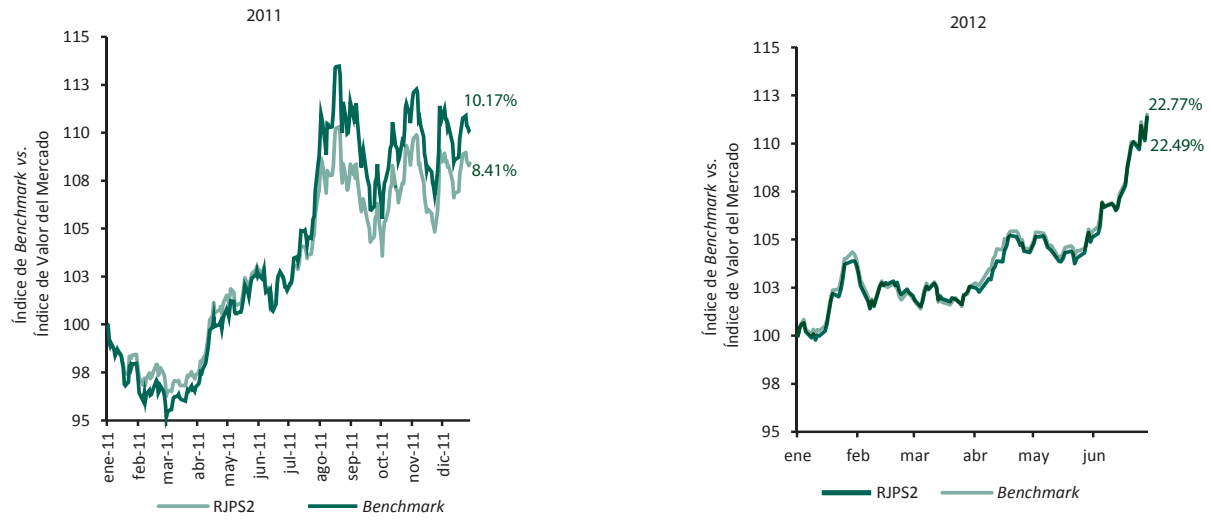
Por ramo de seguro, en el 2012 el índice de la RFA de GMP se mantiene por arriba del *benchmark* favorecido por su posición de largo plazo a tasa nominal. En contraste, las RFA del SIV y SRT permanecen la mayor parte del periodo debajo del *benchmark,* debido principalmente a su posición en notas estructuradas de mercado accionario. Sin embargo, el intercambio de instrumentos con la RJPS1 incorpora una proporción importante en deuda gubernamental e incluso superior a la del *benchmark*, por lo que ante la baja en tasas de rendimiento gubernamentales y la recuperación de las notas mencionadas en el mes de junio los índices se acercaron al *benchmark*.

La Subcuenta 2 y su *benchmark* tienen un perfil de inversión de mayor plazo (gráfica VII.8). En consecuencia, son los portafolios más concentrados en deuda gubernamental de largo plazo, resaltando la mayor posición del portafolio

teórico y su diversificación en los nodos a largo plazo en este tipo de deuda durante el 2011. Lo anterior, explica que en dicho periodo el *benchmark* muestra más sensibilidad a los movimientos en las tasas de rendimiento, por lo que la baja promedio de tasas en el tercer trimestre de 2011, le favoreció en mayor proporción, ocasionando la separación del índice de la Subcuenta 2 de su referencia. Durante el 2012 la baja generalizada en las tasas de rendimiento, acentuada en el mes de junio, también favorece a ambos índices, aunque el nuevo *benchmark* supera el rendimiento de la Subcuenta 2 ya que, a similitud del portafolio teórico previo, también presenta mayor posición gubernamental y a plazos donde la baja promedio de tasas de rendimiento fue mayor.

Las tasas de rendimiento a mercado, de los portafolios institucionales y las de sus *benchmarks*, se muestran en las tablas VII.15 y VII.16. Los rendimientos de los portafolios del IMSS y de los *benchmarks* toman en cuenta el cambio en el valor de mercado de cada portafolio, desde el inicio hasta el final del periodo que se reporta. En el caso de las RFA y la Subcuenta 2 las tasas presentadas se expresan en términos reales y se calculan tomando en cuenta el rendimiento obtenido, descontando la inflación durante el mismo periodo. Para los portafolios del IMSS se muestran diversas medidas de los rendimientos contables. Cabe mencionar que la información contenida en los cuadros está normada por las disposiciones de la NIF.

GRÁFICA VII.8. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LA SUBCUENTA 2 DEL FONDO LABORAL, ÍNDICE DEL *BENCHMARK VS.* ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO
(2011-2012)



Fuente: IMSS.

TABLA VII.15. DESEMPEÑO DE RESERVAS Y FONDO LABORAL A VALOR DE MERCADO
(TASAS DE RENDIMIENTO ANUAL, REALES Y NOMINALES)

Portafolio	Tasa	Rendimientos valuados a mercado					
		Desempeño 2011			Desempeño 2012[2/]		
		IMSS	*Benchmark*	Inflación	IMSS	*Benchmark*	Inflación
RO	nominal	4.84	4.96		4.75	4.46	
ROCF		4.90	4.69		4.65	4.53	
RGFA		4.81	4.82		4.70	4.56	
RFA-IV[1/]					5.41	5.38	
RFA-RT					5.10	5.38	
RFA-GMP					9.54	5.68	
RFA[1/]	real	2.37	4.26	3.82			
RJPS2		4.43	6.12	3.82	20.74	21.02	1.58

[1/] El índice de las RFA y la RFA-IV no incorpora la inversión en Afore XXI Banorte.

[2/] A partir de mayo de 2012, la CIF aprobó la exclusión del *benchmark* de las RFA y nuevos *benchmarks* para los demás portafolios incluyendo las RFA por ramo de seguro. Los rendimientos de 2012 comprenden el periodo trascurrido de enero a junio.

Fuente: IMSS.

TABLA VII.16. DESEMPEÑO DE RESERVAS Y FONDO LABORAL[1/]
(TASAS DE RENDIMIENTO ANUAL, REALES Y NOMINALES)

Portafolio	Tasa	Rendimiento registrado para su venta				
					Año actual	
		3 años	2 años	12 meses	Oct 11-Jun 12	Inflación
RJPS1	real				4.55%	4.49%
		3 años	2 años	12 meses	Nov 11-Jun 12	Inflación
RFA-SEM	real				4.88%	4.04%

Fuente: IMSS.

TABLA VII.17. DESEMPEÑO HISTÓRICO DE RESERVAS Y FONDO LABORAL
(TASAS DE RENDIMIENTO ANUAL, REALES Y NOMINALES)

Portafolio	Tasa	Rendimiento registrado para su venta								
		Tasa referencia	Histórico	Últimos años			Año actual			
				5 años	3 años	2 años	12 meses	Acumulada	Efectiva	Inflación
RGFA	nominal		6.67	5.93	4.91	4.82	4.66	4.69	2.37	
RFA	real	3.5	2.88	2.32	2.67	2.62	1.66	8.13	4.11	1.58
RJPS1	real	3.5	3.08	2.00	2.15	2.13	1.35	5.60	2.83	1.58
RJPS2	real	3.7	3.27	3.26	3.50	3.47	3.39	5.52	2.79	1.58

Fuente: IMSS.

Registro contable

Registro conservados a vencimiento

El Instituto clasifica los instrumentos financieros como "conservados a vencimiento" con base al objetivo de las reservas y Fondo Laboral, en las que se tiene la intención comprobada de mantener la inversión hasta su vencimiento, por lo que el registro y la valuación contable de las posiciones de inversión se realizan a su costo de adquisición actualizado[3].

Además, trimestralmente se presenta a la CIF el comparativo de las inversiones clasificadas como "conservadas a vencimiento" entre los valores de mercado y contable para cada una de las reservas y las subcuentas del Fondo Laboral en las que se presentan diferencias por clase de activo (tabla VII.18).

Los instrumentos clasificados como "conservados a vencimiento" la estimación del valor de mercado de las reservas y Fondo Laboral del IMSS es 2,203 mdp superior al registro contable, es decir, presenta una fluctuación de mercado positiva de 3.8 por ciento.

Inicio del Régimen Contable Disponible para Venta en RJPS1

El Instituto realizará un análisis técnico que permita asegurar que la clasificación de los instrumentos financieros para efectos de valuación y para los estados financieros es la correcta.

TABLA VII.18. COMPARATIVO VALOR DE MERCADO *VS.* VALOR CONTABLE[1/]
(MILLONES DE PESOS, CIERRE JUNIO 2012)

Portafolios: RGFA, RFA, RJPS1 y RJPS2	Valor		Variación Valor Mercado *vs.* Contable	
	Mercado[1/]	Contable[2/]		
Gubernamental	16,221	14,402	1,819	11.2%
Bancario	36,924	36,824	99	0.3%
Corporativo	5,274	4,989	285	5.4%
Mercado Accionario	30	30	0	0.0%
Total	**58,449**	**56,246**	**2,203**	**3.8%**

[1/] El Valor de Mercado es obtenido del Proveedor de Precios ValMer.
[2/] El Valor Contable no incluye el valor invertido en la Afore XXI Banorte.
Fuente: IMSS.

[3] El costo de adquisición actualizado se basa en el valor nominal y la amortización por diferencia entre el precio de compra y el precio nominal, la actualización de capital por efecto de la UDI, la fluctuación cambiaria para inversiones en moneda extranjera, las primas y demás conceptos financieros, así como rendimientos.

Cuando la decisión de clasificar como "conservados a vencimiento" los instrumentos de una reserva o fondo del Instituto, la clasificación que les corresponda, de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en las NIF, deberá ser autorizada por la CIF y el H. Consejo Técnico.

El H. Consejo Técnico aprobó que se modifique la clasificación del registro contable de los instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, con vencimiento posterior al año 2012, a "disponible para su venta". El cambio de clasificación se realizó el 3 de octubre de 2011, lo cual fue aprobado por la CIF.

Asimismo, el H. Consejo Técnico aprobó la transferencia de los recursos excedentes de los saldos de los SRT por 24,828 mdp y los SIV por 36,394 mdp, para la creación del SEM. Las consideraciones para la transferencia de recursos fueron aprobadas por la CIF, y se llevó a cabo el 1 y 2 de noviembre de 2011. La clasificación contable del SEM es "disponible para su venta", por lo que su valor fluctuará en el tiempo de acuerdo con las condiciones del mercado.

La clasificación como "disponibles para su venta", son los instrumentos financieros en los que desde el momento de invertir en ellos, se tiene la intención de negociarlos en un mediano plazo y en fechas anteriores a su vencimiento, con el objeto de obtener ganancias con base en sus cambios de valor en el mercado y no solo mediante los rendimientos inherentes a los mismos.

Además, trimestralmente se presenta a la CIF el comparativo de las inversiones clasificadas como "disponibles para su venta", entre el valor de mercado e inversión para cada una de las reservas y las subcuentas del Fondo Laboral en donde se presentan diferencias por clase de activo.

La estimación del valor de mercado de las reservas y fondo del IMSS contra el monto invertido supera la inversión histórica por 1,869 mdp, es decir, presenta una fluctuación de mercado positiva de 2.7 por ciento (tabla VII.19).

TABLA VII.19. COMPARATIVO VALOR DE MERCADO *VS.* MONTO INVERTIDO
(MILLONES DE PESOS, CIERRE DE JUNIO 2012)

Portafolios: RGFA, RFA, RJPS1 y RJPS2	Valor Mercado	Monto Invertido	Variación Valor Mercado *vs.* Monto Invertido	
Gubernamental	25,947	24,229	1,718	6.6%
Bancario	38,725	38,037	688	1.8%
Corporativo	4,533	4,866	-333	-7.3%
Mercado Accionario	30	235	-205	-678.6%
Total	**69,235**	**67,367**	**1,869**	**2.7%**

Fuente: IMSS.

La estimación del valor de mercado de las reservas y fondo del IMSS supera la inversión histórica por 1,869 mdp, lo que representa una fluctuación de mercado positiva de 2.7 por ciento.

Impacto del Cambio de Clasificación Contable

En el momento de clasificar las inversiones como "disponibles para su venta" fue necesaria la apertura de cuentas contables, con el fin de obtener un mejor control y registro de éstas. Por ello, se crearon cuentas contables para los conceptos de inversión, intereses devengados no cobrados, actualización de capital por el efecto de las Unidades de Inversión (UDI) y productos financieros.

Además, en la clasificación como "disponibles para su venta" se requirió la apertura de dos cuentas contables, la primera es una complementaria de activo para la cuenta de inversión y la segunda, es la contra cuenta de la complementaria de activo y se clasifica en el rubro de cuentas de Patrimonio. En ambas cuentas se registran los efectos de las plusvalías y/o minusvalías de la valuación a precio de mercado.

Por otra parte, se realizaron ajustes en el sistema del Instituto, como la parametrización de cuentas contables y la creación de un proceso para el cálculo del ajuste por la valuación a precio de mercado.

Usos de las Reservas

En el ejercicio 2011 se utilizaron recursos de la Subcuenta 1 para el pago de la nómina del RJP y de la ROCF para sufragar parte del gasto de inversión del Instituto, así como para financiar las RO. La ROCF también recibió el pago del capital y los costos financieros de préstamos anteriores a las RO, además de que les otorgó nuevo financiamiento. En ambos casos, el uso de los recursos estuvo fundado en lo establecido en la LSS y tuvo la correspondiente autorización del H. Consejo Técnico.

Subcuenta 1 del Fondo Laboral

Intercambios Realizados en 2011 y 2012 para Generar Liquidez en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral

Fondeos y Transferencias de la ROCF

Se destaca el uso de los fondos para apoyar el gasto en el Programa de Inversión Física por 6,300 mdp en los términos de la LSS. Asimismo, una reclasificación de ingresos excedentes a las RFA del SIV por 2,270 mdp y los movimientos netos por los préstamos otorgados a las RO, también de acuerdo con la LSS.

Usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral

Con el fin de enfrentar el gasto del RJP, con la autorización del H. Consejo Técnico, en 2011 se realizaron transferencias de la Subcuenta 1 del

FCOLCLC hacia las RO (tabla VII.20) para el pago de esta nómina, por un monto total de 18,035 mdp, en noviembre de 2011 y enero de 2012. Este último se registró contablemente al cierre del ejercicio 2011.

Transferencia de Recursos Excedentes a la RFA del SEM

En el Artículo 1° de la LIF, para el ejercicio fiscal de 2011, se estableció que el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las reservas de SIV y SRT de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.

Para atender lo señalado en este ordenamiento legal, en 2010 el Instituto contrató al despacho externo Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., con el fin de que estimara el nivel recomendado que deberían mantener las RFA del SRT y RFA del SIV, así como el monto excedente de su saldo actual que pudiera ser susceptible de transferirse a la RFA del SEM (tabla VII.21).

TABLA VII.20. USOS DE LA SUBCUENTA 1 DEL FONDO LABORAL
(MILLONES DE PESOS)

Oficio	Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
1024	07-nov-11	RJPS1	RO	Cubrir obligaciones contractuales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones para el ejercicio 2011.	3,500
1092	28-nov-11	RJPS1	RO	Uso de recursos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones.	9,240
90	25-ene-12	RJPS1	RO	Para apoyar el gasto en la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.	5,295
Total					**18,035**

Fuente: IMSS.

TABLA VII.21. MONTO DE LAS RFA DE LOS SRT Y SIV SUSCEPTIBLE DE TRANSFERIRSE A LA RFA DEL SEM
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	RFA-SRT	RFA-SIV	Total
a) Saldo de las Reservas Financieras y Actuariales al 31 de diciembre de 2010 (1)	29,580	42,986	72,566
b) Reserva a conservar para identificar ciclos económicos (20% de las cuotas esperadas en 2011) (2)	4,752	6,592	11,344
c) Reservas del SIV y del SRT susceptibles de transferirse a la reserva del SEM (3)=(1)-(2)	**24,828**	**36,394**	**61,222**

Fuente: IMSS.

En cumplimiento con lo establecido en la LIF para el ejercicio fiscal de 2011, el 28 de septiembre de 2011 el H. Consejo Técnico aprobó la transferencia de los excedentes de los saldos de las RFA del SIV y RFA del SRT, a la RFA del SEM. Asimismo, aprobó la modificación al Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas, en la que se dota a la RFA del SEM con 61,222 mdp.

Las consideraciones para la transferencia de recursos fueron aprobadas por la CIF en octubre de 2011 llevándose a cabo dicha transferencia el 1 y 2 de noviembre de 2011. Los recursos transferidos al SEM incluyeron efectivo e instrumentos financieros de corto, mediano y largo plazos, dado que las RFA de SIV y SRT se componían por inversiones en instrumentos financieros con vencimientos en diferentes años y que una parte importante de los fondos se encontraba en efectivo (tabla VII.22).

TABLA VII.22. DOTACIÓN DE RECURSOS PARA LA CREACIÓN DE RFA-SEM REALIZADA EL 1 Y 2 DE NOVIEMBRE DE 2011
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	RFA-SIV	RFA-SRT	RFA-SEM
Valores	21,656.2	17,712.2	39,368.4
Efectivo	14,737.9	7,115.2	21,853.1
Total	**36,394.1**	**24,827.4**	**61,221.5**

Fuente: IMSS.

En el caso particular de los valores, los instrumentos transferidos cumplieron con los requisitos establecidos en la NIF para constituir nuevas inversiones de la RFA del SEM, por lo cual se transfirieron instrumentos con calidad crediticia que cumplieran con los límites estipulados. De igual forma, no se transfirieron pagarés bancarios, certificados de depósito y las notas estructuradas con vencimientos en 2012, con el fin de mantenerlos en las RFA del SIV y RFA del SRT para contar con instrumentos que dieran liquidez en 2012 para hacer frente a los riesgos por caídas en los ingresos o incrementos en los egresos derivados de problemas económicos, con base a lo establecido en la LSS. Adicionalmente, se mantuvo en la RFA del SIV una posición en efectivo por 2,500 mdp para que el Instituto contara con disponibilidad para realizar la inversión en 50 por ciento del capital accionario de la Afore Banorte Generali.

La constitución de la RFA del SEM ascendió a 61,222 mdp y los instrumentos transferidos consideraron que sus vencimientos acumulados permitieran hacer frente al menos a las estimaciones de usos de los ejercicios 2012 y 2013.

Es importante señalar que con base en lo establecido en el Boletín C-2 de las NIF, la RFA del SEM se clasificó como “disponible para la venta”. Por tal motivo, el valor de la RFA del SEM ha fluctuado de acuerdo a la evolución de las tasas de interés y a otras variables macroeconómicas que inciden en el valor de mercado de los instrumentos que la conforman.

TABLA VII.23. COMPOSICIÓN DE RFA-SIV, RFA-SRT Y RFA-SEM DESPUÉS DE LA TRANSFERENCIA
(PORCENTAJE)

Clase de activo	RFA-SIV	RFA-SRT	RFA-SEM
Deuda Gubernamental	**-**	**-**	**40.5**
Tasa fija	-	-	19.8
Tasa real	-	-	20.7
Deuda Bancaria	**94.0**	**90.9**	**50.9**
Fondeo	39.2	42.8	34.2
Tasa Fija	31.4	26.5	6.7
Tasa Real	-	-	6.9
Tasa Revisable	-	2.8	3.1
Tasa Variable	23.4	18.8	-
Deuda Corporativo	**6.0**	**6.4**	**8.7**
Tasa Fija	-	-	5.1
Tasa Real	0.3	1.5	1.3
Tasa Revisable	5.7	4.9	2.2
Mercado Accionario	**-**	**2.6**	**0.0**
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Fuente: IMSS.

Programa de Usos Futuros de Reservas y Fondo

De acuerdo con las proyecciones de corto plazo del IMSS, se tiene contemplado que en los años siguientes sea necesario continuar con el uso de las reservas y Fondo Laboral para hacer frente a la operación institucional.

Proyecciones de los Saldos de las Reservas y Fondo

Como se había mostrado en el apartado de Evolución de los Saldos de las Reservas y Fondo, desde su creación y hasta 2009 la evolución de los saldos de las reservas y Fondo Laboral del IMSS había mostrado una tendencia ascendente. Sin embargo, a partir de 2010 los saldos se han reducido debido básicamente al programa de usos de la Subcuenta 1.

