



El presente capítulo describe las acciones realizadas para incrementar la productividad y la eficiencia del gasto; presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y el equipo del Instituto; detalla el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2013, y describe la estrategia tecnológica que el IMSS ha implementado en los últimos meses.

Como se señaló en capítulos anteriores, el quehacer institucional se encaminó durante 2013 al logro de los dos objetivos institucionales: mejorar la calidad y calidez de los servicios y sanear financieramente al IMSS. Para conseguirlo fue necesario emprender acciones encaminadas a hacer más con los mismos recursos. Por ello, las estrategias implementadas durante ese año se fundamentaron en incrementar la productividad y eficiencia a través de aumentar la competitividad hacia adentro y fuera del Instituto, y transparentar las decisiones.

Los resultados obtenidos, que se describen a continuación, marcan un primer paso en mejorar la administración del Instituto Mexicano del Seguro Social. En los siguientes años, las acciones de eficiencia y contención del gasto que se han realizado permitirán transformar la manera en que el personal que toma las decisiones día con día, incluso a nivel de cada unidad médica, lo haga con un criterio de optimizar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros con los que se cuenta, con el objetivo fundamental de mejorar el servicio y la atención al derechohabiente.

Como se discute en los Capítulos I y XII, la mayor parte del saneamiento financiero del Instituto logrado durante 2013 provino de medidas de austeridad y eficiencia en el gasto, encaminadas al aprovechamiento óptimo de los recursos, sin demérito de la calidad y oportunidad de los servicios.

El abasto de medicamentos es una de las necesidades más sentidas de la derechohabiente y desde el primer día de la presente Administración se atendió mediante la mejora del proceso de compra y distribución de medicamentos y materiales de curación. Las primeras medidas fueron la eliminación de las compras emergentes locales de medicamentos y la optimización de los inventarios de medicamentos en los almacenes, para culminar al cierre del año en uno de los proyectos que más impacto ha tenido en el Sector Salud, tanto a nivel federal como estatal: la compra consolidada de bienes terapéuticos y material de curación más grande de la historia del país. Esta compra mejorará el abasto de medicamentos a más de 70 millones de mexicanos.

Para el IMSS, la compra implicó la redefinición de estrategias de abasto más eficientes como la entrega directa en farmacia de los medicamentos de alto costo y la administración de inventarios por parte del proveedor para los de mayor consumo, las cuales sirven de referencia actualmente para otras instituciones públicas de salud.

En lo relativo al gasto administrativo y de operación, se implementaron acciones de racionalidad y contención del gasto en servicios generales y conservación, las cuales generaron ahorros cercanos a los 1,000 millones de pesos. Alrededor de 2 millones de personas visitan el IMSS todos los días, por lo que se inició un proceso de optimización del uso de las instalaciones.

Para brindar cada vez más y mejores servicios, el quehacer diario del personal del Instituto es clave. Durante el periodo de este Informe se priorizó la contratación de categorías de médicos especialistas y enfermeras, para una atención médica oportuna y de calidad.

Estas y otras acciones permitieron reducir al cierre de 2013 el gasto corriente en 5,556 millones de pesos, lo que representa 7 por ciento menos en términos reales respecto al gasto de 2012, revirtiendo la tendencia al alza de los años anteriores, que se reflejó en el incremento de 14 por ciento de 2011 a 2012. La mejor noticia es, sin embargo, que se logró brindar más y mejores servicios con mayor productividad y eficiencia del gasto. En 2013 se realizaron más consultas médicas y se surtieron más recetas que en cualquiera de los años anteriores. Por la relevancia de los resultados obtenidos, se incorpora en este Informe un capítulo sobre las acciones administrativas más relevantes emprendidas por la presente Administración.

XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios

XI.1.1. Mejoras en los esquemas de abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos

Uno de los temas más sensibles para la población derechohabiente del IMSS es el abasto de medicamentos. En el Instituto, tener la medicina necesaria de manera oportuna es de los aspectos más valorados pues permite brindar un servicio oportuno y de calidad en beneficio de millones de mexicanos. Este fue uno de los primeros temas a los cuales se avocó la presente Administración, para lo cual, durante 2013, se emprendieron una serie de acciones que se orientaron a mejorar el abasto de medicamentos de la manera más costo-efectiva.

Eliminación de compras emergentes

El Instituto, como una estrategia para evitar el desabasto, llevaba a cabo compras emergentes de medicamentos y material de curación a través de las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), mediante la herramienta denominada Bolsa Única de Ofertas (BUO). Esta estrategia representaba un gasto anual de 1,500 millones de pesos. Sin embargo, la pulverización en la compra de los bienes referidos y un proceso que no fomentaba la competencia, provocaba que su adquisición no se realizara bajo las mejores condiciones. Esta problemática se sumaba a la falta de planeación al momento de definir los requerimientos de compra de medicamentos por parte de las unidades médicas. Por ello, se decidió eliminar la Bolsa Única de Ofertas a partir del segundo semestre de 2013, sustituyéndola por un esquema de compra que garantizara una mayor competencia y transparencia en los procesos. Esta medida generó ahorros por 500 millones de pesos y mejoró el abasto de medicamentos en los hospitales y clínicas del Instituto.

Optimización de los inventarios de medicamentos

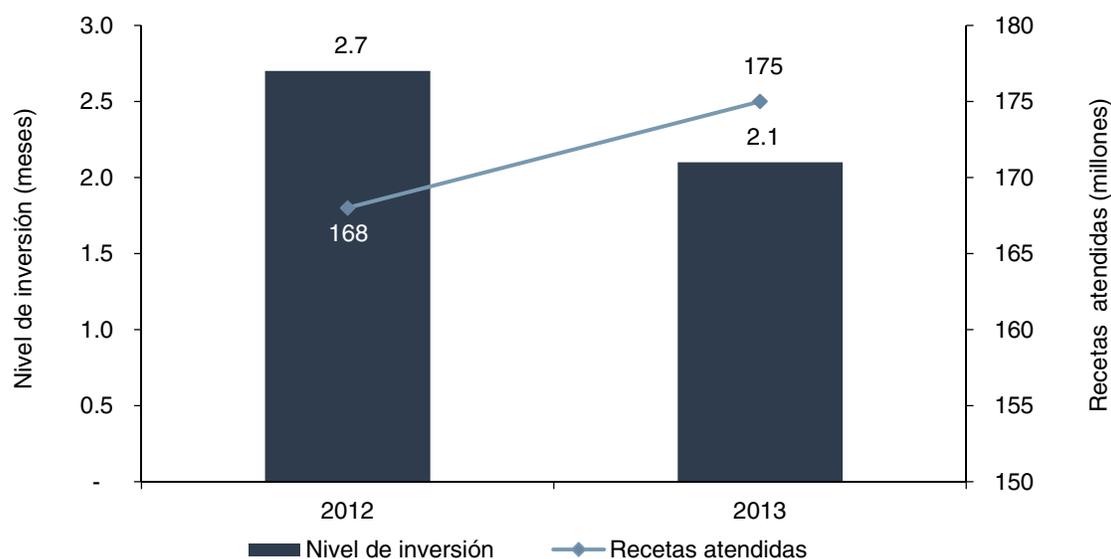
Durante 2013 se surtieron 175 millones de recetas en el IMSS, 7 millones más que en 2012, con una prescripción promedio de 5 medicamentos por receta. La optimización de la cadena de suministro, desde la entrega del medicamento a los almacenes del IMSS, hasta la entrega del producto al derechohabiente en la farmacia, es un proceso fundamental que está en constante mejora. Tradicionalmente, el Instituto había seguido una política de inventarios altos para evitar el desabasto, lo que implicaba elevados costos de sobreinversión y riesgo de mermas.

De haberse conservado esta política, se habría puesto en riesgo la atención de un número de recetas en constante crecimiento. A mediados de 2013 se redujo el nivel de inventario de medicamentos en almacenes de 3 a 2 meses en promedio, reduciendo su costo en más de 1,000 millones de pesos para colocar con más oportunidad los medicamentos en las farmacias, lo que permitió mantener y mejorar gradualmente un nivel alto de atención a recetas (gráfica XI.1). Asimismo, se analizó la congruencia entre el consumo promedio mensual pronosticado y el consumo real, y se implementaron directrices para el seguimiento y validación de los requerimientos por parte de las unidades médicas.

Para mantener el abasto oportuno de los medicamentos, se aumentó la periodicidad bajo la cual se supervisan y generan los requerimientos de medicamentos por parte de las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad. Asimismo, en línea con una estrategia general de automatización de procesos, se implementó una plataforma electrónica en la cual se registran y monitorean los incumplimientos de los proveedores, a efecto de resolver de manera oportuna el abasto de medicamento no suministrado.

Durante 2014, la mejora del proceso de suministro de los insumos terapéuticos se centrará en nuevas estrategias que giran en torno a las premisas siguientes: disminución de los costos de mantenimiento de inventarios en claves de alto volumen y bajo costo; optimización de los niveles de inventarios en las farmacias de medicamentos de alto costo, y mejoras en la distribución interna entre almacenes y farmacias delegacionales.

Gráfica XI.1.
Optimización de los inventarios de medicamentos y comportamiento del número de recetas atendidas, 2012-2013



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Compra consolidada de bienes terapéuticos

La acción más relevante del proceso de mejora en los esquemas de abasto y suministro de medicamentos realizada durante 2013 es la compra consolidada de medicamentos y materiales de curación más grande de la historia en el Sector Público mexicano. Esta compra, realizada en el marco de la universalización de los servicios de salud con calidad, garantiza la oportunidad y la calidad de esos insumos para la salud, contribuye a reducir costos y mejora el proceso de suministro, a través de nuevas y mejores condiciones de abastecimiento. La compra ascendió a cerca de 43 mil millones de pesos y comprendió más de 1,800 tipos de medicamentos y materiales de curación en beneficio de más de 70 millones de mexicanos.

