

Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012



Vivir Mejor



SALUD



**GOBIERNO
FEDERAL**





Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública
Federal 2006 – 2012.

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2006-2012

PRIMERA ETAPA

Periodo del 1 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011



1 Presentación

1.1 Marco legal del informe

El presente Informe se elabora en cumplimiento de lo dispuesto por los ordenamientos siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 109 y 113.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, artículo 8, fracción IV.

Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal (APF) 2006-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 19 de diciembre de 2011.

Lineamientos para la formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, publicados en el DOF el 18 de enero de 2012.



1.2 Descripción de los servicios y funciones del Instituto

El Instituto Mexicano del Seguro Social, entidad pública a la que se le confiere la organización y administración del servicio público de carácter nacional, denominado Seguro Social, se constituye hace 69 años, a través de la expedición de la Ley del Seguro Social (LSS), con el objeto de otorgar protección a los trabajadores asalariados y a sus familias, respecto de sus derechos en materia de seguridad social.

De acuerdo con la LSS *"la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado"*. La propia Ley define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social y precisa, como se señaló, que la organización y administración de éste están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El IMSS, es la institución de seguridad social nacional con el mayor número de población derechohabiente, proporciona servicios médicos a más de la mitad de la población, incluyendo aquella atendida a través del Programa IMSS-Oportunidades.

Ofrece prestaciones a sus derechohabientes bajo dos regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio el supuesto principal es la existencia de una relación laboral que obliga a los patrones a inscribir a sus trabajadores ante el IMSS, mientras que en el Régimen Voluntario, el aseguramiento invariablemente es producto de una decisión individual o



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

colectiva. La LSS establece que el Régimen Obligatorio comprende los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por otro lado, en el Régimen Voluntario se incluye el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), así como los servicios de solidaridad social.

El Instituto ofrece una amplia diversidad de servicios médicos, preventivos y curativos, que contribuyen al bienestar y desarrollo de las familias derechohabientes. Estas actividades representan en promedio la mitad de los servicios de salud otorgados por la totalidad de las instituciones públicas de salud.

Para hacer frente a tal encomienda, el Instituto, durante la Administración 2006-2012, ha realizado diversas acciones tendentes a dar cabal cumplimiento al mandato constitucional de otorgar seguridad social, a través de diversos seguros, servicios y prestaciones, entre ellas, se realizó una inversión histórica en materia de infraestructura y de equipamiento médico.

En la presente Administración se ha llevado a cabo un programa de infraestructura, que ha permitido ampliar la cobertura de los servicios a la población, incorporar más unidades médicas para la atención de la población derechohabiente y del Programa IMSS-Oportunidades; así como contar con unidades médicas en condiciones adecuadas.

En consonancia con el mandato constitucional y legal, y a fin de mejorar la calidad de la atención médica de los derechohabientes, 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, se realizó una importante adquisición de equipamiento médico para la atención de padecimientos oncológicos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

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

El Instituto aplicó el esquema denominado Precios Máximos de Referencia, el cual implica publicar en la convocatoria precios tope para los bienes a adquirir, respecto de los cuales los oferentes deben proponer precios menores. En el mes de julio de 2008 se publicó una reforma a la LAASSP, que incluye el esquema de licitaciones bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD). El IMSS innovó en el sector salud, al implementar esta modalidad, en el mes de abril de 2009, en las licitaciones de equipo médico y medicamentos, con la autorización de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Es importante mencionar que hasta 2006 las licitaciones de medicamentos y material de curación se llevaron a cabo de forma desconcentrada. En tales condiciones, el parámetro para determinar que un precio era conveniente consideraba un incremento no mayor a 10 por ciento respecto del precio del ejercicio fiscal previo, atendiendo lo establecido en la LAASSP y su Reglamento.

Las estrategias implementadas por el Instituto en las licitaciones de bienes terapéuticos, consideran la consolidación de los requerimientos, el establecimiento de precios máximos de referencia y la implementación de OSD que han permitido ahorros sustanciales en ese periodo.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Adicionalmente, se han realizado otras acciones en el ámbito de los servicios médicos, de las cuales destacan los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) y el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS) con un enfoque preventivo, así como acciones relacionadas con la medicina curativa, como la disminución del diferimiento en cirugía programada, acciones para abatir la mortalidad materna, el Programa de Consulta de Medicina Familiar en el 6º y 7º día, mejoras en la atención de urgencias y garantizar el abasto de medicamentos.

En materia de servicios sociales, a raíz del incidente acaecido en la Guardería ABC en Hermosillo, Sonora, los servicios de guarderías se han enfocado a temas de seguridad integral, calidad, participación social y transparencia.

En este contexto, con el propósito de realizar una rendición de cuentas ordenada, confiable, oportuna y transparente a la próxima Administración, y aportarle información estratégica sobre los resultados y logros institucionales alcanzados, con apego a la legalidad, a la ética y a la responsabilidad pública, que permita a la nueva Administración institucional dar continuidad a la prestación del servicio público a cargo de este organismo descentralizado, se entrega el presente Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012.

El IMSS, garante de la Seguridad Social, y administrador del Seguro Social, encuentra su fundamento de actuación en la fracción XXIX, del Apartado “A”, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en la propia LSS.

La ley especial establece, como se ha mencionado, en sus artículos 6 y 7, que el Seguro Social comprende:

- I. El régimen obligatorio, y
- II. El régimen voluntario.



Asimismo, que el Seguro Social cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por esta Ley y sus reglamentos

De tal forma que, conforme al artículo 11 de la LSS, el Régimen Obligatorio del Seguro Social, comprende los seguros de:

- I. Riesgos de trabajo;
- II. Enfermedades y maternidad;
- III. Invalidez y vida;
- IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- V. Guarderías y prestaciones sociales.

Cada uno de estos seguros, cubre riesgos que protegen a los trabajadores y sus familias proporcionándoles seguridad, de tal forma que la LSS establece para cada seguro, los supuestos de procedencia, la definición de los sujetos beneficiarios, las prestaciones en dinero y en especie que recibirán cada uno de ellos, así como los requisitos que se deben cumplir para tener acceso a las mismas.

Misión del IMSS

La misión del IMSS, se define como la protección social desde la concepción hasta la muerte, a través de la administración de los seguros que se expresan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que cubren los riesgos y contingencias que se especifican en los distintos ramos de seguro que regula la Ley del Seguro Social, lo que requiere del adecuado manejo de las contribuciones y los recursos financieros para garantizar las prestaciones en especie y en dinero, y lograr la estabilidad en el bienestar del asegurado y su familia, así como en la provisión de servicios a toda aquella persona no protegida por un esquema de seguridad social.

1.3 Los objetivos institucionales y su vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Para dar cumplimiento a las finalidades del IMSS, el Programa Institucional 2007-2012 y sus reformas, establecen diversos objetivos, entre los que destacan:

- **Fortalecer la confianza de los usuarios y mejorar la Rendición de Cuentas en el IMSS.**
- **Mejorar la calidad y oportunidad en las prestaciones económicas.**
- **Mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente.**
- **Mejorar la calidad y oportunidad de las prestaciones médicas y sociales.**
- **Contribuir a reducir las desigualdades que afecten la salud de la población en comunidades marginadas y de grupos vulnerables.**
- **Ampliar y fortalecer la infraestructura física y tecnológica del IMSS.**

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) se sustenta en cinco Ejes Rectores, de entre los cuales, los objetivos del IMSS se vinculan estrechamente con los objetivos nacionales, estrategias, prioridades y programas previstos en los ejes: “2. Economía competitiva y generadora de empleos” y “3. Igualdad de oportunidades”, como se enuncian a continuación:

Vinculación con el Eje 2. Economía competitiva y generadora de empleos

El Eje 2 del PND, propone lograr mayores niveles de competitividad y generar más y mejores empleos para la población, como medio para alcanzar el Desarrollo



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Humano Sustentable. Del alcance de este objetivo depende que los individuos cuenten en nuestro país con mayores capacidades, y que México se inserte eficazmente en la economía global, a través de mayores niveles de competitividad y de un mercado interno cada vez más vigoroso.

Dentro de los objetivos de este segundo eje, se encuentra el 2.3 Sistema Nacional de Pensiones, que propone consolidar un sistema nacional de pensiones más equitativo y con mayor cobertura, siendo una de sus estrategias, la transformación de los sistemas pensionarios de reparto en un nuevo sistema de capitalización individual.

En armonía con ese objetivo, el 27 de junio de 2008, el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), suscribieron el Convenio para dar cumplimiento a la cláusula seis segunda del similar de fecha 14 de octubre de 2005, denominado Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso.

Asimismo, con fecha 7 de diciembre de 2011, el H. Consejo Técnico expidió el Acuerdo número ACDO.AS2.HCT.071211/322.P.DAED, mediante el cual dicho Órgano de Gobierno aprobó el Estatuto de Trabajadores de Confianza “A” del IMSS, cuya vigencia inició el 1 de enero de 2012.

Mediante los dos instrumentos jurídicos antes citados, ha quedado establecido para la nueva generación de trabajadores del IMSS, de base y de confianza, un esquema de retiro basado en cuentas individuales administradas por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), que brinda portabilidad de sus derechos a los trabajadores de nuevo ingreso y otorga estímulos a la productividad de todos los trabajadores del Instituto, entre otras características.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Otro objetivo del eje 2 del PND, 2.4 Promoción del empleo y paz laboral, plantea la promoción de las políticas de estado y generar las condiciones en el mercado laboral, que incentiven la creación de empleos de alta calidad en el sector formal de la economía.

En este aspecto el IMSS ha participado con el Gobierno Federal en la instrumentación del Programa Primer Empleo, con el que se apoya la generación de fuentes de trabajo permanentes en el sector formal de la economía, con énfasis en la contratación de personas que ingresan por primera vez al mercado laboral.

Este programa considera el otorgamiento de un subsidio de hasta el 100 por ciento, aplicable a la parte de las cuotas obrero-patronales que deben cubrir los patrones al IMSS, durante un periodo máximo de 12 meses, causadas por la contratación de nuevos trabajadores.

Vinculación con el Eje 3. Igualdad de oportunidades

La finalidad de la política social de la APF, es lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades, considerando que Gobierno y Sociedad deben ser capaces de mejorar significativamente las condiciones de vida de quienes viven en la pobreza.

El PND promueve que cada mexicano pueda tener las mismas oportunidades para desarrollar sus aspiraciones a plenitud y mejorar así sus condiciones de vida, sin menoscabo de las oportunidades de desarrollo de las futuras generaciones. Reconoce también las particularidades tanto de la pobreza en las ciudades como la pobreza en el área rural, ya que cada una requiere de mecanismos de atención particulares.

Se considera también que sólo asegurando la igualdad de oportunidades en salud, educación, alimentación, vivienda y servicios básicos, las personas podrán participar activamente en una economía dinámica y aprovechar sus beneficios.

La propuesta del PND, supone que mejorar las condiciones de vida de los más pobres y, en general, de las comunidades, sólo puede lograrse con acciones coordinadas y en todos los frentes, asimismo, que es necesario el trabajo conjunto entre gobiernos estatales, municipales y el Gobierno Federal. Los esfuerzos coordinados lograrán avances efectivos hacia el acceso universal de los mexicanos a los servicios de salud, a una educación de calidad y a la superación de la pobreza extrema.

En este sentido, el esfuerzo del Estado mexicano por hacer accesibles los servicios de salud a más personas, requiere de una infraestructura hospitalaria y de servicios médicos de grandes dimensiones, para enfrentar al doble desafío de atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo, como son la desnutrición y las infecciones que afectan principalmente a la población marginada, y padecimientos propios de países desarrollados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Para lograr esos objetivos, en el PND se plantean, entre otras, las estrategias siguientes:

Estrategia 4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.

Estrategia 5.1 Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos.

Estrategia 6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Al respecto, es de señalar que el IMSS, conforme a sus responsabilidades, fines y objetivos propios, ha colaborado en la implementación de las estrategias del PND y el logro de sus objetivos en materia de Salud, como se reseña a continuación:

En el PND se expresa que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores, pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, además de que al mejorar la salud y calidad de vida de la población, se evitan altos costos de tratamiento en el futuro.

Para el cumplimiento de este objetivo, el IMSS ha impulsado como estrategia los Programas Integrados de Salud, conocidos comúnmente como PREVENIMSS, que otorgan un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud, dando respuesta a la acelerada transición epidemiológica y demográfica de la población derechohabiente, y consolidando la protección a la salud de mujeres y hombres en todas las etapas de la vida.

Como parte de la política estratégica institucional, PREVENIMSS contribuye también de manera destacada a la consecución del objetivo de fortalecer la viabilidad financiera del IMSS, a través de las acciones anticipatorias de la medicina preventiva.

En este sentido, las acciones preventivas de PREVENIMSS buscan lograr un impacto favorable en la salud de los usuarios, al tiempo de disminuir 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.



De esta forma, las acciones de PREVENIMSS han favorecido un cambio en la utilización de los servicios de salud por parte de la población derechohabiente. En los últimos años se ha observado un incremento en la atención preventiva en comparación a la atención curativa.

Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente

El PND indica que junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es fundamental la superación profesional y la sensibilización de quienes atienden al público usuario. Lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud, eficientes y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo.

Como estrategia para alcanzar este objetivo, se estableció implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos.

Respecto de este mismo objetivo, se definió en el PND la estrategia de asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.



Acuerdo General de colaboración para el intercambio de servicios

El 12 mayo de 2011, la SS, el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las Secretarías de Salud estatales y diversas instituciones y organismos públicos de salud, suscribieron el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, que tiene por objeto fijar los lineamientos generales para el intercambio de servicios de atención médica entre las instituciones y organismos participantes.

Abasto de medicamentos

Con respecto al abasto oportuno de medicamentos, derivado de la búsqueda de alternativas para la compra de medicamentos y material de curación, en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de la SS, se definió una estrategia de compra consolidada que, con estricto apego a la normatividad vigente, permite integrar los volúmenes requeridos en el Sistema de Salud con los del IMSS, coadyuvando a adecuar los precios con base en los que éste pueda obtener, impulsando la consecución de ahorro para los organismos participantes.

En el IMSS, se lleva a cabo mensualmente el levantamiento de la Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos en primer, segundo y tercer niveles de atención médica. Para lograrlo, se monitorea mensualmente el surtimiento de medicamentos en unidades de los tres niveles de atención. De este modo se cuenta con información confiable sobre el nivel de surtimiento de recetas.

Inversión en infraestructura y equipamiento

Durante la presente administración, la inversión física del sector público federal en materia de salud se ha incrementado de forma destacada. Cabe señalar que del presupuesto ejercido por los organismos y empresas de control presupuestario directo, poco más de dos terceras partes correspondió al IMSS.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En materia de infraestructura, el IMSS construyó y remodeló un número significativo de unidades médicas y hospitalarias en varias Entidades Federativas, ampliando de ese modo su capacidad de operación para brindar una mejor atención a sus derechohabientes.

Por otro lado, se realizaron importantes inversiones a fin de contar con equipo médico con tecnología de punta para mejorar la calidad de los servicios médicos, principalmente a través de la adquisición de equipo con la tecnología de diagnóstico y terapia, que coadyuve a la detección anticipada al daño y contener los costos asociados a las enfermedades de alto impacto epidemiológico.



Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones localizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables

El propósito del PND es abatir los rezagos en la atención a la salud de la población en condiciones de pobreza, así como prevenir las enfermedades y superar los principales obstáculos para una vida sana, con acciones dirigidas a los lugares donde más se necesitan.

Una de las estrategias para lograr lo anterior, fue promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en sectores de la sociedad.

El 28 de mayo de 2009, se firmó por la SS, el IMSS y el ISSSTE, el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, que establece el compromiso solidario entre estas instituciones para atender a toda mujer en edad gestacional que presente una emergencia obstétrica, en la unidad médica con la capacidad resolutive más cercana, independientemente de su derechohabencia a un seguro médico.

Con ello se busca disminuir las muertes maternas en México, al Universalizar la Atención de la Emergencia Obstétrica, incorporando a las principales instituciones de salud pública, que son, además, las que atienden el mayor número de eventos obstétricos en el país. El cumplimiento de este convenio permitirá disminuir las demoras que condicionan la presencia de defunciones maternas.



Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país

Durante la presente administración, el IMSS contribuyó a la consecución de este objetivo a través del programa IMSS-Oportunidades. Este, es un Programa del Gobierno Federal administrado por el IMSS. Su finalidad es proporcionar servicios de salud a la población más vulnerable del país contribuyendo al desarrollo integral de los mexicanos al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población.

A través de sus servicios, IMSS-Oportunidades beneficia a millones de mexicanos que carecen de seguridad social, en zonas marginadas en el ámbito rural y urbano de diversas Entidades Federativas, como parte de las acciones del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), otorgando el componente de salud a las familias beneficiarias de este Programa.

La operación de IMSS-Oportunidades se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud que se compone de dos vertientes primordiales: la atención médica y la acción comunitaria.

La atención médica gira en torno a los servicios de salud y las acciones de vigilancia epidemiológica que se proporcionan a través de Unidades Médicas Rurales (UMR), brigadas de salud, Unidades Médicas Urbanas (UMU) y Hospitales Rurales (HR), organizados en regiones y zonas que facilitan la prestación de los servicios.

La acción comunitaria apoya las acciones de salud de IMSS-Oportunidades incorporando a los individuos y las comunidades en la práctica de hábitos saludables, a través de la labor de integración, organización y orientación que



desarrollan los voluntarios y promotores institucionales, con lo que se mejora la calidad de vida de las personas en el largo plazo.

En este sentido, los servicios que otorga IMSS-Oportunidades se orientan a la prevención y detección oportuna de enfermedades; su objetivo es asegurar el acceso a servicios médicos e impulsar el uso de los servicios preventivos de salud y nutrición en las zonas pobres y marginadas del país.

Las acciones realizadas por IMSS-Oportunidades dentro del Programa de Vacunación Universal, contribuyeron al logro de uno de los objetivos fundamentales del PND y del Programa Nacional de Salud: combatir el rezago epidemiológico, la mortalidad infantil y la desnutrición, a través de una mayor cobertura de vacunación para los niños y niñas de México.

Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal

En el PND se reconoce que para una familia que no cuenta con algún tipo de seguro médico, la atención que acarrea la enfermedad grave de uno de sus miembros puede significar la pérdida de su patrimonio para pagar el tratamiento y los medicamentos.

Al respecto, se propone avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediabilmente su presupuesto, para lo cual se plantea promover su incorporación al Seguro Popular, o bien, a los programas para no asegurados de que disponen la SS y el IMSS. Asimismo, se establece la necesidad de avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad de los derechos a la atención médica.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Un avance en esta materia está representado por el nivel de colaboración que se ha logrado establecer entre el IMSS y el Sistema de Protección Social en Salud, en el marco de los convenios de colaboración, al igual que con otras instancias, que han dado soporte, por ejemplo, a la Estrategia Nacional para Disminuir la Mortalidad Materna, la cual tiene por objetivo brindar atención universal en complicaciones del embarazo y promover una cultura de prevención de riesgos y de autocuidado de la salud entre las mujeres embarazadas, como ya ha quedado referido.

De igual manera, se reitera la intervención del IMSS en la atención a la población no asegurada en el ámbito rural mediante el Programa IMSS-Oportunidades, que atiende también a familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud, en localidades donde no existe infraestructura de la SS.

2. Marco jurídico de actuación

- 1) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2) Código Civil Federal.
- 3) Código Fiscal de la Federación.
- 4) Código Penal Federal.
- 5) Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- 6) Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 7) Ley de Coordinación Fiscal.
- 8) Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2006.
- 9) Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007.
- 10) Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008.
- 11) Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.
- 12) Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010.
- 13) Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.
- 14) Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
- 15) Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- 16) Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
- 17) Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
- 18) Ley de Planeación.
- 19) Ley del Impuesto Sobre la Renta.
- 20) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- 21) Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.
- 22) Ley del Seguro Social.
- 23) Ley del Servicio de Tesorería de la Federación.
- 24) Ley Federal de Derechos.
- 25) Ley Federal de las Entidades Paraestatales.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- 26) Ley Federal de los Derechos del Contribuyente.
- 27) Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- 28) Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
- 29) Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
- 30) Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
- 31) Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- 32) Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- 33) Ley Federal del Trabajo.
- 34) Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- 35) Ley General de Bienes Nacionales.
- 36) Ley General de Contabilidad Gubernamental.
- 37) Ley General de Deuda Pública.
- 38) Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
- 39) Ley General de Salud.
- 40) Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- 41) Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- 42) Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- 43) Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- 44) Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2006.
- 45) Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007.
- 46) Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008.
- 47) Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- 48) Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010.
- 49) Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.
- 50) Reglamento del Código Fiscal de la Federación.
- 51) Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- 52) Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
- 53) Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
- 54) Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.
- 55) Reglamento de la Ley del Servicio de Tesorería de la Federación.
- 56) Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
- 57) Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- 58) Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- 59) Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- 60) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- 61) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 62) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
- 63) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.
- 64) Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- 65) Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- 66) Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 67) Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 68) Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería.
- 69) Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- 70) Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado.
- 71) Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 72) Reglamento del Recurso de Inconformidad.
- 73) Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 74) Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2006.
- 75) Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2007.
- 76) Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008.
- 77) Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2009.
- 78) Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2010.
- 79) Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2011.
- 80) Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales.
- 81) Acuerdo por el que se da a conocer el Manual de Operación del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Cabe destacar que además del Marco Jurídico antes mencionado, en el anexo 1 disponible para consulta en la dirección electrónica <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Pages/rendicion.aspx> se enlistan las leyes, códigos, reglamentos, decretos, políticas, acuerdos, manuales, normas, procedimientos, lineamientos etc., como complemento de la normatividad que sirve de marco jurídico a la actuación al IMSS.

3. Las acciones y los resultados relevantes obtenidos durante el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011

3.1 Prestaciones Médicas

3.1.1 PREVENIMSS

Como respuesta a la transición demográfica, epidemiológica y de servicios de salud que enfrenta la población mexicana, la política institucional se ha enfocado a dar continuidad y fortalecer los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), estrategia implementada por el IMSS a partir de 2002 y que consiste en la prestación de servicios de promoción de la salud, nutrición, prevención, detección de enfermedades y salud reproductiva, ordenándolos en cinco programas por grupo de edad, para dar cobertura a los derechohabientes en forma integral y equitativa en todas las etapas del ciclo de vida. Ver gráfica 3.1 DPM.

**GRÁFICA 3.1 DPM, PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
POR GRUPO DE EDAD Y PROCESOS PREVENIMSS**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM).



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Los objetivos programáticos 2007–2012 de PREVENIMSS y de Planificación familiar, son:

Objetivo General: Mejorar la salud y calidad de vida de la población derechohabiente mediante la consolidación de los Programas Integrados de Salud y la Planificación Familiar, como estrategias prioritarias y costo efectivas de atención médico preventiva.

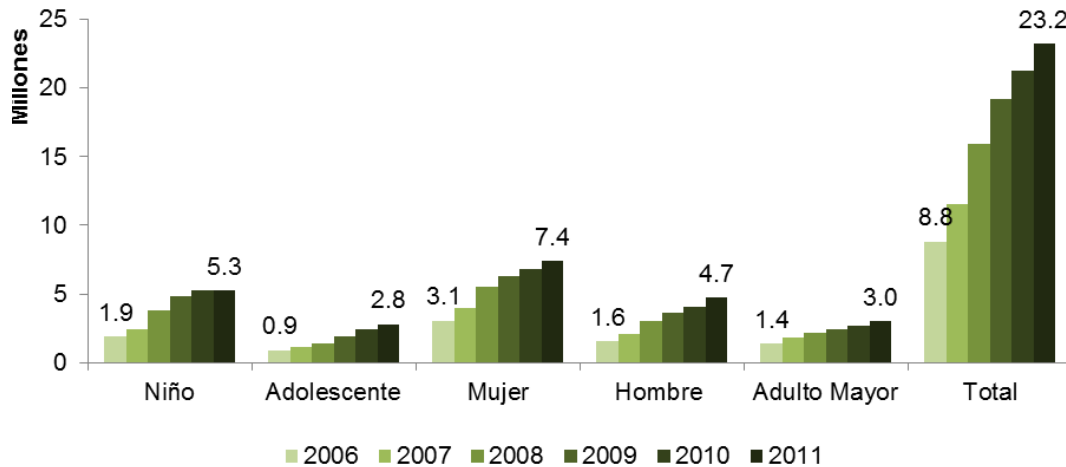
Objetivos específicos:

- Fortalecer la Atención Preventiva Integrada (API) para que más del 95 por ciento de los derechohabientes que acuden a las Unidades de Medicina Familiar (UMF) reciban su programa de salud de acuerdo a su grupo de edad y sexo.
- Incrementar el número de derechohabientes que regresan año con año a recibir su Programa Integrado de Salud.
- Consolidar las estrategias de obligatoriedad en UMF, guarderías, escuelas, universidades, empresas, sindicatos y grupos de pensionados y jubilados, para ampliar coberturas en los cinco grupos de edad.
- Verificar la suficiencia de recursos y su utilización óptima para lograr la operación costo efectiva de la iniciativa PREVENIMSS y de las acciones de Planificación Familiar.

Uno de los principales logros en PREVENIMSS ha sido el incremento anual en el número de derechohabientes con API, entendida ésta como el otorgamiento de todas las acciones que conforman el Programa Integrado de Salud de cada derechohabiente de acuerdo a su grupo de edad y sexo, en una sola consulta, proporcionada por la enfermera en el módulo de PREVENIMSS. En 2006, recibieron API 8.8 millones de derechohabientes, en 2011, se tuvo un incremento de 162.7 por ciento con 23.2 millones de derechohabientes atendidos. Los grupos de edad con mayor incremento porcentual fueron: adolescentes (208.0 por ciento),

hombres de 20 a 59 años (196.6 por ciento) y niños menores de 10 años (178.9 por ciento). Ver gráfica 3.2 DPM y cuadro 3.1 DPM.

GRÁFICA 3.2 DPM, NÚMERO DE DERECHOHABIENTES CON ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS 2006 2011



Fuente Dirección de Prestaciones Médicas

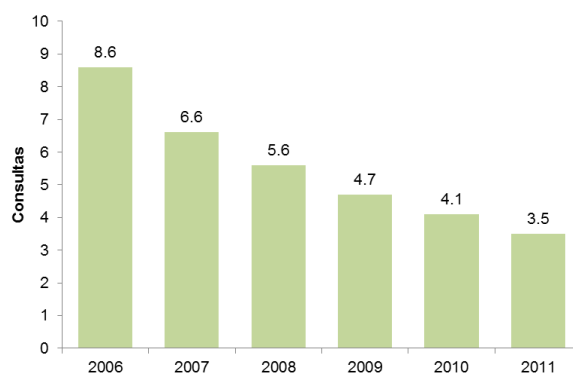
CUADRO 3.1 DPM, NÚMERO DE DERECHOHABIENTES CON ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS 2006 2011

Grupo de edad	Número de Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas						Variación 2006 -2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
Niños menores de 10 años	1,884,037	2,456,324	3,768,209	4,818,433	5,293,659	5,253,686	+178.9
Adolescentes de 10 a 19 años	909,999	1,186,724	1,382,159	1,938,781	2,451,824	2,802,850	+208.0
Mujeres de 20 a 59 años	3,062,329	3,994,117	5,554,114	6,328,163	6,780,461	7,417,499	+142.2
Hombres de 20 a 59 años	1,590,719	2,074,718	3,052,397	3,654,372	4,046,711	4,718,756	+196.6
Adultos Mayores de 59 años	1,379,353	1,799,080	2,145,535	2,464,771	2,706,194	2,997,130	+117.3
Total	8,826,437	11,510,423	15,902,414	19,204,520	21,278,849	23,189,921	+162.7

Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

El índice de API evalúa la utilización de los servicios preventivos con relación a las consultas de medicina familiar. Su comportamiento descendente refleja una mejora en la demanda de servicios preventivos. En 2006, por cada API se proporcionaban 8.6 consultas de Medicina Familiar, en 2011, por cada API, sólo se otorgan 3.5 consultas de atención curativa en Unidades de Medicina Familiar (UMF). Ver gráfica 3.3 DPM.

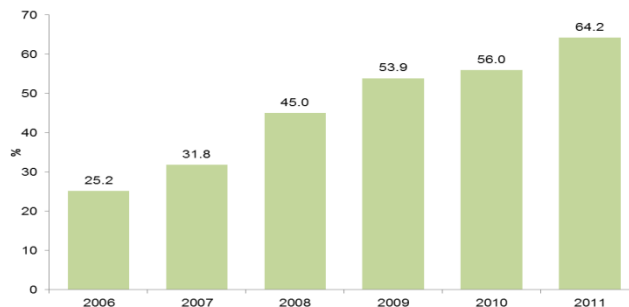
GRÁFICA 3.3 DPM, ÍNDICE DE API POR ATENCIÓN CURATIVA 2006 – 2011



Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

La Cobertura de Atención Integral PREVENIMSS mide la eficacia del Programa, anualmente se ha incrementado el porcentaje de derechohabientes protegidos con PREVENIMSS. En el periodo de 2006 a 2011 el incremento total en cobertura ha sido de 154.8 por ciento, como se aprecia en la gráfica 3.4 DPM.

GRÁFICA 3.4 DPM, COBERTURA* DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS. 2006 – 2011



Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

*Coberturas Anualizadas.

3.1.1.1 Programa integrado de salud de niñas y niños menores de 10 años

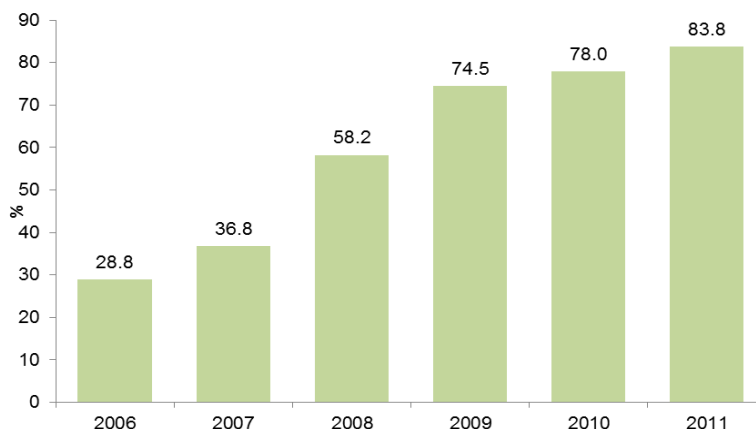
○ Promoción de la salud

Desde el inicio de PREVENIMSS hasta 2009, este proceso se abordó mediante sesiones educativas y orientaciones individuales o grupales con la indicación de aprovechar cada consulta o contacto de los padres y de los niños con los servicios de salud. Los temas a desarrollar han sido los marcados en las cartillas de salud que en el caso del niño son los siguientes:

- Incorporación al Programa de salud.
- Cuidados del recién nacido y del niño.
- Lactancia materna.
- Crecimiento y alimentación correcta.
- Desarrollo y estimulación temprana.
- Signos y síntomas de alarma en: Diarreas e Infecciones respiratorias.
- Higiene personal.
- Salud bucal.
- Prevención de: Adicciones y Violencia familiar.

Otros temas educativos importantes en los niños son: Actividad física; Entorno favorable a la salud (Vivienda, escuela y patio limpio) y dueños responsables con animales de compañía. La evolución en el periodo que se informa, de la cobertura de la atención integral de PREVENIMSS NIÑO, se muestra en la gráfica 3.5 DPM y cuadro 3.2 DPM.

**GRÁFICA 3.5 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL
PREVENIMSS, NIÑO. 2006 – 2011**



Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

**CUADRO 3.2 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL
PREVENIMSS, NIÑO. 2006 – 2011**

Grupo de edad	Número de Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas						Variación 2006 -2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
Niños menores de 10 años	1,884,037	2,456,324	3,768,209	4,818,433	5,293,659	5,253,686	+178.9

Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

En este Programa se han obtenido las coberturas más altas, con un incremento de 178.9 por ciento de 2006 a 2011, lo que representa 5.2 millones de menores de 10 años beneficiados con sus acciones preventivas completas.

Las Guías para el Cuidado de la Salud, principales instrumentos educativos diseñados también para cada uno de los cinco grupos de edad, tienen contenidos congruentes con los temas señalados en las cartillas de salud y se recomienda que los padres las lean junto con sus hijas e hijos a partir de los cinco años de edad.



○ **CHIQUITIMSS**

Con base en las experiencias exitosas de los Centros de Atención Rural a los Adolescentes en IMSS-Oportunidades y de los Centros JUVENIMSS en Régimen Obligatorio, en 2010 inició CHIQUITIMSS como una prueba piloto en la Delegación Estado de México Oriente. Es una estrategia educativa de PREVENIMSS, que promueve el cuidado de la salud en los niños derechohabientes y sus familias, a través de 14 temas educativos de salud y 6 de desarrollo humano, en UMF y guarderías, con los siguientes objetivos prioritarios:

- Inducir la formación de hábitos y estilos de vida saludables desde etapas tempranas de la vida.
- Favorecer el desarrollo integral de la salud individual y familiar.
- Contribuir a formar generaciones saludables.

A partir de 2011, se aplica en 1,500 guarderías bajo responsabilidad institucional, en beneficio de 50,000 familias año con año. Para ello se capacitaron 37 equipos delegacionales, 86 equipos zonales y 1,400 equipos de guarderías; así mismo se elaboraron y reprodujeron 7,000 paquetes educativos y 2 millones de trípticos.

La primera evaluación de CHIQUITIMSS se orientó a los hábitos de alimentación y actividad física de los niños, debido al grave problema de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, los resultados fueron alentadores, por lo que esta estrategia educativa, lúdica y participativa se debe consolidar aún más, a través del equipamiento de Centros CHIQUITIMSS en 402 UMF, con 5 y más consultorios y del fortalecimiento de los ya existentes en guarderías.

○ Seguimiento inicial de CHIQUITIMSS

En julio – agosto de 2011, se realizó una encuesta de seguimiento en niños y padres participantes en la prueba piloto a seis meses de concluida, los principales resultados se aprecian en la gráfica 3.6 DPM.

GRÁFICA 3.6 DPM, PRINCIPALES AVANCES DE CHIQUITIMSS 2010 – 2011

Encuesta para niños

Los niños recomiendan para estar sanos:

95% Actividad física

92% consumo de agua simple

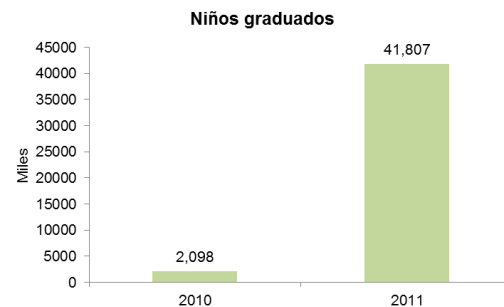
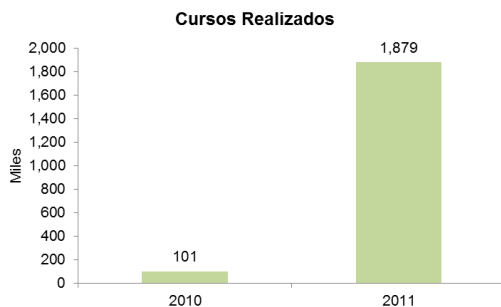
82% consumo de frutas y verduras



Encuesta para padres

49% de los niños disminuyó el consumo de alimentos no saludables terciado o semanal

93% Refieren mejores hábitos familiares de alimentación



Acumulado 2010 – 2011
 1,980 Cursos impartidos
 43,905 Niños graduados
 29,773 Padres graduados



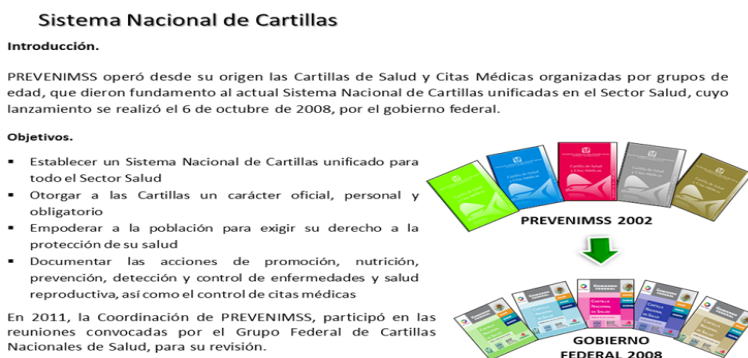
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Una importante aportación de PREVENIMSS a la Salud Pública Nacional, es la creación del Sistema Nacional de Cartillas, basado 100 por ciento en las Cartillas de Salud y Citas Médicas que se implementaron en nuestra institución desde 2002.