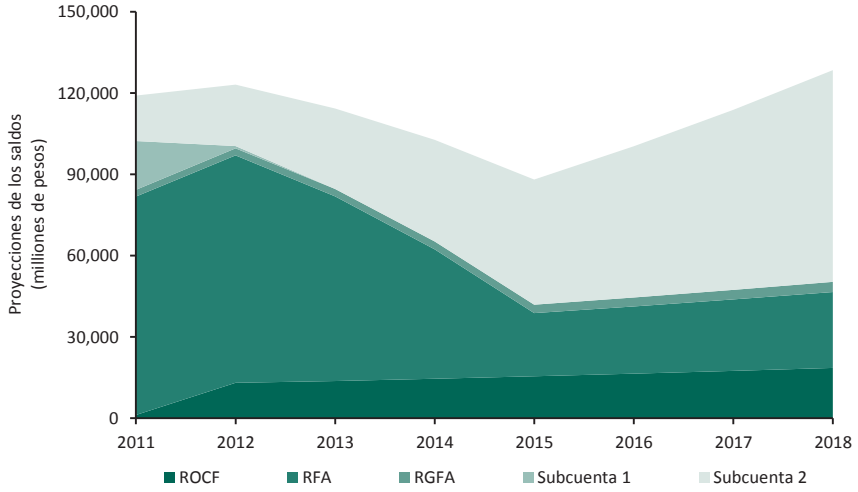
En la gráfica VII.9 se proyecta la evolución de los saldos de las reservas y subcuentas correspondientes al Fondo Laboral (sin incluir las RO) para los próximos años. Tal y como se puede apreciar, el uso continuo de los recursos de la Subcuenta 1, en conjunto con la utilización proyectada de la RFA del SEM en 2013, 2014 y 2015, provocan que se anticipe la caída gradual de los saldos globales de las reservas y Fondo Laboral del IMSS. Por otro lado, el aumento que se registra en las proyecciones a partir de 2015

TABLA VII.24. USO 2011 Y PROYECCIONES 2012-2018 DE LAS RESERVAS Y FONDO LABORAL
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Tipo de uso	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RFA del SEM	-	-	18,817	25,593	27,488	-	-	-
RFA del SIV	-	-	-	-	-	-	-	-
RFA del SRT	-	-	-	-	-	-	-	-
Subcuenta 1 del FCOLCLC	18,035	17,660	896	-	-	-	-	-
ROCF, Art. 277 A, LSS	-	4,645	-	-	-	-	-	-
Utilización de la ROCF, Art. 277 C, LSS	2,414	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: IMSS.

GRÁFICA VII.9. PROYECCIONES DE LOS SALDOS DE LAS RESERVAS Y FONDO LABORAL[1/, 2/]
(MILLONES DE PESOS, 2011-2018)



[1/] Se excluye el saldo de las RO.
[2/] Proyecciones para los años 2012-2018.
Fuente: IMSS.

se debe a las aportaciones y el crecimiento de los productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, y en menor medida a la acumulación gradual de las RFA del SRT y SIV.

Durante 2011 el Instituto realizó, trimestralmente, análisis comparativos del valor de mercado *versus* el valor contable de las inversiones financieras. Derivado de los resultados, se adoptó una postura muy conservadora, por lo que el 31 de diciembre de 2011 se realizó el reconocimiento contable del deterioro no materializado de las inversiones en RFA por -309 mdp y Fondo Laboral Subcuenta 2 por -4.4 mdp, que suman en total -313 mdp. Para un mayor detalle de las medidas prudenciales adoptadas se podrán revisar en el "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social".

VII.4. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

Entre las funciones asignadas a la DF se encuentra la administración de los riesgos financieros institucionales a los que se enfrenta el Instituto, mismos que por su naturaleza pueden llegar a tener una repercusión importante sobre la situación financiera de los seguros que administra el IMSS, así como en la prestación de servicios a la población derechohabiente.

Durante el periodo que se informa, esa función se orientó hacia tres vertientes principales: i) elaboración del Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI), el cual es una herramienta que permite identificar, evaluar y medir el impacto de los principales riesgos financieros a los que están expuestos el SEM, SRT, SIV, SGPS y SSFAM; ii) evaluación de

TABLA VII.25. DETERIORO REGISTRADO AL CIERRE DE 2011
(MILLONES DE PESOS)

Emisión y serie	Monto invertido	Deterioros 2011			Calificación homologada
		Portafolios		Total	
RESERVAS FINANCIERAS ACTUARIALES		**RT**	**IV**		
METROFI *	234.7	-204.6		**-204.6**	s/c
METROFI 10	52.2	-21		**-21**	s/c
CASITA 07[1/]	300	-1.3	-1.3	**-2.6**	D
CEMEX 07-2U	130	-26		**-26**	BB-
TCM 10	189.5		-23.8	**-23.8**	BB+
HSCCB 08	30.5		-1.7	**-1.7**	CCC
HSCCB 06-02[1/]	40.7		-12.1	**-12.1**	D
CREYCB 06-2U[1/]	35.3		-17.3	**-17.3**	CC
SUBTOTAL	**1,012.90**	**-252.8**	**-56.2**	**-309**	
FONDO LABORAL SUBCUENTA 2		**S2A**	**S2B**		
CEMEX 07-2U	20	-4		**-4**	BB-
HSCCB 08	7.3	**-0.4**		**-0.4**	CCC
SUBTOTAL	**27.3**	**-4.4**		**-4.4**	
TOTAL	**1,040.20**	**-257.2**	**-56.2**	**-313.4**	

- Vector de precios de ValMer al 30 de diciembre de 2011.

- Base de datos de la Coordinación de Control de Operaciones.

[1/] Las emisiones CASITA 07 (211 mdp), HSCCB 06-02 (29 mdp) y CREYCB 06-2U (7 mdp) se deterioraron en 2010.

Fuente: IMSS.

iniciativas de reforma a la LSS y a otras leyes, presentadas por diputados y senadores de las diferentes fracciones parlamentarias, y cuya aprobación podría comprometer las finanzas del Instituto, y iii) valuaciones actuariales, tanto de los seguros con los que protege el IMSS a su población derechohabiente, como del RJP de los trabajadores del Instituto.

VII.4.1. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

Se elabora anualmente en la DF desde el año 2000 en cumplimiento del Artículo 25 del Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS.

Informe de Labores

En la presente administración se integraron cinco PARI, en cada uno de los cuales se incluyeron 10 riesgos que fueron debidamente evaluados para determinar el impacto financiero que podrían tener en el IMSS, en caso de llegar a materializarse. Los riesgos evaluados se muestran en la tabla VII.26, en la cual se puede observar que en todos los años se han evaluado las enfermedades de alto impacto financiero para el IMSS que son: diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipertensión arterial,

TABLA VII.26. RIESGOS FINANCIEROS INCLUIDOS Y EVALUADOS EN LOS AÑOS 2007 A 2011 EN EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

I. Riesgos en salud	2007	2008	2009	2010	2011
Análisis costo-beneficio del programa de consulta familiar en sexto y séptimo día				✓	
Automedicación en enfermedades respiratorias				✓	
Costos y beneficios de la conservación de las células madre		✓			
El costo financiero del sobrepeso y la obesidad desde una perspectiva de la pérdida de años de vida saludable a causa de enfermedades asociadas	✓				
Enfermedades crónicas asociadas al tabaquismo					✓
Enfermedades "invisibles" asociadas a las adicciones		✓			
Enfermedades de alto impacto financiero	✓	✓	✓	✓	✓
Enfermedades de atesoramiento lisosomal					✓
Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral			✓		
Impacto financiero de los partos por cesárea			✓		
Impacto financiero de las infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS	✓				
Incremento de la esperanza de vida de la población derechohabiente					✓
Las nuevas patologías y las enfermedades emergentes			✓		
II. Riesgos operativos					
Ampliación de la cobertura de seguridad social a nietos de asegurados y pensionados		✓			
Balance financiero de los convenios de reversión de cuotas por subrogación de servicios			✓		
Cobertura de la demanda potencial máxima en el servicio de Guardería					✓
Creación del seguro de desempleo				✓	
Incobrabilidad de cuotas obrero-patronales	✓				
Incorporación a la seguridad social de grupos específicos sin respaldo financiero			✓		
Insuficiencia en los esquemas de financiamiento de los seguros administrados por el IMSS		✓			
La sociedad de convivencia: un desafío para el IMSS		✓			
Regularización de trabajadores subcontratados (*outsourcing*)		✓			
Riesgos de trabajo no incorporados en la casuística patronal					✓
Transferencia de reservas para proporcionar servicios de atención a la salud de pensionados y familiares derechohabientes, establecidos en el Artículo 142 de la LISSSTE				✓	
III. Riesgos en las prestaciones económicas otorgadas					
Análisis y repercusiones del cambio en el número de días de incapacidad por maternidad otorgados antes y después del parto	✓				
Diferencia salarial por género					✓
Efecto de la densidad de cotización en el Seguro de Invalidez y Vida				✓	
Empresas con alta siniestralidad			✓		
Evaluación de la eventual concesión de subsidios por paternidad	✓				
Iniciativas de reforma a la Ley del Seguro Social relacionadas con los subsidios de maternidad y paternidad			✓		
Pensiones de invalidez para mayores de 60 años	✓				
Reducción de la tasa de interés técnico		✓			
Reglas de operación de los seguros de pensiones				✓	
Utilización de tasas de referencia variable y de los factores de mejora poblacional en el cálculo de los montos constitutivos					✓
Volatilidad financiera de las cuentas individuales			✓		
Incremento de la esperanza de vida de la población derechohabiente					✓
Las nuevas patologías y las enfermedades emergentes			✓		

TABLA VII.26. RIESGOS FINANCIEROS INCLUIDOS Y EVALUADOS EN LOS AÑOS 2007 A 2011 EN EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES
(CONTINUACIÓN)

IV. Otros riesgos	2007	2008	2009	2010	2011
Análisis del Seguro de Enfermedades y Maternidad				✓	
Balance financiero del Seguro de Salud para Estudiantes		✓			
Desafiliación al Régimen Obligatorio en periodos de recesión económica					✓
Diferimiento de la compra del Seguro de Sobrevivencia hasta la muerte del pensionado	✓				
Efecto del envejecimiento en el gasto médico, el gasto en prestaciones económicas y el gasto social en adultos mayores con dependencia	✓				
Iniciativas de reforma al Régimen de Seguridad Social de los Trabajadores Eventuales del Campo		✓			
Impacto financiero de la siniestralidad registrada por robo y daños en equipo electrónico, de cómputo, microfilmación y equipo médico nombrado, reformas e iniciativas de reforma a la Ley del Seguro Social				✓	
Interrupción no programada de aplicaciones de alto nivel crítico en el CeNaTI Monterrey					✓
Pensiones de incapacidad permanente parcial con valuación menor o igual al 25 por ciento			✓		
Reforma fiscal 2010: cambios en el IVA				✓	
Reincorporación al Régimen Obligatorio de los pensionados con pensión garantizada	✓				

Fuente: IMSS.

cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/Sida. A estos riesgos se les denomina riesgos de salud en seguimiento.

A fin de fortalecer el proceso de identificación, evaluación y medición de los riesgos financieros institucionales, a partir de 2011 el PARI se presenta con la nueva clasificación para aprobación de las autoridades superiores con cuatro categorías de riesgos: i) riesgos en los seguros de salud; ii) riesgos en los seguros de pensiones; iii) riesgos en los seguros no pensionarios, y iv) otros riesgos. La nueva clasificación comparada con la que estuvo vigente en los años 2007 a 2010, se muestra en la tabla VII.27.

Cabe señalar que con la nueva clasificación, durante el trimestre junio-agosto de 2011 se integró el documento "Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2011", mismo que se sometió a la aprobación del H. Consejo Técnico en septiembre del mismo año. En dicho documento se evaluaron los 10 riesgos que se muestran en la tabla VII.28, cuatro de los cuales corresponden a riesgos que inciden en los seguros de salud; dos a riesgos con impacto en los seguros pensionarios; dos a riesgos que pueden tener una repercusión financiera en los seguros no pensionarios, y dos a riesgos con impacto en varios seguros.

Por otra parte, en mayo de 2012 el Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales (GTRI) aprobó el PARI correspondiente al ejercicio 2012, mismo que incluye los 10 riesgos que se indican en la tabla VII.29.

TABLA VII.27. CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS FINANCIEROS CONSIDERADOS EN EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES
(2007-2010 Y 2011)

	Clasificación vigente 2007-2010	Clasificación vigente a partir de 2011
I.	Riesgos en salud	Riesgos en los seguros de salud
II.	Riesgos operativos	Riesgos en los seguros de pensiones
III	Riesgos en las prestaciones económicas otorgadas	Riesgos en los seguros no pensionarios
IV.	Otros riesgos	Otros riesgos

Fuente: IMSS.

TABLA VII.28. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2011

	Categoría	No.	Nombre
I.	Riesgos en los seguros de salud	I.1	Enfermedades crónicas.
		I.2	Enfermedades de atesoramiento lisosomal.
		I.3	Enfermedades crónicas asociadas al tabaquismo.
		I.4	Incremento en la esperanza de vida de la población derechohabiente del IMSS.
II.	Riesgos en los seguros de pensiones	II.1	Riesgos de trabajo terminados no incorporados a la casuística laboral.
		II.2	Utilización de tasas de referencia variable y de los factores de mejora poblacional en el cálculo de los montos constitutivos.
III.	Riesgos en los seguros no pensionarios	III.1	Cobertura de la demanda potencial máxima esperada en el servicio de Guardería.
		III.2	Diferencia salarial por género.
IV.	Otros riesgos	IV.1	Desafiliación al régimen obligatorio en periodos de recesión económica.
		IV.2	Interrupción no programada de los servicios aplicativos y técnicos del Centro Nacional de Tecnologías de la Información Monterrey.

Fuente: IMSS.

TABLA VII.29. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2012

	Categoría	No.	Nombre
I.	Riesgos en los seguros de salud	I.1	Enfermedades crónicas.
		I.2	Enfermedades de atesoramiento lisosomal.
		I.3	Enfermedades y costos asociados a la depresión.
		I.4	Cobertura médica a población no derechohabiente con discapacidad.
II.	Riesgos en los seguros de pensiones	II.1	Pensiones de riesgos de trabajo con valuación menor o igual al 25 por ciento.
		II.2	Acotamiento de la movilidad de la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo.
		II.3	Cálculo de montos constitutivos con tablas de mortalidad no diferenciadas por sexo.
III.	Riesgos en los seguros no pensionarios	III.1	Ampliación de beneficios para maternidad y cuidado del menor.
		IV.1	Discordancia entre la dinámica poblacional y la edad de retiro.
IV.	Otros riesgos	IV.2	Aumento en la frecuencia de uso de los servicios médicos por la disminución de ingresos de los derechohabientes.

Fuente: IMSS.

Programa de Actividades

Se concluirá la evaluación de los riesgos que el GTRI aprobó incluir en el PARI 2012. Los resultados de esa evaluación se reportarán en el mes de septiembre al H. Consejo Técnico, en el documento "Evaluación de los Riesgos Financieros Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2012".

Asimismo, en septiembre se dará continuidad a las sesiones del GTRI con la finalidad de que en el mes de octubre se inicie el proceso de identificación de los riesgos susceptibles de incluirse en el PARI 2013, y cuya evaluación se realizará el próximo año.

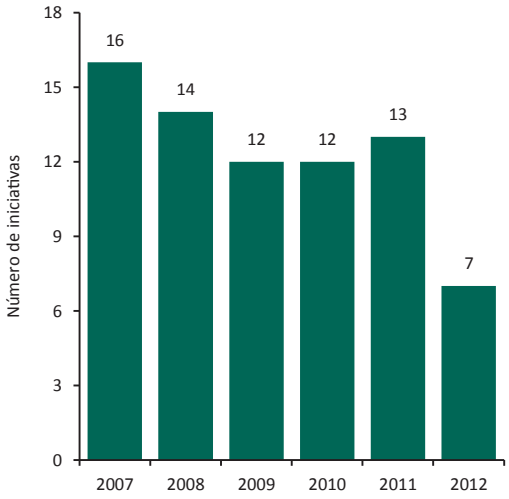
VII.4.2. EVALUACIÓN DE INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

La segunda vertiente hacia la cual está orientada la administración de los riesgos financieros, que es la evaluación de las iniciativas que son presentadas por los diputados y senadores de las distintas fracciones parlamentarias para reformar la LSS, así como otros ordenamientos tales como la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Federal del Trabajo (LFT), cuyas disposiciones inciden de manera directa en el quehacer del IMSS, tiene por objeto medir el impacto financiero que podría tener en el Instituto una posible aprobación de dichas iniciativas.

Informe de Labores

En la presente administración se evaluaron 74 iniciativas de reforma a la LSS y otros ordenamientos legales. En la gráfica VII.10 se ilustra el número de iniciativas evaluadas por año.

GRÁFICA VII.10. NÚMERO DE INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y A OTROS ORDENAMIENTOS LEGALES EVALUADAS
(ENERO 2007-JUNIO 2012)



1/ Enero-junio 2012.
Fuente: IMSS.

En la tabla VII.30 se presenta un resumen de las principales iniciativas evaluadas en el periodo, indicando la estimación que se realizó sobre el impacto financiero que podría tener para el Instituto una eventual aprobación de las mismas, así como el estado en que se encuentran actualmente cada una de ellas.

TABLA VII.30. PRINCIPALES INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y A OTROS ORDENAMIENTOS LEGALES EVALUADAS EN EL PERIODO ENERO 2007-JUNIO 2012 Y ESTIMACIÓN DE SU IMPACTO FINANCIERO EN EL IMSS

(CIFRAS DE IMPACTO EN MILLONES DE PESOS DE 2012)

Año de evaluación	Iniciativa con proyecto de decreto que:	Impacto promedio anual	Estado actual
2007	Reforma y adiciona diversas disposiciones de Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, a efecto de que las Administradoras de Fondos para el Retiro cobren una única comisión sobre rendimiento real.	-3033	Turnada a las Comisiones Unidas de Trabajo y Previsión Social, de Seguridad Social, y de Hacienda y Crédito Público.
2007	Reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la LFT y de la LSS, relativas a los jornaleros agrícolas.	1,231	Turnada a las Comisiones Unidas de Seguridad Social y de Trabajo y Previsión Social.
2008	Reforma el Artículo Décimo Octavo Transitorio de la LSS, a efecto de extender el periodo de conservación de derechos para aquellos trabajadores que opten por la pensión del Seguro de Cesantía en edad avanzada y Vejez bajo la Ley de 1973.	23,803	Turnada a la Cámara de Senadores para los efectos constitucionales.
2008	Reforma diversas disposiciones de la LGS y de la LSS, a efecto de considerar a los convivientes como parte de los derechohabientes de los asegurados.	829	Turnada a las Comisiones Unidas de Salud, de Seguridad Social, de Trabajo y Previsión Social y de Defensa Nacional.
2009	Reforma diversas disposiciones de la LSS, a efecto de eliminar el requisito de dependencia económica para los viudos y o concubinarios de aseguradas y pensionadas.	9,742	Turnada a la Comisión de Seguridad Social.
2009	Reforma diversas disposiciones de la LSS, con objeto de garantizar que el Instituto otorgue los servicios y medicamentos prescritos ya sea de manera directa o a través de terceros.	8,435	Turnada a la Comisión de Seguridad Social.
2010	Reforma diversas disposiciones de la LSS, a efecto de incrementar las aportaciones del Gobierno Federal al Seguro de Enfermedades y Maternidad.	-129,462	Turnada a las Comisiones Unidas de Seguridad Social, de Trabajo y Previsión Social y de Hacienda y Crédito Público.
2010	Reforma diversas disposiciones de la Ley General de las Personas con Discapacidad y de la LSS, a efecto de no negar la incorporación a la seguridad social a personas con discapacidad que tengan enfermedades o padecimientos pre-existentes.	29,319	Turnada a las Comisiones Unidas de Atención a Grupos Vulnerables y de Estudios Legislativos, Primera.
2010	Reforma diversas disposiciones de la LSS, a efecto de eliminar el servicio de Guarderías por prestación indirecta.	5,679	Turnada a la Comisión de Seguridad Social.
2011	Reforma diversas disposiciones de la LGS y de la LPAM, a efecto de proporcionar servicios de atención a la salud a todos los mayores de 65 años en caso de que no estén inscritos a alguna institución de seguridad social.	70,012	Turnada a las Comisiones Unidas de Salud y de Atención a Grupos Vulnerables.
2011	Reforma diversas disposiciones de la LGS, a efecto de que las instituciones del sector salud proporcionen de manera gratuita los servicios de control prenatal hasta el puerperio inmediato.	8,269	Turnada a las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos.
2012	Reforma el Artículo 84 de la LSS, a efecto de eliminar el requisito de convivencia para que un asegurado o pensionado pueda incluir como beneficiarios a sus padres.	17,006	Turnada a la Comisión de Seguridad Social.
2012	Reforma el Artículo 201 y deroga el Artículo 205 de la LSS, a efecto de crear igualdad de condiciones en la prestación de los servicios de Guardería.	1,327	Turnada a la Comisión de Seguridad Social.