En este esfuerzo de coordinación interinstitucional participaron, además del IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina; los Hospitales

de la Mujer, de Psiquiatría, Nacional Homeopático y Juárez del Centro de la Secretaría de Salud, así como los estados de Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz. Comprar medicamentos de esta forma coordinada permitió mejorar su abasto en beneficio de la derechohabiente.

El éxito de esta innovadora compra, además de buscar mejorar el abasto oportuno, radicó en implementar una estrategia de coordinación interinstitucional que privilegió la transparencia, competencia y certidumbre, con el acompañamiento de la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Economía, el Órgano Interno de Control en el IMSS, y 3 testigos sociales: Transparencia Mexicana, A. C., Academia Mexicana de Auditoría Integral al Desempeño, A. C., y Contraloría Ciudadana para la Rendición de Cuentas, A. C., así como de la Comisión Federal de Competencia Económica, además de que la totalidad de los procedimientos de licitación estuvieron a disposición para su consulta pública a través del portal de Compranet y del propio Instituto. Para garantizar que la compra fuera participativa e

incluyente se llevaron a cabo reuniones con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica y la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación, lo que permitió incrementar el número de empresas participantes.

La compra consolidada generó ahorros con respecto a los precios del año anterior de 3,700 millones de pesos (equivalentes a poco más de 9 por ciento): 3,100 millones de pesos en medicamentos genéricos y material de curación, y cerca de 600 millones de pesos en medicamentos con patente o de marca única. Los ahorros para el Instituto ascendieron a cerca de 1,900 millones de pesos, lo que equivale a la inversión en obra y equipamiento de 2 Hospitales Generales de Zona de 144 camas.

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los procesos licitatorios fomentaron la competencia a través de mecanismos innovadores. En 5 procedimientos de licitación se utilizaron las subastas en reversa, conocidas como ofertas subsecuentes de descuento, obteniéndose ahorros, sólo en esta modalidad, por más de 1,000 millones de pesos, lo cual permitió obtener el reconocimiento de dicho organismo por los procedimientos de compra del IMSS.

La estrategia de compra realizada guardó como premisa el apoyo a la industria nacional. Para ello se utilizó al máximo la Reserva Permanente de Compra, la cual ascendió a más de 5,600 millones de pesos, mientras que en el año previo (2012) fue de 3,800 millones de pesos. Esta acción permitió que un número mayor de medicamentos fueran adjudicados a más proveedores nacionales. En 2012 fueron 243 medicamentos y 703 en 2013, incrementándose el número de empresas adjudicadas de 170 a 197; de estas últimas, 108 son Pequeñas y Medianas Empresas (PyMES), gracias a estrategias de contratación incluyentes y transparentes (gráfica XI.2).

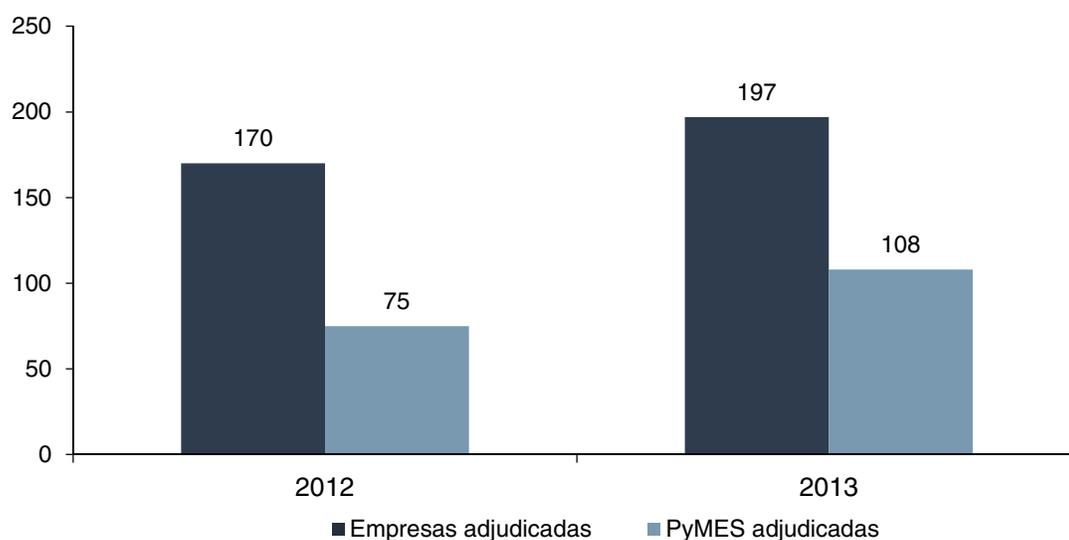
Todos los procesos de compra fomentaron la competencia en la industria farmacéutica, lo que resultó en que los 12 principales proveedores de medicamentos disminuyeron su participación relativa en la venta de medicamentos, en cerca de 10 puntos porcentuales.

Para la compra consolidada de medicamentos próxima a realizarse en 2014, el Instituto encamina sus esfuerzos al reforzamiento de la transparencia y competencia en los procesos de compra. Participarán la Secretaría de la Función Pública, la Comisión Federal de Competencia Económica, la Secretaría de Economía y Testigos Sociales. Con base en la experiencia generada y el análisis de los resultados obtenidos en la compra consolidada del año anterior, se mejorarán los procedimientos y se incrementará la participación de las entidades federales y estatales, se impulsará aún más la competencia entre los participantes y se promoverá una mayor efectividad del abasto en las farmacias.

En complemento a las acciones realizadas durante 2013 por parte del Instituto para avanzar en un abasto suficiente y oportuno, en 2014, se ampliará el mecanismo de “consumo en demanda” o consignación, que permitirá tanto a la industria como al Instituto mantener un nivel de inventario suficiente para atender la demanda de las 20 claves de mayor consumo en el IMSS, mediante la administración por parte del proveedor de dichos inventarios en los almacenes del Instituto; de esta forma, el proveedor y el Instituto son responsables de mantener los niveles de inventario óptimos de tales claves, a efecto de garantizar su abasto oportuno en beneficio de los derechohabientes.

Se espera que este esquema, junto con la modalidad de entrega directa de la proveeduría a la farmacia para grupos de medicamentos de alta especialidad y alto costo, permita obtener una disminución adicional del

Gráfica XI.2.
Empresas y Pequeñas y Medianas Empresas nacionales adjudicadas en compra consolidada



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

costo de los inventarios y reduzca el riesgo de merma en el almacén delegacional durante el envío a las unidades médicas.

Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos. Unidosis intrahospitalaria

Con el fin de minimizar el riesgo en la ministración de medicamentos a pacientes hospitalizados en las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad, se dio continuidad a la unidosis intrahospitalaria y se consolidaron los Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT), proporcionando dosis personalizadas las 24 horas del día, los 365 días del año. Esto se traduce en importantes beneficios para los derechohabientes hospitalizados, tales como: el suministro oportuno y exacto de los medicamentos; la automatización y simplificación de los procesos; una mayor calidad y calidez en la atención del personal de Enfermería y farmacia, y una mayor seguridad para el paciente. Adicionalmente, se evitaron mermas y

fugas y se obtuvo una reducción en el consumo de dichos bienes por 101 millones de pesos con relación al consumo registrado en 2012.

En 2013 se automatizó el proceso de identificación de medicamentos inyectables, a través de la emisión automatizada de etiquetas adheribles que cumplen con los elementos que se evalúan en el proceso de Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General. Con esto, se homologa la distribución de bienes terapéuticos en los hospitales, generando información en línea de inventarios y consumo real, que permitirá una mejor planeación de la demanda y un mayor control en la utilización de los insumos.

Servicios médicos integrales

Dentro de los servicios médicos que presta el IMSS, destacan por su impacto en la salud de la derechohabencia y por su complejidad diagnóstica y terapéutica, los denominados servicios integrales, a los que el Instituto destina más de 13,500 millones de pesos

anuales. Estos servicios constituyen una alternativa de contratación para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, completos y específicos para que las unidades médicas den respuesta a las demandas de atención, otorgándolos de forma integral y sin interrupciones. Los servicios médicos integrales se conforman por el equipo médico y sus accesorios, el instrumental quirúrgico y los bienes de consumo. Estos servicios comprenden, entre otros, hemodiálisis subrogada e interna, diálisis peritoneal automatizada y continua ambulatoria, estudios de laboratorio, banco de sangre y cirugía de mínima invasión.

Asignar tal cantidad de recursos orientados a temas tan sensibles para la población derechohabiente ha sido posible porque la contratación de servicios, a partir del año anterior, se acompaña de una política de supervisión y control que refuerza la vigilancia local para que los servicios se presten a usuarios con vigencia de derechos comprobada y con acciones permanentes para el control riguroso de los censos de pacientes.

Durante 2012 el gasto total en dichos servicios aumentó 24.7 por ciento respecto a 2011, lográndose disminuir dicha tendencia a 13.7 por ciento en 2013. Lo anterior fue posible a través de una política de supervisión y control para garantizar que los recursos destinados a estos servicios se utilicen de manera eficiente. Así, por primera vez en la historia del Instituto, se elaboró un censo de diabéticos confiable y verificable, lo cual implicó un gran trabajo de campo para comprobar, entre otros aspectos, la vigencia de derechos de los beneficiarios de este programa, lográndose ahorros por más de 300 millones de pesos.