En el marco del Programa Escuela y Salud, PREVENIMSS participa en la activación de las Cartillas Nacionales de Salud de los niños derechohabientes de los niveles preescolar, primaria y secundaria, desde junio de 2009.

En este ámbito el propósito fundamental es proporcionar API y promover el cuidado de la salud en los educandos de nivel básico, en cada ciclo escolar, con cobertura de 500 mil niños año con año. Ver gráfica 3.7 DPM.

GRÁFICA 3.7 DPM,



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ **Nutrición**

Lactancia materna. La promoción de la lactancia materna constituye una alta prioridad y forma parte de PREVENIMSS desde 2002, en la actual administración se ha fortalecido mediante procesos de actualización al personal de salud para consolidar la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de los recién nacidos y complementaria por lo menos hasta el primer año de edad. Actualmente más del 80 por ciento de las madres reciben orientación y consejería sobre lactancia materna durante el embarazo, en el post evento obstétrico y en la



Cita segura que se otorga para la API del recién nacido antes de que cumpla la primera semana de vida.

Mega dosis de vitamina A. La administración de una Mega dosis de Vitamina A, a los recién nacidos en el IMSS, forma parte de las estrategias diagonales para prevenir enfermedades en los menores de 1 año de edad, al fortalecer su sistema inmunológico, disminuir las enfermedades infecciosas y favorecer su crecimiento y desarrollo.

De 2006 a 2011 la cobertura en los recién nacidos se ha incrementado al 100 por ciento y en las Semanas Nacionales de Salud se han aplicado en los dos últimos años más de 8.6 millones de dosis a niños derechohabientes y no derechohabientes, de seis meses a cuatro años de edad.

Prevención de anemia. La administración de sulfato ferroso, tiene el objetivo de mejorar las reservas de hierro en los lactantes de término a los cuatro meses de edad y en los lactantes prematuros a partir de los dos meses, para prevenir la deficiencia de hierro y la anemia ferropriva y favorecer un crecimiento y desarrollo normal en los niños derechohabientes menores de un año. La cobertura de administración de hierro en este grupo se ha mantenido en valores cercanos al 90 por ciento, durante el periodo que se informa.

Vigilancia del estado nutricional. Mediante medición de peso y estatura para la edad hasta los cinco años y de Índice de masa corporal de los 6 a 9 años, se evalúa el estado nutricional de los niños cada dos meses el primer año, cada cuatro el segundo año y cada año a partir de los 2 años de edad, así mismo, se dan las recomendaciones pertinentes sobre alimentación y actividad física, especialmente en los casos en los que se identifica algún problema nutricional. De

2005 a 2011 se evalúa el estado nutricional en 4.2 millones de menores de 10 años en promedio anual, como se muestra en la gráfica 3.8 DPM.

GRÁFICA 3.8 DPM, EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL
EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS 2005 – 2011



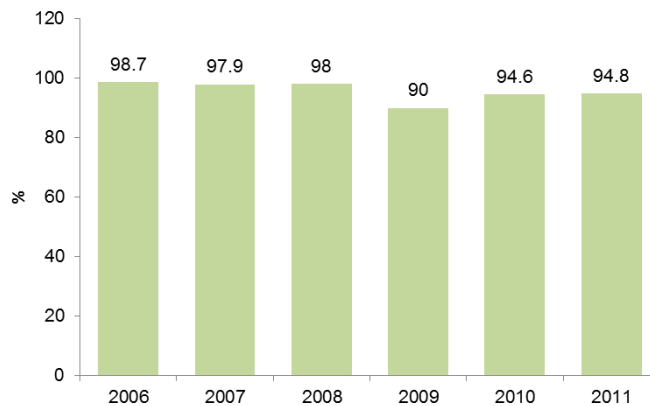
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Prevención de enfermedades

Vacunación. Es la intervención de Salud Pública con mayor éxito y se lleva a cabo desde hace varias décadas como parte de las actividades concertadas por el Sector Salud.

A partir de 2002, se incorporó a los Programas Integrados de Salud de los cinco grupos de edad y en particular en los niños constituye una prioridad institucional para mantener las enfermedades inmunoprevenibles bajo control epidemiológico y en su caso erradicadas o eliminadas. Ver gráfica 3.9 DPM.

**GRAFICA 3.9 DPM, COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO
EN NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

A partir de 2009 se modificó el Sistema PROVAC a nivel sectorial, mismo que hasta la fecha no permite evaluar en forma veraz las coberturas alcanzadas, por lo que en los últimos dos años la información es estimada.

Otros problemas que han afectado las coberturas son:

- Abasto insuficiente e inoportuno de vacunas (antineumocócica conjugada y anti rotavirus) por incumplimiento de proveedores y demoras prolongadas en su liberación por cambio en la normatividad establecida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
- El comportamiento descendente de los casos de enfermedades inmunoprevenibles, la ausencia de brotes epidémicos, el mantenimiento de la erradicación de poliomielitis, así como la ausencia de casos autóctonos de sarampión, no obstante la introducción de casos importados, fundamentan que las coberturas de vacunación son superiores a las estimadas.

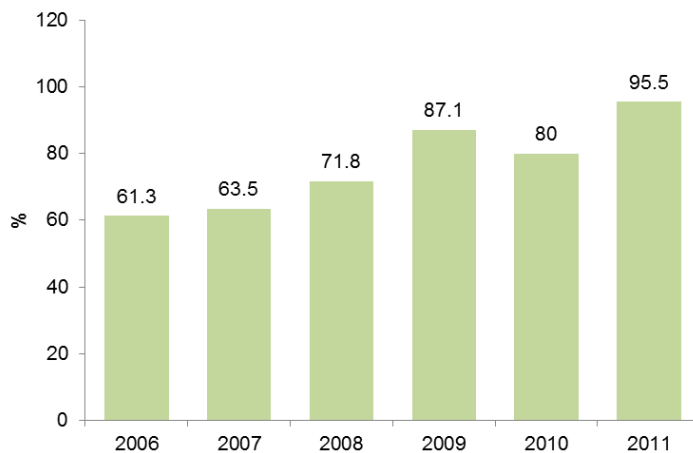


Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Estas actividades se llevan a cabo en forma permanente, como parte de PREVENIMSS, y en fases intensivas sectoriales, entre las que destacan las Semanas Nacionales de Salud.

Salud bucal. También forma parte de este Programa de Salud, la salud bucal. Como se aprecia en la gráfica 3.10 DPM, de 2006 a 2011 se incrementó la cobertura de enseñanza de cepillado dental, identificación de placa dentobacteriana y aplicación tópica de flúor de 60 por ciento a 95 por ciento en los niños de tres años de edad, lo que corresponde en promedio anual a cerca de 2.0 millones de niños de tres años beneficiados con estas actividades.

**GRÁFICA 3.10 DPM, COBERTURA DE APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR
EN NIÑOS DE TRES AÑOS DE EDAD 2006 – 2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

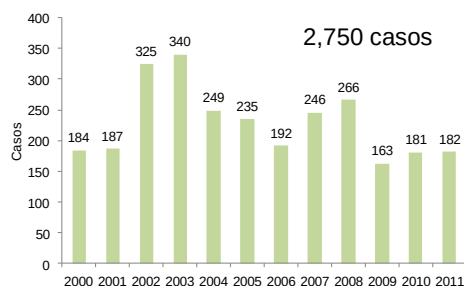
A partir del año 2006 se ha incrementado la cobertura en el grupo de niños de 3 años de edad, con una cobertura para 2011 de 95.5 por ciento.

○ Detección de enfermedades

Tamiz neonatal. El IMSS inició el tamiz neonatal de hipotiroidismo congénito en sangre de cordón umbilical, en 1994. El tamiz neonatal ampliado que incorporó además las detecciones de fenilcetonuria, hiperplasia adrenal congénita y deficiencia de biotinidasa, empezó a hacerse como parte de PREVENIMSS en 2006; para 2012 se incluirá además galactosemia. Los principales resultados en este rubro son los siguientes:

Como se aprecia en la gráfica 3.11 DPM, 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, las coberturas alcanzadas se han ido incrementando de 98.2 por ciento en 2006 a 99.1 por ciento en 2011. Mediante la detección y tratamiento oportunos, se ha evitado la muerte prematura, la discapacidad física o mental y la asignación incorrecta de sexo a 2,750 niños con hipotiroidismo congénito, 298 con hiperplasia adrenal congénita, 27 con fenilcetonuria y 8 con deficiencia de biotinidasa.

GRÁFICA 3.11 DPM, CASOS DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, 2000 – 2011



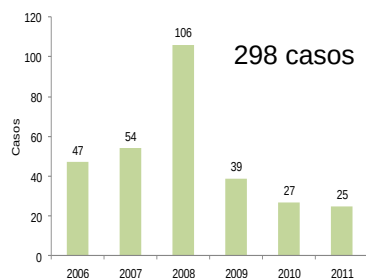
Recién nacidos 2000 - 2011: 6'459,647

Niños Tamizados: 6'219,338

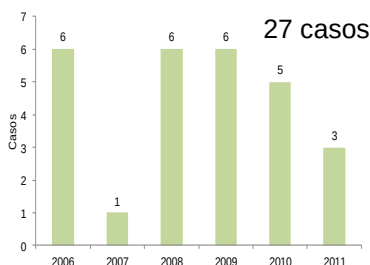
Recién nacidos 2006 – 2011: 2'956,342

Niños tamizados: 2'816,921

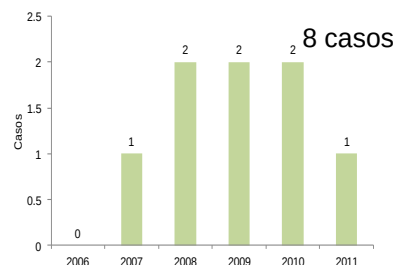
Hiperplasia Adrenal Congénita



Fenilcetonuria



Deficiencia de biotinidasa



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Detección de defectos visuales

Los problemas de agudeza visual se encuentran en el 8.7 por ciento de los escolares de educación básica, de los cuales más del 75 por ciento pasan desapercibidos para los padres y educadores. Los más comunes son miopía, hipermetropía y astigmatismo, que se asocian a trastornos de aprendizaje y deserción escolar, es por ello que el Programa de Salud del Niño, incluye la detección de agudeza visual en niños entre cuatro y seis años de edad, para corregir oportunamente el problema y contribuir a su mejor desarrollo físico e intelectual. Con esta actividad se ha logrado incrementar la cobertura de 27.6 por ciento en 2006 a 96.3 por ciento en 2011, beneficiando a casi dos millones de niños entre 4 y 6 años de edad.

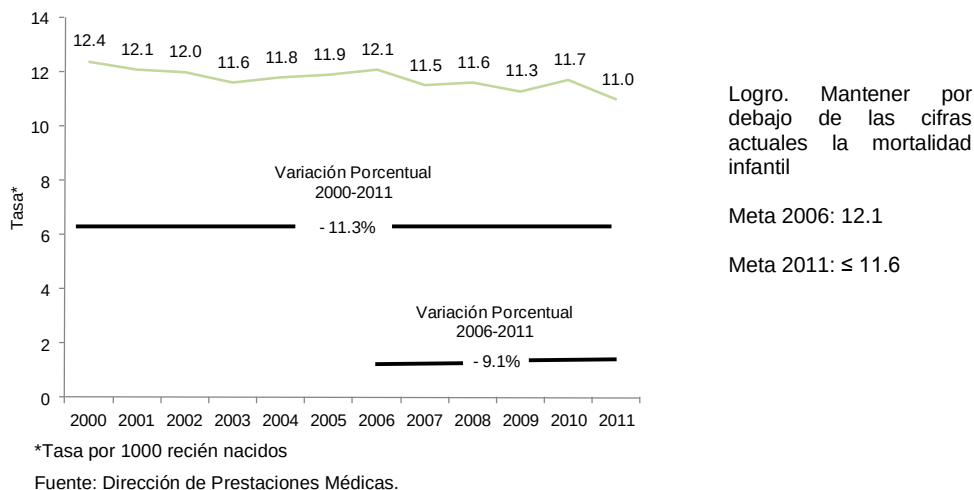
○ Impactos

Entre los resultados en salud más relevantes del Programa Integrado de Salud del Niño, como parte de la estrategia PREVENIMSS, podemos mencionar:

En lo correspondiente a vacunación, las coberturas obtenidas, han permitido mantener erradicada la poliomielitis; eliminada la difteria y el sarampión; bajo control epidemiológico, la rubéola, el tétanos, la tuberculosis meníngea, la tos ferina y las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b.

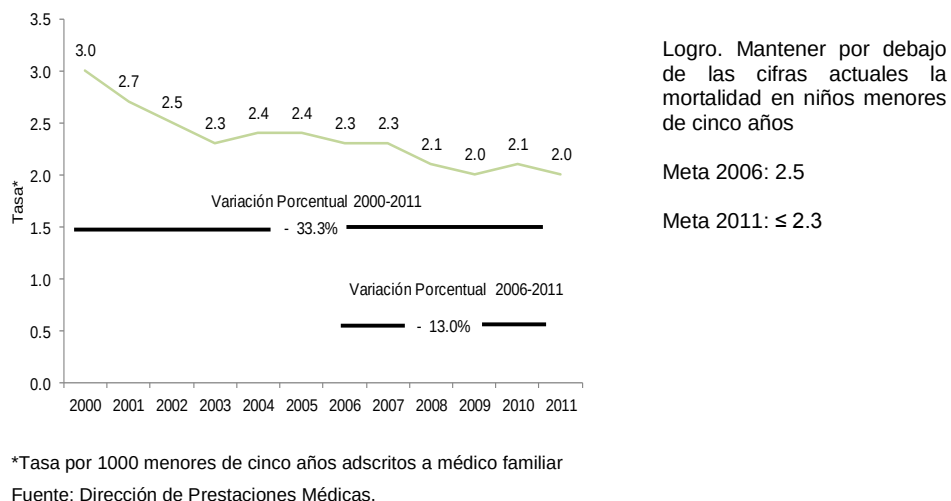
Existe un decremento porcentual del 11.3 por ciento en la tasa de mortalidad infantil de 2000 al 2011 y de 9.1 por ciento en el período 2006-2011. Ver gráfica 3.12 DPM.

GRÁFICA 3.12 DPM, MORTALIDAD INFANTIL, 2000 – 2011



En la gráfica 3.13 DPM, se observa una disminución de 30.0 por ciento en la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años de 2000 a 2011 y de 13.0 por ciento en el período 2006-2011.

GRÁFICA 3.13 DPM, MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS, 2000 – 2011



3.1.1.2 Programa de salud del adolescente

○ Promoción de la salud

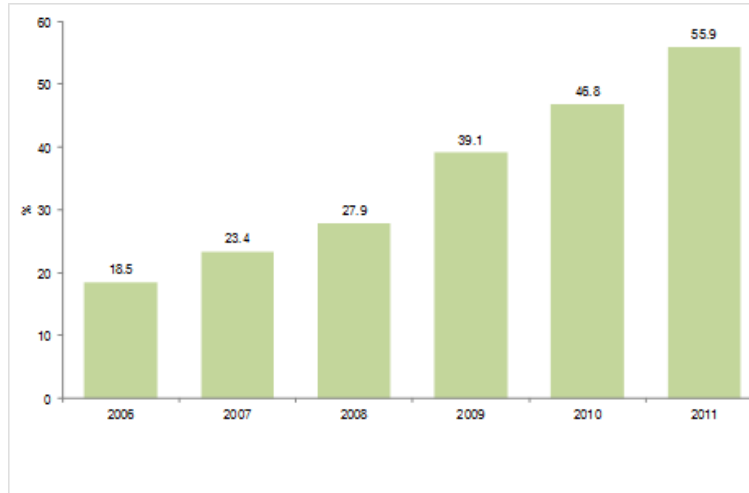
Desde el inicio de PREVENIMSS y hasta el año 2006, este proceso se abordó mediante sesiones educativas y orientaciones individuales o grupales. Los temas a desarrollar han sido los marcados en las cartillas de salud que en el caso del adolescente son los siguientes:

- Incorporación al Programa de salud.
- Alimentación correcta.
- Higiene personal.
- Actividad física.
- Salud bucal.
- Salud sexual y reproductiva.
- Salud mental.
- Prevención de: Adicciones, Violencia, y Accidentes.

Otros temas educativos importantes en los Adolescentes son: Entorno favorable a la salud (Vivienda, escuela y patio limpio) y dueños responsables con animales de compañía.

La cobertura de este Programa se incrementó en 208.0 por ciento de 2006 a diciembre 2011, lo que representa 2.8 millones de adolescentes de 10 a 19 años beneficiados con sus acciones preventivas completas en el último año, como se observa en la gráfica 3.14 DPM y en el cuadro 3.3 DPM.

GRÁFICA 3.14 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS, ADOLESCENTE 2006 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

CUADRO 3.3 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS, ADOLESCENTE 2006 – 2011

Grupo de edad	Número de Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas						Variación 2006 -2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
Adolescentes de 10 a 19 años	909,999	1,186,724	1,382,159	1,938,781	2,451,824	2,802,850	+208.0

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ JUVENIMSS

A partir de 2006 el Instituto incursionó en nuevas estrategias educativas integrales y de participación social, para promover y practicar un estilo de vida activo y saludable, a través de la implementación de Centros JUVENIMSS, ver gráfica 3.15 DPM.