Nota: El impacto financiero negativo, indica que la iniciativa es favorable para el IMSS.

Fuente: IMSS, Gaceta Parlamentaria y Gaceta del Senado de la Cámara de Diputados y de la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión.

Programa de Actividades

Durante los meses de julio a diciembre se continuarán evaluando, desde el punto de vista financiero, las iniciativas de reforma a la LSS y otros ordenamientos legales que sean presentadas por los diputados y los senadores de las diferentes fracciones parlamentarias.

VII.4.3. VALUACIONES ACTUARIALES

Cada año se elaboran las valuaciones actuariales de los seguros que administra el IMSS conforme a lo estipulado en la LSS.

Informe de Labores

Los principales resultados de dichas valuaciones se presentan en el "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social" y en el "Informe Financiero y Actuarial" (IFA). Asimismo, en la página de Internet del IMSS se publican los documentos completos de las valuaciones actuariales, los cuales contienen las proyecciones demográficas y financieras, así como las hipótesis y las bases de información utilizadas para elaborar las valuaciones, y las notas técnicas correspondientes. El objetivo de las valuaciones actuariales del SRT, el SIV y de la cobertura de GMP, es determinar la suficiencia financiera de las primas de contribución establecidas en la LSS para hacer frente a las obligaciones de largo plazo de cada seguro, mientras que el de la valuación del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS, es medir el pasivo laboral que tiene el Instituto en su carácter de patrón.

Con el propósito de mejorar la estimación de esas obligaciones, por concepto de prestaciones en especie, prestaciones en dinero y gastos de administración de los seguros, se realizaron diversos cambios a las bases de información y a los modelos que sirven para elaborar las valuaciones actuariales. Estos cambios se presentan en la tabla VII.31.

Asimismo, en el periodo que se reporta se integró, procesó y proporcionó información estadística y actuarial a despachos de consultoría externos, para que estos realizaran estudios actuariales, los cuales por norma tiene que realizar el Instituto.

Programa de Actividades

En el bimestre de julio-agosto se integrarán los documentos y las notas técnicas de las valuaciones actuariales del SRT, el SIV, la cobertura de GMP y el RJP para su publicación en la página de Internet del IMSS.

Se prepararán los procesos para contratar a los despachos actuariales externos que realizarán durante el año 2013 los siguientes estudios: i) Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, Bajo la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" al 31 de diciembre de 2012 y Proyecciones para 2013; ii) Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de

TABLA VII.31. PRINCIPALES CAMBIOS REALIZADOS EN EL PERIODO 2007-2011 A LA INFORMACIÓN BASE Y A LOS MODELOS UTILIZADOS PARA ELABORAR LAS VALUACIONES ACTUARIALES DEL IMSS

Valuación actuarial al 31 de diciembre de:	Principales cambios de las valuaciones actuariales
2007	**RJP:** a) El modelo de la valuación actuarial se modificó para realizar las proyecciones demográficas y financieras de forma individualizada, para cada uno de los trabajadores y pensionados vigentes al año de valuación; y b) Para la determinación de las pensiones complementarias comenzó a estimarse a cada uno de los pensionados y trabajadores la pensión que le corresponde por la Ley del Seguro Social.
	SRT, SIV y RJP: La estimación del saldo acumulado en las subcuentas de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) y Vivienda comenzó a realizarse a partir de información proporcionada por la CONSAR para el periodo 1998-2008.
2008	**SRT y SIV:** a) Se separó la estimación del gasto para los trabajadores afiliados al IMSS y para los trabajadores del Instituto; b) Se actualizaron las siguientes bases biométricas de salida de la actividad, conjuntas para hombres y mujeres: invalidez; incapacidad permanente; muerte por riesgos de trabajo, muerte por enfermedad general, y cesantía en edad avanzada. Las probabilidades por incapacidad permanente se desglosaron por rango de valoración (menor o igual al 50%, mayor al 50% y hasta 99% y 100%) y se incorporó la probabilidad por indemnización global, y c) Se actualizaron las distribuciones de componentes familiares y de beneficiarios de asegurados y/o pensionados fallecidos que se utilizan para la estimación de los montos constitutivos.
2009	**SRT, SIV y GMP:** a) Las valuaciones actuariales comenzaron a realizarse por sexo, al contarse con bases biométricas de salida de la actividad separadas para hombres y mujeres; b) Para el SRT y el SIV, se actualizó la estimación de las anualidades que sirven de base para la estimación de los montos constitutivos, aplicando las probabilidades de muerte aprobadas en 2009 por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para el nuevo esquema de comercialización de rentas vitalicias basado en un mecanismo de subastas, de acuerdo con lo establecido en las "Reglas de Operación para los Seguros de Pensiones, Derivados de las Leyes de Seguridad Social" publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2009, y c) Para GMP comenzaron a utilizarse para la sobrevivencia de pensionados las probabilidades mencionadas en el inciso anterior.
	RJP. Con objeto de determinar los importes de la pensión complementaria a cargo del IMSS como patrón, comenzaron a utilizarse en la estimación de las pensiones a cargo de la seguridad social las probabilidades de muerte aprobadas en 2009 para el nuevo esquema operativo de comercialización de rentas vitalicias.
2010	**SRT y SIV.** A partir de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2010, las obligaciones del SRT y del SIV comenzaron a valuarse de manera integral, considerando no sólo el gasto por concepto de prestaciones en dinero. En la valuación del SRT se incorporó la estimación del gasto por prestaciones en especie y por gasto administrativo, y en la del SIV se incluyó la estimación del gasto administrativo.

Fuente: IMSS.

la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de diciembre de 2012, y iii) auditoría a la Valuación Financiera y Actuarial del IMSS al 31 de diciembre de 2012.

VII.5. PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO INTEGRAL Y ATENCIÓN DE SINIESTROS

El Instituto administra anualmente el PAI, el cual tiene dos propósitos principales: i) proteger el patrimonio institucional mediante pólizas de seguros, que garantizan la restitución de las pérdidas que puedan generarse en los activos institucionales a causa de siniestros de diversa índole que llegaran a ocurrir, y ii) contar con un instrumento que permita recuperar los adeudos de los créditos hipotecarios, a mediano plazo y de enganche para casa habitación, otorgados a trabajadores que lleguen a fallecer o causar invalidez o incapacidad permanente.

Actualmente el Programa está conformado por 19 pólizas de aseguramiento, de las cuales 16 son patrimoniales y 3 no patrimoniales, como se observa en la tabla VII.32.

El Programa de Aseguramiento Integral y Atención de Siniestros está conformado por 19 pólizas de aseguramiento, de las cuales 16 son patrimoniales y tres no patrimoniales.

Las pólizas patrimoniales dan cobertura a los siguientes activos institucionales: i) más de 7,252 inmuebles propios del IMSS o que se encuentran bajo su responsabilidad, incluyendo los del Régimen Ordinario y los de IMSS-Oportunidades, ii) 462 inmuebles arrendados; iii) 30,400 inmuebles otorgados en garantía a los trabajadores del IMSS que cuentan con crédito hipotecario; iv) más de 1'600,000 bienes muebles capitalizables, y v) 4,680 vehículos, un avión y un helicóptero. Por su parte, las pólizas no patrimoniales dan la cobertura de fallecimiento e invalidez a 30,400 trabajadores a quienes el Instituto otorgó un crédito hipotecario, así como a 1,673 trabajadores adscritos a la nómina de mando y a 6,858 trabajadores que cuentan con un crédito a mediano plazo o para enganche de casa habitación otorgado por el Instituto.

Informe de Labores

En la presente administración se llevó a cabo diversas acciones que han dado como resultado mejores condiciones de cobertura y reducciones en los costos del PAI. Las acciones más relevantes se describen en la tabla VII.33.

Adicionalmente, a efecto de controlar el crecimiento de los siniestros con mayor severidad y frecuencia, se realizaron las acciones siguientes: i) se implementaron programas de prevención en coordinación con otras Áreas Normativas; ii) se mejoraron las condiciones de aseguramiento del patrimonio institucional, a partir de la revisión y el análisis de la información proporcionada por las Áreas Normativas, las delegaciones, las UMAE y el Programa IMSS-Oportunidades, así como de las opiniones emitidas por organismos gubernamentales de la Administración Pública

TABLA VII.32. PÓLIZAS PATRIMONIALES Y NO PATRIMONIALES QUE CONFORMAN EN 2012 EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO INTEGRAL DEL IMSS

No.	Patrimoniales
1	Integral de incendio, calderas, recipientes sujetos a presión, rotura de maquinaria, responsabilidad civil arrendatario y responsabilidad civil general (esquema de administración de la pérdida).
2	Integral de incendio, calderas, recipientes sujetos a presión, rotura de maquinaria, responsabilidad civil arrendatario y responsabilidad civil general (esquema de exceso de pérdida).
3	Robo sin violencia de equipo electrónico de cómputo y equipo médico nombrado (administración de la pérdida).
4	Robo con violencia y daños de equipo electrónico de cómputo y equipo médico nombrado (exceso de pérdida).
5	Robo de contenidos (administración de la pérdida).
6	Robo de contenidos (exceso de pérdida).
7	Parque vehicular (administración de la pérdida).
8	Vehículos residentes (esquema tradicional).
9	Efectivo y/o valores.
10	Marítimo y transporte nacional.
11	Contra todo riesgo de obras de arte.
12	Responsabilidad civil en centros vacacionales.
13	Marítimo y transporte (avión).
14	Marítimo y transporte (helicóptero).
15	Incendio.
16	Contra la responsabilidad y de asistencia Legal.
	No patrimoniales
17	Fallecimiento, invalidez o incapacidad total y permanente del personal del IMSS beneficiado con un crédito hipotecario.
18	Fallecimiento de trabajadores con crédito a mediano plazo o enganche a casa habitación.
19	Fallecimiento, invalidez o incapacidad total y permanente del personal adscrito a la nómina de mando.

Fuente: IMSS.

TABLA VII.33. PRINCIPALES CAMBIOS EN LA CONTRATACIÓN DEL PROGRAMA DE ASEGURAMEINTO INTEGRAL
(2007-2012)

Ejercicio	Modificaciones al Programa de Aseguramiento Integral
2007	Inclusión al PAI del contrato de Fallecimiento, Invalidez e Incapacidad Total y Permanente del personal adscrito a la nómina de mando, que hasta el ejercicio 2006 estuvo administrado por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED). La inclusión de este contrato representó una mejora importante en las condiciones de cobertura y de beneficios con respecto al que estuvo vigente hasta 2006, al habérsele incorporado una fórmula de dividendos que durante el ejercicio 2007 y el primer semestre de 2008 permitió recuperar primas del orden de los 7 mdp.
2008	Modificación de los contratos: i) Integral de Incendio; ii) Robo de Contenidos, y iii) Robo de Efectivo y/o Valores, al pasar del esquema tradicional de aseguramiento a un aseguramiento en capas. Bajo este esquema, aún vigente en el PAI, el Instituto tiene una participación en la retención de riesgos en una primera capa llamada Administración de la Pérdida (ADP) que opera con un monto máximo aportado por el IMSS, el cual es administrado por las compañías aseguradoras a través de su infraestructura y de sus ajustadores y peritos especializados en diferentes materias. Por esta administración, el Instituto paga a la aseguradora una cuota sobre el importe de las pérdidas generadas por los siniestros. La segunda capa, denominada Exceso de Pérdidas (EDP), aplica como una póliza complementaria de la capa de ADP una vez que ésta agota su monto máximo, y es la aseguradora quien asume los riesgos hasta el límite máximo de responsabilidad establecido en el contrato. El efecto que se tuvo al implementar el esquema en capas, fue que mientras en el año 2007 las primas pagadas por el Instituto a las aseguradoras ascendieron a 255,034 miles de pesos, en 2008 se redujeron a 193,458 miles de pesos, incluyendo 50,000 miles de pesos de la capa de ADP. Como medida de fortalecimiento en materia de transparencia, se incorporó en el proceso de licitación la participación de un Testigo Social, con base en los "Lineamientos que regulan la participación de los Testigos Sociales".
2010	Reorientación de las condiciones del contrato de Robo y Daños de Equipo Electrónico (de Cómputo y Microfilmación y Equipo Médico Nombrado), trasladándolo a un esquema de aseguramiento en capas, y contratado en moneda nacional, con lo cual se disminuyó el monto de las primas pagadas por el IMSS de 53 mdp, en 2009 a 32 mdp, en 2010. En atención a la recomendación emitida por el H. Consejo Técnico, la DF en coordinación con la DAED desarrollaron el "Programa para Reducir la Siniestralidad por Robo en el IMSS", que permitió establecer un diagnóstico sobre ese tipo de siniestros, identificando las causas que lo generan, así como definir las acciones inmediatas a adoptar para controlarlo. El seguimiento, evaluación y rendición de cuentas del Programa quedaron a cargo de la DAED.
2011	El contrato de Efectivo y/o Valores pasó de la cobertura por capas a un esquema tradicional, debido a su baja siniestralidad. Contratación de una Póliza de Responsabilidad y Asistencia Legal para integrantes propietarios de los Sectores Obrero y Patronal del H. Consejo Técnico.
2012	Se rediseñó el esquema de aseguramiento del contrato de robo y daños de equipo electrónico (de cómputo y microfilmación y equipo médico nombrado), el cual consiste en manejar dos contratos independientes: un contrato para la cobertura de "robo sin violencia", mismo que opera bajo un esquema de Administración de la Pérdida, con un monto máximo de 18 mdp, aportados por el IMSS y administrados por la aseguradora, y otro contrato tradicional de "robo con violencia y daños" con cargo a la aseguradora y con un límite máximo de responsabilidad de 13.5 mdp, Este nuevo esquema de aseguramiento significó un ahorro en el pago de primas de 15.3 por ciento, al disminuir el costo del contrato de exceso de pérdida de 25.5 a 21.6 mdp.

Fuente: IMSS.

Federal (APF); iii) se diseñaron herramientas tecnológicas de apoyo a las delegaciones, las UMAE, los Centros Vacacionales y los Órganos Normativos de Nivel Central en materia de coberturas de seguros y atención de los siniestros; iv) se diseñó e implementó el programa de Capacitación en Línea sobre las coberturas de los seguros patrimoniales y no patrimoniales y sobre el proceso de recuperación de las indemnizaciones derivadas de los siniestros que ocurran bajo el amparo de los contratos que integran el PAI, y v) se realizaron visitas de inspección a las unidades que han presentado siniestros severos que podrían ser controlados o atenuados mediante acciones preventivas.

En el segundo semestre de 2011 se prepararon dos procesos de licitación pública nacional para la formalización de los contratos de seguros que están dando cobertura al IMSS a partir del primero de enero de 2012. El número de contratos adjudicados fue de 19 con un costo de 563.3 mdp.

Programa de Actividades

Entre julio y septiembre se integrará la información necesaria para preparar los dos procesos de licitación pública nacional para la contratación de las pólizas patrimoniales y no patrimoniales que darán cobertura al patrimonio institucional en el ejercicio 2013. Asimismo, 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 someterán a aprobación de las instancias normativas institucionales las propuestas de cambio a las condiciones de contratación del PAI 2013.

VII.6. GESTIÓN PRESUPUESTAL

La gestión presupuestal incluye 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 (LFPRH) y la normatividad emanada de ésta. El ámbito de evaluación de la gestión presupuestal es la calidad y la oportunidad en la consecución de las etapas del proceso presupuestario, las cuales están sujetas a fechas y plazos establecidos en la normatividad institucional y federal, por lo que los esfuerzos se orientan hacia la adopción de mejores prácticas y políticas presupuestarias.

En este sentido, 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 (PbR-SED), la cual ha sido gradualmente incorporada por el Instituto en la determinación de sus programas, indicadores y metas que compromete anualmente en el Anteproyecto de Presupuesto que aprueba el H. Consejo Técnico y el PEF autorizado por la H. Cámara de Diputados.

Adicionalmente, se han implantado iniciativas tendientes a mejorar el esquema operativo

del presupuesto y promocionar la ordenada transferencia de facultades y responsabilidades en materia presupuestaria hacia los órganos administrativos desconcentrados definidos en el Reglamento Interior.

Informe de Labores

Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño en el IMSS

Como parte de la Reforma Hacendaria promovida por la actual administración, a partir de la formulación del PEF para el ejercicio 2008 y en cumplimiento de la LFPRH, el Ejecutivo Federal inició los trabajos para la implantación del PbR-SED, en la cual intervinieron la SHCP y la Secretaría de la Función Pública (SFP), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y el Instituto Nacional de las Mujeres.

Con el fin de armonizar la fracción II, del Artículo 275, de la LSS, el Instituto utiliza la clasificación programática emitida por la SHCP, la cual servirá para dar cumplimiento al artículo 276 del mismo ordenamiento e incorporar el presupuesto por programas al PEF que aprueba la H. Cámara de Diputados, además de ser necesario para la integración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Los programas presupuestarios registrados por las Normativas en el Anteproyecto de Presupuesto 2011 y aprobados por el H. Consejo Técnico, se encuentran detallados en la tabla VII.34.

Para la programación 2011, las normativas responsables realizaron una revisión de sus elementos programáticos, con base en la experiencia observada en 2010, por lo que se determinó un universo de 83 indicadores, siendo 17 para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del H. Consejo Técnico. Para el ejercicio fiscal 2012, se determinaron 84 indicadores, y se disminuyeron a nueve para seguimiento[4].

Resultados y Avances de los Programas Presupuestarios 2011

El cumplimiento de los principales indicadores estratégicos para resultados comprometidos por las normativas responsables de los programas presupuestarios del IMSS para el ejercicio 2011 ha tenido efectos positivos.

Se logró y se superó la meta establecida de 11 indicadores (64.7 por ciento del total) resultando,

[4] Los indicadores de seguimiento (PEF) para el 2012 son: 1. Derechohabientes con cobertura de atención integral PREVENIMSS, 2. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 3. Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años, 4. Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel, 5. Porcentaje de surtimiento de medicamentos, 6. Variación porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social, 7. Variación porcentual anual en el número de cotizantes al Seguro Social, 8. Variación porcentual anual en el Salario Base de cotización registrado en el Seguro Social y 9. Cobertura de la demanda del servicio de Guarderías.

TABLA VII.34 PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS REGISTRADOS POR LAS NORMATIVAS EN EL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO 2011 Y APROBADOS POR EL HCT

Clave *	Denominación	Normativa responsable
E001	Atención a la Salud Pública	Dirección de Prestaciones Médicas
E002	Atención Curativa Eficiente	Dirección de Prestaciones Médicas
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	Dirección de Prestaciones Médicas
E004	Investigación en Salud en el IMSS	Dirección de Prestaciones Médicas
E006	Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	Dirección de Incorporación y Recaudación
E007	Servicios de Guarderías	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
E008	Atención a la Salud Reproductiva	Dirección de Prestaciones Médicas
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicio de Ingreso	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J001	Pensiones en Curso de Pago, Ley de 1973	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J002	Rentas Vitalicias, Ley de 1997	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J004	Pagar Oportunamente los Subsidios a los Asegurados con Derecho	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

1/ Los programas presupuestarios con modalidad "E" son aquellos que generan bienes y servicios; con modalidad "J" aquellos relacionados con pensiones y jubilaciones.
Fuente: IMSS.

entre otros, una disminución de la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino; una mayor cobertura de derechohabientes por parte del programa de PREVENIMSS; un incremento en: i) el estudio de citología cervical para la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino; ii) el número de los cotizantes del IMSS, del salario base de cotización nominal y de los ingresos por COP; iii) la cobertura de la demanda para el servicio de Guarderías; iv) los usuarios en los servicios de fomento a la salud y una mayor oportunidad en los trámites de pago de nuevas pensiones de la LSS de 1973, de incapacidades nominativas y de las rentas vitalicias de la LSS de 1997.