En la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica, la supervisión se orienta al cumplimiento de los protocolos de atención médica, que establecen que la primera etapa de su atención sea en diálisis peritoneal y, sólo después, en hemodiálisis. Asimismo, se inició un

programa para hacer un uso intensivo y más eficiente de la modalidad intramuros de hemodiálisis, con lo que se aprovecha la formación de médicos especializados en Nefrología y se optimizan los recursos disponibles.

Respecto al suministro de oxígeno domiciliario y hospitalario que se utiliza para el tratamiento terapéutico y quirúrgico, al que se destinan más de 1,100 millones de pesos, se observó que existían precios diferentes en las distintas delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad. En consecuencia, en 2013 el Instituto estableció con la proveeduría un precio uniforme para todo el país, lográndose una disminución en el precio en términos reales de aproximadamente 13 por ciento para oxígeno domiciliario y 9 por ciento para oxígeno hospitalario, con respecto al año anterior. Esta mejora en las condiciones de contratación permitió hacer frente a la creciente demanda de este insumo, con un presupuesto similar al de 2012.

Actualmente, el IMSS se encuentra en el diseño de la estrategia de contratación de los servicios integrales, analizando la conveniencia de hacerlo bajo un esquema anual o plurianual. Dicha estrategia tiene como premisa fundamental utilizar los mismos criterios de contratación que guiaron la compra consolidada de medicamentos en 2013; esto es, fomentar la competencia, garantizar la transparencia y obtener un servicio médico de calidad para la derechohabiencia.

Con relación a la contratación del servicio de oxígeno hospitalario para 2014, se establecieron términos y condiciones con precios de referencia a nivel nacional, así como la inclusión de mejoras en el servicio, como son: pruebas de hermeticidad en las unidades médicas, a fin de detectar y reparar fugas existentes; análisis e identificación de sistemas de almacenamiento idóneos; seguimiento y monitoreo remoto a las centrales de gases ubicadas en las unidades médicas, y capacitación constante a las áreas de conservación y personal médico. Para el caso

de oxígeno domiciliario, se operará a nivel nacional con un sistema para la administración y registro del suministro, dando puntual seguimiento al control de cada paciente que recibe el servicio.

Servicio de Traslado de Órganos y Pacientes

El trasplante de órganos es uno de los procedimientos médicos que muestra que es posible mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y, simultáneamente, las finanzas institucionales, al contener el gasto de las enfermedades crónico-degenerativas. Para contribuir a la mejora del servicio a los derechohabientes que requieren de un trasplante de órgano, en 2013 se trabajó para hacer más eficiente el servicio para la procuración y traslado de órganos vitales, que deben ser transportados en un mínimo de tiempo para trasplantarse con éxito. Se logró transportar en los tiempos requeridos 140 órganos en 95 traslados, lo que representó un incremento de 75 por ciento en el número de órganos y de 38 por ciento en el número de traslados con respecto al año 2012, año en el que se trasladaron 80 órganos en 69 traslados.

Con relación al servicio de traslado de pacientes que por sus condiciones de salud y estado de gravedad deben transportarse en ambulancia aérea que cuente con equipo y personal médico especializado, durante 2013 se logró el traslado de 20 pacientes, cifra superior en 43 por ciento a la obtenida en 2012, que fue de 14.

XI.1.2. Optimización del gasto administrativo y de operación

En el año 2012, el crecimiento del gasto en conservación y servicios generales fue de 13 por ciento con respecto al año anterior, motivo por el cual en 2013 se implementaron acciones de racionalización, contención y eficiencia del gasto, con énfasis en la supervisión en instalaciones del Instituto. En total, se obtuvieron ahorros cercanos a 1,000 millones de pesos en servicios generales y conservación.

Arrendamiento de vehículos

Hasta el año 2012 el IMSS compraba toda su flota vehicular, lo cual implicaba altos costos de operación y mantenimiento. En 2013 se decidió la contratación, al igual que en el Gobierno Federal, de un servicio de arrendamiento integral de transporte vehicular. Se llevó a cabo una primera etapa de sustitución de 165 vehículos. En este esquema el proveedor del servicio administra la plantilla vehicular, se hace cargo de los mantenimientos, aseguramiento y cualquier costo asociado, así como de garantizar la disponibilidad inmediata del parque vehicular. Con esto se logró mejorar en el periodo de agosto a diciembre de 2013 la calidad del servicio y una reducción del gasto en diversos rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

Dentro de los diversos rubros de racionalización del gasto, se tiene el de las dotaciones de combustible por cilindraje y tipo de servicio que prestan los vehículos. Se redujo en promedio 10 por ciento la cuota asignada y se fortalecieron los controles para su uso. Este esfuerzo mereció el reconocimiento otorgado por primera vez al Instituto, por la Secretaría de Energía a través de la Comisión Nacional de Uso Eficiente de Energía, por lograr en el año 2013 un ahorro de 1.7 millones de litros de combustible, equivalente a 20.2 millones de pesos.

Con base en esta nueva forma de administrar la flota vehicular se elaboró un plan de modernización de ambulancias mediante el esquema de arrendamiento, el cual permitirá, en breve, la renovación de ambulancias del Instituto y ofrecerá a los derechohabientes y sus acompañantes que requieren de un traslado, mejores condiciones de seguridad, comodidad, atención oportuna y calidad en el servicio, así como en la reducción de gastos en los rubros antes señalados.

Optimización del gasto en conservación y mantenimiento de equipo médico

En el año 2013 se realizaron acciones con el objetivo de optimizar y hacer eficiente el gasto de conservación en instalaciones y equipo médico a nivel nacional, mediante una mejora en la administración de los contratos de servicios e incrementando las supervisiones en campo. En 2013 se efectuó en tiempo y forma el mantenimiento preventivo y correctivo a 5,600 equipos médicos, lo que representa un incremento de casi 5 por ciento con respecto a lo realizado en 2012. Para 2014 se dará mantenimiento a 7,119 equipos médicos, 27 por ciento más que el año anterior con precios unitarios iguales o menores al 2013. Para lograr lo anterior se establecieron medidas para la contención o reducción del precio unitario de mantenimiento preventivo y correctivo.

Con el objetivo de mejorar el servicio y la imagen institucional, durante 2013 se implementó el programa “Peso sobre Peso”. El programa tiene como objetivo impactar favorablemente en la percepción que tiene el derechohabiente sobre el IMSS, a través de proyectos de equipamiento, mejora de las instalaciones y optimización de los servicios institucionales. En este programa las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad definen sus proyectos y proponen el monto que su presupuesto les permite financiar proveniente de ahorros generados. Nivel Central analiza la viabilidad técnica y, de resultar procedente y que no implique un gasto regularizable, otorga un peso por cada peso de aportación de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad.

El presupuesto asignado para el apoyo de los proyectos por parte de Nivel Central en el ejercicio fiscal de 2013, tuvo un tope de 200 millones de pesos con un monto máximo de 20 millones de pesos para cada proyecto, obteniéndose como resultado la conclusión de 58 proyectos con un monto total de 182 millones de pesos, dentro de los que destacan los

de remodelación y mantenimiento, baños, salas de espera, luminarias, pintura e impermeabilización, así como adquisiciones de equipo médico.

Servicios de Seguridad Privada

Hasta 2013 este servicio se contrató de forma independiente por las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad a través de 47 procesos de licitación. Lo anterior representó un alto costo administrativo, una gran diversidad de proveedoría y escasa infraestructura tecnológica. Para el 2014 se implementó la contratación regionalizada del servicio alineada a la estrategia de seguridad del Gobierno Federal, reduciéndose a 7 procesos de contratación, con lo cual se pretende mejorar la prestación del servicio con uniformidad y suficiencia tecnológica para la reducción de vulnerabilidades en las instalaciones; homologación de la operación en todo el país; mayor capacitación a los miembros de los cuerpos de seguridad, y actualización de protocolos de seguridad.

Actualmente, el IMSS se encuentra en proceso de incorporación al Sistema Nacional de Seguridad a través del Grupo de Coordinación de Instalaciones Estratégicas, lo que permitirá contar con el apoyo de las Fuerzas Federales, Estatales y Municipales de manera oportuna y eficiente ante situaciones de riesgo que pudiesen afectar la integridad física de la derechohabiente, los trabajadores e instalaciones institucionales.

XI.1.3. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles

A partir de 2013 se inició el análisis de los espacios disponibles en los inmuebles propios y arrendados a fin de optimizarlos y en su caso cancelar los no necesarios, lo que permitió reducir cerca de 2 por ciento el presupuesto autorizado. En materia de arrendamiento, se realizó un análisis para determinar el destino y finalidad en la utilización de estos bienes

inmuebles, estableciéndose las acciones preventivas siguientes: homologación de criterios para evitar incrementos de renta sin sustento técnico-jurídico, optimización y administración de espacios arrendados para aprovecharlos de manera eficiente, lo que generó en 2013 la disminución de contratos de arrendamiento en 5 por ciento.

Para inmuebles propios, se implementaron acciones de reordenamiento que propiciaron un adecuado aprovechamiento. Esto permitió el uso eficiente de una superficie de 15,203 metros cuadrados en beneficio de 1,608 servidores públicos del Instituto, evitando la contratación de nuevos arrendamientos.

Se buscó un mejor aprovechamiento de los espacios disponibles en donde los permisionarios prestan, entre otros servicios, la venta de: aparatos ortopédicos, libros, artesanías, alimentos y bebidas, logrando incrementar el número de permisos de uso temporal revocable y obtener por este concepto un incremento de 8 por ciento en el ingreso institucional respecto a 2012, año en que se obtuvieron ingresos por 100 millones de pesos.