Los objetivos de Educación para la Salud a cubrir son los siguientes:

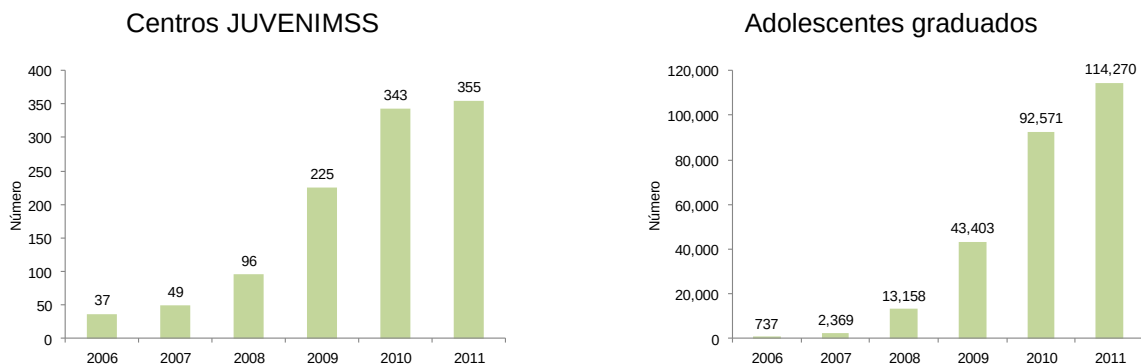
- Inducir la formación de hábitos y estilos de vida saludables desde edades tempranas.

- Abrir espacios de educación y salud en UMF vinculadas a Prestaciones Sociales y Escuelas de responsabilidad institucional.
- Formar Promotores Adolescentes PREVENIMSS, educadores de sus pares.
- Favorecer el desarrollo integral de la salud individual y familiar.
- Disminuir enfermedades asociadas a conductas de riesgo: sobrepeso y obesidad, embarazo no deseado, adicciones, y violencia, entre otros.
- Contribuir a formar generaciones saludables.

La estrategia educativa JUVENIMSS contribuyó en el periodo evaluado a:

- Elevar en un 174.6 por ciento la cobertura integral PREVENIMSS de los adolescentes.
- Incrementar la utilización del condón en la última relación sexual, de 59.9 por ciento en 2006 a 72.3 por ciento para 2010.

GRÁFICA 3.15 DPM, JUVENIMSS 2006 – 2011



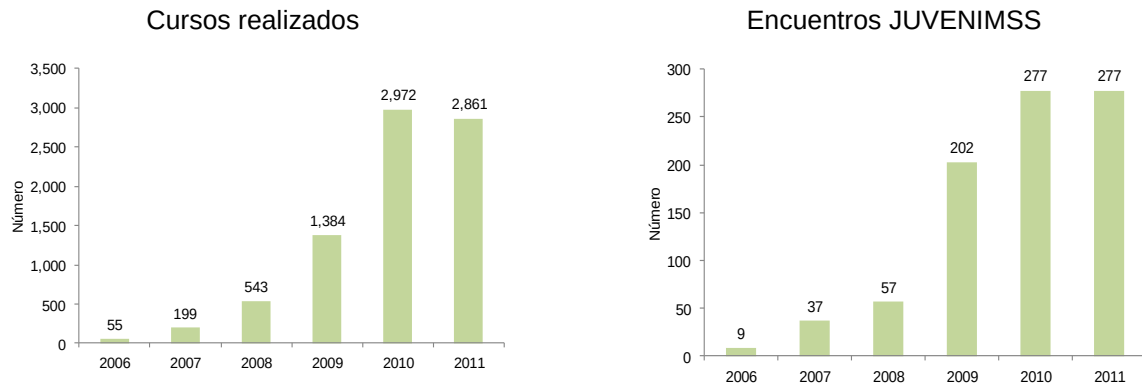
ACUMULADO 2006 – 2011

355 Centros JUVENIMSS

8,014 Cursos impartidos

266,508 Promotores Graduados

859 Encuentros JUVENIMSS



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ **PREVENIMSS en escuelas**

En el año 2004, se diseñó y desarrolló la estrategia de PREVENIMSS en Escuelas Superiores, cuya acción fundamental consistió en acercar los Programas Integrados de Salud a la población de estudiantes de educación media superior y superior.

Principales resultados:

- 370,917 estudiantes incorporados a su Programa de Salud Preventivo en 2011.
- 1'492,281 mil estudiantes incorporados a PREVENIMSS, en 8 años de actividades.
- 15,526 Promotores Adolescentes formados en escuelas en 2011; 72,526 estudiantes graduados como promotores desde el 2006.
- 677 planteles escolares participantes en la estrategia PREVENIMSS.
- Un convenio de colaboración con la Subsecretaría de Educación Media Superior y 98 Convenios nacionales, delegacionales y locales, suscritos con escuelas e instituciones educativas, desde el inicio de la estrategia.

En el año 2010 esta estrategia incorporó acciones en escuelas de educación media superior en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, los logros alcanzados durante el 2011, en 677 planteles escolares se muestran en el cuadro 3.4 DPM.

CUADRO 3.4 DPM, ACCIONES EN ESCUELAS DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

Actividad	Número	%
Con bebederos de agua potable funcionando	204	30.0
Con oferta de alimentos saludables	368	54.0
Con espacio o circuito de pasos para la práctica de actividad física	223	33.0

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Nutrición

Vigilancia del estado nutricional. En este grupo, se realiza mediante la medición de peso talla e índice de masa corporal, de acuerdo al resultado de la evaluación se entrega la Cartera de alimentación saludable y actividad física y se dan las recomendaciones correspondientes. De 2006 a 2011, se ha realizado evaluación del estado nutricional a un promedio anual de 2'568,106 adolescentes de 10 a 19 años, como se muestra en la gráfica 3.16 DPM.

GRÁFICA 3.16 DPM, EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES DE 10 A 19

AÑOS
2005 – 2011

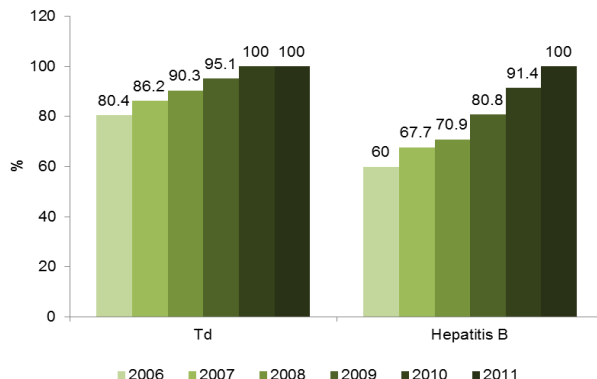


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Prevención de enfermedades vacunación en adolescentes 2006 – 2011

Vacunación. En cuanto a enfermedades inmunoprevenibles, el esquema básico de los adolescentes incluye las siguientes vacunas: anti hepatitis B, Toxoide tetánico diftérico (Td) y anti sarampión–rubéola (SR). Las coberturas obtenidas a partir de 2010 en este grupo son prácticamente del 100 por ciento, en beneficio de cerca de 5 millones de jóvenes entre 10 y 19 años. Ver gráfica 3.17 DPM.

GRÁFICA 3.17 DPM, VACUNACIÓN EN ADOLESCENTES, 2006 - 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Salud bucal. Las actividades básicas de identificación de placa dentobacteriana, enseñanza de la técnica de cepillado y auto aplicación de flúor, se incrementaron de 1.5 millones de adolescentes atendidos en 2006 a 2.3 millones en 2011.

Enfermedades de transmisión sexual. Para la prevención de estos padecimientos se realiza la entrega informada de condones y la orientación sobre sexo protegido, lo que ha permitido mantener la incidencia de casos por 100,000 adolescentes en niveles bajos, 0.3 en sífilis, 0.8 en virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y 0.3 en síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En el último año se protegieron con esta actividad poco más de un millón de adolescentes, con la entrega de 8.1 millones de preservativos.

- **Detección de enfermedades**

Agudeza visual. Esta detección se realiza en los adolescentes de 12 años y es también una actividad que ha incrementado su cobertura 2.9 veces en beneficio anual de más de 400 mil adolescentes.

- **Salud reproductiva**

El propósito fundamental de estas actividades como parte del Programa Integrado de Salud del Adolescente, es evitar los riesgos tales como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados o no planeados y aborto, entre otros. En primer término se orienta sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, la práctica del sexo protegido, el uso correcto de métodos de planificación familiar, para evitar el embarazo ya que a esta edad implica un alto riesgo de muerte materna y perinatal. Durante el período evaluado en promedio anual se tienen alrededor de 56,000 adolescentes como aceptantes de métodos anticonceptivos.

En las adolescentes embarazadas, se promueve la vigilancia prenatal (Promedio anual de 60,000 adolescentes embarazadas), la atención obstétrica en servicios institucionales (más del 98 por ciento de las embarazadas con vigilancia prenatal); a partir de 2010 se ha logrado un 100 por ciento de cobertura con hierro, ácido fólico y vacunación con TD a todas las adolescentes embarazadas que acuden a atención prenatal.

○ Impactos

Principales resultados en la salud de los adolescentes durante el período 2006 – 2011. En los adolescentes se ha fortalecido la búsqueda intencionada para la detección de seropositivos a VIH, lo que ha incrementado el número de infectados conocidos, sin embargo durante todo el periodo se han mantenido tasas inferiores a uno por 100,000 derechohabientes de 10 a 19 años, lo que hace evidente el éxito de las acciones preventivas.

3.1.1.3 Programa integrado de salud de la mujer de 20 a 59 años

○ Promoción de la salud

Desde el inicio de PREVENIMSS hasta el año 2006, este proceso se abordó mediante sesiones educativas y orientaciones individuales o grupales. Los temas a desarrollar han sido los marcados en las cartillas de salud que en el caso de la mujer son los siguientes:

- Incorporación al Programa de salud.
- Alimentación correcta.
- Actividad física.
- Salud bucal.
- Salud sexual y reproductiva.
- Salud mental.
- Sobrepeso/obesidad y enfermedades crónicas.
- Prevención y tratamiento de adicciones.
- Violencia familiar y de género.
- Prevención de accidentes.
- Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA.
- Prevención de tuberculosis pulmonar.
- Prevención de cáncer cérvico uterino (CaCu) y mamario.

Otros temas educativos importantes en la Mujer son: Entorno favorable a la salud (vivienda, escuela y patio limpio), dueños responsables con animales de compañía y cultura para la donación de órganos.

La cobertura del Programa de Salud de la Mujer se incrementó en 142.2 por ciento de 2006 a 2011, lo que representa 7.4 millones de mujeres de 20 a 59 años beneficiadas con sus acciones preventivas completas en el último año, como se aprecia en el cuadro 3.5 DPM.

CUADRO 3.5 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS EN MUJERES

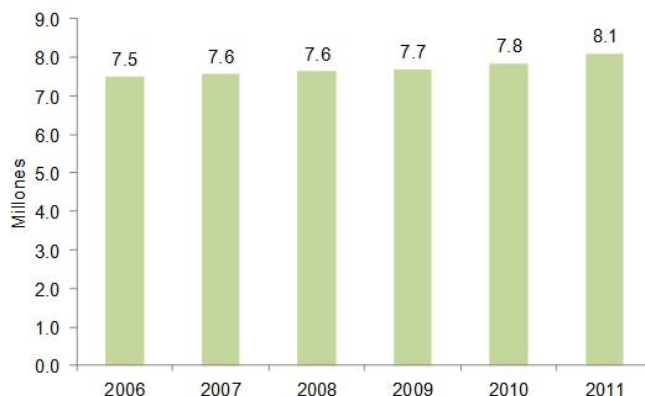
Grupo de edad	Número de Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas						Variación 2006 -2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
Mujeres de 20 a 59 años	3,062,329	3,994,117	5,554,114	6,328,163	6,780,461	7,417,499	+142.2

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Nutrición

Vigilancia del estado nutricional. En las mujeres de 20 a 59 años de edad, se realiza la vigilancia del estado nutricional mediante la medición de peso, talla, cintura e índice de masa corporal. De acuerdo al resultado de la evaluación se entrega la Cartera de alimentación saludable y actividad física y se dan las recomendaciones correspondientes. Como se muestra en la gráfica 3.18 DPM, de 2006 a 2011, se ha evaluado el estado nutricional a un promedio anual de 7'713,630 mujeres.

GRÁFICA 3.18 DPM, EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES
DE 20 A 59 AÑOS, 2006 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Suplementación con ácido fólico. Para disminuir la incidencia de Defectos del Tubo Neural: espina bífida y anencefalia en los recién nacidos, en las mujeres y adolescentes embarazadas o que desean embarazarse se incluyó la suplementación con ácido fólico.

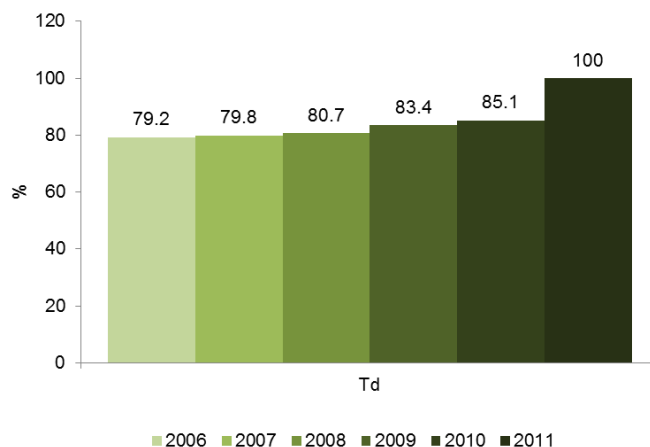
A partir de 2004 las coberturas se han incrementado en forma permanente hasta obtener más del 95 por ciento, con un promedio anual de 763,811 mujeres con suplementación.

En el período 2004 – 2011, las incidencias de casos de anencefalia y espina bífida, han tenido un decremento de 75.0 por ciento y 52.6 por ciento, respectivamente.

○ Prevención de enfermedades

Vacunación. El esquema de vacunación en este grupo incluye Toxoide tetánico diftérico y vacuna antisarampión – rubéola, con lo que además de proteger a las mujeres se evita la presencia de casos de tétanos neonatal y rubéola congénita. Las coberturas para ambas vacuna alcanzan el 100 por ciento en el último año. Ver gráfica 3.19 DPM.

GRÁFICA 3.19 DPM, VACUNACIÓN EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS, 2006 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Los logros alcanzados en las mujeres derechohabientes del IMSS han permitido que desde el año 2004 no se presenten casos de tétanos neonatal.

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 período invernal 2010-2011 se protegieron 289,501 embarazadas, lo que corresponde al 100 por ciento de la meta programada.

Salud bucal. En los últimos tres años la cobertura con acciones para la prevención de caries dental y parodontopatías se han incrementado en 321.8 por ciento.

○ Detección de enfermedades

Otros graves problemas de salud en la población femenina son la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial; debido a que estas enfermedades si no son tratadas oportunamente ocasionan complicaciones irreversibles que pueden ser discapacitantes o causar muerte prematura.

Diabetes mellitus. En el periodo 2002-2004 la detección estaba dirigida al grupo de 30 años y más, de acuerdo a la evidencia disponible, en 2005 se modificó el grupo blanco por el de 45 años y más, así mismo se inició la detección con glucómetro, lo que permite una mayor precisión en la identificación de casos sospechosos. A partir de 2007, la detección se realiza cada tres años en población aparentemente sana.

Las coberturas de 2007 a 2011 se han mantenido por arriba del 80 por ciento del logro de meta, lo que implica en promedio anual 2.5 millones de mujeres con detección oportuna de esta enfermedad.

Hipertensión arterial. Esta detección adquiere gran importancia por la alta frecuencia de pacientes hipertensos asintomáticos y por las severas complicaciones cardiovasculares que se presentan cuando no es tratada oportunamente. En PREVENIMSS, la detección es anual en la población adulta de 30 y más años. De 2006 a 2011 se observa un incremento en las coberturas, con 5.7 millones de mujeres beneficiadas en promedio anual.

Cáncer cérvico uterino (CaCu). Un paso fundamental, para el control exitoso de este padecimiento, es contar con coberturas óptimas. La detección de CaCu mediante la prueba de Papanicolaou, continúa siendo la estrategia principal en el tamizaje de este cáncer. Durante la administración se trabajó intensamente en la capacitación de las enfermeras, citotecnólogos y colposcopistas para mejorar la calidad en la detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones premalignas, lo que ha contribuido a reducir la mortalidad por este cáncer.

Como se muestra en la gráfica 3.20 DPM, la cobertura de detección para CaCu ha mantenido un incremento permanente año con año, para 2011 alcanzó el 33.8 por ciento, cifra superior a la meta establecida (30.0 por ciento).

**GRÁFICA 3.20 DPM, COBERTURAS DE DETECCIÓN EN MUJERES
DE 25 A 64 AÑOS, 2004 – 2011**



Incremento en el periodo 120.9 por ciento.

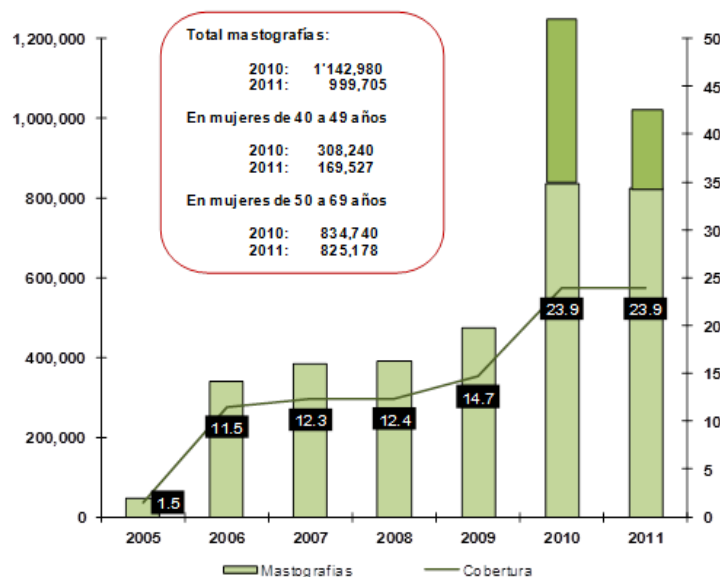
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Cáncer de mama. En PREVENIMSS se dispone de diferentes acciones para la detección oportuna de este cáncer de acuerdo a la edad de las mujeres; la exploración clínica de mama se utiliza para las mujeres de 25 a 69 años y la mastografía en las de 50 a 69 años de edad y a partir de los 40 en aquellas que tienen factores de riesgo.