En el caso de 5 indicadores (29.4 por ciento del total) el porcentaje de cumplimiento de la meta fue de más de 90 por ciento logrando una disminución de la tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel, de la tasa de mortalidad materna, de atención de partos, así como de la tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 trabajadores. Al mismo tiempo se logró un surtimiento adecuado de medicamentos. En la tabla VII.35 se muestran los resultados antes mencionados.

En un comparativo de los resultados observados en el ejercicio 2010 con los del 2011, el 64 por

TABLA VII.35. PRINCIPALES INDICADORES QUE EVALÚAN LOS PROGRAMAS APROBADOS, AVANCES AL MES DE DICIEMBRE DE 2011

	Programa Presupuestario	Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo de indicador[1/, 2/]	Meta del periodo	Logro del periodo	Porcentaje de cumplimiento
E001	Atención a la Salud Pública	1. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino	Tasa	Anual	Componente Estratégico	Reducir a 6.6 las defunciones por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, adscritas a médico familiar.	5.90	110.60
		2. Derechohabientes con cobertura de atención integral PREVENIMSS	Porcentaje	Trimestral	Actividad Gestión	Lograr que 59.5% de los derechohabientes adscritos a médico familiar reciban atención preventiva integrada.	64.20	107.90
		3. Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje	Trimestral	Actividad Gestión	Lograr que 29% de las mujeres de 25 a 64 años de edad adscritas a médico familiar (menos estimación de histerectomizadas) tengan estudio de citología cervical para detección de cáncer cérvico-uterino.	33.80	116.60
E002	Atención Curativa Eficiente	4. Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	Tasa	Trimestral	Propósito Estratégico	Reducir a 3.72% los egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel de atención.	3.98	93.00
		5. Porcentaje de surtimiento de medicamentos	Porcentaje	Trimestral	Propósito Estratégico	Lograr que 96% de las recetas de medicamentos sean atendidas al 100% en farmacias.	95.70	99.70
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	6. Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 trabajadores asegurados de empresas afiliadas según delegación origen	Tasa	Trimestral	Componente Estratégico	Disminuir a 1.2 dictámenes de incapacidad permanente inicial por riesgos de trabajo por cada 1,000 trabajadores inscritos en el Seguro de Riesgo de Trabajo	1.23	97.50
E006	Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	7. Variación porcentual anual de los ingresos obrero-patronales del Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Propósito Estratégico	Aumentar en 103.09% los ingresos obrero-patronales del Seguro Social respecto al mismo mes del año anterior.	109.70	106.40
		8. Variación porcentual en el número de cotizantes al Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Aumentar en 101.49% el número de cotizantes respecto al mismo mes del año anterior.	104.47	102.90

TABLA VII.35. PRINCIPALES INDICADORES QUE EVALÚAN LOS PROGRAMAS APROBADOS, AVANCES AL MES DE DICIEMBRE DE 2011
(CONTINUACIÓN)

	Programa Presupuestario	Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo de indicador [1/, 2/]	Meta del periodo	Logro del periodo	Porcentaje de cumplimiento
		9. Variación porcentual anual en el salario base de cotización registrado en el Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Aumentar en 102.04% el salario base de cotización nominal respecto al mismo mes del año anterior.	104.25	102.20
E007	Servicio de Guarderías	10. Cobertura de la demanda del servicio de Guarderías	Porcentaje	Mensual	Propósito Estratégico	Alcanzar a cubrir 23.92% de lugares que se demandan para el servicio de Guarderías.	24.13	100.90
E008	Atención a la Salud Reproductiva	11. Tasa de atención de partos	Tasa	Anual	Componente Estratégico	Lograr atender 46.5 partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años).	48.80	95.10
		12. Tasa de mortalidad materna	Tasa	Anual	Propósito Estratégico	Descender a una tasa de 27.3 en mortalidad materna.	29.10	93.40
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	13. Afluencia de usuarios a los servicios de fomento a la salud	Porcentaje	Trimestral	Componente Estratégico	Lograr la atención de 92.78% de los usuarios previstos en los servicios de prestaciones sociales.	107.70	116.10
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso.	14. Clientes atendidos en tiendas.	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Incremento en 10.3% los clientes en tiendas, respecto al mismo periodo del año anterior.	6.00	85.20
J001	Pensiones en Curso de Pago Ley de 1973	15. Oportunidad en el trámite de las pensiones nuevas en la Ley de 1973.	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Tramitar 90% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	90.80	100.90
J002	Rentas Vitalicias Ley de 1997	16. Oportunidad en el trámite de las rentas vitalicias de la Ley del Seguro Social de 1997	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Tramitar 90% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	94.30	104.80
J004	Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados	17. Oportunidad en el trámite para el pago de las incapacidades nominativas con pago	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Tramitar 98% de los casos nominativos para subsidio, en 7 días naturales.	98.50	100.50

[1/] Los indicadores se clasifican de acuerdo con el nivel de programa en indicadores de fin, propósito, componente y actividad.

[2/] Los indicadores se clasifican en dos tipos: estratégicos (miden el logro de objetivos de las políticas públicas y de los programas presupuestarios) y de gestión (miden el avance y logro de los procesos y actividades en que los bienes y servicios públicos son generados y entregados).

Fuente: IMSS.

ciento de los indicadores, es decir 11 de los 17 con seguimiento, tuvieron mejores logros de un año a otro.

Los indicadores, para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del H. Consejo Técnico al mes de junio de 2012, cuentan con los avances descritos en la tabla VII.36.

Evaluaciones y Procesos de Mejora

El primer antecedente de estos procesos se dio para el ejercicio 2008 con las observaciones de la SHCP y el CONEVAL a la información incorporada en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

A partir de entonces, las diferentes dependencias gubernamentales involucradas en el PbR-SED han efectuado evaluaciones, observaciones y recomendaciones a los programas presupuestarios institucionales. Asimismo, en el periodo que se informa, se coordinaron eventos durante 2010 y 2011.

Continuidad de Mejoras y Modificaciones de Agosto 2011, SFP-OIC

En seguimiento de los trabajos y reuniones efectuadas en agosto de 2010 con la SFP y el OIC en el IMSS, el 25 y 26 de enero de 2011 se realizó el Taller de asesoría en el diseño e integración de la matriz de indicadores para resultados conforme a la metodología de marco lógico, en el que se revisó la construcción de las matrices de los programas presupuestarios E004 Investigación en Salud en el IMSS, E006 Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales, E009 Prestaciones Sociales Eficientes y E010 Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso.

Recomendaciones Realizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público 2011

La SHCP comunica que en el Marco del Programa de Apoyo al Presupuesto Basado en Resultados, fase I, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) realizó una valoración a los 12 programas presupuestarios del Instituto, específicamente a las Matrices de Indicadores para Resultados registradas en el Módulo de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) del PASH.

De esta evaluación, se obtuvieron comentarios del análisis por cada programa presupuestario y recomendaciones específicas por MIR, las cuales fueron atendidas por los responsables de cada programa y aplicadas en el PASH en el periodo establecido para tal efecto.

Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011

El Programa Anual de Evaluación (PAE) emitido para el año 2011 no consideró programas presupuestarios a cargo del IMSS para las evaluaciones específicas de desempeño. Sin embargo, con las facultades conferidas al CONEVAL, este organismo comunica que su Comisión Ejecutiva aprobó incluir en la Evaluación

TABLA VII.36. AVANCE AL MES DE JUNIO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES QUE EVALÚAN LOS PROGRAMAS APROBADOS

Núm.	Programa presupuestario	Nombre del Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo del indicador	Meta del periodo	Logro del periodo	% de cumplimiento
1	E 001 Atención a la Salud Pública	Tasa de mortalidad por cáncer-cérvico uterino	Tasa de mortalidad	Anual	Componente Estratégico	Reducir a 6.5 defunciones por cáncer cérvico-uterino por cada cien mil mujeres de 25 años y más adscritas a médico familiar.	ND	ND
2		Derechohabientes con cobertura de atención integral PREVENIMSS	Porcentaje	Trimestral	Propósito Estratégico	Lograr que 48.9% de los derechohabientes adscritos a médico familiar reciban atención preventiva integrada.	53.4	109.1
3		Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje	Trimestral	Actividad Gestión	Lograr que 15% de mujeres de 25 a 64 años de edad adscritas a médico familiar (menos estimación de histerectomizadas) tengan estudio de citología cervical para detección oportuna de cáncer cérvico-uterino.	14.8	98.7
4	E 002 Atención curativa eficiente	Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	Tasa	Trimestral	Propósito Estratégico	Reducir a 3.63 los egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel de atención.	4.0	89.8
5		Porcentaje de surtimiento de medicamentos	Porcentaje	Trimestral	Propósito Estratégico	Lograr que 97% de las recetas de medicamentos sean atendidas cien por ciento a la primera vez de presentadas en un máximo de 48 horas.	97.6	100.6
6	E 006 Recaudación eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	Variación porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Propósito Estratégico	Aumentar en 105.26% los ingresos obrero-patronales del Seguro Social con respecto al mismo mes del año anterior.	108.7	103.3
7		Variación porcentual anual en el número de cotizantes al Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Aumentar en 103.14% el número de cotizantes promedio con respecto al mismo trimestre del año anterior.	104.8	101.6
8		Variación porcentual anual en el Salario Base de Cotización registrado en el Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Aumentar en 103.7% el Salario Base de Cotización nominal con respecto al mismo mes del año anterior.	104.3	100.5
9	E 007 Servicio de Guarderías	Cobertura de la demanda del servicio de Guarderías	Porcentaje	Mensual	Propósito Estratégico	Alcanzar a cubrir 24.11% de lugares que se demandan para el servicio de guardería.	23.7	98.5

ND: No Disponible
Fuente: IMSS.

Específica de Desempeño (EED) 2010-2011 a los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente y E007 Servicios de Guardería. En agosto de 2011 se señalan las recomendaciones a los programas evaluados.

El aspecto principal que refleja la EED 2010-2011 es que los programas del Instituto que fueron evaluados ya concluyeron con éxito su etapa de consolidación, por lo que es necesario el establecimiento de nuevas metas, con el objetivo de incrementar la población beneficiada. Las recomendaciones derivadas de la EED 2010-2011 se consideraron en el Mecanismo de Aspectos Susceptibles de Mejora 2012, el cual dio inicio en abril del presente año.

Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) (2011)

La SHCP, la SFP, y el CONEVAL el 8 de marzo de 2011 emitieron el "Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal". Dicho mecanismo es el proceso por el que las dependencias y entidades de la APF determinan los hallazgos, observaciones o recomendaciones derivados de informes y evaluaciones a los cuales se les dará atención, bajo ciertos criterios de claridad, relevancia, justificación y factibilidad. El Instituto inició este proceso tomando como base los hallazgos y recomendaciones derivadas de la evaluación específica de desempeño, realizada por el CONEVAL en 2010. En septiembre de 2011 se reportaron concluidos al 100 por ciento.

Recomendaciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) derivadas de la revisión a la Cuenta Pública de 2009 "Auditoría de Desempeño a los Seguros, Servicios y Prestaciones No. 1055"

La ASF realizó la auditoría No. 1055 denominada "Auditoría de Desempeño de los Seguros y Prestaciones", la cual tuvo como objetivo fiscalizar la gestión financiera de los recursos públicos federales aplicados en los seguros, servicios y prestaciones que otorga el Instituto para verificar el cumplimiento de sus objetivos. Los programas revisados fueron: E009 Prestaciones Sociales Eficientes, E010 Mejoramiento de las Unidades Operativas de Servicios de Ingreso y J004 Pago Oportuno a los Asegurados con Derecho. Todas las observaciones de la auditoria se dieron por solventadas en octubre de 2011 y la ASF la dio por concluida.

Modelo Sintético de Información del Desempeño (2011)

El Modelo Sintético de Información de Desempeño de programas presupuestarios es un instrumento de evaluación que hace acopio de la información de desempeño de los programas de la APF con el fin de conocer su comportamiento, a través de la evaluación de cinco variables.

En la tabla VII.37 se muestran los criterios de las cinco variables, así como su ponderador determinado por la SHCP. La suma de las calificaciones ponderadas da la valoración general (en una escala del 1 al 5, donde 1 se califica como desempeño bajo y 5 como desempeño alto).

Cabe señalar que las calificaciones y desempeño de los programas presupuestarios bajan en razón de que éstos no son incluidos en las prioridades del Gobierno Federal, lo que se considera un factor exógeno al Instituto.

Esta valoración tiene como objetivo ser una herramienta que coadyuve a los servidores públicos en la toma de decisiones, mostrando el desempeño de los programas que integran el quehacer del Instituto de una forma sintética y clara.

Recomendaciones Realizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con Apoyo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (Proceso de Mejora 2011)

La SHCP comunica que en el Marco del Programa de Apoyo al Presupuesto Basado en Resultados, fase I, la CEPAL realizó una valoración a los 12 programas presupuestarios del Instituto, específicamente a las MIR registradas en el Módulo de la MIR.

TABLA VII.37. CRITERIOS POR VARIABLE Y PONDERADOR

Variables	Criterios	Calificación	Ponderador
PEF	PEF sub ejercido o sobre ejercido.	de 1 hasta 5	10%
Prioridades	Prioridades de gobierno de conformidad con el artículo 42° de la LFPRH inciso d) Enumeración de los programas prioritarios y sus montos.	de 1 hasta 5	15%
MIR	1. Calidad de la MIR. 2. Proporción entre el logro de metas y el incremento en el resupuesto (Metas *vs.* ppto.). 3. Promedio de avance en los resultados.	de 1 hasta 5	25%
Evaluaciones externas	1. Resultados de Fin o Propósito. 2. Hallazgos relevantes (relacionados con otros elementos). 3. Avance de indicadores y análisis de Metas. 4. Cobertura. 5. Eficiencia en Cobertura (población atendida/población objetivo).	de 1 hasta 5	25%
ASM	Grado de avance en el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por las evaluaciones externas.	de 1 hasta 5	25%

Fuente: Modelo Sintético de Información, diciembre de 2011, SHCP.

De esta evaluación se obtuvieron resultados del análisis por cada programa presupuestario y recomendaciones específicas por MIR. Las recomendaciones fueron atendidas por cada programa presupuestario y aplicadas en el PASH, en el periodo establecido para tal efecto.

Evaluación del Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto (SFP)

La SFP con objeto de dar atención a las disposiciones de la LFPRH y del PEF emite la Evaluación de Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto. Dicha evaluación tiene como objetivo verificar los resultados de ejecución de los programas y presupuesto del Instituto, con base en el SED para identificar la eficiencia, economía, eficacia, calidad e impacto social del ejercicio del gasto público.

A la fecha de elaboración de este Informe, se cuenta con los resultados de la evaluación al 5º bimestre de 2011, como se muestra en la tabla VII.38.

En promedio ejercieron, al mes de octubre de 2011, 98.7 por ciento de su presupuesto, y su nivel de desempeño en los indicadores de resultados fue de 0.74 (considerando un valor máximo de 1), igual al promedio del Indicador General de Desempeño para la Administración Pública Federal. Por otra parte, del total del presupuesto del IMSS, se ejerció 107.8 por ciento de lo programado.

Programa de Actividades

Programa Anual de Evaluación 2012

El Programa Anual de Evaluación se emitió el 16 de diciembre de 2011 en conjunto por la SHCP, la SFP y el CONEVAL.

Conforme al anexo 3 de dicho programa, el Instituto esta sujeto al proceso de revisión y/o aprobación de las MIR de los Programas E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente, E003 Atención a la Salud en el Trabajo, E004 Investigación en Salud en el IMSS,

TABLA VII.38. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO CON RELACIÓN A SU DESEMPEÑO

Institución	Programas presupuestarios con indicadores PEF			Total del presupuesto	
	Ejecución del Presupuesto Original	Ejecución del Presupuesto Modificado	Indicador General de Desempeño (IGD)	Porcentaje de Ejecución Ejer *vs.* Original	Porcentaje de Ejecución Ejer *vs.* Modificado
IMSS	98.71	98.71	0.74	107.8	107.8

Fuente: Evaluación de Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto, al Quinto Bimestre de 2011, SFP.

E007 Servicios de Guardería, E008 Atención a la Salud Reproductiva, E009 Prestaciones Sociales Eficientes y E010 Otorgamiento de las Prestaciones de Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas por parte del CONEVAL. En el programa no se menciona la fecha de ejecución del proceso de revisión y aprobación de las MIR del Instituto.

A la fecha de elaboración del presente documento, el Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora se encuentra en su fase preparatoria, identificándose aquellas recomendaciones realizadas por externos durante 2011, y que cumplen con los argumentos de claridad, relevancia, justificación y factibilidad como lo establece el numeral nueve de dicho mecanismo.

Informe de Labores

Nuevo Esquema de Operación Presupuestaria

Para la administración eficiente de los recursos financieros y presupuestarios el Instituto cuenta con el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales denominado Sistema Financiero PREI-Millenium, el cual se constituye como la herramienta institucional modular que permite llevar a cabo un adecuado seguimiento y control de las transacciones y que también permite y facilita el cumplimiento de los requerimientos de información que establece la LFPRH y la Ley General de Contabilidad Gubernamental. Este sistema es sujeto de mejoras permanentes y está en proceso de actualización.

Actualmente se tienen en operación los módulos de Presupuesto, Control de Compromisos, Cuentas por Pagar, Compras, Tesorería, Contabilidad, Activo Fijo, Manejo de las Inversiones Financieras e Información Directiva.

Para efectos de programación y control del presupuesto se utilizan los módulos de Presupuesto y Control de Compromisos. En el primero, se establecen los límites autorizados por el H. Consejo Técnico, brindando accesos a las delegaciones y sus unidades, así como a las áreas normativas para que adecuen su presupuesto conforme a sus necesidades específicas, con la garantía de respetar los límites. Por otra parte, el módulo de Control de Compromisos es en donde se registra el presupuesto ajustado, para validar dictámenes y comprobantes de pago garantizando de esta manera el respaldo presupuestario de los compromisos y obligaciones de pago a proveedores.

Durante 2011, para mejorar el desempeño presupuestario en materia de programación financiera y ejercicio de los recursos por parte de las Unidades Responsables de Gasto, se llevaron a cabo modificaciones a la configuración del Sistema Financiero PREI-Millenium.

Lo anterior, implicó instaurar nuevas reglas de negocio para el manejo de calendarios independientes del presupuesto de operación

y de control de compromisos, así como la flexibilización de los accesos al sistema, éste último para adecuaciones en la programación de pago a proveedores, manteniendo requerimientos funcionales tales como: i) no excederse de los límites de presupuesto; ii) agilizar el pago de los compromisos con proveedores; iii) mantener sincronizado el presupuesto en cada uno de los momentos presupuestales, y iv) obtener la información de cada uno de los momentos presupuestales para cumplir con la normatividad de la materia.

El nuevo esquema de operación quedó operando cien por ciento en 2011 y se mantiene con mejoras para 2012.

Con respecto a la estrategia de desconcentración de funciones, en 2011 se consolidó la actividad por parte de delegaciones, UMAE y Centros Vacacionales de enlace de dictámenes de disponibilidad presupuestal a contratos para el pago de pasivos. Esta actividad hasta 2010 se hacía en Nivel Central. Los beneficios de esta medida ha sido la agilidad en el pago a proveedores y la reducción de los pagos vencidos.