XI.1.4. Optimización del gasto en servicios personales

El gasto de servicios de personal representa 33 por ciento del gasto total del Instituto. Es por eso que esta Administración, para enfrentar la creciente demanda de más y mejores servicios, estableció las estrategias siguientes: orientación del gasto para privilegiar la contratación de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos, y control eficiente de asistencia de los trabajadores, con lo cual se contribuyó al incremento de la productividad. En materia de honorarios, se racionalizó el gasto y se obtuvo un ahorro de 19 millones de pesos.

La implementación de estas estrategias permitió fortalecer los servicios médicos, contribuyendo al desahogo de la demanda de atención de urgencias, la

disminución del rezago quirúrgico y el aumento de la consulta externa en los tres niveles de atención médica. Para el ejercicio 2014, se mantendrá la política de redireccionamiento del gasto en servicios personales respecto de los techos financieros autorizados, priorizando la contratación de personal médico.

XI.1.5. Inversión física

Para enfrentar la creciente demanda de servicios y la necesidad de ampliar la infraestructura y la capacidad instalada, la actual Administración trabaja en la definición de un nuevo modelo de unidades médicas que considere las necesidades de los derechohabientes, asegure la funcionalidad y eficiencia de los inmuebles y reduzca los costos de diseño, construcción y operación, sin menoscabo de la capacidad de atención o de la calidad y calidez de los servicios.

La planeación de la nueva infraestructura médica se realizará conjuntamente con las demás instituciones públicas de salud, a fin de fortalecer la capacidad de atención y respuesta del sector, evitar duplicidades y asegurar que cada peso invertido tenga el mayor impacto social posible.

En congruencia con lo anterior, la actual Administración contuvo durante 2013 una parte del gasto en infraestructura médica, con el objetivo de reorientar los recursos en 2014 hacia obras de mayor impacto social y menor costo. Así, para este año, se contó con un presupuesto de 1,200 millones de pesos, inferior al promedio anual de 4,500 millones de pesos registrado en los últimos 9 años. Estos recursos se destinaron principalmente a la conclusión y equipamiento de las obras iniciadas en ejercicios anteriores, garantizando con ello su inicio de operación y la optimización de los recursos financieros.

En 2013 se dotó del equipamiento y se puso en operación un nuevo Hospital General de Zona de 189 camas con Unidad de Quemados, en Hermosillo,

Sonora. Con esta acción el Instituto logró un cambio relevante en la atención a los derechohabientes que requieren este tipo de atención especializada. Se concluyeron 26 ampliaciones y/o remodelaciones de unidades médicas, de las cuales 12 correspondieron al Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Urgencias, 3 al Programa de Escaleras de Emergencia para reforzar el Programa de Protección Civil y 11 atienden el fortalecimiento de diversas áreas de unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención (cuadro XI.1).

Estas obras añadieron 125 camas y 5 consultorios a la infraestructura institucional, con una población beneficiada superior a los 7 millones de derechohabientes. La ampliación y remodelación de las áreas fue de más de 44 mil metros cuadrados, equivalente a la superficie de 2 hospitales generales de 144 camas cada uno. Con estas obras se contribuye a la reducción de los tiempos de espera en las áreas de Urgencias y se mejora sustancialmente la calidad de los servicios de primer contacto con la población derechohabiente.

Por primera vez en la historia del IMSS se iniciaron los trabajos para la construcción de 5 hospitales generales en un mismo año, y en junio de 2013 se inició la construcción de una clínica en Irapuato, Guanajuato, que corresponde al compromiso presidencial número 225, la cual iniciará operaciones en el verano de 2014 (cuadro XI.2).

La conclusión de estos 5 hospitales, incrementará en 847 camas la capacidad de infraestructura institucional, en beneficio de una población de 5 millones de derechohabientes.

Al cierre de 2013, continúan en proceso de construcción el Hospital General de Zona de Reynosa, Tamaulipas, de 216 camas, que se encuentra en las fases finales de instalación de equipos y dotación de personal, y la Central de Servicios del Centro Médico

Nacional “La Raza”, que contiene las instalaciones de soporte a la operación de los hospitales que lo integran.

XI.2. Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto

Este apartado presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica. Presenta el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2013.

XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional

De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2013 se cuenta con un total de 3,200 unidades en operación del Régimen Ordinario. De éstas, 2,279 (71 por ciento) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 921 (29 por ciento) se destinan a realizar funciones relacionadas con prestaciones económicas y sociales, servicios de incorporación y recaudación y de administración.

Instalaciones médicas del Régimen Ordinario

Las unidades están organizadas en tres niveles de atención originadas por la magnitud y complejidad de las necesidades de salud de la población derechohabiente. El primer nivel atiende principalmente servicios ambulatorios; el segundo brinda acciones y servicios de atención ambulatoria especializada, hospitalización y de urgencias, y el tercer nivel atiende las enfermedades de mayor complejidad, que necesitan equipos e instalaciones especializadas.

Al 31 de diciembre de 2013, el Instituto cuenta con 1,502 unidades de primer nivel, de las cuales 1,100 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 381 son

Cuadro XI.1.
Obras médicas concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término
Programa de fortalecimiento de los servicios de urgencias					
1	Baja California	Ensenada	HGZ No.8	Amp y Rem Urgencias	(septiembre 2013)
2	Chihuahua	Ciudad Juárez	HGZ No.6	Amp y Rem Urgencias	(enero 2013)
3	Estado de México	Los Reyes	HGZ No.53	Amp y Rem Urgencias	(enero 2013)
4	Estado de México	La Quebrada	HGZ No.57	Amp y Rem Urgencias	(enero 2013)
5	Morelos	Cuatla	HGZ/MF No.7	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
6	Oaxaca	Oaxaca	HGZ/MF No.1	Amp y Rem Urgencias	(abril 2013)
7	Sinaloa	Los Mochis	HGZ No.49	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
8	Tamaulipas	Matamoros	HGZ No.13	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
9	Yucatán	Mérida	HGR No.1	Amp y Rem Urgencias	(febrero 2013)
10	Distrito Federal Norte	Magdalena de las Salinas	UMAE, H.Traumatología	Amp y Rem Urgencias	(mayo 2013)
11	Distrito Federal Sur	Tizapan	UMAE, HGO No. 4	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
12	Distrito Federal Sur	Troncoso	HGZ No.2A	Amp y Rem Urgencias	(febrero 2013)
Programa de escaleras de emergencia					
1	Nuevo León	Monterrey	HGZ/MF No.2	Amp y Rem Escaleras de emergencia	(enero 2013)
2	Nuevo León	San Nicolás de los Garza	HGZ/MF No.6	Amp y Rem Escaleras de emergencia	(mayo 2013)
3	Distrito Federal Norte	CMN "La Raza"	UMAE, Hospital Especialidades	Amp y Rem Escaleras de emergencia	(noviembre 2013)
Otras ampliaciones y/o remodelaciones					
1	Baja California Sur	San José del Cabo	HGS/MF No.38	Amp y Rem Barda Perimetral	(octubre 2013)
2	Coahuila	Ciudad Acuña	UMF No.87	Amp y Rem	(junio 2013)
3	Michoacán	Uruapan	UMF No. 81	Amp y Rem (Sustitución UMF No. 76)	(julio 2013)
4	Nuevo León	Monterrey	HGZ No.17	Amp y Rem	(marzo 2013)
5	Tabasco	Villahermosa	HGZ No.46	Amp y Rem (Carril interior y rampa)	(junio 2013)
6	Tlaxcala	Tlaxcala	HGZ No. 1	Amp y Rem (UCIA)	(abril 2013)
7	Distrito Federal Norte	Insurgentes	HGZ No.24	Amp y Rem	(diciembre 2013)
8	Distrito Federal Norte	San Juan de Aragón	HGZ/MF No. 29	Amp y Rem	(mayo 2013)
9	Distrito Federal Norte	Tlatelolco	HGZ No. 27	Demolición	(septiembre 2013)
10	Distrito Federal Norte	Tlatelolco	HGO S/N	Amp y Rem (Sustitución del HGZ No. 27)	(septiembre 2013)
11	Distrito Federal Norte	CMN "La Raza"	UMAE, Hospital General	Amp y Rem (Centro de documentación)	(octubre 2013)

26 Total de acciones

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Cuadro XI.2.
Obras médicas iniciadas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término ^{1/}	No. de Camas por Delegación	Incremento de Camas	Porcentaje de Incremento ^{2/}
1	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ 144 Camas	Nueva	(abril 2015)	348	144	44
2	Colima	Villa de Álvarez	HGZ 165 Camas	Nueva sustitución	(julio 2015)	188	165	42
3	Guanajuato	León	HGR 250 Camas	Nueva	(agosto 2015)	657	250	38
4	Sonora	Nogales	HGZ 144 Camas	Nueva	(mazo 2016)	1,075	144	13
5	Chiapas	Tapachula	HGZ 144 Camas	Nueva sustitución	(abril 2016)	302	144	3.6
6	Guanajuato	Irapuato	UMF 10 Consultorios	Nueva	(febrero 2014)	-	-	-

6 Total de acciones

^{1/} Las fechas reportadas son susceptibles de modificarse en razón de su desarrollo constructivo.

^{2/} Las obras de Villa de Álvarez, Colima, y Tapachula, Chiapas, por ser obras de sustitución el incremento real de camas es de 79 y 11, respectivamente. Los porcentajes de incremento corresponden a estos valores.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 34 y 27 años, respectivamente; asimismo, existen 21 Unidades de Medicina Familiar con Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) (cuadro XI.3).

En el segundo nivel de atención, existen 246 unidades con una antigüedad promedio de 37 años. Entre éstas, se incluyen 39 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, de las cuales 10 corresponden a unidades independientes y 29 son unidades anexas a Unidades de Medicina Familiar u hospitales. Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria tienen una antigüedad promedio de 7 años.