La exploración clínica de mama tiene un doble beneficio, crea en las mujeres la cultura de prevención y al mismo tiempo le permite al personal que la realiza identificar anormalidades en una etapa temprana. En promedio anual se realizan más de cinco millones de detecciones, a través de este método.

La detección de cáncer de mama mediante mastografía se incrementó 15.9 veces de 2005 a 2011, al pasar de 1.5 por ciento a 23.9 por ciento con más de 800 mil mastografías realizadas para cada uno de los dos últimos años. El IMSS ha rebasado la meta sectorial año con año en el grupo blanco. Ver gráfica 3.21 DPM.

**GRÁFICA 3.21 DPM, COBERTURA DE DETECCIONES DE CÁNCER DE MAMA POR MASTOGRAFÍA
2005 – 2011**



Nota: Las mastografías en mujeres de 40 a 49 años no cuentan para cobertura
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Adicionalmente, se realiza mastografía de detección a las mujeres derechohabientes de 40 a 49 años con factores de riesgo, con una variación en el número de mastografías realizadas de 150 mil a 350 mil por año, a partir de 2008.

Durante la presente administración, se trabajó en la mejora de la calidad, mediante la capacitación de médicos y técnicos radiólogos, así como en la adquisición de equipo para mejorar la infraestructura disponible.

○ Impactos

Los principales resultados en la salud de las mujeres, durante el período 2006 – 2011, son:

- El fortalecimiento de la detección oportuna de CaCu ha mantenido una tendencia descendente de la mortalidad por esta causa. De 2006 a 2011 se obtuvo un decremento en la mortalidad de 27.2 por ciento, en la presente administración el promedio anual de decremento es de 5.4 por ciento, superior en todos los años a la meta establecida en el Programa Nacional de Salud (4.5 por ciento anual).
- El cáncer de mama constituye la primera causa de defunción por neoplasias en la mujer en varios estados del país. De 2006 a 2011 la mortalidad por este padecimiento presentó una disminución de 6.3 por ciento, al pasar de una tasa de 11.2 a 10.5 por 100,000 mujeres derechohabientes mayores de 24 años. En las mujeres derechohabientes de 40 a 49 años, la disminución fue de 33.0 por ciento en el mismo periodo.

○ **Salud reproductiva**

El Programa de Planificación Familiar, permite satisfacer las expectativas reproductivas y necesidades personales de la población usuaria para regular su fecundidad, garantizando el otorgamiento de métodos anticonceptivos modernos, seguros, eficaces y con mínimos efectos secundarios.

Los prestadores de servicios de planificación familiar, promueven la aceptación y realizan la entrega oportuna del método anticonceptivo seleccionado en las diferentes etapas de la vida reproductiva, mediante actividades de comunicación educativa dirigida a toda la población usuaria de los servicios, en especial a los adolescentes y las mujeres con factores de riesgo reproductivo elevado y/o portadoras de enfermedades crónico degenerativas, con la finalidad de planear el embarazo en las mejores condiciones de salud y evitar riesgos, con lo cual se contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

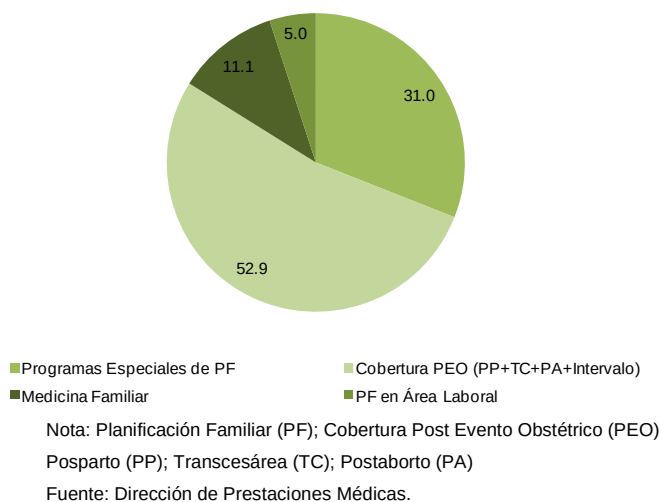


Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Aceptantes de Método Anticonceptivo. Ámbito Urbano Nacional. Es el total de nuevos usuarios de métodos anticonceptivos en unidades médicas del IMSS, incluye los aceptantes en los tres niveles de atención, tanto en consulta externa como en hospital, además de los no derechohabientes usuarios de los servicios de planificación familiar. Ver gráfica 3.22 DPM.

**GRÁFICA 3.22 DPM, ACEPTANTES DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO. ÁMBITO URBANO NACIONAL
(RÉGIMEN ORDINARIO + POBLACIÓN ABIERTA) 2011**

TOTAL ACEPTANTES = 904,883

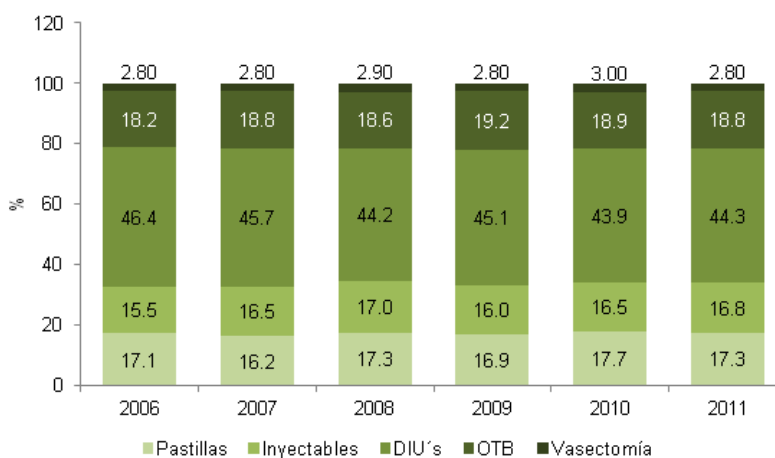


A través de los años la proporción en el número de aceptantes registrada en los diferentes ámbitos en donde se presta la atención, prácticamente no ha sufrido modificación notoria. Cabe mencionar que en el año 2010, la mayor proporción es en las unidades hospitalarias, durante la atención del post evento obstétrico y en etapa de intervalo (52.9 por ciento), seguida por la productividad generada por los Programas Especiales de Planificación Familiar (31.0 por ciento), la del Sistema Médico Familiar y consultorios tradicionales de Planificación Familiar (11.1 por ciento) y en Área Laboral (5.0 por ciento). Con un total de 904,883 aceptantes.

Proporción de Aceptantes de Métodos Anticonceptivos. Mide el porcentaje por tipo de método anticonceptivo en el total de aceptantes, sean o no derechohabientes, en las unidades médicas del IMSS, incluye los tres niveles de atención, tanto en consulta externa como en hospital.

En los últimos cinco años, la proporción de uso de método anticonceptivo se ha mantenido prácticamente estable, observándose que existe una mayor selección del dispositivo intrauterino en 44.3 por ciento, seguido de la oclusión tubaria bilateral en 18.8 por ciento, hormonales orales 17.3 por ciento, hormonales inyectables 16.8 por ciento y vasectomía 2.8 por ciento, como se muestra en la gráfica 3.23 DPM.

**GRÁFICA 3.23 DPM PROPORCIÓN DE ACEPTANTES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
ÁMBITO URBANO. 2006 – 2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

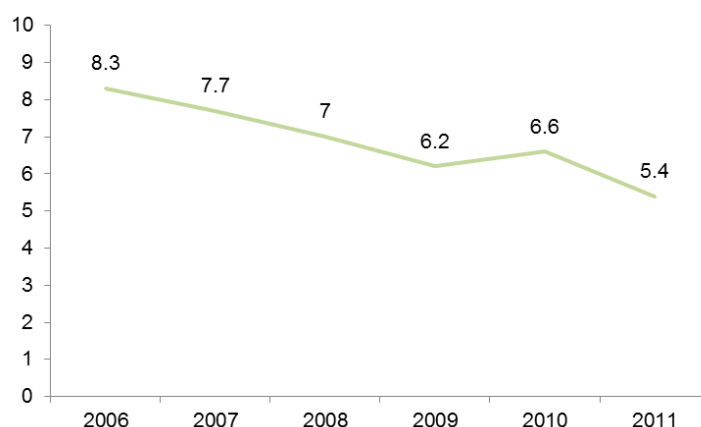
Cobertura de protección anticonceptiva posparto. Mide la proporción de mujeres atendidas en unidades hospitalarias y que aceptaron en forma libre e informada un método anticonceptivo durante o inmediatamente después de la atención del parto o cesárea, y antes de su egreso hospitalario.

La cobertura de protección anticonceptiva posparto con transcesárea ha presentado una tendencia ascendente en el periodo en comento. En el año 2006 la cobertura fue del 76.4 por ciento y en el 2010 de 82.6 por ciento, y para 2011 es del 83.3 por ciento, lo cual es satisfactorio, ya que se encuentra por arriba del 80 por ciento como valor de referencia nacional. Cabe mencionar que los métodos entregados son de alta continuidad y eficacia.

Proporción de aceptantes de métodos hormonales en el posparto. Mide el porcentaje de mujeres puérperas de parto y cesárea que aceptaron en forma libre e informada un método anticonceptivo hormonal oral o inyectable, antes de su egreso hospitalario.

Como se muestra en la gráfica 3.24 DPM, durante los últimos cinco años se ha logrado disminuir en forma paulatina, la aceptación de un método anticonceptivo hormonal en el posparto y transcesárea, lo cual es satisfactorio ya que promueve la continuidad en el uso del método anticonceptivo.

GRÁFICA 3.24 DPM, PROPORCIÓN DE ACEPTANTES DE MÉTODOS HORMONALES EN EL POSPARTO*, 2006 – 2011



* Incluye transcesárea.

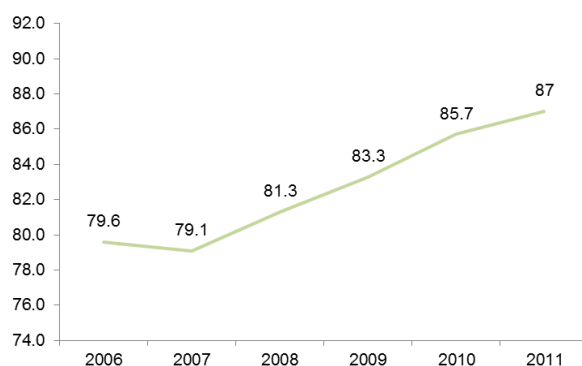
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

En el año 2006 la proporción registrada fue de 8.3 por ciento, en el 2010 de 6.6 por ciento, y en 2011 de 5.4 por ciento. La referencia nacional establecida en el periodo en comento es del 2.0 por ciento.

Cobertura de protección anticonceptiva postaborto. Mide la proporción de mujeres atendidas en unidades hospitalarias y que aceptaron en forma libre e informada un método anticonceptivo inmediatamente después de la atención de alguna complicación de aborto y antes de su egreso hospitalario.

Durante los últimos seis años, la cobertura de protección anticonceptiva en el postaborto se ha incrementado en forma favorable. En el año 2006 el logro fue de 79.6 por ciento, en el 2010 de 85.7 por ciento, y para el cierre de 2011 es de 87.0 por ciento, porcentaje superior al 80.0 por ciento, valor que se tiene como referencia nacional. Ver gráfica 3.25 DPM.

GRÁFICA 3.25 DPM, COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA
POSTABORTO 2006 - 2011



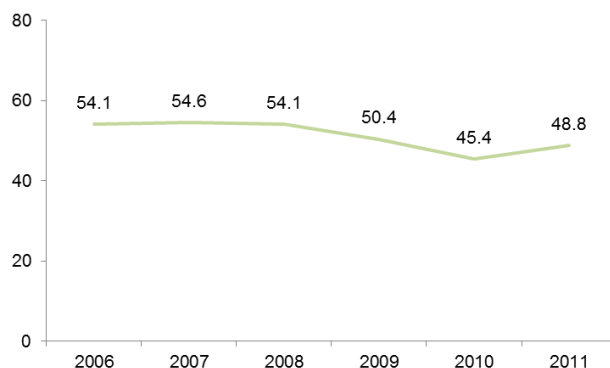
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Tasa de partos por mil mujeres en edad fértil. Mide en forma indirecta el impacto de las acciones realizadas en el Programa de Planificación Familiar, relacionando el número de partos vaginales y abdominales con el número de mujeres en edad fértil adscritas a la unidad.

La fecundidad en nuestra población derechohabiente, se relaciona con una mayor o menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos; así, cuando existe una alta prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, se observa una menor fecundidad, lo que se traduce en una tendencia descendente de este indicador.

En 2006 las mujeres en edad fértil eran 9'671,478, con una tasa de partos del 54.1, que disminuyó en forma gradual; para el 2010 fue de 45.4 (Mujeres en edad fértil 10'078,144), y para el cierre del 2011 es de 48.8 (Mujeres en edad fértil 9'472,740). El referente nacional para el año 2011 es de 52.9 partos por mil mujeres en edad fértil. Ver gráfica 3.26 DPM.

GRÁFICA 3.26 DPM, TASA DE PARTOS POR 1000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL

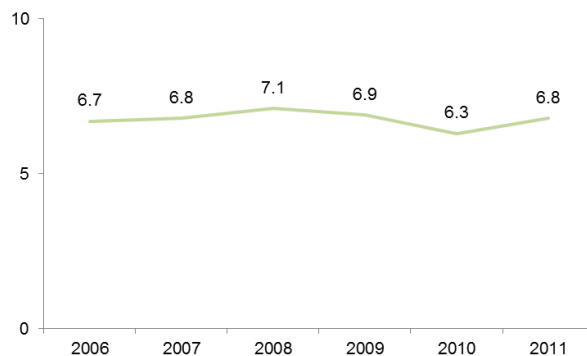


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Tasa de abortos por mil mujeres en edad fértil. Mide en forma indirecta el impacto de las acciones realizadas en el Programa de Planificación Familiar, relacionando el número de atenciones por complicaciones de aborto con el número de mujeres en edad fértil.

Una cifra superior de la referencia nacional (7.0) significa una mayor incidencia de complicaciones de aborto atendidas en las unidades médicas. Este indicador se ha mantenido por debajo del valor de referencia nacional en el periodo en comento, en el año 2006 fue de 6.7, en 2010 se logró 6.3, mientras que para el 2011 es de 6.8 manteniéndose por debajo del valor de referencia. Ver gráfica 3.27.

GRÁFICA 3.27 DPM, TASA DE ABORTOS POR MIL MUJERES EN EDAD FÉRTIL
LOGROS 2006 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Género y Salud. En la actualidad todas las sociedades del mundo mujeres y hombres reciben un trato diferente, pues se constata una desigualdad generalizada en todos los ámbitos de la sociedad. Esta diferencia, está sustentada en el hecho exclusivo del sexo biológico y partiendo de ésta se construye una desigualdad social que en la mayoría de los casos coloca en una posición de desventaja a las mujeres respecto de los hombres, quienes también sufren consecuencias negativas producto de esta desigualdad, lo que se conoce como la construcción social del sexo, denominada género.

De tal forma el Área de Género y Salud fue creada en abril de 2011, con el objetivo de fortalecer la introducción de la perspectiva de género en los programas de Salud Pública, obedeciendo la política federal de transversalización de la misma y buscando abatir esas desigualdades en el ámbito de la salud.

En junio de 2011 la Coordinación de Programas Integrados de Salud capacitó con apoyo de IPAS/México y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a personal de salud de las delegaciones D.F. Norte, D.F. Sur, Hidalgo, México Oriente, México Poniente, Morelos, Querétaro y Tlaxcala.



Se llevó a cabo un acuerdo entre el IMSS y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SS) para la impartición de cursos sobre el tema Género y Salud y sobre la *NOM 046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios de Prevención y Atención*. Las delegaciones de Durango, Nuevo León y San Luis Potosí capacitaron 108 personas, entre médicos(as), trabajadoras sociales, enfermeras y psicólogas(os).

3.1.1.4 Programa integrado de salud del hombre de 20 a 59 años

- **Promoción de la salud**

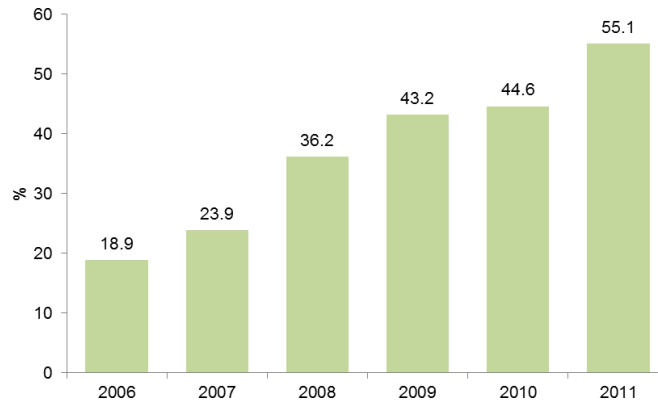
Desde el inicio de PREVENIMSS hasta el año 2006, este proceso se abordó mediante sesiones educativas y orientaciones individuales o grupales.

Los temas a desarrollar han sido los marcados en las cartillas de salud que en el caso del hombre son los siguientes: Incorporación al Programa de salud, Higiene personal, Alimentación correcta, Actividad física, Salud bucal, Salud sexual y reproductiva, Salud mental, Prevención y tratamiento de adicciones, Prevención de violencia, y Prevención de accidentes.