Programa de Actividades

Como parte de la consolidación de esta nueva forma de operar el presupuesto en el Instituto, en 2012 se prevé simplificar el proceso de modificación de presupuesto, de manera que las Unidades Responsables de Gasto puedan operar desde su lugar de origen las adecuaciones, ello en complemento a la pre-validación de pólizas que hoy ya se realiza de manera remota y en línea.

Durante este año también se prevé la participación de la DF en la actualización y modernización de la plataforma del Sistema Financiero PREI-Millenium, ello conforme al alcance y programas de trabajo que genere la DIDT.

VII.7. SEGUIMIENTO A LAS OBSERVACIONES DERIVADAS DE AUDITORÍAS PRACTICADAS EN EL IMSS POR ÓRGANOS FISCALIZADORES

Informe de Labores

Al cierre de 2006 el Instituto contaba con 1,293 observaciones pendientes de atender. La tabla VII.39 muestra la evolución del inventario de las observaciones determinadas por los diversos órganos fiscalizadores de 2007 al 2011.

Programa de abatimiento de observaciones

En cumplimiento al acuerdo del Comité de Control y Auditoría (COCOA), de diciembre de 2009, así como a los compromisos adoptados en la VI Reunión Nacional de Delegados y Directores de UMAE de febrero de 2010, se implementó un programa para abatir el número de observaciones pendientes, dando prioridad a las de mayor antigüedad. Dicho programa se ha desarrollado bajo la coordinación de la DF, la Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED) y el Órgano Interno de Control en el IMSS (OIC).

TABLA VII.39. EVOLUCIÓN DEL INVENTARIO DE OBSERVACIONES
(NÚMERO DE OBSERVACIONES, 2007-2011)

Año	Saldo al inicio del ejercicio	Solventadas	Determinadas	Saldo al cierre del ejercicio
2007	1,293	1,259	1,680	1,714
2008	1,714	1,543	1,350	1,521
2009	1,521	1,482	1,263	1,302
2010	1,302	1,495	903	710
2011	710	1,392	1,343	661

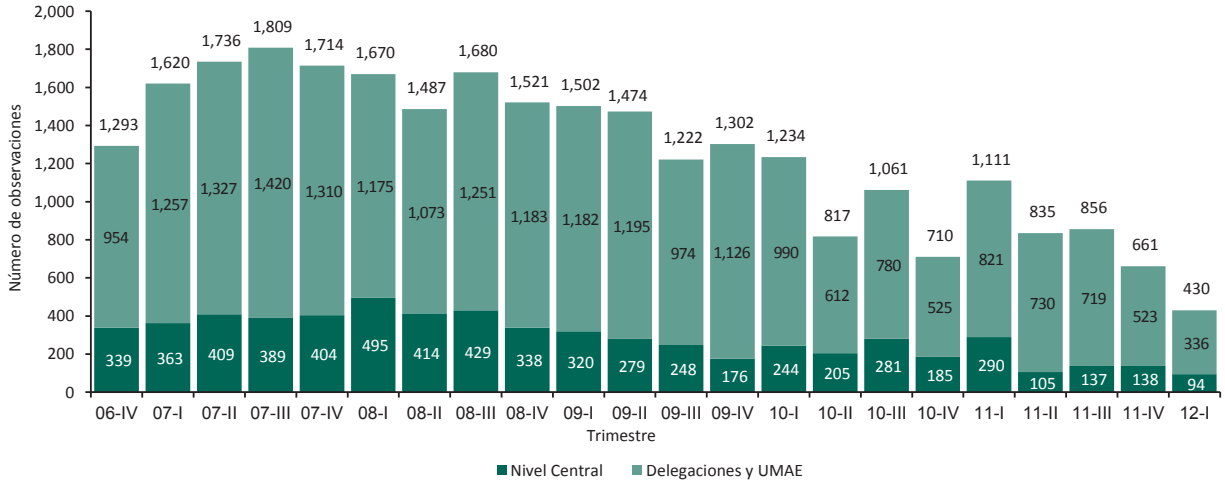
Fuente: IMSS.

Como resultado de este Programa de Abatimiento, el número de observaciones pendientes se redujo considerablemente en comparación con años anteriores. Al cierre del 2006 se tenía un saldo de 1,293 observaciones pendientes por solventar. Al cierre del primer trimestre de 2012 se cuenta con un saldo de 430 observaciones, es decir, una reducción del 64 por ciento, respecto a 2006 (gráfica VII.11).

Informe de Labores

En julio de 2011 se emitió un diagnóstico sobre las causas que ocasionan la determinación

GRÁFICA VII.11. COMPORTAMIENTO POR TRIMESTRE, DEL INVENTARIO DE OBSERVACIONES A NIVEL NACIONAL
(DEL CUARTO TRIMESTRE DE 2006 AL PRIMER TRIMESTRE DE 2012)



Fuente: OIC en el IMSS.

de observaciones y su recurrencia. En este sentido, se identificaron los siguientes temas relevantes en materia de observaciones: Ingresos; Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios; Presupuesto-Gastos Corriente o Pensiones; Almacenes e Inventarios de Bienes de Consumo; Pasivos; Recursos Humanos y Obra Pública. Dicho diagnóstico se remitió a la DAED.

En atención al programa para abatir el número de observaciones que la DF conjuntamente con el OIC y la UED desarrollan, en el mes de septiembre de 2011 se realizó la segunda ronda de reuniones de ese año, convocando a 11 delegaciones y a diversas áreas de Nivel Central, donde se analizaron 119 observaciones de delegaciones y 58 observaciones de Nivel Central, incluyendo las determinadas por el Auditor Externo en relación a los Estados Financieros de 2010.

En el mes de noviembre se realizó la tercera y última ronda de 2011, convocando a 15 delegaciones, por primera vez a dos UMAE y a diversas áreas de Nivel Central. En dichas reuniones, se analizaron 296 observaciones de delegaciones, 14 de UMAE y 86 observaciones de Nivel Central, incluyendo las 21 observaciones determinadas por el Auditor Externo en relación a los Estados Financieros de 2010, así como la revisión de los temas relacionados con las salvedades a dichos estados financieros.

Como resultado de estos trabajos, se redujo el número de observaciones de los años 2007 y 2008 en las delegaciones, al pasar de 21 al cuarto trimestre de 2010, a una al finalizar el cuarto trimestre de 2011.

En 2011 se generaron 1,343 observaciones, de las cuales 1,044 correspondieron a delegaciones y 299 a Nivel Central. En este ejercicio se atendieron 1,392 observaciones (1,046 en delegaciones y 346 a Nivel Central), por lo que el saldo final de 2011 fue de 661 observaciones (523 en delegaciones y 138 a Nivel Central).

La tabla VII.40 muestra que, en el primer trimestre de 2012, se solventaron 395 observaciones y se determinaron 164 (141 en delegaciones y UMAE y 23 en Nivel Central), lo que ocasionó que el número de observaciones pendientes pasara de 661 al finalizar el 2011, a un total de 430 al término del primer trimestre de 2012.

En la gráfica VII.12 se detalla la distribución de las observaciones al primer trimestre de 2012 por delegaciones.

Programa de Actividades

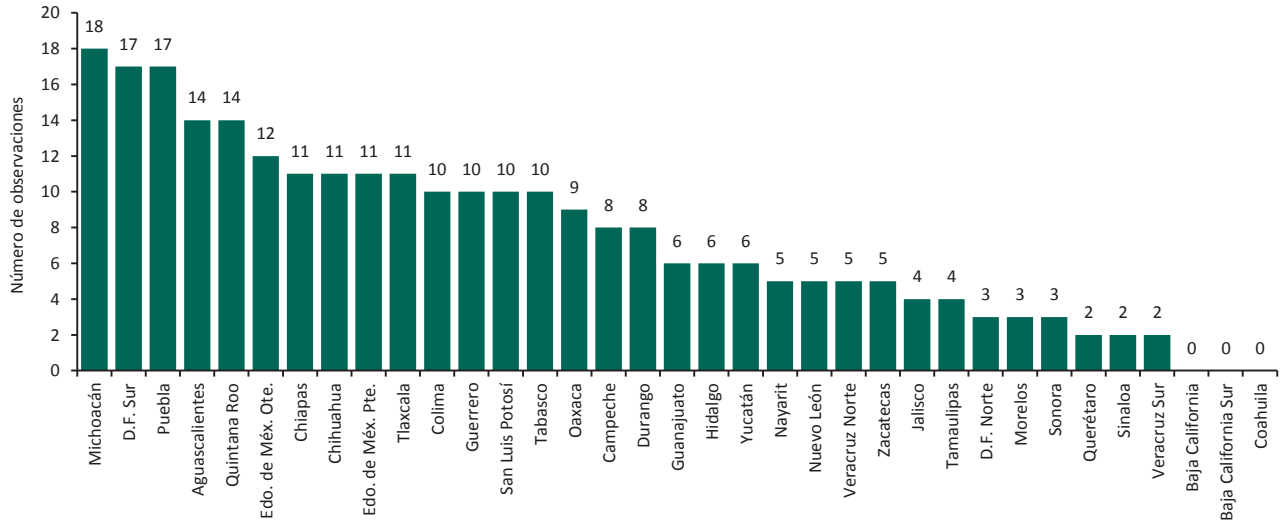
En el mes de agosto se convocará a una tercera ronda de reuniones y, en noviembre, a una cuarta ronda con delegaciones, UMAE y áreas de Nivel Central que presenten mayor rezago en la atención a sus observaciones pendientes. El objetivo es que al cierre de 2012 sólo se tengan observaciones pendientes de este año.

TABLA VII.40. INVENTARIO DE OBSERVACIONES
(NÚMERO DE OBSERVACIONES, PRIMER TRIMESTRE DE 2012)

Año	Saldo al cuarto trimestre de 2011	Solventadas	Determinadas	Saldo al primer trimestre de 2012
Delegaciones	523	328	141	336
Nivel Central	138	67	23	94
Total	**661**	**395**	**164**	**430**

Fuente: IMSS.

GRÁFICA VII.12. INVENTARIO DE OBSERVACIONES EN DELEGACIONES AL PRIMER TRIMESTRE DEL 2012



Fuente: OIC en el IMSS.

VINCULACIÓN

La Unidad de Vinculación (UV) es el área encargada de conducir el enlace estratégico del Instituto con actores relevantes, a fin de apoyar la toma de decisiones de la Dirección General.

Entre sus funciones principales destacan establecer las relaciones permanentes con el Congreso de la Unión y con los gobiernos estales y locales, así como con las organizaciones públicas, privadas y sociales que forman el entorno del Instituto. Lo anterior, con la finalidad de apoyar la operación global del mismo.

Para ello, a lo largo de la presente Administración, la UV ha sido la encargada de planear y coordinar las giras que lleva a cabo el Director General; atender los asuntos y compromisos internacionales; realizar el procesamiento y análisis de información para el diseño de propuestas de estrategias; generar el material de apoyo para las presentaciones públicas del Director General, y dar seguimiento a los acuerdos y disposiciones de la Dirección General.

VIII.1. VINCULACIÓN CON ORGANIZACIONES PÚBLICAS, PRIVADAS Y SOCIALES

La construcción de redes de comunicación con el sector empresarial, sindical y de la sociedad civil han permitido establecer mecanismos institucionales de colaboración mediante los cuales se impulsan acciones de corresponsabilidad entre el Instituto y los sectores organizados.

La construcción de las redes de comunicación con el sector empresarial, sindical y de la sociedad civil han permitido establecer mecanismos institucionales de colaboración.

Estas acciones han sido encaminadas al mejoramiento de los servicios, tanto administrativos como de salud, que el Instituto otorga. Asimismo, la firma de convenios con diversos sectores (empresarial, sindical y de la sociedad civil) ha permitido formalizar actividades dirigidas a los trabajadores y sus familias.

Informe de Labores

La UV coadyuva con las diferentes áreas normativas del Instituto en el desarrollo de un mecanismo de comunicación permanente con los Comités Técnicos o de Enlace y Apoyo que dan seguimiento a la operación de los Convenios de Colaboración. Lo anterior, con la finalidad de impulsar entre los trabajadores estilos de vida saludables a través de la estrategia PREVENIMSS.

Esta comunicación permanente ha permitido generar criterios unificados para el desarrollo de las acciones establecidas en los convenios y ha propiciado una mayor participación de los sectores organizados con quienes se han suscrito dichos convenios. Cabe mencionar que estos convenios han beneficiado a casi 500 mil trabajadores con servicios de atención médica preventiva, capacitación sobre el cuidado de la salud, así como con información referente a las actividades culturales, recreativas y de bienestar social del IMSS.

Por otra parte, se han identificado los temas administrativos y médicos de mayor relevancia para los trabajadores y sus familias, de los cuales se ha brindado orientación y apoyo en colaboración con las diferentes direcciones normativas del Instituto.

Asimismo, se continuó con el seguimiento de los asuntos que diversos grupos organizados de la sociedad civil presentaron ante el Instituto. Se establecieron mesas de trabajo en las cuales, con el apoyo de las distintas áreas normativas del Instituto, se proporcionó asesoría y orientación para la solución de las problemáticas presentadas.

Además, la UV participó de forma activa con la Secretaría de Gobernación (SEGOB) en las reuniones de la Comisión Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos y de las diversas subcomisiones que de ella se desprenden. Asimismo, participó con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación en las reuniones del Grupo Intragubernamental sobre Diversidad Sexual y con la Oficina de la Presidencia de la República en las reuniones del Grupo Interinstitucional de Atención Ciudadana y Concertación Política y Social.

Gracias a los convenios de colaboración se han beneficiado a casi 500 mil trabajadores con servicios de atención médica preventiva, capacitación sobre el cuidado de la salud, así como con información referente a las actividades culturales, recreativas y de bienestar social del IMSS.

Como parte del compromiso institucional de garantizar que las acciones de los servidores públicos estén debidamente circunscritas a los límites definidos por la legislación en materia electoral, se llevó a cabo la suscripción de un Programa de Trabajo Específico con la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales, el cual tiene por objeto establecer mecanismos para promover acciones de blindaje electoral, prevención, denuncia y atención de delitos electorales federales, así como contribuir a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, transparencia y equidad en el desarrollo de los procesos electorales federales y locales.

De esta manera, para la debida ejecución y seguimiento del Programa de Trabajo Específico, la Dirección General de Política Criminal, la Coordinación y Desarrollo de la FEPADE y la UV mantienen intercambio de información, lo cual permite revisar los avances y resultados relacionados con la ejecución de dicho Programa.

Finalmente, como parte de las funciones prioritarias de la Unidad, se concertó el diálogo constructivo entre el Director General y organizaciones empresariales, sindicales, académicas y de la sociedad civil.

Programa de Actividades

Durante el segundo semestre de 2012 se dará continuidad a las acciones de seguimiento para la implementación de los compromisos contraídos en los Convenios de Colaboración. Asimismo, junto con el sector empresarial, sindical y de la sociedad civil, se seguirán impulsando acciones de corresponsabilidad que procuren la salud, bienestar y calidad de vida de los trabajadores y sus familias.

VIII.2. VINCULACIÓN CON ASUNTOS INTERNACIONALES

Informe de Labores

El 21 de junio de 2011 el IMSS participó en Ginebra, Suiza, en la 104ª Reunión de la Mesa Directiva de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en donde se discutieron, entre otros temas, el programa y presupuesto de la Asociación, las prioridades temáticas de la organización y se aprobó la designación del IMSS como miembro del Comité de Examen de Candidaturas.

Del 26 al 28 de julio de 2011 el IMSS participó en Buenos Aires, Argentina, por invitación de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) y la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), en la 1ª Reunión del Programa Iberoamericano sobre la Situación de los Adultos Mayores, la cual es una estrategia dirigida al estudio y desarrollo integral de ese sector en la Región. Adicionalmente, del 23 al 25 de noviembre de 2011, el IMSS participó en Montevideo, Uruguay, en el II Encuentro Iberoamericano sobre la situación de los Adultos Mayores, en donde se dio a conocer el Programa Iberoamericano sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región. Finalmente, los días 5 y 6 de marzo se atendió en Montevideo, Uruguay, la 1ª Reunión del Comité Intergubernamental del Programa mencionado. En dicha reunión se aprobó el reglamento de funcionamiento y la estructura organizativa del Programa, en la que México obtuvo la Presidencia del Comité durante su primer año de actividades.

El Director General del IMSS participó en la conferencia *Leading Systems Network* que se celebró el 11 y 12 de octubre de 2011 en París, Francia, en donde el tema central fue la creación de valor en salud con enfoque basado en evidencia.

Durante el 20 y 21 de octubre de 2011 se participó en La Habana, Cuba, en la Reunión Técnica Conjunta de la Comisión Americana Jurídico Social y la Subregión V: México y el Caribe Latino. La temática principal fue la transformación de la legislación laboral y protección social en edades cercanas al retiro.

Del 27 al 29 de noviembre de 2011 en Cartagena de Indias, Colombia, se participó en la Reunión de Puntos Focales y Comité Directivo del Programa Regional Educativo Seguridad Social para Todos. Adicionalmente, en el marco del evento se llevó a cabo la Primera Reunión de Parlamentarios en Seguridad Social de Latinoamérica.

Del 7 al 10 de mayo de 2012 el IMSS participó en Ginebra, Suiza, en la 105ª Reunión de la Mesa Directiva, el Comité de Examen de Candidaturas y el Foro de Presidentes y Vicepresidentes de las Comisiones Técnicas de la AISS. En el marco de este último se realizó la Primera Reunión de la Comisión Técnica de Análisis de Políticas e Investigación, de la cual el IMSS ocupa la vicepresidencia.

El Director General del IMSS participó en el Foro 2012 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) “¿Cómo pasar

de la indignación y la inequidad a la inclusión e integridad?", que se llevó a cabo el 22 y 23 de mayo en París, Francia, el cual tuvo la finalidad de discutir y reflexionar sobre los temas más urgentes de la agenda internacional y construir políticas que respondan a una sociedad más justa e incluyente.

En aplicación de los Convenios de Seguridad Social suscritos por México con España y Canadá, del 1° de junio del 2011 al 31 de mayo del 2012 se dio trámite a 246 solicitudes de pensión y a 634 solicitudes de desplazamiento.

Como parte de los logros acumulados entre los años 2007 a 2012, destacan la suscripción del Memorándum de Entendimiento sobre la Instrumentación de los Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas, así como el Acuerdo Interinstitucional para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones en el IMSS, ambos con la OCDE en 2011.

Durante el 2011 destaca la suscripción del Memorándum de Entendimiento sobre la Instrumentación de los Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en las Licitaciones Públicas, así como el Acuerdo Interinstitucional para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones en el IMSS, ambos con la OCDE en 2011.

Asimismo, el IMSS fungió como anfitrión, conjuntamente con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la AISS, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la OISS, en la Semana Internacional de la Seguridad Social 2011, y participó en el Programa de Cooperación Técnica entre México y la Unión Europea 2007-2013 "Diálogos sobre Políticas en Materia de Cohesión Social", a través de seminarios de alto nivel sobre fiscalidad, seguridad social y salud, conjuntamente con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la Secretaría de Salud (SSA), el Sistema de Administración Tributaria (SAT), el ISSSTE y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE).

Programa de Actividades

Del 18 al 20 de julio de 2012 se llevó a cabo en la Ciudad de San José, Costa Rica, la Reunión Técnica conjunta de diversos órganos de la CISS, tales como: la Comisión Americana de Actuaría y Financiamiento y la Comisión Americana de Organización y Sistemas Administrativos. Lo anterior, con la finalidad de fomentar la colaboración regional sobre temas relevantes en el ámbito de la seguridad social.

El Director General participó los días 1 y 2 de agosto de 2012, en Londres, Reino Unido, en la Cumbre Global de Negocios en Salud y Ciencias de la Vida, así como en el Foro de Política en Salud Global.

Del 22 al 24 de agosto de 2012 se celebró en la Ciudad de México la Convención Internacional "La Seguridad Social en los Adultos Mayores en Países de Iberoamérica", en donde se reforzaron las actividades previstas en el marco del Programa Iberoamericano sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región.