En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 unidades médicas complementarias, las cuales ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica

y terapéutica. El cuadro XI. 4 que contiene el detalle de estas unidades). La infraestructura de tercer nivel tiene 39 años de antigüedad en promedio.

Se cuenta con 488 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.3). Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. Entre ellas se incluyen 428 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, y 39 unidades y centros de investigación en salud.

En el cuadro XI.5 se presenta la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades del Régimen Ordinario dedicadas a la prestación de servicios médicos.

Cuadro XI.3.
Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2012 y 2013

Tipo de unidad	Núm. de unidades	
	2012	2013
Unidades médicas		
Primer nivel de atención	1,499	1,502
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,098	1,100
Unidades de Medicina Familiar con UMAA	20	21
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar (UAMF)	381	381
Segundo nivel de atención	244	246
Hospitales Generales	114	116
Hospitales Generales con MF	112	112
Hospitales Generales con UMAA	8	8
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	10	10
Tercer nivel de atención^{1/}	36	36
Total de unidades médicas	1,779	1,784
Infraestructura de apoyo a la atención médica		
Laboratorio de citología exfoliativa	1	1
Taller de prótesis y órtesis	1	1
Farmacias centrales	5	5
Total de infraestructura de apoyo a la atención médica	7	7
Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud		
Bibliotecas (Centros de investigación y documentación en salud)	421	428
Escuelas de Enfermería	7	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13	13
Unidades y centros de investigación en salud	40	39
Bioterio	1	1
Total de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	482	488
Total	2,268	2,279

^{1/} No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Estado físico de las unidades médicas del Régimen Ordinario

En atención a lo establecido en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social se valoró el estado físico de equipos propios, instalaciones e inmuebles en 1,464 unidades médicas, es decir, 82 por ciento del total de las unidades médicas en operación (1,784 unidades). El estado del equipo de las unidades se calificó como bueno o regular en 97, 95 y 96 por ciento de las unidades del primer, segundo y tercer

niveles de atención, respectivamente. El porcentaje de las unidades de primer nivel cuyas instalaciones se calificaron en condiciones buenas o regulares fue de 97 por ciento, mientras que los porcentajes para el segundo y tercer niveles fueron de 90 y 89 por ciento, respectivamente. Con relación al estado de los inmuebles, los porcentajes obtenidos fueron los siguientes: 95, 95 y 93 por ciento de las unidades de primer, segundo y tercer niveles, respectivamente, y se calificaron en condiciones buenas o regulares.

Cuadro XI.4.

Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2013^{1/}

Delegación/UMAE/Unidad complementaria

Distrito Federal

1. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza"; Hospital de Psiquiatría "Morelos", Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "La Raza".
2. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza"; Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández", Centro Médico Nacional "La Raza".
3. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional "La Raza".
4. Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas; Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas; Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.
5. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI".
6. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Centro Médico Nacional "Siglo XXI"; Hospital de Psiquiatría "San Fernando", Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "Siglo XXI".
7. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional "Siglo XXI".
8. Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI".
9. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".
10. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro.

Guadalajara, Jalisco

11. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente; Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional de Occidente.
12. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.
13. Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente.

Monterrey, Nuevo León

14. Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noroeste, Hospital de Psiquiatría No. 22.
15. Hospital de Cardiología No. 34.
16. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación No. 1.
17. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 23 "Dr. Ignacio Morones Prieto".

Torreón, Coahuila

18. Hospital de Especialidades No. 71.

Puebla, Puebla

19. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho".
20. Hospital de Traumatología y Ortopedia, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho".

León, Guanajuato

21. Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío.
22. Hospital de Gineco-Pediatría No. 48, Centro Médico Nacional del Bajío.

Veracruz, Veracruz

23. Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruiz Cortines".

Ciudad Obregón, Sonora

24. Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donald Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste.

Mérida, Yucatán

25. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez".

^{1/} No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro.XI.5.
Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2013
(número de unidades)

Región/Delegación	Primer nivel			Segundo nivel			Tercer nivel ^{4/}
	Medicina familiar ^{1/}	Medicina Familiar con UMAA	Unidades Auxiliares de MF	Hospitales ^{2/}	Hospitales con UMAA	UMAA ^{3/}	
Centro	177	7	88	43	2	2	18
Distrito Federal Norte	21	-	34	6	1	-	8
Distrito Federal Sur	19	3	20	10	1	-	8
Guerrero	13	1	9	6	-	-	-
México Oriente	41	2	17	11	-	1	-
México Poniente	41	1	2	5	-	-	2
Morelos	21	-	2	3	-	-	-
Querétaro	21	-	4	2	-	1	-
Oficinas Centrales	-	-	-	-	-	-	-
Norte	273	7	55	52	2	3	7
Aguascalientes	10	1	1	2	-	-	-
Coahuila	36	1	13	12	-	1	1
Chihuahua	46	1	3	9	1	-	-
Durango	29	1	18	4	-	-	-
Nuevo León	46	1	7	9	-	1	6
San Luis Potosí	30	-	6	6	-	-	-
Tamaulipas	43	2	6	8	1	-	-
Zacatecas	33	-	1	2	-	1	-
Occidente	353	5	140	80	1	3	7
Baja California	30	-	4	8	-	1	-
Baja California Sur	13	1	7	6	-	-	-
Colima	10	-	6	3	-	-	-
Guanajuato	35	-	4	10	-	1	2
Jalisco	102	1	59	16	1	-	4
Michoacán	44	1	17	10	-	-	-
Nayarit	21	-	10	5	-	1	-
Sinaloa	40	1	28	8	-	-	-
Sonora	58	1	5	14	-	-	1
Sur	297	2	98	53	3	2	4
Campeche	9	-	6	2	-	1	-
Chiapas	27	1	13	4	-	-	-
Hidalgo	14	-	5	6	-	-	-
Oaxaca	23	-	5	3	1	-	-
Puebla	44	-	1	4	2	-	2
Quintana Roo	8	-	8	6	-	-	-
Tabasco	30	-	2	3	-	-	-
Tlaxcala	14	-	2	3	-	-	-
Veracruz Norte	45	1	6	8	-	-	1
Veracruz Sur	59	-	23	9	-	-	-
Yucatán	24	-	27	5	-	1	1
Total	1,100	21	381	228	8	10	36

^{1/} Incluye Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (UMFH) y Unidades Médicas Rurales de Esquema Modificado.

^{2/} Incluye Centro Comunitario de Salud Mental; no incluye Laboratorio de Citología Exfoliativa.

^{3/} Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) autónoma.

^{4/} Incluye Unidad Médica de Alta Especialidad y unidades complementarias. No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad tanto del Hospital de Especialidades y como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Instalaciones médicas del Programa IMSS-Oportunidades

La infraestructura inmobiliaria operativa de IMSS-Oportunidades, que forma parte del patrimonio del Instituto, incluye a diciembre de 2013, un total de 3,938 unidades. El cuadro XI.6 muestra la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el Programa. Las unidades médicas de primer nivel de atención (3,859) corresponden a las Unidades Médicas Rurales (3,589) y Unidades Médicas Urbanas (270). En ellas se otorgan servicios básicos de salud a la población usuaria. En promedio, resuelven alrededor de 85 por ciento de los problemas de salud de baja complejidad y que requieren contar con recursos básicos para su diagnóstico y tratamiento. Las unidades médicas de segundo nivel de atención (79) son los Hospitales Rurales, a los cuales corresponde aproximadamente 15 por ciento de la demanda de atención. Adicionalmente, existen 270 unidades de apoyo a la atención médica que en su gran mayoría son equipos móviles que otorgan un paquete básico de servicios médico-preventivos.

Estado físico de las unidades médicas de IMSS-Oportunidades

De la valoración del estado físico del equipo, instalaciones e inmueble de las unidades de primer nivel de atención del Programa IMSS-Oportunidades se obtuvo que en 40, 96 y 93 por ciento, respectivamente, se encuentran en buen estado o en estado regular. En relación con el segundo nivel de atención, los hospitales reportan que el equipo, instalaciones e inmueble se encuentran en buen o regular estado de conservación en 82, 95 y 89 por ciento de los casos, respectivamente.

Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se integra por unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos y de servicios generales, propios y rentados.

Actualmente, el Instituto cuenta con 921 inmuebles propios (cuadro XI.7), de los cuales 444 son unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales con una edad promedio de 36 años; 71 son unidades de actividades de incorporación y recaudación con una edad promedio de 33 años; 46 son unidades administrativas con una edad promedio de 37 años; 115 son unidades de servicios generales con una edad promedio de 34 años; 94 son inmuebles que aún no tienen destino específico, y 151 son terrenos desocupados.

Al mismo tiempo, el Instituto renta 289 inmuebles. En general, la mayoría de las unidades no médicas rentadas albergan actividades relacionadas con servicios generales (60 por ciento), seguidas por actividades de prestaciones económicas y sociales (40 por ciento).

En el caso de los inmuebles propios, la variación entre el 2012 y 2013 obedece principalmente al aumento del número de inmuebles que aún no tiene destino específico y terrenos desocupados, que en su conjunto suman 110 inmuebles adicionales, así como por el aumento en 11 inmuebles propios que funcionan como Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar. El incremento en el número de inmuebles que aún no tiene destino específico y terrenos desocupados, obedece a que las delegaciones obtuvieron durante el segundo semestre de 2013 inmuebles mediante las modalidades de donación, adjudicación y dación en pago, los cuales son considerados como reservas territoriales para la ampliación de los servicios que presta este Instituto.