Otros temas educativos importantes en los Hombres son: Entorno favorable a la salud (Vivienda, escuela y patio limpio) y dueños responsables con animales de compañía.

La cobertura del Programa de Salud del Hombre, se incrementó en 196.6 por ciento de 2006 a 2011, lo que representa 4.7 millones de hombres de 20 a 59 años beneficiados con sus acciones preventivas completas en el último año. Ver gráfica 3.28 DPM y cuadro 3.6 DPM.

GRÁFICA 3.28 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS, HOMBRE 2006 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

CUADRO 3.6 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS, HOMBRE 2006 – 2011

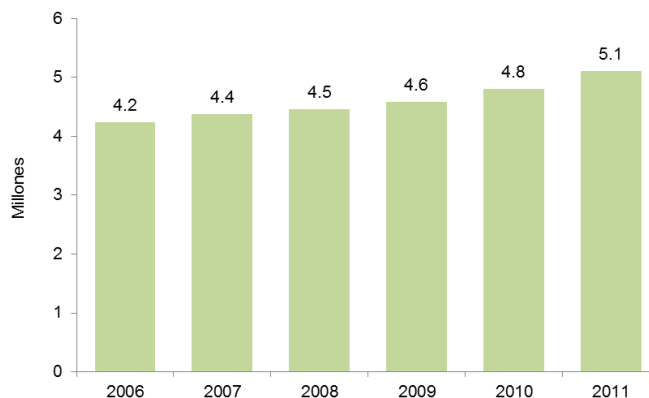
Grupo de edad	Número de Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas						Variación 2006 -2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
Hombres de 20 a 59 años	1,590,719	2,074,718	3,052,397	3,654,372	4,046,711	4,718,756	+196.6

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Nutrición

Vigilancia del estado nutricional. En los hombres de 20 a 59 años de edad, también se realiza la vigilancia del estado nutricional mediante la medición de peso, talla, cintura e índice de masa corporal, de acuerdo al resultado de la evaluación se entrega la Cartera de alimentación saludable y actividad física y se dan las recomendaciones correspondientes. De 2006 a 2011, se ha realizado la evaluación del estado nutricional a un promedio anual de 4'597,513 hombres. (Ver gráfica 3.29 DPM)

GRÁFICA 3.29 DPM, EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL
EN HOMBRES DE 20 A 59 AÑOS



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Prevención de enfermedades

Vacunación. El incremento en los logros de vacunación con Toxoide tetánico diftérico en el hombre, ha permitido la disminución de tétanos no neonatal en los últimos 5 años, ya que en este periodo ocurrieron sólo 14 casos contra 46 que se presentaron del 2001 al 2005.

Enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. En relación a VIH/SIDA en el año 2011, se reportaron 2,227 casos nuevos, con predominio del sexo masculino con 83.6 por ciento del total y una razón hombre:mujer, de 5.1 a 1. Para disminuir la transmisión de esta enfermedad y de otras infecciones de transmisión sexual, se otorgaron de manera informada 13'795,888 preservativos en este grupo de edad.

○ Detección de enfermedades

La identificación de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial en su etapa inicial cuando aún no existen complicaciones, es uno de los propósitos de la detección.

Diabetes mellitus. La importancia de diagnosticar oportunamente la diabetes, radica en que un control intenso de la diabetes reduce: 21 por ciento el riesgo de morir por diabetes; 14 por ciento la posibilidad de padecer un infarto al miocardio; 37 por ciento las posibilidades de presentar complicaciones micro vasculares. Las coberturas durante el periodo 2007 - 2011 se incrementaron en 20.0 por ciento, con un promedio anual de dos millones de detecciones realizadas.

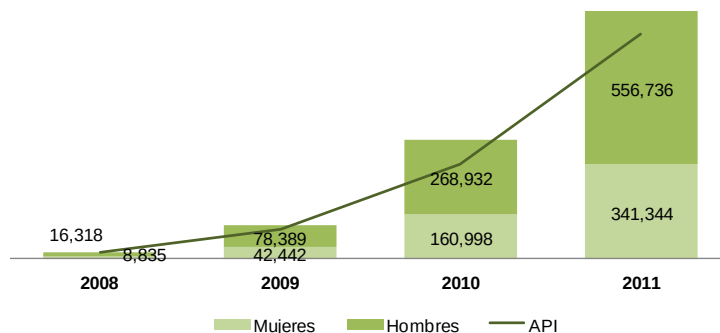
Hipertensión arterial. El valor de la detección oportuna de la hipertensión arterial, se demuestra en ensayos clínicos, los cuales señalan que el control de la hipertensión se asocia a reducciones de 35-40 por ciento en la incidencia de Enfermedad Vascular Cerebral, 20-25 por ciento de infartos al miocardio y más de 50 por ciento en insuficiencia cardíaca. Las coberturas durante el periodo 2006 - 2011 se incrementaron en 24.0 por ciento, con un promedio anual de 5.3 millones de detecciones realizadas.

3.1.1.5 PREVENIMSS en empresas

En este grupo destaca el establecimiento de estrategias de obligatoriedad para hacer más accesibles los servicios preventivos a la población trabajadora afiliada al IMSS.

De 2009 a 2011 se han firmado 10 convenios de colaboración con empresas y sindicatos, en beneficio de 4'910,171 trabajadores. En el último año se atendieron un total de 898,080 trabajadores, de los cuales 341,344 fueron mujeres y 556,736 fueron hombres. Del total de trabajadores atendidos en el 90 por ciento se les realizó la API en su lugar de trabajo, cifra mayor a la reportada en el 2010 (80 por ciento). Ver gráfica 3.30 DPM y cuadro 3.7 DPM.

GRÁFICA 3.30 DPM Y CUADRO 3.7 DPM, PREVENIMSS EN EMPRESAS 2008 – 2011



Año	Trabajadores asegurados	Trabajadores atendidos en su lugar de trabajo	API
2008	14,260,309	25,153 (0.2%)	21,907 (87%)
2009	13,814,544	120,831 (2.5%)	105,234 (87%)
2010	14,232,000	429,930 (3.0%)	342,538 (80%)
2011	15,037,448	898,080 (6%)	812,137 (90%)

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Como un logro adicional, en el último año tres de las empresas atendidas (Liverpool, Coca Cola Femsa y Comercial Mexicana), a través de la estrategia PREVENIMSS en empresas, refirieron un decremento de alrededor del 5 por ciento en el número de incapacidades por enfermedad general, lo que corresponde aproximadamente por empresa a 1000 incapacidades.

○ Proceso de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS)

Durante el periodo 2009-2011 en el ámbito nacional se han realizado intervenciones en los centros de trabajo IMSS por los SPPSTIMSS, de acuerdo a las 5 líneas de acción contenidas en el Procedimiento Normativo de estos servicios, se han obtenido los siguientes resultados:



En materia de Promoción de la Salud y Prevención de Daños, se otorgaron 277,792 atenciones preventivas integradas; 188,888 asesorías en planificación familiar; 36,901 sesiones educativas; 254,320 trabajadores enviados a estomatología, nutrición y dietética y actividad física y 473,382 inmunizaciones.

Por lo que respecta a vigilancia de la salud, se efectuaron 176,693 exámenes médicos periódicos.

Para atender el proceso de Intervención en Incapacidades, se realizó la gestión médico administrativa en 45,239 casos con incapacidad temporal para el trabajo por arriba del tiempo estimado de recuperación para el trabajo inicialmente determinado, a los cuales se les realizó seguimiento para su resolución oportuna.

Con relación a la Vigilancia del Ambiente de Trabajo, se efectuaron 1,613 Diagnósticos de salud, seguridad e higiene en centros laborales IMSS.

En la línea de acción Asistencial, se proporcionaron 32,826 Atenciones médicas de primeros auxilios.

3.1.1.6 Programa del adulto mayor de 59 años

- **Promoción de la salud**

Desde el inicio de PREVENIMSS hasta el año 2006, este proceso se abordó mediante sesiones educativas y orientaciones individuales o grupales.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Los temas a desarrollar han sido los marcados en las cartillas de salud que en el caso de los adultos mayores son los siguientes: Incorporación al Programa de salud, Alimentación correcta, Actividad física, Salud bucal, Salud sexual y reproductiva, Envejecimiento saludable, Higiene postural, Prevención y tratamiento de adicciones, Violencia familiar, Prevención de accidentes, Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, Prevención de tuberculosis pulmonar, Prevención de CaCu y mamario, Enfermedades prostáticas, Sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.

Otros temas educativos importantes en los Adultos mayores son: Entorno favorable a la salud (Vivienda, escuela y patio limpio) y dueños responsables con animales de compañía.

La cobertura de este Programa se incrementó en 162.7 por ciento de 2006 a diciembre de 2011, lo que representa 2.9 millones de adultos mayores de 59 años beneficiados con sus acciones preventivas completas en el último año. Ver gráfica 3.31 DPM y cuadro 3.8 DPM.

GRÁFICA 3.31 DPM Y CUADRO 3.8 DPM, COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS, ADULTO MAYOR 2006 - 2011



Grupo de edad	Número de Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas						Variación 2006 - 2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
Adultos Mayores de 59 años	1,379,353	1,799,080	2,145,535	2,464,771	2,706,194	2,997,130	162.7

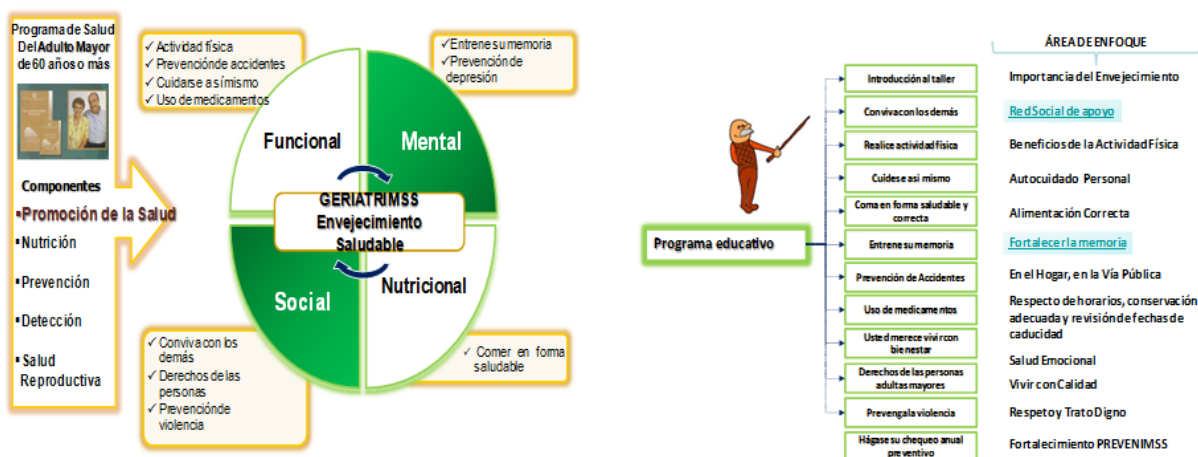
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ GERIATRIMSS

El incremento de la expectativa de vida ha generado un proceso de envejecimiento de la población. La salud en las personas adultas mayores es el resultado del estilo de vida que tuvieron en sus años previos, por lo que modificar hábitos y conductas no saludables a través de esta estrategia educativa, constituye una respuesta institucional organizada, que tiene el propósito de lograr un envejecimiento activo y saludable en de la población derechohabiente.

Con fundamento en los antecedentes del éxito obtenido a través de los grupos educativos, participativos de JUVENIMSS y CHIQUITIMSS, se diseñó un modelo específico para Adultos mayores enfocado a fortalecer las cuatro áreas fundamentales para un envejecimiento saludable: funcional, mental, nutricional y social. Ver gráfica 3.32 DPM.

GRÁFICA 3.32 DPM,
Modelo educativo GERIATRIMSS

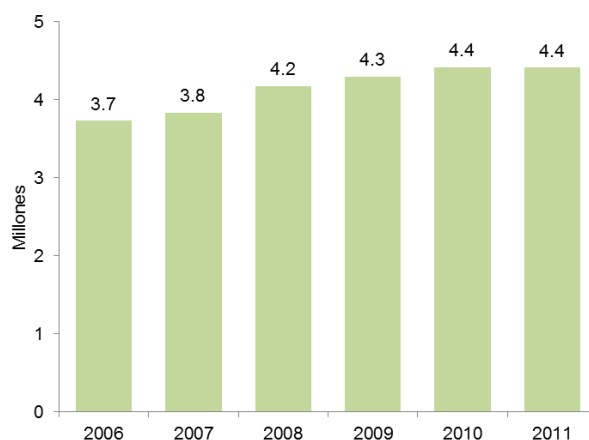


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Nutrición

Vigilancia del estado nutricional. En los Adultos mayores de 59 años de edad, también se realiza la vigilancia del estado nutricional mediante la medición de peso, talla, cintura e índice de masa corporal, de acuerdo al resultado de la evaluación se entrega la Cartera de alimentación saludable y actividad física y se dan las recomendaciones correspondientes. De 2006 a 2011, se ha realizado evaluación del estado nutricional a un promedio anual de 4'139,899 derechohabientes de 60 y más años. Ver gráfica 3.33 DPM.

**GRÁFICA 3.33 DPM. VIGILANCIA DEL ESTADO DE NUTRICIÓN
ADULTOS MAYORES, 2006 – 2011**



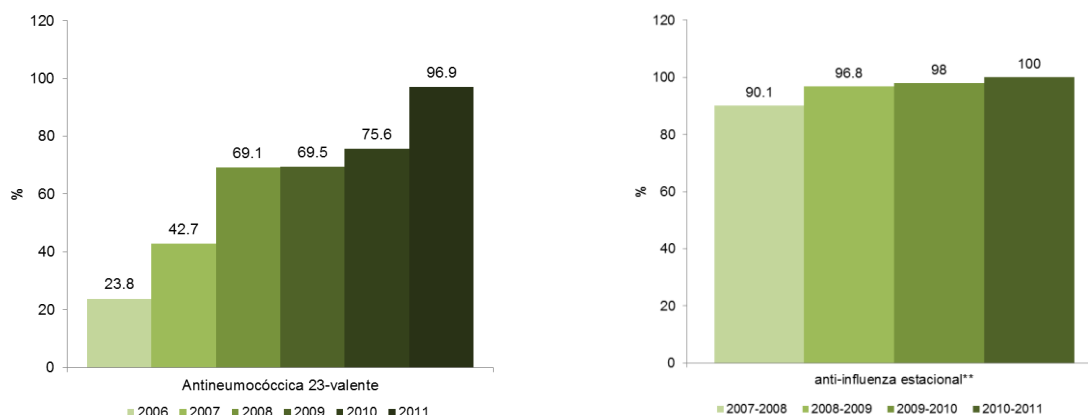
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ Prevención de enfermedades

Vacunación. Como se observa en la gráfica 3.34 DPM, la cobertura alcanzada de 2006 a 2011 fue de 96.9 por ciento para vacuna antineumocócica. Respecto a la vacunación con anti-influenza en el periodo invernal octubre 2010 - marzo 2011, se obtuvo una cobertura de 100.0 por ciento, cifra superior a la meta (80.0 por ciento), lo que refleja que las estrategias implementadas han tenido el resultado esperado.

Para el periodo invernal octubre 2011 – marzo 2012 se lleva un avance del 80 por ciento, de continuar con esta tendencia se alcanzará el mismo logro que la temporada invernal anterior. Además de disminuir el riesgo de hospitalización por neumonías, estas vacunas disminuyen la frecuencia de complicaciones por infecciones invasivas causadas por neumococo y virus de la influenza.

GRÁFICA 3.34 DPM, VACUNACIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Salud Bucal. En los adultos mayores, esta actividad es fundamental para evitar infecciones sistémicas relacionadas con caries y parodontopatías originadas por mala higiene bucal, así mismo la conservación de una dentadura saludable favorece una mejor nutrición. De 2009 a 2011 se incrementó la cobertura 212.1 por ciento, con 2.8 millones de adultos mayores atendidos.

○ Detección de enfermedades

En este grupo de edad la prevalencia de enfermedades crónicas es alta y la presencia de complicaciones acelerada, es por ello que la detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial en los adultos mayores asintomáticos es importante para la aplicación inmediata de un manejo integral que contribuya a la calidad de vida en esta etapa.

Diabetes mellitus. El propósito de esta detección en los derechohabientes mayores de 59 años es identificar a aquellos que presentan prediabetes para evitar su progresión al estado diabético, por medio de la promoción de estilos de vida saludables. Año con año se realiza la detección a cerca de un millón de adultos mayores, con lo que se han alcanzado coberturas superiores al 20 por ciento en este grupo.

Hipertensión arterial. La alta morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares tienen una relación directa con la hipertensión arterial. Los estilos de vida relacionados con una dieta inadecuada y el sedentarismo, además de enfermedades como la diabetes mellitus, la obesidad y la hipercolesterolemia, son factores que han ido en aumento y se interrelacionan con la hipertensión arterial, es por ello que como parte de la API de los adultos mayores se realiza la detección de esta enfermedad en un promedio anual de 2.4 millones de derechohabientes.

- **Comprobación de supervivencia**

La comprobación de supervivencia a través de PREVENIMSS es una estrategia de mejora de servicios que consiste en que los pensionados titulares con el simple hecho de otorgarles la API en los módulos PREVENIMSS de las unidades médicas y registrar sus acciones en el expediente clínico electrónico (ECE), automáticamente queda registrada también su comprobación de supervivencia, sin necesidad de hacerlo en los módulos establecidos exprofeso por las áreas de prestaciones económicas.

El propósito de esta estrategia es mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los pensionados en el proceso de comprobación de supervivencia, al otorgar adicionalmente al beneficio económico, el cuidado de la salud a través de PREVENIMSS. El enlace automatizado entre el módulo PREVENIMSS del Expediente electrónico y el sistema de comprobación de supervivencia de Prestaciones Económicas, está concluido y ya se realizó una prueba piloto para

comprobar su funcionalidad, este proyecto, se implementará a nivel operativo en junio de 2012 previa concertación con el SNTSS.