El 4 y 5 de septiembre de 2012 se celebró en Quito, Ecuador, la Semana Internacional de la Seguridad Social 2012, la cual es organizada en conjunto por la AISS, la CISS y la OISS. Durante este evento se trataron avances y tendencias en el desarrollo de estrategias preventivas y proactivas para la construcción de una cultura de seguridad social. En el marco de este evento se atendieron las reuniones anuales ordinarias del Comité Permanente de la CISS y la Junta Directiva del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

COMUNICACIÓN SOCIAL

El IMSS tiene la responsabilidad de informar de manera oportuna sobre sus principales acciones y resultados. Para cumplir dicha obligación es imprescindible contar con una estrategia de comunicación social que difunda los programas institucionales e involucre a la población en la consecución de sus objetivos.

A lo largo de estos seis años el Programa Estratégico de Comunicación Social ha evolucionado de la misma forma que el Instituto, lo que le ha permitido establecer una estrategia integral para prevenir y contrarrestar los efectos que se tienen contemplados a futuro. Por ejemplo, en las próximas cuatro décadas, el Seguro Social deberá destinar una proporción significativa de sus recursos financieros a la atención médica a seis padecimientos relacionados con la obesidad.

Durante 2009-2012 se difundieron campañas de comunicación en televisión, radio, medios impresos e Internet en las cuales se posicionaron temas de salud de los ejes estratégicos para divulgar el quehacer del Instituto.

La campaña PREVENIMSS ha sido un programa permanente en la estrategia de la Coordinación de Comunicación Social (CCS), toda vez que representa la principal herramienta para

concientizar e informar a los derechohabientes sobre la prevención y control de enfermedades atribuidas o relacionadas con la obesidad y el sobrepeso.

La campaña "Logros Institucionales" ha contribuido a mejorar la percepción de los usuarios de los servicios institucionales y la población en general, al brindar condiciones de certeza y confianza hacia los servicios que el Instituto ofrece.

Como resultado del posicionamiento de su imagen y servicios, el IMSS obtuvo el primer lugar del Premio Internacional Marcas de Confianza México 2011, a la institución pública de mayor confianza en México, reconocimiento que, en su segunda edición, entregó la firma Reader's Digest.

Como resultado del posicionamiento de su imagen y servicios, el IMSS obtuvo el primer lugar del Premio Internacional Marcas de Confianza México 2011, a la institución pública de mayor confianza en México.

IX.1. ESTRATEGIA TÉCNICA DE DIFUSIÓN

El IMSS, a través de la CCS, elabora la estrategia de comunicación y difusión de los programas de prevención de la salud, atención medica, así como de los logros institucionales en materia de infraestructura tecnológica y hospitalaria, y todos aquellos temas que se encuentran relacionados.

Un factor determinante en el quehacer de la CCS es la difusión de los programas institucionales a través de los diversos medios de comunicación; asimismo, vigila que se obtenga una adecuada mezcla de los mismos para lograr mayor impacto y por lo tanto un mejor aprovechamiento de los espacios de difusión disponibles que permiten dar a conocer a los derechohabientes, patrones y población en general las acciones emprendidas por el Instituto.

La CCS administra todas las fases del proceso de difusión de los programas institucionales. Es la encargada de sustentar la contratación de medios de comunicación electrónicos y complementarios, y de otros servicios con base en la estrategia planteada en el Programa Anual de Comunicación Social. Una vez contratados, el reto radica en aprobar las pautas, es decir, discriminar entre horario, fecha, duración y frecuencia de los *spots* o inserciones a transmitir por tipo de medio. Como resultado de su actividad, entre 2009 y 2011 la Coordinación administró 475 contratos para la difusión de mensajes institucionales.

En la última fase del proceso de difusión se coordina la evaluación del impacto de las campañas del Instituto. Esta función se lleva a cabo mediante la contratación de una empresa especializada, que trabaja conforme a la metodología que establece la Secretaría de Gobernación (SEGOB) para la medición de la efectividad de las campañas de la Administración Pública Federal (APF).

IX.1.1. CAMPAÑA "LOGROS INSTITUCIONALES"

Parte fundamental de la estrategia de comunicación social es dar a conocer a los derechohabientes los logros y avances que el Instituto ha alcanzado, mediante la trasmisión de los esfuerzos institucionales que se realizan día con día para brindar atención médica de vanguardia, a través de la adquisición de equipo médico de diagnóstico moderno, seguro y sobre todo confiable.

Informe de Labores

El IMSS inició un amplio programa de construcción y remodelación de unidades médicas de primer y segundo niveles de atención en todo el país, lo cual no se realizaba desde hace 25 años.

Durante 2011-2012, la campaña de este programa de construcción y remodelación constó de 2,284 impactos de televisión; 42,823 *spots* de radio en todo el país; 964 inserciones en periódicos; 43 inserciones en revistas y dos semanas en cine.

Durante el periodo de junio de 2011 a junio de 2012, el IMSS puso en marcha una serie de acciones para difundir entre la población en general las inversiones en los servicios de Urgencias, que brindan mayor número de atención en el país. Dicha inversión se destinó también para las Unidades Médicas de segundo y tercer niveles en beneficio de 26 millones de derechohabientes.

La campaña de difusión "Logros Institucionales 2012" permitió, a su vez, que los derechohabientes y patrones conocieran la inversión para la adquisición de equipamiento médico de alta tecnología.

Durante 2011-2012 se realizaron 2,284 impactos de televisión; 42,823 spots de radio en todo el país; 964 inserciones en periódicos; 43 inserciones en revistas y dos semanas en salas de cine.

Del 20 de enero al 28 de marzo de 2012 se realizaron 3,107 impactos de televisión; 64,022 *spots* de radio en todo el país; 1,039 inserciones en periódicos; 26 en revistas y dos semanas en salas de cine.

IX.1.2. CAMPAÑA "PREVENIMSS"

Ante la necesidad de llevar a cabo una tarea de permanente concientización y prevención de riesgos a la salud entre nuestro público objetivo, conformado por derechohabientes, patrones y público en general, se instrumentó la difusión a nivel nacional de la campaña denominada "PREVENIMSS", la cual ha tenido gran aceptación y ha dado resultados favorables.

Se difundió a nivel nacional la campaña PREVENIMSS, la cual se orientó a que las futuras generaciones cuenten con mejores condiciones de salud.

Informe de Labores

En la presente Administración, la campaña PREVENIMSS se difundió a través de publicidad en radio, televisión, medios impresos y complementarios. Como resultado, mejoró la percepción de la imagen institucional con base en lo expuesto en la tabla IX.1 en donde se presenta un cuadro comparativo del Informe de Resultados de Encuestas 2009-2011.

Asimismo, se logró un aumento considerable en la recordación de la campaña PREVENIMSS (tabla IX.2).

Durante el periodo 2011-2012, la difusión de la campaña PREVENIMSS en televisión, radio, prensa, revistas y complementarios se llevó a cabo a partir del 2 de julio de 2012.

Programa de Actividades

Se tiene contemplado llevar a cabo las siguientes acciones: i) administrar los contratos de servicios con las empresas de comunicación e información para las campañas de 2012; ii) verificar la publicación y difusión en los medios de

TABLA IX.1. CUADRO COMPARATIVO DEL INFORME DE RESULTADOS DE ENCUESTAS
(PORCENTAJE, 2009-2011)

Imagen institucional	2009	2010	2011
Reconocimiento del IMSS como institución de salud de los mexicanos ¿Cuál es la primer institución que le viene a la mente cuando se habla de la salud de los mexicanos?	69	73	74
Personas que asocian al IMSS con algo positivo ¿Qué opinión tiene del IMSS?	56	58	69

Fuente: IMSS.

TABLA IX.2. CUADRO COMPARATIVO DE LA RECORDACIÓN DE LA CAMPAÑA PREVENIMSS
(PORCENTAJE, 2009-2011)

Imagen institucional	2009	2010	2011
Recordación de publicidad relacionada con el IMSS	42	66	73
Personas que recuerdan los mensajes difundidos en televisión	69	70	70

Fuente: IMSS.

comunicación de los mensajes y campañas institucionales; iii) evaluar el impacto de las campañas institucionales 2012; iv) diseñar la estrategia y el Programa Anual para el ejercicio fiscal 2013, para su presentación en enero de ese año ante la SEGOB, y v) todas las demás que por normatividad correspondan.

Los resultados esperados son: i) llevar a cabo la planeación del Programa Anual de Comunicación Social; ii) la incorporación de criterios para la contratación de medios; iii) la eficiente administración de los contratos de servicios de publicidad, y iv) la puntual supervisión de su cumplimiento contractual. Todo ello se traducirá en una mejora en los mecanismos que permiten dar un uso racional al gasto en materia de comunicación social y en un indicador cuantificable.

IX.1.3. REDES SOCIALES EN EL IMSS

El uso de las redes sociales en el IMSS establece un vínculo directo con la población. Desde septiembre de 2010 el IMSS implementó varias estrategias digitales a través del Programa Hábitos Saludables para propiciar la participación de la sociedad. Durante más de dos años, el programa en las redes sociales ha permitido informar a más de 19,000 seguidores acerca de la prevención de enfermedades y los beneficios que ésta genera.

Informe de Labores

De junio de 2011 a junio de 2012 el Programa de Hábitos Saludables incorporó cinco materiales de comunicación. Estas secciones fortalecieron la promoción de la salud a través de medios electrónicos abarcando distintos tipos de usuarios que hoy en día gozan de los beneficios de una red social.

Para generar una sociedad más participativa, Hábitos Saludables estableció un vínculo de comunicación mediante el cual se consideraron las opiniones, sugerencias y observaciones que fueron canalizadas a las áreas correspondientes.

El IMSS se mantuvo en segundo lugar dentro del Gobierno Federal en los servicios de redes sociales, manteniendo comunicación, hasta el mes de junio, con 19,608 seguidores de *Facebook*; 16,677 de *Twitter*; 2,936 reproducciones de *YouTube*; 32,443 altas en *SMS*, y 475,836 de impresiones del portal *WAP*.

Programa de Actividades

Con el propósito de reforzar el programa de comunicación digital de Hábitos Saludables IMSS, se dará continuidad a las acciones que han permitido dar una buena imagen y percepción del Instituto en las redes sociales y que han fomentado una cultura saludable para la prevención de enfermedades.

Asimismo, se buscará incrementar el número de seguidores a través del rediseño de la imagen principal del Programa y la incorporación de las cuatro secciones de *Facebook*, en un portal el cual estará destinado a usuarios de dispositivos

móviles, lo que incrementará la cobertura y difusión de los mensajes de salud preventiva. Se continuará con la atención, orientación y canalización de las preguntas de los usuarios de redes sociales mediante el apoyo de las distintas áreas del Instituto. La difusión de eventos culturales, recreativos y deportivos, será un tema importante en la actividad de las redes.

IX.1.4. DISEÑO Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

El trabajo que se realiza en diseño y producción editorial es de vital importancia para la difusión de los programas del Instituto tanto a nivel interno como hacia la población derechohabiente y público en general. Constituye una herramienta fundamental para cuidar el buen uso de la imagen institucional (logosímbolo) que se utiliza en cualquier elemento visual, así como para proponer, darle forma y elaborar diversos materiales para los eventos oficiales y campañas.

La producción incluye la edición, revisión, impresión y distribución de diversos trabajos editoriales, que incluyen asesoría, diseño, redacción, corrección de estilo, formación, corrección tipográfica y cuidado de la edición, además de la elaboración de originales mecánicos y electrónicos de las publicaciones internas y externas, tales como informes de labores y financieros, manuales, guías, libros, carteles, volantes, anuncios, desplegados, folletos, formatos, instructivos, papelería oficial, entre otros.

A lo largo de los años, la imagen del logosímbolo ha tenido algunos cambios en su diseño y aplicación, con el fin de adecuarlo a las nuevas tecnologías. Sus elementos básicos compuestos por el símbolo, logotipo y lema se han mantenido y así deben permanecer. De ahí la importancia de cuidar su uso y evitar variantes o distorsiones en las que algunas áreas de la institución han caído.

Para ello, la CCS se ha dado a la tarea de actualizar la Guía de Aplicación del Logosímbolo Institucional, editada por última vez en diciembre de 2003, con el propósito de que todas las áreas del Instituto que requieran utilizar el logosímbolo la conozcan y tengan acceso a los archivos electrónicos que lo contienen y que deben ser validados por esta área.

La nueva edición de la Guía de Aplicación del Logosímbolo, que se encuentra actualmente en revisión por la DAED para su validación, responde también a la necesidad de adecuar su uso a las especificaciones técnicas de las tecnologías actuales que incluyen nuevos formatos y archivos electrónicos para Internet, Intranet y animaciones, entre otros.

Informe de Labores

Los materiales que se elaboran en la CCS contribuyen a la buena imagen que goza el Instituto a nivel nacional e internacional, y son de gran valor social, ya que permiten dar a conocer programas de salud importantes en beneficio de la población en general, como las campañas

de PREVENIMSS, DIABETIMSS, Influenza, etcétera, que se han difundido en los medios masivos de comunicación y en todas las instalaciones del IMSS desde 2006 a la fecha.

Entre los materiales de apoyo a los distintos programas institucionales están la elaboración de diseños para carteles, dípticos, mantas, troviceles, pendones, *flyers,* trípticos, volantes, desplegados de prensa, convocatorias, campañas, edictos, portadas diversas, publicaciones, síntesis informativa, invitaciones a eventos, constancias, reconocimientos, carátulas para discos compactos (CD) y discos de video (DVD), así somo bocetos para material publicable en Internet como infografías, *banners*, logotipos y mascotas. En la tabla IX.3 se detallan los materiales realizados en el periodo que cubre este Informe.

Programa de Actividades

El trabajo de diseño y producción editorial de la CCS es constante; por ello, continuará con la elaboración, revisión y asesoría de trabajos editoriales, elaboración y diseño de la imagen gráfica de las campañas institucionales, la ambientación gráfica de exposiciones y eventos, la producción y revisión de soportes para medios de comunicación (impresos y electrónicos) de las diferentes áreas del Instituto.

Asimismo, una vez registrada ante la DAED la actualización de la Norma que establece las disposiciones para la correcta aplicación y

TABLA IX.3. MATERIALES IMPRESOS
(2011-2012)

Impresos	jun-dic 2011	ene-jun 2012
Banners	14	
Bastidores	2	
Caja y portadas para CD	850	35,000
Cartas		2,000,000
Carteles	6,700	30,690
Constancias	7,594	144,260
Credenciales	65	
Cuadernillos	6,875	
Diplomas	10,494	
Estructura	4	
Estuches para libros	200	
Etiquetas	200	
Etiquetas para CD	350	35,000
Folletos (síntesis)	560	
Fotos	8	
Gafetes completos	500	
Grabación y transmisión en circuito cerrado	4	3
Hojas de opción múltiple	20,000	
Hojas oficio	100	
Impresión portada CD serigrafía	500	
Invitaciones	8,320	400
Libros	3,368	
Listón para inauguración	1	
Lonas	801	6
Material para exposición	1	
Menús	150	
Pendones	18	8
Placa	2	
Plotters	18	3
Posters		618
Post-producción	1	
Reconocimientos	247	35,400
Reconocimientos cristal	7	
Stands	1	
Tarjetas	2,500	
Tarjetones	200	
Trípticos	17,400	33,500
Trovicel (viniles)	86	17
Volantes/*flyers*	155,570	371,395
Total	**243,711**	**2,686,300**

Fuente: IMSS.

TABLA IX.4. CARTILLA NACIONAL DE SALUD
(2011)

Concepto	Tiraje
Impresión de Cartilla Nacional de Salud (niñas y niños de 0 a 9 años)	1,253,908
Impresión de Cartilla Nacional de Salud (adolescentes de 10 a 19 años)	1,002,970
Impresión de Cartilla Nacional de Salud (mujeres de 20 a 59 años)	2,086,918
Impresión de Cartilla Nacional de Salud (hombres de 20 a 59 años)	1,712,176
Impresión de Cartilla Nacional de Salud (adultos mayores de 60 y más años)	1,170,094
Total	**7,226,066**

Fuente: IMSS.

reproducción del logosímbolo del IMSS y la Guía de Aplicación de la misma, se procederá a distribuirlas por las vías institucionales de comunicación interna establecidas para tal efecto a todas las áreas del Instituto a nivel nacional.

En este rubro, para el segundo semestre 2012 se implementarán las siguientes acciones: i) verificar el cumplimiento de la Norma que establece las disposiciones para la reproducción y aplicación del logosímbolo en el IMSS, y ii) elaborar las plantillas y herramientas que faciliten al personal utilizar correctamente el logosímbolo institucional de acuerdo con la Norma.

IX.2. ESTRATEGIA TÉCNICA DE INFORMACIÓN

Gracias a la emisión de 7,881 comunicados a nivel nacional, de los cuales 7,670 fueron comunicados delegacionales y 211 del área central, se generaron en total 73,620 impactos que se reflejaron en las menciones del Instituto emitidas por las cadenas.

Informe de Labores

Durante la presente Administración se produjeron los materiales para campañas y acciones de comunicación institucional que se enlistan a continuación:

1. Grabación de la toma de protesta del Director General.
2. Grabación de una sesión de tratamiento para pacientes con cáncer de hígado.
3. Producción de 87 *transfers* a formatos DVD, VCD y *Betacam SP* sobre el Programa de Primer Empleo (PPE).
4. Producción de mensaje de radio para la campaña de la Determinación Anual de la Prima en el SRT.
5. Transmisión por la red interna del IMSS del evento del Día de la Enfermera.

Entre junio de 2011 y junio de 2012 se emitieron 211 comunicados de prensa que generaron 13,440 impactos, difundidos en portales de Internet, así como en medios escritos y electrónicos para su amplia difusión.

Del seguimiento a las actividades del Director General como giras de trabajo y evaluación, firma de convenios, inauguración de unidades, entre otros, esta Coordinación difundió información relativa a infraestructura, equipamiento médico y prevención de enfermedades, lo que permitió la permanencia en medios de comunicación de estos temas institucionales.

Se publicaron 15 comunicados de prensa en materia de infraestructura y equipamiento. Asimismo, se emitieron 24 boletines de prensa a los medios de comunicación en materia de Atención Preventiva. Se dieron a conocer las actividades recreativas, culturales, deportivas y de capacitación que el IMSS proporciona. Además de abordar temas de salud, mediante la emisión de 10 comunicados, se emitió información elacionada con el incremento de personas económicamente activas.

Se tienen registrados 18 comunicados que constatan la presencia de la institución en eventos internacionales, los cuales tuvieron 198 impactos en medios impresos, 268 en radio, 159 en televisión, 1,519 en Internet, mismos que generaron en total 2,144 impactos.

Casos de Éxito de Trasplante de Órganos

La Coordinación también llevó a cabo una estrategia para difundir en los medios de comunicación los casos de éxito de trasplante de órganos en el IMSS. Todas las notas tuvieron cobertura informativa nacional y algunas alcanzaron difusión internacional.

Descripción Temática de Entrevistas

La CCS gestionó 1,220 entrevistas, de las cuales el mayor número de impactos se reflejó en televisión con un total de 399; en radio con 486; prensa con 48; Internet con 64; revistas con 15 y agencias informativas con 3.

TABLA IX.5. DESGLOSE DE ENTREVISTAS

Televisión	**Televisa**	**Tv Azteca**	**Proyecto 40**	**Cadena 3**	**Once TV**
	208	48	57	35	55
Radio	**Radio Centro**	**ACIR**	**IMER**	**Radio Fórmula**	**Imagen Informativa**
	287	20	61	60	21
Internet	**sumedico.com**	**saludante.com**	**medicina digital**	**Espacio Radiorama**	
	23	2	9	28	
Prensa	**Publimetro**	**Excelsior**	**La Jornada**	**El Universal**	
	20	6	2	14	
Revistas	**Médicos de México**	**Vértigo**	**Selecciones**	**Contenido**	
	4	2	4	1	

Fuente: IMSS.

Televisión

Se cuenta con la producción de material audiovisual para reforzar la imagen institucional, desde la Dirección General hasta las diversas coordinaciones y áreas que lo integran. Por ello, se generan diversos materiales y se difunden de manera masiva actividades médicas, sociales, culturales y deportivas que documentan la vida del Instituto.