Cuadro.XI.6.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel
de atención y tipo de unidad, 2013
(número de unidades)

Región/Delegación	Núm. de delegaciones	Primer nivel		Total	Segundo nivel
		Unidades Médicas Rurales	Unidades Médicas Urbanas		Hospital Rural
Centro	5				
Distrito Federal Sur		-	21	21	-
México Poniente		27	8	35	2
Morelos		-	4	4	-
Querétaro		-	4	4	-
Guerrero		15	22	37	1
Norte	7				
Coahuila		78	8	86	3
Chihuahua		144	4	148	3
Durango		163	2	165	3
Nuevo León		-	3	3	-
San Luis Potosí		202	6	208	4
Tamaulipas		103	-	103	4
Zacatecas		141	9	150	5
Occidente	7				
Baja California		11	4	15	1
Guanajuato		-	11	11	-
Jalisco		-	9	9	-
Michoacán		335	15	350	7
Nayarit		79	4	83	1
Sinaloa		103	5	108	3
Sonora		-	5	5	-
Sur	9				
Campeche		39	4	43	2
Chiapas		557	12	569	10
Hidalgo		215	6	221	4
Oaxaca		469	21	490	9
Puebla		305	13	318	7
Tlaxcala		-	3	3	-
Veracruz Norte		291	19	310	3
Veracruz Sur		229	36	265	3
Yucatán		83	12	95	4
Total Nacional	28	3,589	270	3,859	79

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, IMSS.

Cuadro XI.7.
Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble,
2012 y 2013

Tipo de función del inmueble	2012		2013	
	Número de inmuebles			
	Inmuebles propios	Inmuebles rentados	Inmuebles propios	Inmuebles rentados
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	413	121	444	115
Centros de seguridad social para el bienestar familiar	124	13	135	12
Teatros	14	-	18	-
Deportivos	16	1	20	1
Tiendas	21	100	25	98
Centros vacacionales	5	-	5	-
Velatorios	8	-	11	-
Guarderías	220	7	220	4
Bibliotecas	1	-	1	-
Albergues	3	-	8	-
Unidad de congresos	1	-	1	-
Unidades de Incorporación y Recaudación	66	59	71	57
Subdelegaciones	66	59	71	57
Unidades Administrativas	45	55	46	47
Oficinas delegacionales	26	44	29	43
Casas delegados	18	11	16	4
Organismo de seguridad social (CIESS) ^{1/}	1	-	1	-
Unidades de Servicios Generales	113	70	115	70
Lavanderías regionales	18	-	18	-
Centros de capacitación	5	5	5	6
Unidades de reproducciones gráficas	1	-	1	-
Módulos de ambulancia y transportes	10	-	10	-
Estacionamientos ^{2/}	6	-	7	-
Centrales de servicio	13	-	16	-
Almacenes	47	8	46	10
Bodegas	8	15	7	15
Bodegas de bienes embargados	5	42	5	39
Unidades desocupadas	135	-	245	-
Terrenos	107	-	151	-
Inmuebles pendientes de aplicar ^{3/}	28	-	94	-
Total	772	305	921	289

^{1/} CIESS: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

^{2/} Por lo que hace a los inmuebles no médicos con tipo de función de estacionamientos en la presente comparación 2012-2013, se consideró procedente omitir el registro de 631 cajones de estacionamiento, toda vez que estos representan sólo la contratación de un servicio para el Instituto.

^{3/} Inmuebles que a la fecha del corte no tienen destino específico y que están disponibles para darles el uso o destino que se requiera.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

En cuanto a los inmuebles rentados, la disminución de 16 inmuebles entre 2012 y 2013 obedece principalmente a la disminución de siete casas delegacionales (44 por ciento) por aplicación de la normatividad que rige la materia, así como la reducción de seis inmuebles destinados a las actividades de prestaciones económicas y sociales (38 por ciento).

Estado físico de las unidades no médicas

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valoró considerando el estado físico del propio inmueble, sus instalaciones y equipos. En este sentido, el porcentaje de los tres rubros (equipo, instalaciones e inmuebles), es de 97, 95 y 96 por ciento, respectivamente, que resultaron en condiciones buenas o regulares.

XI.2.2. Equipo institucional

Equipo médico

El Instituto cuenta con equipo médico distribuido en la red de unidades médicas descritas en la sección anterior. El equipo médico forma parte de la tecnología que a lo largo de 71 años el Instituto ha adquirido y acumulado. La obsolescencia de algunos equipos y el surgimiento de nuevas tecnologías en medicina han hecho indispensable que la institución implemente un programa destinado a mejorar la calidad de la atención médica, a través de la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas que permitan anticipar el daño a la salud y contener el gasto asociado al tratamiento de enfermedades de alto costo.

La administración y planeación de la renovación del equipo médico requiere de la evaluación de la efectividad y eficiencia de los nuevos equipos médicos que se utilizarán en los servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

El momento óptimo para la sustitución de equipos es difícil de determinar y depende de varios factores. La obsolescencia puede darse por falta de refacciones, accesorios y consumibles o por descomposturas frecuentes que disminuyen la productividad del equipo. La sustitución de equipos que aún con vida útil son rebasados por el surgimiento de nuevas tecnologías menos invasivas, de menor costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes.

En 2013 se realizó una inversión en equipo y mobiliario médico equivalente a 1,546 millones de pesos (gráfica XI.3). Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-Oportunidades que alcanzó 84.9 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 1,630 millones de pesos.

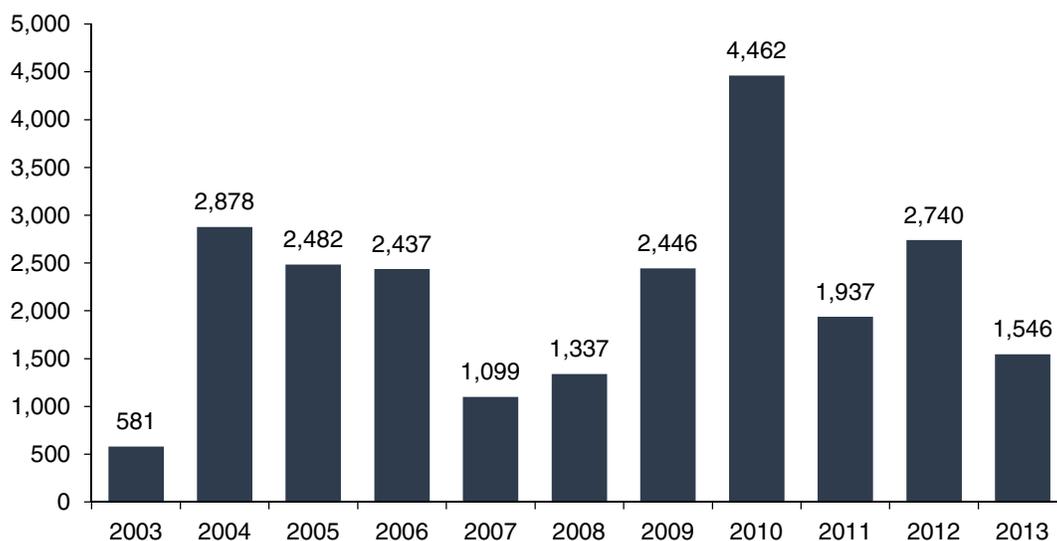
Al 31 de diciembre de 2013, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 586 mil bienes (cuadro XI.8). De estos bienes, 89.1 por ciento pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 10.9 por ciento, al Programa IMSS-Oportunidades.

En 2013 se invirtieron 1,630 millones de pesos en 12,111 bienes de equipo y mobiliario (2.1 por ciento del total del inventario existente), de los cuales 5,667 son aparatos médicos y 4,690 son bienes de mobiliario médico (cuadro XI.9). Al Régimen Ordinario se destinó 97.2 por ciento del total de los bienes; esta inversión representó más de 94.8 por ciento del gasto total en equipo y mobiliario médico en este año.

XI.3. IMSS Digital

Históricamente, la agenda tecnológica del IMSS se ha conformado de manera reactiva a las solicitudes de las múltiples áreas del Instituto, sin realizar mayores esfuerzos de racionalización y armonización institucional, resultando en un complejo ecosistema

Gráfica XI.3.
Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2013^{1/}
(millones de pesos de 2012)



^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.8.
Número de bienes clasificados por categoría funcional del
Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, al cierre de 2013^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Aparato médico	224,456	31,686	256,142
Aparato e instrumental de laboratorio	33,526	8,442	41,968
Instrumental de cirugía general	10,181	512	10,693
Instrumental de cirugía y especialidad	56,325	4,941	61,266
Aparato médico Influenza A H1N1	2,324	141	2,465
Mobiliario médico	175,466	18,876	194,342
Mobiliario de laboratorio	18,537	559	19,096
Mobiliario médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	520,879	65,157	586,036

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.9.
Equipo médico adquirido en 2013 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades^{1/}

Categoría funcional	Régimen Ordinario		IMSS-Oportunidades		Total	
	Núm. de bienes	Importe (pesos)	Núm. de bienes	Importe (pesos)	Núm. de bienes	Importe (pesos)
Aparato médico	5,335	1,390,299,756	332	84,832,156	5,667	1,475,131,912
Aparato e instrumental de laboratorio	535	28,359,581	1	34,000	536	28,393,581
Instrumental de cirugía general	356	18,670,225	-	-	356	18,670,225
Instrumental de cirugía y especialidad	533	25,064,550	-	-	533	25,064,550
Aparato médico Influenza A H1N1	74	6,116,210	-	-	74	6,116,210
Mobiliario médico	4,687	75,760,993	3	26,448	4,690	75,787,441
Mobiliario de laboratorio	255	1,446,122	-	-	255	1,446,122
Mobiliario médico Influenza A H1N1	-	-	-	-	-	-
Total	11,775	1,545,717,437	336	84,892,604	12,111	1,630,610,041

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

tecnológico y operativo, sumamente costoso de mantener y evolucionar. Este enfoque privilegió la atención de necesidades internas que se han traducido en iniciativas desarticuladas e incongruentes entre sí, descuidando la actualización, modernización y correcto soporte, así como el mantenimiento de la infraestructura y maduración del modelo operativo. La cultura institucional es de tolerancia a niveles de servicio y desempeño tecnológicos sumamente precarios, en los que ya sea por desconocimiento o tolerancia, se asumen altos riesgos tecnológicos y operativos de forma cotidiana en un entorno de obsolescencia e incapacidad estructural para mejora e innovación.