3.1.1.7 Proyectos especiales

○ Acciones contra el sobrepeso y obesidad

Cruzadas Nacionales. En 2008 y 2009 se realizaron las cruzadas “Vamos por un millón de kilos” y “Vamos por más kilos” en las que se logró la participación de 2.7 millones de personas y se obtuvo una pérdida de 208 millones de kilogramos, además de ubicar como tema prioritario ante la opinión pública la necesidad de tener una alimentación correcta y de la práctica de actividad física cotidiana, como parte de los estilos de vida saludables para contender con la epidemia de sobrepeso y obesidad.

Estilo de vida activo y saludable. En 2009 se diseñó esta estrategia, que además de la alimentación correcta y actividad física, incluía la prevención de adicciones. Esta iniciativa fortaleció la política institucional “Espacios Libres de Humo de Tabaco” y propició la relacionada con venta de alimentos y bebidas saludables en Unidades Médicas y administrativas del IMSS.

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Surge como una iniciativa presidencial en 2010, en el marco de dicho acuerdo se colaboró en la elaboración de los “Lineamientos para expendio de alimentos y bebidas en planteles de educación básica” y se celebró un Convenio de Colaboración con 150 planteles de educación media superior y superior, para la promoción del consumo de agua simple potable, práctica de actividad física y oferta de alimentos saludables.

Pasos por la salud. Durante 2010 - 2011, se instrumentó este Proyecto en sustitución del estilo de vida activo y saludable, en julio de 2011 se llevó a cabo la prueba piloto en la UMF 67de Ecatepec, Delegación México Oriente con los siguientes resultados:

- 310 participantes a la fecha.
- 1.8 kg perdidos por persona.
- 3 a 4 cm de cintura disminuidos por persona.

Pasos por la salud se lleva a cabo en su primera etapa en UMF cercanas a Centros de Seguridad Social (CSS) y Deportivos institucionales, así como en escuelas de enseñanza media superior y superior, de los 677 planteles educativos que participan en la iniciativa PREVENIMSS, 204 cuentan con bebederos de agua potable funcionando, 368 ofertan alimentos saludables y 223 tienen un espacio o circuito de pasos para la práctica de actividad física.

○ **Prevención universal de adicciones**

PREVENIMSS como el mejor modelo preventivo integral, tiene en su ámbito de competencia la Prevención Universal de las Adicciones, que realiza a través de las estrategias Educativas de CHIQUITIMSS, JUVENIMSS y PREVENIMSS en escuelas, a fin de retrasar al máximo el inicio del consumo de sustancias psicoactivas mediante acciones tempranas y oportunas en guarderías, unidades médicas y planteles educativos de responsabilidad Institucional. Los principales objetivos de este importante proyecto son:

- Reforzar los factores de protección a la salud.
- Incrementar y reforzar las habilidades para la vida y la resiliencia.
- Prevenir el consumo inicial de sustancias psicoactivas.
- Prevenir el consumo nocivo de alcohol.

Se ha logrado incorporar a más de 38 mil niños prescolares y a sus padres en el sistema de guarderías institucionales, así mismo, se han formado más de 266 mil promotores adolescentes en Centros JUVENIMSS de UMF y escuelas. Resalta por su importancia la realización de 859 encuentros regionales y locales JUVENIMSS, para el intercambio de experiencias y conocimientos entre nuestros promotores adolescentes.

En la Delegación Chihuahua, como parte del Programa “Todos somos Juárez”, funcionan 10 Centros JUVENIMSS en UMF, con 543 cursos realizados y más de 9 mil promotores adolescentes formados, con énfasis en la prevención de adicciones y de violencia, cabe señalar que esta estrategia ha sido bien aceptada y reconocida como un instrumento de reconstrucción de la estructura social en dicha Ciudad.

○ **Plan Oncológico**

El cáncer es un problema de salud prioritario en México y en el IMSS, ya que no sólo afecta a los adultos mayores, sino también es causa importante de muerte prematura en los adultos en edad productiva. La prevención del cáncer representa una estrategia costo-efectiva, especialmente si se orienta a la promoción de hábitos de vida saludable, incluyendo la reducción de la obesidad, incremento de la actividad física, dieta equilibrada y la reducción en el consumo de alcohol y tabaco.

Además de las acciones de prevención primaria existe el recurso de la detección oportuna para contener el incremento de la demanda de servicios por cánceres en estados avanzados, así como para disminuir la mortalidad por neoplasias de cérvix uterino, mama, pulmón, colon y recto, entre otras.

El Plan Oncológico Institucional tiene entre sus propósitos corresponsabilizar a los derechohabientes en el cuidado de su salud, al promover en ellos hábitos de vida saludable para coadyuvar a la prevención del cáncer, al evitar los factores de riesgo relacionados. Así mismo, modificar la historia natural del cáncer de mama y cérvico uterino, a través de la detección oportuna a efecto de disminuir la mortalidad por estas causas. Una tarea prioritaria es evaluar la incorporación de la detección oportuna de cáncer de colon y recto a la estrategia PREVENIMSS.

- **Unidades móviles para la atención preventiva integrada (API)**

Con el propósito de extender los servicios de API a población de mujeres derechohabientes que por las características de inaccesibilidad de su comunidad de residencia o por su situación laboral, no tienen la oportunidad de acudir a la UMF a recibir su Programa de Salud, se diseñó un proyecto a solicitud de la Cámara Nacional de la Industria del Vestido para proporcionar API a la población derechohabiente de empresas afiliadas y a la población de micro regiones, mediante Unidades Móviles.

- **Universalización del tamizaje de cáncer de mama por mastografía**

El día 9 de junio de 2011, se publicó en el DOF la «Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama». Para dar respuesta a lo estipulado en la NOM 041, se constituyó el grupo de “universalización” a efecto de dar respuesta al tamizaje de cáncer de mama mediante mastografía, tanto al grupo blanco de mujeres de 50 a 69 años, como a las mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años. Para tal propósito la Norma establece que



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud definirán las metas de cobertura y su ampliación gradual, así como el grupo blanco o de mayor riesgo para priorizar la detección, con base en el panorama epidemiológico, la infraestructura y los recursos disponibles.

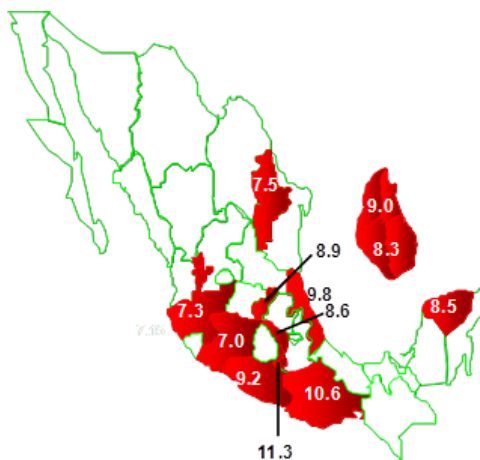
Por acuerdo del Comité Nacional de Prevención de Cáncer en la Mujer, el IMSS es el responsable de coordinar el grupo de trabajo interinstitucional encargado del proyecto de Universalización. En las reuniones de trabajo realizadas en el segundo semestre de 2011, el grupo definió el siguiente modelo para operacionalizar el proyecto y su conclusión en 2012:

- Etapa I. Estrategias para el uso más eficiente de la infraestructura disponible; Definición del alcance del proyecto en cuanto a cobertura de grupos blanco e impacto en salud; Participación del sector público y privado; Congruencia con la NOM-041 en el cumplimiento de requisitos de calidad; Sistema de referencia y contrarreferencia; Regionalización de servicios.
- Etapa II. Estrategias de ampliación de cobertura; Estimación de necesidades sectoriales para incremento de la capacidad instalada: Recurso humano, Infraestructura, Recursos financieros; Gestión de presupuestos especiales; Implementación y seguimiento de proyectos de inversión para ampliación de coberturas; Diseño de un sistema de evaluación y rendición de cuentas; Sistema de Información: ECE para: Aspectos médicos de salud pública y epidemiológicos, Sistema automatizado para pago de servicios, Sistema de monitoreo, de coberturas e impactos en salud, Evaluación de calidad de servicios, costo-efectividad y costo-beneficio del proyecto de universalización de la atención integral del cáncer de mama.

- **Protocolo de investigación: “Evaluación de la detección del cáncer cervical utilizando la combinación de las pruebas de citología cervical y VPH, en un ensayo comunitario”**

En coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública se llevó a cabo un estudio de base poblacional en 50,159 mujeres de 20 a 79 años derechohabientes del IMSS de 12 delegaciones (Nuevo León, Jalisco, Michoacán, Querétaro, México Poniente, D.F. Norte, D.F. Sur, Morelos, Guerrero, Oaxaca, Veracruz Norte y Yucatán), para evaluar la efectividad de la prueba de captura del virus del papiloma humano (VPH) como adyuvante a la citología cervical, en la detección oportuna de CaCu, en población derechohabiente del IMSS. Ver gráfica 3.35 DPM.

GRÁFICA 3.35 DPM, PREVALENCIA DE VPH POR DELEGACIÓN



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Los principales resultados de este estudio fueron: La prevalencia de VPH en las derechohabientes estudiadas varió de 11.3 por ciento en la Delegación Morelos a 7.0 por ciento en Michoacán.



La estrategia de detección de Papanicolaou en conjunto con la captura de híbridos de VPH, identificó más casos de lesiones precursoras y cáncer que la prueba de Papanicolaou por sí sola.

Se definieron árboles de decisiones sectoriales para la detección, diagnóstico y tratamiento relativos a la combinación de Papanicolaou y VPH.

- **Fortalecimiento de la infraestructura**

Recurso humano. Con el propósito de subsanar el déficit de plantilla de los Módulos de API PREVENIMSS, se gestionaron 3,000 plazas de nueva creación para Auxiliar de Enfermería en Salud Pública desde el año 2009. En el segundo trimestre de 2010, se autorizaron 385 plazas de nueva creación para Auxiliar de Enfermería en Salud Pública y en agosto de ese mismo año 1,005 plazas más. El proceso de ocupación de las mismas se realizó de diciembre de 2010 a febrero de 2011, con los siguientes resultados: se ocuparon 352 de las 385 autorizadas inicialmente con un porcentaje de cobertura de 91.4 por ciento. De las 1,005 plazas adicionales se ocuparon 704, con un porcentaje de cobertura de 70.0 por ciento.

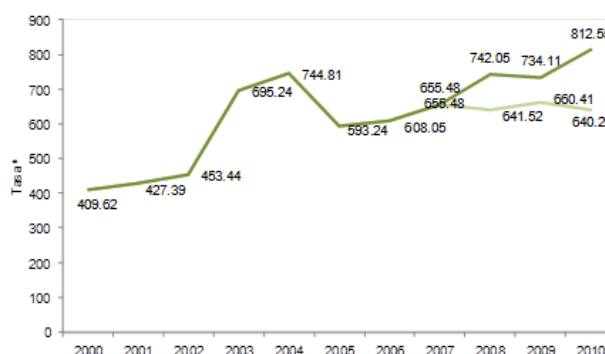
Equipamiento, remodelación y ampliación de Módulos PREVENIMSS. De octubre de 2010 a diciembre de 2011 se remodelaron, construyeron y equiparon 567 módulos de API (12 más de los programados) con el presupuesto adicional autorizado para este propósito y 358 módulos más con presupuesto de operación de las delegaciones, para un total de 3,148 módulos en funcionamiento, 925 más que en 2006.

Red de frío. De 2007 a 2011 se fortaleció la red de frío para conservación de vacunas, inmunoglobulinas y cutireacciones con la adquisición de 1,940 refrigeradores y 574 congeladores.

Infraestructura para la detección de CaCu y de mama. Con el propósito de mejorar la calidad de la detección y ampliar la cobertura en ambos cánceres, se modernizó el equipamiento de 93 laboratorios de citología y 109 clínicas de colposcopia. En lo que respecta a cáncer de mama se adquirieron 161 reveladoras, 161 negatoscopios y 16 mastógrafos digitales.

Estimación de Ahorros. Se desarrolló una metodología para estimar ahorros derivados de la estrategia PREVENIMSS, relacionados con casos nuevos evitados, especialmente de enfermedades crónicas, que en lo que respecta a su tratamiento constituyen un alto costo para la Institución. De tal manera, se identificó que PREVENIMSS ha contribuido a la viabilidad financiera del IMSS al generar ahorros estimados en más de 1,743 millones de pesos (mdp) de 2008 a 2010, al evitar 83,061 casos nuevos de diabetes mellitus y 87,573 casos nuevos de hipertensión arterial. Al sumar a estos ahorros los gastos evitados en atención curativa por acciones de planificación familiar y detección oportuna de CaCu, el ahorro se incrementa a más de 5,000 mdp en el periodo señalado. Ver gráficas 3.36 y 3.37 DPM y cuadros 3.9 y 3.10 DPM.

GRÁFICA 3.36 DPM, CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS 2000-2010



CUADRO 3.9 DPM, DIFERENCIA ENTRE CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS ESPERADOS Y REALES 2008 - 2010

AÑO	2008	2009	2010
Casos Proyectados***	179,422	190,656	201,890
Casos Reales***	155,144	174,727	159,066
Diferencia de Casos***	24,308	15,929	42,824
Ahorro Total****	\$301,930,918.98	\$194,925,693.26	\$602,269,667.12

* Estimación mediante proyección lineal

** Tasa de Incidencia por 100,000 derechohabientes de 20 y más años

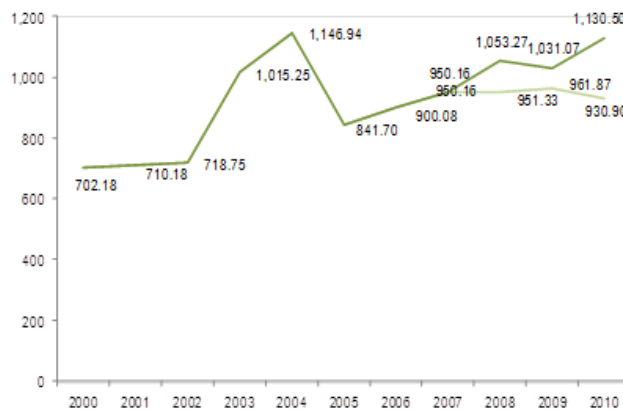
*** Obtenidos de la suma de casos por delegación IMSS

**** Ahorro total = (suma de delegaciones) Gasto evitado en Atención Médica – Inversión en API.

En 2010, se calculó 10 por ciento de incremento de los costos de atención referente a 2008

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.37 DPM, CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS 2000-2010



CUADRO 3.10 DPM, DIFERENCIA ENTRE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS ESPERADOS Y REALES 2008 - 2010

AÑO	2008	2009	2010
Casos Proyectados***	254,671	267,780	280,889
Casos Reales***	230,023	2,254,450	231,294
Diferencia de Casos***	24,648	13,330	49,595
Ahorro Total***	\$169,785,786.18	\$ 80,341,153.57	\$394,680,722.40

* Estimación mediante proyección lineal

** Tasa de Incidencia por 100,000 derechohabientes de 20 y más años

*** Obtenidos de la suma de casos por delegación IMSS

**** Ahorro total = (suma de delegaciones) Gasto evitado en Atención Médica – Inversión en API.

En 2010, se calculó 10 por ciento de incremento de los costos de atención referente a 2008

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

○ PREVENIMSS en línea

Con el propósito de corresponsabilizar a los derechohabientes en el cuidado de su salud, se diseñó una herramienta tecnológica o portal web, que a través de la Internet acerca la estrategia PREVENIMSS de manera interactiva a los derechohabientes, dicho instrumento les permite evaluar su estado de salud y promueve cambios hacia hábitos y conductas saludables, al hacer accesible la información PREVENIMSS útil para tales fines. La liberación del sitio e inicio de operaciones se tiene programada para abril de 2012.

3.1.2 Vigilancia epidemiológica y apoyo en contingencias

En 2008, se fortaleció la vigilancia en Salud Pública y la evaluación del desempeño de los procesos de la prestación médica institucional de: la tuberculosis, dengue, VIH/SIDA, enfermedades prevenibles por vacunación, diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, de los cánceres cérvico uterino y de mama, entre otros padecimientos. Adicionalmente, se fortaleció la mejora en la detección y notificación de brotes comunitarios, hospitalarios y en guarderías lo que ha permitido la aplicación oportuna de medidas de prevención y control.

En enero de 2011 se establecieron los objetivos siguientes:

- Fortalecer la vigilancia y monitoreo de las enfermedades transmisibles sujetas a Vigilancia Epidemiológica mediante la capacitación y actualización normativa.
- Analizar la información epidemiológica para la toma de decisiones.
- Fortalecer la vigilancia, prevención y control de la infecciones nosocomiales y riesgos, para aplicar oportunamente medidas de prevención y control, para lograr una reducción de la tasa de infecciones por 100 egresos.
- Coordinar y operar la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades no transmisibles, accidentes y lesiones para conocer su comportamiento e impacto en la población derechohabiente del Instituto y proponer medidas de prevención y control.
- Estimar la carga epidemiológica de las enfermedades crónicas de interés institucional, mediante indicadores que permiten medir las necesidades de salud de la población, evaluar las intervenciones en salud y apoyar la determinación de prioridades de atención y de investigación en salud.

- Analizar y publicar la Encuesta Nacional de Coberturas y Prevalencias (ENCO PREVENIMSS 2010) en población derechohabiente que aporte información útil y complementaria a la disponible en los sistemas de información institucional, así como evaluar el desempeño de los servicios de salud institucionales, medir la prevalencia de padecimientos y factores de riesgo seleccionados, entre otros.

3.1.2.1 Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles

Objetivo: Vigilar y evaluar el funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, infecciones nosocomiales, vigilancia en guarderías y atención en brotes.

Sistemas especiales de vigilancia epidemiológica:

- Enfermedades Prevenibles por vacunación (parálisis flácida aguda, enfermedad febril exantemática, SCL).
- VIH/SIDA.
- Hepatitis B y C.
- Tuberculosis pulmonar.
- Dengue.
- Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas e Influenza.
- Notificación semanal de casos nuevos de enfermedades.
- Atención de brotes (Comunitarios, Hospitalarios y de Guarderías)
- Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.
- Notificación semanal de casos nuevos de enfermedades.