Con ese propósito, se dio cobertura a 138 eventos, que implicaron el levantamiento de imagen, producción y post-producción. De estos se obtuvieron reportajes, notas y material informativo, cápsulas audiovisuales, documentales médicos de cirugías en segundo y tercer niveles de atención que involucran la intervención de médicos de alta especialidad, así como la cobertura de la agenda institucional y sus autoridades para alimentar la memoria documental del IMSS.

Además de la cobertura de estas actividades, se realizó la producción de videos para eventos especiales como la Asamblea General Ordinaria, Día del Médico, Día de la Enfermera, congresos, ceremonias médicas, institucionales, sociales o deportivas, entre otras, así como el levantamiento de imagen documental para la videoteca institucional.

Se generaron 59 cortes de prensa para dar a conocer a través de las televisoras, de manera puntual, las actividades del organismo, como son giras de trabajo, inauguración de unidades médicas, constatar la operación del equipamiento médico, firma de convenios, reportajes de promoción de la salud, entre otros.

Asimismo, se compartió a las televisoras material adicional a los eventos del IMSS a los que los medios informativos dieron cobertura, con el objetivo de reforzar las líneas estratégicas de comunicación.

Finalmente, se produjeron 19 materiales audiovisuales en apoyo a las diversas áreas del Instituto. También se generaron reportajes para las campañas de difusión de la CCS.

Programa de Actividades

La acciones que se tienen contempladas son: i) continuar con la publicación de comunicados de prensa y la promoción de estos en medios de circulación nacional; ii) promover entrevistas relacionadas con comunicados de prensa y otros temas de interés para la institución; iii) actualizar el banco de imágenes del Instituto en fotografía y video, y iv) promover en medios de comunicación (particularmente en televisoras) la elaboración de reportajes especiales que refuercen la información que esta Coordinación difunde.

IX.2.1. VINCULACIÓN CON LOS ESTADOS

Las acciones encaminadas al fortalecimiento de la imagen institucional necesariamente se replican a nivel delegacional para su implementación. Por tal motivo, es fundamental verificar que la ejecución de

las políticas y estrategias informativas y de opinión desarrollada por cada una de las Coordinaciones Delegacionales de Comunicación Social (CDCS) se adhiera a la estrategia de la CCS a nivel central.

En tal virtud, se proporciona a las CDCS la información generada en el nivel central que deba ser difundida en los medios de comunicación locales, para evaluar la proyección informativa del IMSS en los medios periodísticos de los Estados, determinar análisis cuantitativos de la información publicada en los periódicos de todo el país y verificar el comportamiento informativo en los medios de comunicación de los Estados.

Informe de Labores

En el 2011 se generaron 7,236 comunicados con 25,560 impactos en prensa, 19,034 en radio y 11,270 en televisión. Asimismo, durante junio de 2011 a junio de 2012, se registraron 60,180 impactos en diferentes medios de comunicación del país en razón de la difusión de los 7,670 comunicados delegacionales emitidos por las CDCS, referentes a las múltiples acciones que lleva a cabo el Instituto.

Se continúa con la promoción de acciones que el Instituto realiza en todos los Estados vinculados al programa PREVENIMSS, así como la difusión de campañas de prevención para evitar enfermedades diarreicas, golpe de calor, dengue, influenza y las de IMSS-Oportunidades. También se registraron 1,101 impactos en periódicos, estaciones de radio y de televisión en la República, para la difusión de 83 comunicados de prensa acerca de las inversiones que el Gobierno Federal hizo en materia de infraestructura y equipamiento médico.

En continuidad con la difusión de temas de interés para los derechohabientes a nivel delegacional, en el mismo periodo se obtuvieron 13,051 impactos como resultado de la difusión de 1,714 comunicados pronunciados por las CDCS, en los que se abordaron temas como un día típico del IMSS, ampliación y remodelación de las áreas de Urgencias y en referencia al Programa de Condonación de Multas y Recargos en el Pago de Cuotas Obrero-Patronales.

Un tema recurrente en el interés del público objetivo son los relacionados a las pensiones y a la credencialización, los cuales registraron 831 comunicados con 6,134 impactos en medios.

Los medios de comunicación además de informar, sirven a la población para manifestar situaciones de inconformidad con los servicios del Instituto, ya sea de carácter médico, administrativo o con alguna prestación social. El procedimiento implementado para la atención de estos casos consiste, en que una vez identificada la queja, las CDCS realizan una investigación y emiten una tarjeta informativa que permite contrastar con la información publicada en el medio. Si el resultado es congruente con la inconformidad planteada se le da seguimiento hasta su resolución; si se trata de información falsa o imprecisa, se proporciona información al medio, a fin de que publique la

aclaración correspondiente. En el periodo que se reporta se atendieron un total de 1,238 quejas publicadas en periódicos de los Estados.

Programa de Actividades

Se continuará trabajando conjuntamente con las CDCS a fin de conservar la retroalimentación lograda hasta el momento. Los resultados esperados para el siguiente periodo son:

1. Mejorar la imagen institucional a nivel delegacional.
2. Promover la presencia de información del Instituto en medios de comunicación locales (radio y televisión).
3. Difusión de los "casos de vida" en diferentes medios a fin de resaltar la importancia de la actuación del Instituto.
4. Lograr, a través de los comunicados delegacionales, menciones positivas del Instituto en los medios de comunicación estatales.

IX.2.2. RETROALIMENTACIÓN Y ANÁLISIS

La amplia gama del espectro informativo de carácter nacional obliga al IMSS a destinar recursos humanos y tecnológicos para captar, evaluar y trasmitir a los funcionarios de la institución lo que ahí se expresa, con el fin de determinar las líneas de acción y dar respuesta pronta y expedita a las demandas de la sociedad que se reflejan a través de los medios de comunicación.

La Coordinación desarrolló el Sistema Informático de Comunicación Social (SICS), que constituye la primera base de datos tecnificada para la recopilación, análisis y cuantificación de la información captada en los diversos medios de comunicación, misma que le permite a la CCS evaluar de manera directa la tendencia de la opinión pública, expresada a través de los medios, de sus acciones o campañas.

Un ejemplo de esta sistematización es que actualmente podemos evaluar en tiempo real cómo se han comportado las menciones en los medios con respecto a un tema específico, como por ejemplo, el caso de los trasplantes o bien, saber en cuántos medios se ha informado de los esfuerzos institucionales por impulsar la cultura de la donación en nuestro país.

Informe de Labores

Durante la presente Administración se han monitoreado un total de 33,491 horas en medios impresos y electrónicos; en este lapso se detectaron un total de 142,014 notas referentes al Instituto; se enviaron 47,098 síntesis y 436,059 cortes informativos.

Sistema Informático de Comunicación Social (SICS)

El SICS es un banco de datos donde se almacena la información obtenida en el área, que se clasifica por medio, emisor, tema, fecha, hora y tendencia

TABLA IX.6. MONITOREO
(2006-2012)

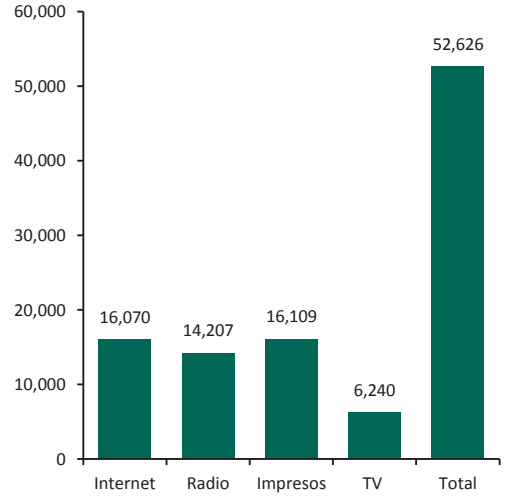
Periodo	Horas monitoreadas	Notas relacionadas	Síntesis impresas	Síntesis electrónicas
2006-2007	3,744	7,396	6,577	30,629
2007-2008	4,950	8,652	11,000	68,750
2008-2009	4,537	8,024	8,788	49,689
2009-2010	6,023	36,923	8,016	65,254
2010-2011	7,117	48,070	7,245	90,702
2011-2012	7,120	32,949	5,472	131,035
Total	**33,491**	**142,014**	**47,098**	**436,059**

Fuente: IMSS.

(positiva, negativa y neutra) y se tiene disponible para generar los reportes de acuerdo con las necesidades del área.

A partir de su creación en septiembre de 2010, y hasta junio del 2012 en el SICS se han contabilizado un total de 59,742 notas; 18,537 en Internet; 18,148 en prensa; 15,840 en radio, y 7,217 en televisión.

GRÁFICA IX.1. NOTAS CONTABILIZADAS
(SEPTIEMBRE DE 2010 A JUNIO DE 2012)



Fuente: IMSS.

Informes Generales y Ejecutivos

Se tiene la labor de concentrar la información de medios relacionada con el Instituto, y analizar sus variables a fin de reportarla oportunamente para la toma de decisiones. Desde septiembre de 2010, se envían dos informes a la CCS, con los datos de la semana recién concluida.

En las labores correspondientes al periodo de junio de 2011 a junio de 2012 se detectaron un total de 32,949 notas relacionadas con el Instituto, de las cuales 3,434 tuvieron mención del Director General y 29,515 corresponden a notas con mención institucional. Los portales de Internet encabezan la lista de medios con 6,181 notas, seguidos de los medios impresos, la radio y la televisión con 5,603, 3,979 y 2,180 notas, respectivamente.

Asimismo, se generaron 48 informes semanales y 48 informes ejecutivos; se elaboraron diversos análisis de interés institucional de grandes temas como Lineamientos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), Asamblea 102, Atención Médica, Servicios IMSS, Cifras de Empleo y Cuotas Obrero-Patronales (CEYCOP), Trasplantes, entre otros. Se monitorearon 7,120 horas de radio, televisión, medios impresos e Internet; se enviaron 5,472 síntesis y 131,035 cortes informativos vía electrónica, con un promedio de 373 diarias.

Programa de Actividades

Las acciones que se tienen contempladas son:

1. Canalizar a las áreas correspondientes para que se atiendan las necesidades de la población derechohabiente expresadas a través de los medios de comunicación, así como la información que se genera y difunde por estos mismos canales de comunicación sobre el quehacer del Instituto.
2. Conocer las opiniones, demandas o noticias de manera oportuna, puntual y precisa, para permitir que se dirijan de manera directa y objetiva los esfuerzos institucionales, a fin de sanear las necesidades básicas planteadas a través de la información expresada por los medios.
3. Se continuará propiciando los acercamientos entre la información y la institución velando por el interés más alto que es el beneficio de la población derechohabiente.
4. Se procurará un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales a fin de maximizar los beneficios que la información captada brinda a las muy diversas áreas que conforman el Instituto.

El propósito es que la información abarque nuevos temas y nuevos actores. Por eso, año tras año, desde el inicio de la actual Administración, las horas monitoreadas han ido en aumento y se espera que esta tendencia continúe. La especialización del personal y las capacidades operativas permiten garantizar que esta condición se cumpla.

I. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Tabla I.1.	Inversión en Equipamiento Médico No Asociado a Obra Pública	2
Tabla I.2.	Equipamiento Médico por Programa	3
Tabla I.3.	Inversión en el Programa de Imagenología	3
Tabla I.4.	Inversión en los Programas Nacionales 2010	4
Tabla I.5.	Inversión en Equipamiento para los Servicios Oncológicos	5
Tabla I.6.	Resumen de Obras Nuevas	6
Tabla I.7.	Resumen de Obras de Ampliación y Remodelación	7
Tabla I.8.	Resumen de Obras Nuevas y por Remodelación y Ampliación Realizadas en el Periodo del Informe	9
Tabla I.9.	Fortalecimiento de UCI Neonatales	10
Tabla I.10.	Fortalecimiento de UCI para el Paciente Quemado	10
Tabla I.11.	Programa de Obras Nuevas del Segundo Semestre de 2012	11
Tabla I.12.	Consultas Otorgadas en 6° y 7° Día	13
Tabla I.13.	Comparativo de la Medición de las Fases de Programación Quirúrgica en Delegaciones	19
Tabla I.14.	Comparativo de la Medición de las Fases de Programación Quirúrgica en UMAE	19
Tabla I.15.	Sobrevida Estimada con Diálisis Peritoneal y Trasplante Renal	23
Tabla I.16.	Costo de los Tratamientos de Insuficiencia Renal Crónica	23
Tabla I.17.	Estimación de Costos por Tipo de Paciente	23
Tabla I.18.	Metas de Trasplantes Renales de las Unidades de Segundo Nivel de Atención	27
Tabla I.19.	Avances del Programa DIABETIMSS	29
Tabla I.20.	Ingresos al Sistema Institucional de Residencias Médicas	50
Tabla I.21.	Contratación de Médicos Especialistas	51
Tabla I.22.	Avance Sectorial Acumulado en el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica	54
Tabla I.23.	Procedimientos y Gasto Erogado de Pacientes Referidos a los HRAE	68
Tabla I.24.	Procedimientos y Gasto Erogado de Referidos a los HRAE	68
Tabla I.25.	Edad de Muerte por Diabetes Mellitus	70
Tabla I.26.	Resumen de Obras IMSS-Oportunidades	82

Tabla I.27.	Nuevos Hospitales Rurales	83
Tabla I.28.	Obras IMSS-Oportunidades Realizadas en el Periodo del Informe	83
Tabla I.29.	Programa de Obras IMSS-Oportunidades del Segundo Semestre de 2012	83
Tabla I.30.	Calendario de Encuentros Médico-Quirúrgicos	100

II. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Tabla II.1.	Comparativo de las Prestaciones Económicas, Número de Pensionados y Casos	111
Tabla II.2.	Montos Prestaciones Económicas	112
Tabla II.3.	Comparativo de las Prestaciones Económicas contra el Sexenio Anterior	115
Tabla II.4.	Meta Inscritos, Variaciones en 2010, 2011 y 2012	118
Tabla II.5.	Eventos Nacionales	122
Tabla II.6.	Eventos Nacionales e Internacionales	124
Tabla II.7.	Eventos y Actividades	125
Tabla II.8.	Productividad Total de los Servicios de Prestaciones Sociales	127
Tabla II.9.	Primera Etapa del Programa de Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales	127
Tabla II.10.	Segunda Etapa del Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales	128
Tabla II.11.	Inversión en Obra Pública	129
Tabla II.12.	Guarderías por Rango de Respuestas Favorables	135
Tabla II.13.	Capacitación Impartida en Materia de Derechos Humanos	138
Tabla II.14.	Capacidad Instalada	139
Tabla II.15.	Ayudas en Efectivo Otorgadas	140
Tabla II.16.	Evolución del *Ticket* Promedio	144
Tabla II.17.	Número de Servicios Funerarios por Delegación	148
Tabla II.18.	Programa de Actividades	153

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Tabla III.1.	Obras Terminadas	161
Tabla III.2.	Obras Nuevas de Apoyo Médico y No Médicas Terminadas	162
Tabla III.3.	Obras Terminadas de Régimen Ordinario	164
Tabla III.4.	Obras No Médicas Terminadas de Régimen Ordinario	165
Tabla III.5.	Programa de Terminación de Obras de Régimen Ordinario	166

Tabla III.6.	Programa de Terminación de Obras de Apoyo Médico y No Médicas de Régimen Ordinario	167
Tabla III.7.	Evolución del Número de Recetas Presentadas, y el Porcentaje de Atención	168
Tabla III.8.	Programa de Actividades 2012 para el Ciclo de Compras 2013	175
Tabla III.9.	Proyecto CADIT	179
Tabla III.10.	Número de Derechohabientes Encuestados por Nivel de Atención	196
Tabla III.11.	Número de Derechohabientes Usuarios de los Servicios de Guarderías Encuestados	197
Tabla III.12.	Unidades Visitadas en las Evaluaciones	201

IV. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Tabla IV.1.	Metas de Ingresos	207
Tabla IV.2.	Ingresos Obrero-Patronales	207
Tabla IV.3.	Mora en Días de Emisión	219
Tabla IV.4.	Registros en el Programa Primer Empleo	237

VI. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Tabla VI.1.	Avance en la Fase de Construcción de Módulos	295
Tabla VI.2.	Unidades Actuales que Cuentan con Subrogación del Servicio	298
Tabla VI.3.	Unidades a Cubrir con la Subrogación del Servicio	298
Tabla VI.4.	Cantidad de Equipo Adquirido por Fondo/Proyectos de Servicios Compartidos	304
Tabla VI.5.	Campañas Realizadas Vía el Centro de Contacto	307

VII. DIRECCIÓN DE FINANZAS

Tabla VII.1.	Estado de Ingresos y Gastos Dictaminados por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2011 y 2010	311
Tabla VII.2.	Estado de Ingresos y Gastos Dictaminados por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2011 y 2010 con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	312
Tabla VII.3.	Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro por el Año Terminando al 31 de Diciembre de 2011	313

Tabla VII.4.	Balance General Dictaminando al 31 de Diciembre de 2011 y 2010	315
Tabla VII.5.	Balance General Dictaminando al 31 de Diciembre de 2011 y 2010, con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	316
Tabla VII.6.	Estimación del Valor Presente del Superávit o Déficit de los Seguros Acumulado en el Periodo y su Relación con el Producto Interno Bruto	317
Tabla VII.7.	Flujo de Efectivo 2011, Presupuesto 2012 y Proyecciones 2012-2018, Considerando el Incremento Estimado en Ingresos y Gastos 2012	320
Tabla VII.8.	Posición Contable de las Reservas y Fondo Laboral	323
Tabla VII.9.	Régimen de Inversión	324
Tabla VII.10.	Asignación Estratégica de Activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral	326
Tabla VII.11.	Asignación Estratégica de Activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral, Vigente para Febrero-Junio de 2012	327
Tabla VII.12.	Inversiones en Acciones	329
Tabla VII.13.	Cuentas y Recursos de los Trabajadores Administrados por Afore, 31 de Diciembre de 2012	329
Tabla VII.14.	Productos Financieros por Reserva y Fondo Laboral	330
Tabla VII.15.	Desempeño de Reservas y Fondo Laboral a Valor Mercado	337
Tabla VII.16.	Desempeño de Reservas y Fondo Laboral	337
Tabla VII.17.	Desempeño Histórico de Reservas y Fondo Laboral	337
Tabla VII.18.	Comparativo Valor de Mercado *vs.* Valor Contable	338
Tabla VII.19.	Comparativo Valor de Mercado *vs.* Monto Invertido	339
Tabla VII.20.	Usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral	341
Tabla VII.21.	Monto de las RFA de los SRT y SIV Susceptible de Transferirse a la RFA del SEM	341
Tabla VII.22.	Dotación de Recursos para la Creación de RFA-SEM Realizada el 1 y 2 de Noviembre de 2011	342
Tabla VII.23.	Composición de RFA-SIV, RFA-SRT y RFA-SEM Después de la Transferencia	343
Tabla VII.24.	Uso 2011 y Proyecciones 2012-2018 de las Reservas y Fondo Laboral	343
Tabla VII.25.	Deterioro Registrado al Cierre de 2011	345
Tabla VII.26.	Riesgos Financieros Incluidos y Evaluados en los Años 2007 a 2011 en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales	346

Tabla VII.27.	Clasificación de los Riesgos Financieros Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales	348
Tabla VII.28.	Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2011	348
Tabla VII.29.	Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2012	348
Tabla VII.30.	Principales Iniciativas de Reforma a la Ley del Seguro Social y a Otros Ordenamientos Legales Evaluadas en el Periodo Enero 2007-Junio 2012 y Estimación de su Impacto Financiero en el IMSS	350
Tabla VII.31.	Principales Cambios Realizados en el Periodo 2007-2011 a la Información Base y a los Modelos Utilizados para Elaborar las Valuaciones Actuariales del IMSS	352
Tabla VII.32.	Pólizas Patrimoniales y No Patrimoniales que Conforman en 2012 el Programa de Aseguramiento Integral del IMSS	354
Tabla VII.33.	Principales Cambios en la Contratación del Programa de Aseguramiento Integral	355
Tabla VII.34.	Programas Presupuestarios Registrados por las Normativas en el Anteproyecto de Presupuesto 2011 y Aprobados por el HCT	358
Tabla VII.35.	Principales Indicadores que Evalúan los Programas Aprobados, Avances al Mes de Diciembre 2011	359
Tabla VII.36.	Avance al Mes de Junio de los Principales Indicadores que Evalúan los Programas Aprobados	362
Tabla VII.37.	Criterios por Variable y Ponderador	364
Tabla VII.38.	Ejecución del Presupuesto con Relación a su Desempeño	365
Tabla VII.39.	Evolución del Inventario de Observaciones	368
Tabla VII.40.	Inventario de Observaciones	370