El ecosistema tecnológico resultante se tradujo en más de 174 sistemas en producción, casi 4,500 bases de datos, que procesan más de 7 millones de transacciones diarias de forma distribuida en 3,000 instalaciones como hospitales, Unidades de Medicina Familiar y delegaciones. Por sí mismas, estas dimensiones son congruentes con el tamaño del IMSS; sin embargo, al no estar armonizadas bajo una misma lógica y diseño, no permiten economías de escala, la integración de procesos, ni la eficiencia de gestión; de igual forma, la complejidad fomenta la baja calidad en la información derivada de inconsistencias

procedimentales y de ambigüedad o definición de datos. Tan solo, como muestra de dicho volumen transaccional, el expediente clínico electrónico del primer nivel de atención, se encuentra distribuido en casi 1,300 instancias independientes, que en conjunto suman 50 millones de expedientes que contienen la información clínica de un mismo número de personas desde 2004 hasta la fecha, conformando una de las mayores bases de conocimiento de su tipo, en cuanto a volumen a nivel mundial.

Derivado de la visión integral de la actual Administración, encaminada en mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados y sanear financieramente al IMSS, la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico inició una transformación de su rol dentro de la institución, de un área de primordial atención de requerimientos departamentales, a un habilitador estratégico a partir de la innovación y servicios digitales. Dicha transformación nace de un cambio de paradigma del deber ser de la innovación y desarrollo tecnológico institucional, para ahora privilegiar la satisfacción de las necesidades de la sociedad, de los ciudadanos y de los derechohabientes; en contraste con la visión anterior que prestaba poca o nula atención a las necesidades de los usuarios externos al IMSS.

En consecuencia al cambio de paradigma expuesto, se definió la iniciativa IMSS Digital en apego al marco de actuación promovido por la Presidencia de la República, para buscar la adopción y el desarrollo de tecnologías de la información y comunicaciones (TICs), e impulsar un gobierno eficaz que inserte a México en la sociedad de la información y del conocimiento. Esta iniciativa persigue la habilitación de un modelo unificado de operación y de un modelo moderno de atención, mediante la homologación de la información a lo largo de la operación y la puesta en marcha de canales de atención no presenciales, para favorecer el incremento de la productividad y el fortalecimiento de la transparencia dentro del Instituto. La iniciativa IMSS Digital hizo evidente la necesidad de nuevos servicios y competencias adicionales a los disponibles en el Instituto.

Como un primer paso para romper con la inercia y cultura institucional de bajos niveles de servicios y altos riesgos de operación tecnológica, se realizaron cuatro acciones: i) racionalización y priorización del portafolio de iniciativas tecnológicas para revertir la práctica de atención de requerimientos primordialmente departamentales; ii) revisión y optimización de contratos vigentes para racionalizar el costo operativo; iii) cancelación y/o redefinición de algunas iniciativas que resultaban costosas e incongruentes y que respondían al paradigma anterior, y iv) generación de eficiencias en el ecosistema tecnológico. Esto provocó un mejor aprovechamiento de recursos y reasignación de una parte sustantiva de los mismos a otros proyectos estratégicos del Instituto.

A pesar de la problemática expuesta y la firme determinación de transitar hacia un nuevo paradigma, es innegable la dependencia operativa de múltiples áreas y procesos del Instituto respecto del ecosistema tecnológico actual. En consecuencia, el aseguramiento de la continuidad operativa resulta de la mayor importancia; bajo esta premisa, la presente Administración estableció como prioridad mitigar los riesgos bajo los que se opera, reconociendo que debe

procurarse maximizar la disponibilidad de servicios, independientemente de la calidad técnica y fiabilidad tecnológica existente. El doble reto, entonces, ha consistido en invertir una importante cantidad de horas y recursos en continuidad operativa, al mismo tiempo, y en cuidadosa sincronización con las acciones estratégicas de evolución hacia la nueva visión.

Por ello, el Instituto inició un proceso para optimizar su ambiente tecnológico, para disminuir riesgos operativos y generar eficiencias y economías. Destaca la reorganización de funciones operativas y la actualización de los sistemas operativos tanto de las bases de datos como de los lenguajes de programación de 174 componentes críticos del ambiente tecnológico del IMSS, que se encontraban operando en plataformas tecnológicas no soportadas e inclusive descontinuadas por los fabricantes. Igualmente, se mejoró el monitoreo de los sistemas y de la atención a fallas e incidentes, y por primera vez se incorporaron en los procesos de atención, los reportes canalizados vía Centro de Contacto Ciudadano. Con esto, el IMSS reconoce que los principales usuarios y beneficiarios de los servicios tecnológicos son los derechohabientes y ciudadanos.

Primera etapa de IMSS Digital

A la par de lo anterior, se inició la ejecución de la primera iteración de IMSS Digital, enfocada en crear las condiciones mínimas necesarias para poder ejecutar la nueva visión del Instituto. Esta fase se enfocó en cuatro ejes estratégicos: i) mejora y modernización de procesos y sistemas legados hacia un modelo unificado de operación; ii) la redefinición del modelo de telecomunicaciones; iii) el aprovisionamiento de mayor capacidad de cómputo y almacenamiento centralizado en un ambiente seguro y de alta disponibilidad, y iv) la habilitación de un modelo moderno de atención para lo que se inició la construcción de la primera versión de la nube privada del IMSS para la habilitación de los primeros servicios digitales.

Modernización de procesos y sistemas legados

A partir del establecimiento de la visión de un modelo unificado de operación del Instituto, se comenzó por generar espacios de redefinición de procesos y evaluación del futuro de los sistemas legados con cada una de las áreas del IMSS. Esto resulta fundamental pues el despliegue de servicios digitales requiere de una organización que opera apegada a procesos de forma unificada, uniforme y con calidad, bajo modelos modernos de organización. Lo anterior contrasta con la organización actual por silos que opera de forma distribuida y no estandarizada en ventanilla, fomentando discrecionalidad operativa en detrimento de la calidad de la atención.

Destaca en este esfuerzo, la estrecha colaboración con la Dirección de Incorporación y Recaudación, que ha sentado los cimientos para superar progresivamente el reto tecnológico, que implica el despliegue de servicios digitales en convivencia con el ecosistema tecnológico prevaleciente. Lo anterior será posible por el esfuerzo realizado de unificación de las identidades de patrones y derechohabientes a partir de la consolidación de más de 1,200 bases de datos en una plataforma con altos niveles de calidad y confiabilidad. Esta nueva plataforma, que ya cuenta con casi 6 mil millones de registros patronales y de asegurados, incluyendo las relaciones laborales y los beneficiarios de estos últimos, es la pieza toral de la nueva arquitectura de sistemas. Así, de manera paulatina permitirá sustituir al ecosistema tecnológico legado que data de los años 80, por medio del cual el Instituto administra las cuentas únicas de los trabajadores y sus relaciones laborales con los patrones.

Como parte de estos esfuerzos, también se inició la depuración y estandarización de los procesos de domiciliación a partir de convenios con el Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Al contar con métodos

de domiciliación más precisos, se impacta de manera importante en la operación del Instituto, ya que, entre otros, se mejoran los procesos de incorporación y recaudación que requieren la ubicación y jurisdicción de las diferentes oficinas administrativas, unidades médicas y domicilios de sujetos obligados y derechohabientes. Además, sienta las bases para en un futuro incorporar métodos de georreferenciación a los procesos del IMSS.

Telecomunicaciones

El modelo de telecomunicaciones se redefinió para llegar a un esquema técnica y económicamente viable, que permitiera proveer servicios de telecomunicaciones a través de diferentes proveedores, combinando distintas tecnologías y niveles de servicio. Bajo este modelo se concluyó un periodo de más de 10 años con el mismo proveedor, lo que permitió acceder a un esquema más amplio de servicios para casi 3 mil sitios, que van desde delegaciones, subdelegaciones y unidades médicas de los tres niveles de atención, hasta guarderías, velatorios, tiendas y centros vacacionales. Este nuevo modelo de conectividad no sólo implica un incremento promedio de casi 10 veces el ancho de banda actual, sino además ofrece mayor flexibilidad para responder a las nuevas realidades y necesidades del IMSS. Por ejemplo, contar con mayor capacidad de interoperabilidad e intercambio de información para la fiscalización, para la prestación de servicios bajo un esquema de acceso universal a la salud y para la construcción del sistema de seguridad social universal.

La cooperación interinstitucional con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), en el contexto del proyecto del Gobierno de la República, México Conectado, que busca brindar acceso a la banda ancha en todos los sitios y espacios públicos del país, y de la Red Nacional para el Impulso de la Banda Ancha (NIBA), está facilitando el despliegue de este nuevo modelo al proporcionar conectividad

para más de 500 sitios. El nuevo modelo también permite la competencia abierta de la industria de telecomunicaciones en beneficio de la calidad, oportunidad y precio de los servicios para el Instituto.