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Tabla. IX.1.	Cuadro Comparativo del Informe de Resultados de Encuestas	380
Tabla. IX.2.	Cuadro Comparativo de la Recordación de la Campaña PREVENIMSS	380
Tabla. IX.3.	Materiales Impresos	383
Tabla. IX.4.	Cartilla Nacional de Salud	384
Tabla. IX.5.	Desglose de Entrevistas	385
Tabla IX.6.	Monitoreo	389

I. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Gráfica I.1.	Camas Censables por 1,000 Derechohabientes	8
Gráfica I.2.	Disminución del Rezago en Cirugía Electiva	18
Gráfica I.3.	Oportunidad Quirúrgica	18
Gráfica I.4.	Comportamiento de la Tasa de Muerte Materna	20
Gráfica I.5.	Avances en el Programa de Trasplante Renal del IMSS	24
Gráfica I.6.	Trasplantes Realizados	25
Gráfica I.7.	Índice de Atención Preventiva Integrada por Atención Curativa	31
Gráfica I.8.	Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas	32
Gráfica I.9.	Cobertura de Atención Integral PREVENIMSS	32
Gráfica I.10.	Tendencia de la Prevalencia de Obesidad en Niños Menores de 10 Años	33
Gráfica I.11.	Mortalidad en Niños Derechohabientes Menores de Cinco Años de Edad	35
Gráfica I.12.	Mortalidad por Cáncer de Mama	38
Gráfica I.13.	Detecciones por Mastografía	38
Gráfica I.14.	Cobertura de Detección de Cáncer Cérvico-Uterino en Mujeres de 25 a 64 años	39
Gráfica I.15.	Mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino en Mujeres Derechohabientes Mayores de 24 Años	39
Gráfica I.16.	Cobertura de Protección Anticonceptiva Postparto y Postaborto	42
Gráfica I.17.	Partos de Mujeres en Edad Fértil	42
Gráfica I.18.	Médicos Especialistas en Formación en el Sistema Institucional de Residencias Médicas, Todos los Grados	48
Gráfica I.19.	Ingresos y Egresos del Sistema Institucional de Residencias Médicas	49
Gráfica I.20.	Ingresos a Residencias Médicas por Institución	49
Gráfica I.21.	Mortalidad Proporcional por Causas Seleccionadas	70
Gráfica I.22.	Tendencia de la Mortalidad por SIDA	71
Gráfica I.23.	Mortalidad por Tuberculosis Pulmonar	72
Gráfica I.24.	Casos de Fiebre por Dengue y Fiebre Hemorrágica por Dengue	72
Gráfica I.25.	Distribución de Casos ETI/IRAG y Confirmados de Influenza A (H1N1) por Semana Epidemiológica Según Fecha de Inicio de Síntomas	73
Gráfica I.26.	Evolución del Presupuesto IMSS-Oportunidades	81
Gráfica I.27.	Plazas Ocupadas en el Programa IMSS-Oportunidades	84
Gráfica I.28.	Disminución de la Tasa de Mortalidad Materna	89

Gráfica I.29.	Inversión en Vacunas	92
Gráfica I.30.	Cobertura de Esquemas de Vacunación	93
Gráfica I.31.	Inversión en la Modernización de la Cadena de Frío	94

II. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Gráfica II.1.	Cobertura de la Población Derechohabiente con Credencial ADIMSS	110
Gráfica II.2.	Usuarios Atendidos por Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas	143
Gráfica II.3.	Usuarios de Centros Vacacionales	145
Gráfica II.4.	Ingresos de la Unidad de Congresos	146
Gráfica II.5.	Ingresos Netos del SNV	148
Gráfica II.6.	Recursos Ejercidos en Conservación y Mantenimiento	149

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Gráfica III.1.	Evolución del Número de Recetas Presentadas y de Recetas Surtidas	168
Gráfica III.2.	Satisfacción con los Servicios de Guarderías	198

IV. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Gráfica IV.1.	Evolución de Cotizantes	204
Gráfica IV.2.	Evolución de SBC	205
Gráfica IV.3.	Tasas de Crecimiento de Cotizantes y SBC como Componentes de la Tasa de Crecimiento de la EMA	206
Gráfica IV.4.	Patrones y Cotizantes con Pagos en Portal Bancario	213
Gráfica IV.5.	Índices de Pago	219
Gráfica IV.6.	Nivel de Cobertura de Cotizantes no Agropecuarios *vs*. Trabajadores Subordinados y Remunerados No Agropecuarios	222
Gráfica IV.7.	Ingresos por Fiscalización	230

V. DIRECCIÓN JURÍDICA

Gráfica V.1.	Juicios Laborales en Trámite	270
Gráfica V.2.	Demandas Notificadas a Nivel Nacional	270

Gráfica V.3.	Laudos Favorables al IMSS	271
Gráfica V.4.	Audiencias Diferidas a Nivel Nacional	271
Gráfica V.5.	Demandas Notificadas por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	273
Gráfica V.6.	Juicios Laborales en Trámite, Radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	273
Gráfica V.7.	Casos Laborales en Trámite, Radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	273
Gráfica V.8.	Laudos Favorables Notificados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	274
Gráfica V.9.	Audiencias Diferidas de las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	274
Gráfica V.10.	Juicios Fiscales en Trámite, Nivel Nacional	275
Gráfica V.11.	Sentencias a Nivel Nacional en las que se Declara la Nulidad Lisa y Llana de los Actos Impugnados	275
Gráfica V.12.	Sentencias a Nivel Nacional en las que se Declara la Nulidad para Efectos de los Actos Impugnados	276
Gráfica V.13.	Sentencias a Nivel Nacional en las que se Declara la Validez de los Actos Impugnados	276
Gráfica V.14.	Sentido de las Sentencias Emitidas en Juicios de Amparo por el Poder Judicial de la Federación	276

VI. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Gráfica VI.1.	Reducción en Tiempos de Espera Debido a las Mejoras en los Sistemas	301

VII. DIRECCIÓN DE FINANZAS

Gráfica VII.1.	Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el Fondo Laboral	322
Gráfica VII.2.	Evolución del Saldo Contable de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-Junio 2012	322
Gráfica VII.3.	Esquema Accionario de la Operación para el Fortalecimiento de Afore XXI	328
Gráfica VII.4.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de las RO, Índice del *Benchmark vs*. Índice del Valor de Mercado	333

Gráfica VII.5.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de la ROCF, Índice del *Benchmark vs*. Índice del Valor de Mercado	334
Gráfica VII.6.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de la RGFA, Índice del *Benchmark vs*. Índice del Valor de Mercado	334
Gráfica VII.7.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de las RFA, Índice del *Benchmark vs*. Índice del Valor de Mercado	335
Gráfica VII.8.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Índice del *Benchmark vs*. Índice del Valor de Mercado	336
Gráfica VII.9.	Proyecciones de los Saldos de las Reservas y Fondo Laboral	344
Gráfica VII.10.	Número de Iniciativas de Reforma a la Ley del Seguro Social y a Otros Ordenamientos Legales Evaluadas	349
Gráfica VII.11.	Comportamiento por Trimestre, del Inventario de Observaciones a Nivel Nacional	368
Gráfica VII.12.	Inventario de Observaciones en Delegaciones al Primer Trimestre del 2012	370

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Gráfica IX.1.	Notas Contabilizadas	389

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAQR	Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades
ACB/FTE	Análisis Costo Beneficio y Factibilidad Técnica y Económica
AcceDer	Sistema de Acceso a los Derechohabientes
ADIMSS	Acreditación como Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social
AEA	Asignación Estratégica de Activos
Afore	Administradora de Fondos para el Retiro
AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
ALSO	*Advanced Life Support for Obstetrics* (Soporte Vital Avanzado en Obstetricia
ANSA	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria
APF	Administración Pública Federal
API	Atención Preventiva Integrada
AS	Ascendientes
ASF	Auditoría Superior de la Federación
ATLS	*Advanced Trauma Life Support* (Soporte Vital Avanzado en Trauma)
AUM	Almacén de Unidad Familiar
BUO	Bolsa Única de Ofertas
CADIT	Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos
CAICE	Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales
Call Center	Centro de Atención Telefónica
CAPACINET	Servicio de educación en línea con diferentes alternativas de formación y capacitación
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
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrica
CASSAAM	Centro para la Atención Social de la Salud a las y los Adultos Mayores
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CC	Coordinación de Cobranza
CCD	Coordinación de Corrección y Dictamen
CCDF	Código Civil para el Distrito Federal

CCEVD	Coordinación de Clasificación de Empresas y Vigencias de Derechos
CCSG	Coordinación de Conservación y Servicios Generales
CCS	Coordinación de Comunicación Social
CCT	Contrato Colectivo de Trabajo
CDCS	Coordinaciones Delegacionales de Comunicación Social
CE	Cesantía
CEBIS	Centros de Bienestar Social
CEC	Centro de Extensión de Conocimientos
CECART	Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CEDIASA	Centro de Diagnóstico Ángeles, S. A.
CEEU	Coordinación de Evaluación de Estudios de Usuarios
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones
CENART	Centro Nacional de las Artes
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPI-OP	Cédulas de Evaluación de Proyectos de Inversión Física para Obra Pública
CEYCOP	Cifras de Empleo y Cuotas Obrero-Patronales
CFC	Comisión Federal de Competencia
CFE	Comisión Federal de Electricidad
CGRH	Coordinación de Gestión de Recursos Humanos
CIAD	Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación
CIB	Centro de Investigación Biomédica
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
CIE-9 MC	Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica
CIEFD	Centros de Investigación, Educación y Formación Docente
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CII	Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria
CIIRI	Cédula de Inspección para la Identificación de Riesgos en el IMSS
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud

COMPRANET	Sistema de Compras por Internet
CME	Cédulas Médico Económicas
CMN	Centro Médico Nacional
CNBV	Comisión Nacional Bancaria y de Valores
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEDCPHS	Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro
CNP	Costo Neto del Periodo
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
COFEPRIS	Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios
CONACULTA	Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONCANACO-SERVYTUR	Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo
CONSAR	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COP	Cuotas Obrero-Patronales
COPARMEX	Confederación Patronal de la República Mexicana
CPA	Contador Público Autorizado
CPIP	Coordinación de Presupuesto e Información Programática
CPSyC	Centro de Producción de Servicios y Costos
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos
CSS	Centros de Seguridad Social
CTAQIP	Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública
CURP	Clave Única de Registro de Población
CV	Centros Vacacionales
CVOED	Centro Virtual de Operación de Emergencias y Desastres
DAED	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
DAQM	División de Atención a Quejas Médicas
DAQMDH	División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos
DAR	Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad
DataMart	Administrador y operador de la Base de Datos del SAR 92
DELTA	Sistema de Incorporación y Recaudación

DF	Dirección de Finanzas
DG	Dirección General
DH	Derechohabiente
DHU	Derechohabiente Usuario
DHUSC	Derechohabientes usuarios con surtimiento completo
DIABETIMSS	Programa de Atención al Paciente Diabético
DIDT	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
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
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
EIS	Equipos Itinerantes de Salud
ELISA	Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzima
EMA	Emisión Mensual Anticipada
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas
ENCOPREVENIMSS	Encuesta Nacional de Cobertura de los Programas Integrados de Salud
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSAT	Encuesta Nacional de Satisfacción
ENSUME	Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos
EPM	*Enterprise Performance Management* (Administración del desempeño Empresarial)
ERP	*Enterprise Resource Planning* (Sistema Informático Integrado para la Administración de Recursos de las Empresas)
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FCOLCLC	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual
FCS	Fundación Carlos Slim
FD	Fiebre por Dengue

FEPADE	Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales
FHD	Fiebre Hemorrágica por Dengue
FIBESO	Fideicomisos de Beneficio Social
Fiel	Firma Electrónica Avanzada
FODI	Formación a Distancia, *e-learning*
FOFOE	Fondo de Fomento a la Educación
FPGC	Fondo de Protección para Gastos Catastróficos
FRONTSUITE	Sistema de Administración Hotelera
GPC	Guías de Práctica Clínica
GRAA	Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
GTRI	Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales
GTS	Grupo de Trabajo de Seguros
H1N1	Influenza A H1N1
HGR	Hospital General Regional
HGS	Hospital General de Subzona
HGZ	Hospital General de Zona
HPCM	*Hyperion Profitability and Cost Management*
HR	Hospital Rural
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
IDSE	IMSS Desde Su Empresa
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
IG	Indemnizaciones Globales
IMCO	Instituto Mexicano para la Competitividad
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-VISTA	Sistema de Información Hospitalaria
INBA	Instituto Nacional de Bellas Artes
INEA	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
IP1M	Índice de Pago a Primer Mes
IP2M	Índice de Pago a Segundo Mes
IPO	Índice de Pago Oportuno
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave

IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
IRC	Insuficiencia Renal Crónica
ISR	Impuesto Sobre la Renta
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IV	Invalidez
JDAO	Jefaturas de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente
JDSJ	Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos
JFCA	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje
JSPM	Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
LAI	Localidades de Acción Intensiva
LARRE	Laboratorio Regional de Referencia Epidemiológica
LAYOUT	Definición de una estructura específica en archivos planos o Bases de Datos
LCE	Laboratorio Central de Epidemiología
LFEP	Ley Federal de Entidades Paraestatales
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LFT	Ley Federal del Trabajo
LFTAIPG	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
LISSSTE	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IV	Invalidez
LSS	Ley del Seguro Social
LyFC	Luz y Fuerza del Centro
MAAGTIC	Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
MAAGTIC-SI	Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y de Seguridad de la Información
mdp	Millones de pesos
MEFHADIC	Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad

MEI	Metodología de Educación Inicial
MIC	Programa Estratégico para la Mejora Integral de la Gestión de las Compras
MIP	Modelo de Indicadores de Planeación
MIPYMES	Micro, Pequeñas y Medianas Empresas
MIR	Matrices de Indicadores para Resultados
MOCERI	Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales
MORAI	Módulo de Recepción y Atención Integral
MP	Ministerio Público
MSC	Medicamentos con Surtimiento Completo
NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
NOM	Norma Oficial Mexicana
NPIE	Número Patronal de Identificación Electrónica
NSSA	Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas
OAP	Optimización de Alta Pensión
OARR	Oportunidad en la Atención de Recursos de Revisión
OASI	Oportunidad en la Atención de Solicitudes de Información
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEM	Organización Editorial Mexicana
OFIMATICA	Nuevo Sistema de Administración Hotelera
OIC	Órgano Interno de Control en el IMSS
OISS	Organización Iberoamericana de la Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Orfandad
OSD	Ofertas Subsecuentes de Descuento
OTC	Oficina de Turismo y Convenciones
PAA	Programa Anual de Actividades
PAACR	Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas
PAE	Procedimiento Administrativo de Ejecución
PAI	Programa de Aseguramiento Integral
PAO	Parque Acuático Oaxtepec
PARI	Programa de Administración de Riesgos Institucionales
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda
PbR	Presupuesto Basado en Resultados

PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PREA	Programa de Envejecimiento Activo
PFF	Procuraduría Fiscal de la Federación
PGR	Procuraduría General de la República
PIMG	Programa Institucional de Mejora de la Gestión
PJF	Poder Judicial de la Federación
PLACA	Planeación y Control de Alimentos
PLACE	Plan de Cuidados de Enfermería
Planificatel	Servicio Telefónico sobre Planificación Familiar
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
PNACJ	Programa Nacional de Atención y Control de Juicios
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POA	Presupuesto Operativo Anual
PPE	Programa Primer Empleo
PREI	Sistema de Planeación de Recursos Institucionales
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PROCE	Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V.
PROCESAR	Procesadora del Sistema de Ahorro para el Retiro
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROFEDET	Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo
PROMADYP	Programa de Modernización de la Administración de Derechohabientes y las Prestaciones del IMSS
PRONASA	Programa Nacional de Salud
PURTR	Permiso de uso temporal revocable
RCV	Retiro, Cesantía y Vejez
RE	Retiro
RENAPO	Registro Nacional de Población
RENIECyT	Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas
REPODE	Registro Público de Organismos Descentralizados
RFA	Reserva Financiera y Actuarial
RFC	Registro Federal de Contribuyentes
RH	Recursos Humanos
RIIMSS	Reglamento Interior del IMSS
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones

RNDD	Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad
ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
ROCO	Reconocimiento Oficial de la Competencia Ocupacional
RPII	Registro del Patrimonio Inmobiliario Institucional
RPPF	Registro Público de la Propiedad Federal
RPV	Red Privada Virtual
RSC	Recetas con Surtimiento Completo
RSSOTCOTD	Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado
RX	Rayos X
SAE	Servicio de Administración y Enajenación de Bienes
SAH	Sistema de Administración Hotelera
SAI	Sistema de Abasto Institucional
SAOR	Sistema Administrador de Ofertas y Resoluciones
SAPMG	Sistema de Administración de Programa de Mejora de la Gestión Pública
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SARB	Sistema de Asistencia y Registro Biométrico
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SATI	Sistema de Mercancía de Tiendas
SATIC	Sistema de Afiliación de los 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
SCM	*Supply Chain Management* (Administración de la Cadena de Suministro)
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEGIB	Secretaría General Iberoamericana
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SEP	Secretaría de Educación Pública
SEPOMEX	Servicio Postal Mexicano/Correos de México
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SIAG	Sistema Integral de Administración de Guarderías
SIAGC	Sistema de Información y Administración de Guarderías Central
SIAP	Sistema de Información de Administración de Personal
SIARA	Sistema de Atención de Requerimientos de Autoridades
SIAREFI	Sistema de Administración de Recaudación y Fiscalización
SICAPREX	Sistema de Carga y Procesamiento de Excel
SICEH	Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales
SICS	Sistema Informático de Comunicación Social
SID	Sistema de Información Directiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIEFORE	Sociedad de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro
SIE-OP	Sistema de Información de IMSS-Oportunidades
SIEVOPIN	Sistema de Evaluación Operativa Integral
SIGUA	Sistema de Guarderías
SII-Web	Sistema Integral de Información en Red
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar
SINADI	Sistema Nacional de Dictamen
SINAPROC	Sistema Nacional de Protección Civil
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINDO	Sistema Institucional de Derechos y Obligaciones
SIPARE	Sistema de Pago Referenciado
SIPL	Servicio Integral por Pruebas de Laboratorio
SIPRESS	Sistema de Prestación de Servicios
SIPS	Sistema de Información de Prestaciones Sociales
SIPSI	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales
SISTRAP	Sistema de Trámites de Pensiones
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SMA	Seguimiento Mensual de Actividades
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SNT	Sistema Nacional de Tiendas
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SNV	Sistema Nacional de Velatorios
SPB	Sistema Padrón de Beneficiarios
SPEI	Sistema de Pago Electrónico Interbancario

SPPSTIMSS	Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del IMSS
SRCV	Seguro de Retiro Cesantía y Vejez
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
SSA	Secretaría de Salud
SSC	Sistema de Seguimiento de Casos
SSF	Seguro de Salud para la Familia
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SUA	Sistema Único de Autodeterminación
SUDINET	Sistema Único de Dictamen por Internet
SUMA	Sistema Unificado de Medios Audiovisuales
TAES	Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados
TAOD	Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente
TATA	Programa de Teleasistencia y Telealarma
TEC	Trabajadores Eventuales del Campo
TFJFA	Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
TM	Transparencia Mexicana, S. C.
TTP	Trabajadores Temporales y Permanentes
UC	Unidad de Congresos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIA	Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos
UD	Unidades Deportivas
UED	Unidad de Evaluación de Delegaciones
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
UVI	Unidad de Vinculación
VE	Vejez
VI	Viudez

VICO	Videoconferencias
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VO	Viudez-Orfandad
VICORSAT	Vigilancia Computarizada de Riesgos a la Salud de los Trabajadores