El avance a la fecha, es de casi 300 inmuebles operando 100 por ciento bajo el nuevo esquema, dentro de los cuales se encuentran los sitios más importantes del IMSS, por ejemplo, la totalidad de las Unidades Médicas de Alta Especialidad; los hospitales generales más representativos; la totalidad de las delegaciones y las más relevantes subdelegaciones, edificios centrales y Unidades de Medicina Familiar. Esta primera fase de la migración al nuevo modelo, aunque parece menor respecto del esfuerzo institucional que resta para la migración de la totalidad de la red, por sí sola ya se ubica como una de las 5 redes más grandes de su especie en el Gobierno Federal.

Capacidad de almacenamiento y procesamiento centralizado

En materia de infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado, a finales de 2013 se habilitaron los servicios de Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres. Estos servicios se obtuvieron a costos nominales más bajos de iniciativas similares en el Gobierno Federal en 2010 y se garantizó que estos costos se mantengan fijos hasta 2016.

En un hecho sin precedentes en el IMSS, el nuevo ambiente de operación tecnológica coloca al Instituto en la ruta para consumir estos servicios bajo demanda, con los más altos estándares internacionales de disponibilidad y seguridad. Con esto se libera progresivamente al Instituto de comprar infraestructura de cómputo y almacenamiento de datos, realizar obra civil, contratar personal especializado e incurrir en costos de mantenimiento y obsolescencia. Asimismo, la provisión de estos servicios ya no se encuentra condicionada a las capacidades de respuesta internas, y ahora la evolución del ecosistema tecnológico, y en

consecuencia el valor entregado al IMSS, se liberan de las restricciones que imponía el modelo anterior.

La primera fase del nuevo ambiente de procesamiento y almacenamiento permitió que de octubre de 2013 a junio de 2014 se desplegara la primera versión de la nube privada del IMSS Digital, e igualmente iniciara el proyecto de migración del ambiente productivo de los sistemas, lo cual no hubiera sido posible de no contar con la capacidad de infraestructura bajo demanda. El proceso de migración continúa con el objetivo de estandarizar los ambientes productivos bajo un modelo costo-eficiente y minimizar los riesgos operativos del ecosistema tecnológico mediante el cual opera el Instituto.

Modelo moderno de atención

La construcción de un modelo moderno de atención implica el despliegue de canales de atención alternativos a las ventanillas, por eso, durante 2013, el Instituto modernizó su portal de Internet. La lógica fue que uno de los canales de atención no presenciales más importante debía ser dicho portal, ya que por este medio interactúan casi 200 mil personas diariamente.

El nuevo sitio "Acercando el IMSS al Ciudadano" presenta información clasificada según los grupos de usuarios que la consumen, bajo el arreglo de "momentos de vida". Es decir, la información es desplegada de acuerdo con el tipo de usuario y el contexto temporal en que la requiere; por ejemplo, una trabajadora al momento de ser madre consumirá información relativa a la prestación de guarderías. Este modelo diseñado a partir de las necesidades del ciudadano, contrasta con el modelo anterior en el que la información se clasificaba y desplegaba en el portal de acuerdo con la estructura organizacional del Instituto y sin considerar las necesidades del ciudadano. Siguiendo el mismo ejemplo, la información de guarderías tenía que ser localizada en la sección de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del portal.

A partir del despliegue del nuevo sitio, en junio de 2013, el índice que mide la efectividad para mantener a los visitantes navegando en el mismo (*bounce rate*, como se le conoce en el argot digital), ha mejorado en casi 30 puntos porcentuales. Esta métrica indica que el nuevo portal es más efectivo, pues mantiene a los usuarios más tiempo y en más secciones del sitio como consecuencia de encontrar información de valor.

El nuevo sitio también es el punto de acceso al “Escritorio Virtual”, que es la representación digital de la ventanilla de atención, a través del cual se desplegaron los 5 primeros servicios digitales al público para ser consumidos bajo un modelo de autoservicio: Asignación o Localización del Número de Seguridad Social (NSS); Alta Patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo de Personas Físicas; Consulta del Estado de Adeudo; Corrección Patronal, y Movimientos Patronales (primera etapa). Atendiendo las necesidades de identificación y expresión de voluntad no presenciales necesarias para garantizar la certidumbre jurídica de un modelo de atención digital, y previendo una interoperabilidad a nivel federal, conforme lo establece la Estrategia Digital Nacional, el IMSS adoptó el uso de la Firma Electrónica Avanzada del Servicio de Administración Tributaria (SAT) y la emisión de acuses de recibo sellados digitalmente. Además de la simplicidad, agilidad y conveniencia obtenida en los trámites, también se reduce la brecha existente entre los procesos de fiscalización del SAT y el IMSS.

Una vez liberado el servicio digital de Asignación o Localización del Número de Seguridad Social, se incrementó en más del doble la capacidad institucional para atender esta necesidad, pasando de un promedio diario de 7 mil servicios vía ventanilla, a más de 15 mil diarios, de los cuales 60 por ciento son provistos vía Internet en un horario continuo de atención a diferencia del horario de oficina de la ventanilla. Adicionalmente, y por primera vez en materia de servicios administrativos, 5 por ciento de los eventos

de atención ocurren en sábados, domingos y días inhábiles, y 25 por ciento ocurre en horas inhábiles. Esto significa no sólo agilidad y oportunidad, sino ahorros importantes para los solicitantes y para el Instituto que se lograrán gracias a una simplificación del trámite y una homologación del proceso en una sola plataforma multicanal, que es utilizada tanto en ventanilla como vía Internet.

Ahora, para la asignación o localización del Número de Seguridad Social, basta con proporcionar la Clave Única de Registro de Población (CURP), la cual es validada de manera automática con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) y con la plataforma de información institucional. En la parte final del proceso de atención, la solicitud se atiende mediante el envío de un correo electrónico al solicitante, conteniendo su Número de Seguridad Social y sellado digitalmente por el Instituto. De enero a junio de 2014 se han emitido 1.6 millones de certificados digitales de Número de Seguridad Social en ambos canales, manteniéndose la proporción de 60-40 por ciento, por Internet y por ventanilla, respectivamente.

En el resto de los servicios digitales liberados, también se aprecian impactos importantes en el modelo de atención; por ejemplo, entre marzo de 2014 y la fecha de elaboración de este Informe, más de 6 mil personas físicas se dieron de alta como patrones ante el Instituto, sin necesidad de acudir a las ventanillas de atención ni proporcionar documentos.

En resumen, los 5 servicios digitales liberados han registrado un ahorro de más de 3 millones y medio de horas a los ciudadanos que hicieron uso de estos servicios, e incrementaron la capacidad de atención de las ventanillas para otros trámites en casi 300 mil horas ventanilla, lo que equivaldría a aumentar esta capacidad de atención de las ventanillas en 153 por ciento. Esto se ve reflejado en una mayor productividad para el Instituto y para el país. El resultado de la

liberación de estos servicios digitales representa, tal vez, uno de los mejores ejemplos de cómo mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados y sanear financieramente al IMSS, conforme a la estrategia establecida por la Dirección General. Como dato relevante para dimensionar lo anterior, según estadísticas recolectadas del gobierno del Reino Unido, una transacción de atención digital es cuando menos 50 veces inferior al costo de una transacción de atención en ventanilla¹⁴⁶.

Con la finalidad de fomentar el cumplimiento de las obligaciones patronales, respecto a lo informado el año pasado referente a la puesta en marcha del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), se continuó con su operación y fortalecimiento. A un año, más de 400 mil patrones que representan 42 por ciento del total, han realizado más de 1.9 millones de transacciones de pago de cuotas obrero-patronales con valor de más de 69 mil millones de pesos. Con este sistema, se ha generado la disminución del pago por comisiones bancarias en más de 40 por ciento.

En el nuevo portal también se incorporó la sección denominada Salud en Línea, con la cual se abrió un nuevo canal para brindar información relacionada con los servicios de salud que presta el Instituto. Este es el primer paso de la puesta en marcha de una plataforma digital con métodos innovadores, que bajo la misma lógica de los servicios digitales ya en operación, apoyarán las tareas de prevención y promoción de la salud y coadyuvarán en la solución de la problemática de saturación de unidades médicas.

Conclusión

Bajo una perspectiva de racionalización de esfuerzos y enfoque hacia el ciudadano, se han revisado las prioridades para orientar al Instituto hacia las actividades que resultan sustantivas para ofrecer los potenciales servicios digitales, recurriendo a los servicios y soluciones disponibles en la industria nacional e internacional, así como a las iniciativas del Gobierno de la República.

El enfoque empleado si bien resulta innovador para la forma de hacer tecnología en el Instituto, no lo es respecto de las mejores prácticas internacionales. Este enfoque abandona el paradigma de desarrollos tecnológicos para el autoconsumo, y transita hacia la creación de servicios habilitados por la oferta de la industria tecnológica y de servicios, permitiendo remontar el relevante rezago del IMSS en la materia, para colocarlo eventualmente en la vanguardia de instituciones con capacidades digitales.

Con estas primeras acciones del IMSS Digital, en conjunto con la mejora en la continuidad operativa, y fortalecimiento de la infraestructura y servicios tecnológicos, se han sentado las bases para evolucionar hacia un modelo moderno de atención; queda ahora continuar con los esfuerzos que permitan potenciar esta visión que deberá resultar en una importante contribución de mejora en la calidad y calidez de los servicios que presta el Instituto y el saneamiento financiero del mismo.

¹⁴⁶ *Digital Efficiency Report*, 2012, Reino Unido, <https://www.gov.uk/government/publications/digital-efficiency-report/digital-efficiency-report>