El cumplimiento de la notificación de casos nuevos de enfermedades ha mantenido en cifras óptimas de 2007 a 2011. Ver cuadro 3.11 DPM, y gráfica 3.38 DPM.

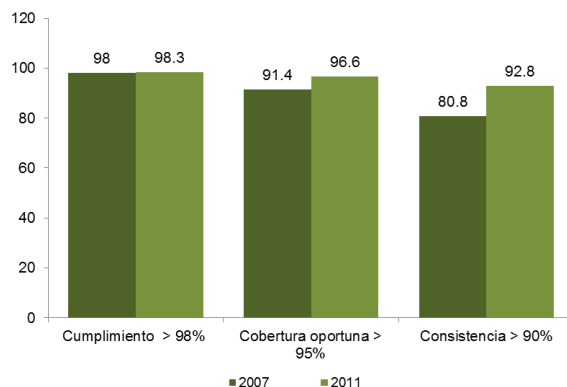
CUADRO 3.11 DPM, INDICADORES DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES 2007 Y 2011

	2007	2011
Cumplimiento > 98%	98	98.3
Cobertura oportuna > 95%	91.4	96.6
Consistencia $\geq$ 90%	80.8	92.8
Red negativa		
Oportunidad $\geq$ 98.5	98	98.8
Cobertura $\geq$ 80%	99	99.7
No. Unidades Notificantes	1,291	1,341
Total de casos notificados	14,485,462	14,939,191

*Información de Enero a Diciembre de 2011

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

GRÁFICA 3.38 DPM, INDICADORES DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES 2007 Y 2011



*Información de Enero a Diciembre de 2011

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

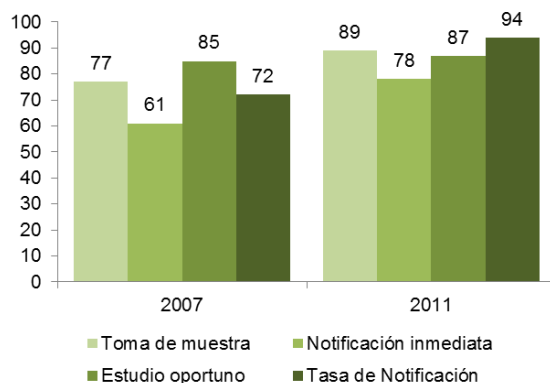
3.1.2.2 Enfermedades transmisibles

La Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles cuenta con los siguientes subsistemas especializados: Notificación semanal de casos nuevos, Enfermedades Prevenibles por vacunación (parálisis flácida aguda, enfermedad febril exantemática, SCL), VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis pulmonar, dengue, Vigilancia de las Infecciones Respiratorias, Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave, Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, Atención de brotes.

3.1.2.3 Sistema de vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda

Para garantizar que no circula el polio virus salvaje en nuestro país, se estudió 451 casos, logrando la meta del 94 por ciento de un caso por cada cien mil derechohabientes menores de 15 años de edad. Presentó un incremento en el número de casos del 260.8 por ciento, mejorando notablemente su tasa de notificación al pasar de 72 por ciento en 2007 a 94 por ciento para el año 2011. Con una notificación que actualmente incluye, la vigilancia de los casos de Síndrome de Guillain Barre secundarios a la vacunación contra influenza. Ver gráfica 3.39 DPM.

GRÁFICA 3.39 DPM, INDICADORES DE CALIDAD PARÁLISIS FLACIDA AGUDA 2007 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.2.4 Sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedad febril exantemática

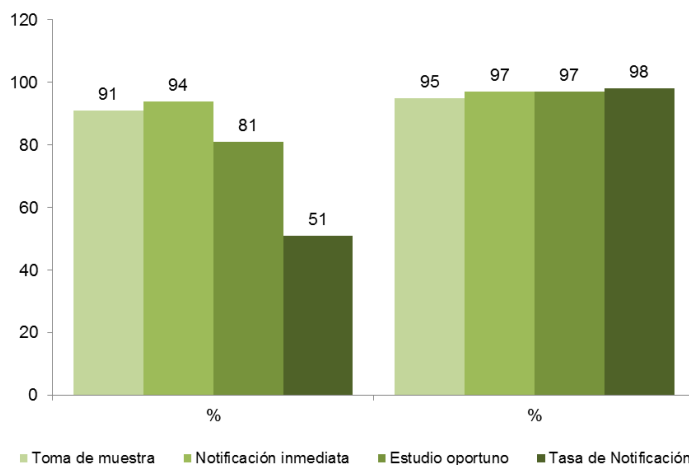
La morbilidad y mortalidad en México por esta causa ha tenido un franco repliegue en los últimos años; En el año 2006 se registraron los últimos 26 casos importados, de los cuales 3 casos correspondieron al IMSS; el sub Sistema de enfermedad febril exantemática se ha hecho más sensible en sus criterios de inclusión, permitiendo con ello incrementar su sensibilidad y mejorar la búsqueda de casos probables, no sólo de sarampión, ahora también se incluye a la rubéola

como parte de este Sistema para la eliminación de ese padecimiento en nuestro país.

El Sistema de enfermedad febril exantemática registró un incremento en el número de casos de 166.9 por ciento, mejorando todos sus indicadores y sobre todo la tasa de notificación posterior a alerta de sarampión en México, girada en el mes de julio de 2011, ante la situación remergente de sarampión para Europa que tuvo un incremento de cinco veces más, en comparación con el promedio anual de los últimos cinco años. El aumento se debió principalmente a un gran brote en Bulgaria durante 2009-2010 con más de 24,000 casos notificados y 24 defunciones. Otros países como Francia, Alemania, Italia, Irlanda, Rumania y España reportaron un aumento considerable en el número de casos, situación que se tradujo en un riesgo para México. Ante lo cual, el Instituto giró la primera alerta de sarampión el 16 de junio de 2011, posteriormente se giraron las siguientes alertas:

Operativo Sub 17 el 22 de junio 2011, Alcance de Alerta Epidemiológica de Sarampión ante caso importado de sarampión en México. DGE/2011/02-A/SAR, el 21 de julio 2011 que se giró ante el primer caso importado de sarampión en México, correspondiente a femenino de un año nueve meses, con antecedente de haber viajado a Francia. Posteriormente se gira alcance de alerta epidemiológica Sarampión DGE/2011/02-A2/SAR el 29 de julio de 2011 ante un segundo caso no asociado al primero, correspondiente a femenina de 16 años, con antecedente de haber viajado a Inglaterra y Escocia. El 5 de agosto se reporta un tercer caso, igualmente importado, correspondiente a masculino de 45 años, residente en Guanajuato y con antecedente de haber viajado a Nueva York y Canadá. Se continuó alerta en el país la cual fue levantada a nivel nacional, el 12 de septiembre del 2011, al no haberse presentado ningún otro caso hasta la fecha. Ver gráfica 3.40 DPM.

GRÁFICA 3.40 DPM, ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA 2007 – 2011



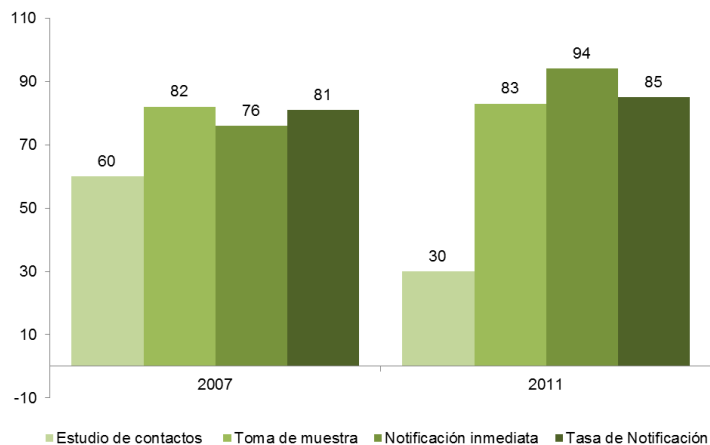
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.2.5 Sistema de vigilancia epidemiológica de síndrome coqueluchoide y tos ferina

El comportamiento del Síndrome Coqueluchoide y la tos ferina en el IMSS, no presentó gran variación del año 2006 hasta la semana 48 del 2008. A partir de esta última fecha hubo un notable incremento de casos, condicionado al registró de un brote en el norte del país, durante el periodo: semana 48 de 2008 a semana 22 de 2009, donde se involucraron las Delegaciones de: Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Jalisco concentrando el 79 por ciento de los casos; se registraron 8 defunciones; en Sonora dos, en Tamaulipas cinco y una en Nuevo León. Durante 2010 se detectaron 64 casos de tos ferina, registrando una tasa nacional de incidencia del 0.18 por cien mil derechohabientes adscritos a médico familiar, lo que representó una reducción del 54.6 por ciento de casos en relación al año previo. Las Delegaciones con mayor incidencia durante 2010, fueron: San Luis Potosí, Morelos, Sonora y Nuevo León, con una tasa 0.4, 0.4, 0.3 y 0.05 por cien mil derechohabientes, respectivamente. Para 2011, se notificaron 685 casos de Sx. Coqueluchoide, de los cuales se han confirmados 44 casos de tos ferina.

El Sistema de SCL logró un incremento en el número de casos del 264.3 por ciento, mejorando su tasa de notificación, esto como parte de la vigilancia y alertas giradas. Este sistema modificó los criterios en la tasa de notificación en 2011, considerando ahora la vigilancia en toda la población; falta dirigir las acciones a todos los grupos de edad y no sólo en menores de cinco años, así como reforzar la toma de muestras en casos y controles. Ver gráfica 3.41 DPM.

GRÁFICA 3.41 DPM, SÍNDROME COQUELUCHOIDE 2007 - 2011



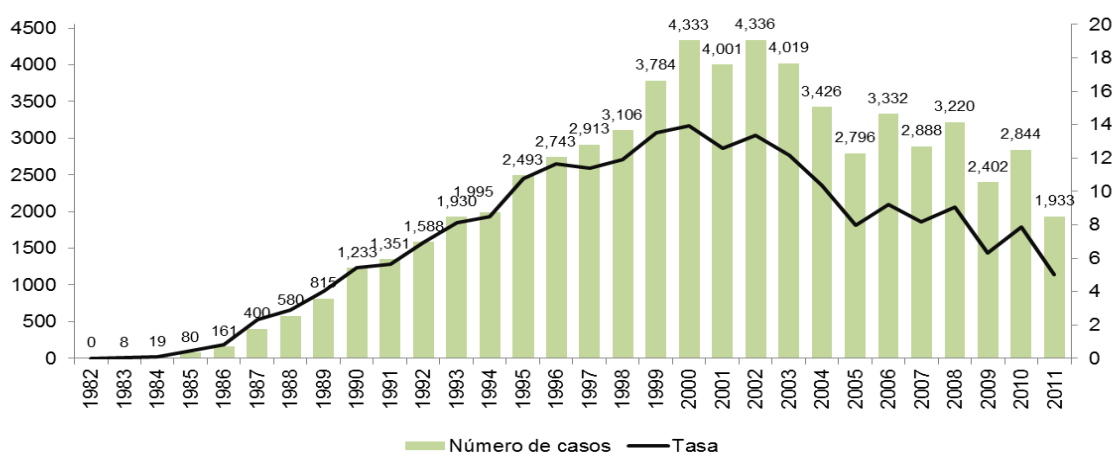
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.2.6 Sistema especial de vigilancia epidemiológica de VIH - SIDA

En el periodo 1983 a 2011, en el IMSS, el sistema especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH – SIDA ha registrado 64,738 casos, siendo el mayor porcentaje de casos en la población masculina con un 82.4 por ciento. Esta epidemia concentra el mayor número de casos en la población del grupo de edad productiva de entre los 25 y 44 años, con un 62 por ciento del total de casos registrados.

En la gráfica 3.42 DPM, la morbilidad muestra una tendencia descendente a partir de 2003; con discretas crestas y valles entre el 2005 y 2011, pero conservando la misma tendencia; aún se notifican los casos inoportunamente después de un año de su diagnóstico.

GRÁFICA 3.42 DPM, MORBILIDAD DE VIH/SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO 1982-2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Las delegaciones con mayor porcentaje de casos a 2011, son: D.F. Norte (11.13 por ciento), México Oriente (8.98 por ciento), Jalisco (8.16 por ciento), D.F. Sur (5.6 por ciento) y Nuevo León (4.47 por ciento). La mortalidad por este padecimiento representa un 30 por ciento del total de casos con este diagnóstico, cuya tendencia es estable en los últimos años, derivado al uso de fármacos antirretrovirales.

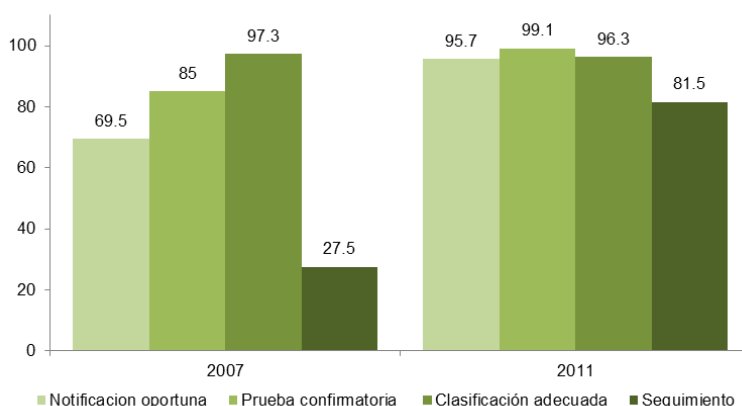
Del total de casos registrados en el sistema especial durante la epidemia, el 70 por ciento se encuentran vivos, un 29.9 por ciento han fallecido y de un 5.6 por ciento se desconoce el estado actual de vida.

La principal vía de transmisión del VIH-SIDA en el periodo 2006 a 2011, ha sido la sexual. En 2008 se presentaron los últimos 2 casos de infección postransfusional registrados por el IMSS, de los cuales 1 progresó a SIDA y el otro continúa como seropositivo y reciben atención y tratamiento en el Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional (CMN) La Raza.

En los últimos 5 años, el comportamiento de la tasa de mortalidad por SIDA registradas muestra tendencia a la estabilidad: 2006 (3.45), 2007 (3.61), 2008 (3.40), 2009 (3.35), 2010 (3.2), 2011 (2.91).

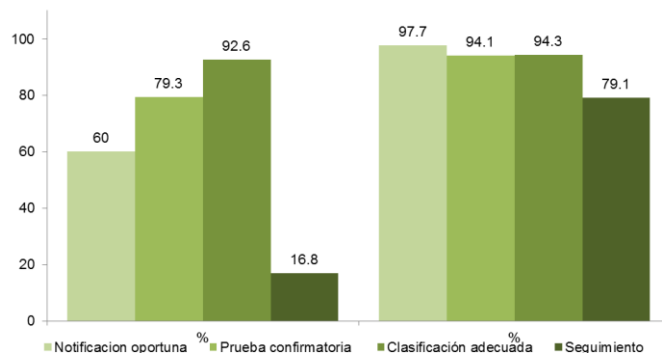
El análisis de los indicadores del SIVE muestra avance en el estudio oportuno de los casos (69.5 por ciento vs 95.7 por ciento para VIH y 60 por ciento vs 97.7 por ciento para SIDA) en los años 2007 y 2011 respectivamente. El avance en el seguimiento epidemiológico de los casos de VIH fue de 27.5 por ciento vs 81.5 por ciento y 16.8 por ciento vs 79.1 por ciento para SIDA en los años 2007 y 2011 respectivamente. Ver gráficas 3.43 y 3.44 DPM.

GRÁFICA 3.43 DPM, INDICADORES DE CALIDAD VIH 2007 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

GRÁFICA 3.44 DPM, INDICADORES DE CALIDAD SIDA 2007 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Dado que la Vigilancia Epidemiológica de este sistema debe de ser sistemática, se evidenció la falta de notificación oportuna de los casos desde sus inicios, por lo que se realizaron esfuerzos especiales encaminados al rescate de casos tratados en el Instituto y no registrados en el sistema, por lo que en 2006 se realizó estudio de captura-recaptura de casos, permitiendo rescatar una número considerable de casos alcanzando una tasa de subregistro para VIH de 462.7 por ciento y de 43.1 por ciento para SIDA, dado principalmente por la falta de notificación de los casos nuevos a los médicos epidemiólogos en las diferentes unidades médicas, en especial las de segundo y tercer nivel.

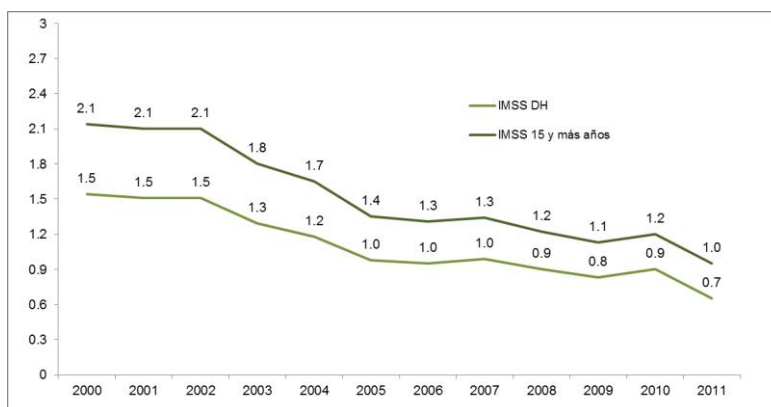
Otro de los logros en este sistema en 2011, lo constituye la implementación de pruebas rápidas para la detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en sangre, suero o plasma humano mediante prueba rápida y su confirmación diagnóstica en las unidades médicas, dirigidas a mujeres embarazadas atendidas en las unidades médicas, para identificar tempranamente al binomio madre-hijo que requiera de tratamiento Antiretrovirales.

En ese año, se registraron 1,046 casos nuevos de VIH-SIDA, donde el mayor porcentaje de casos registrados corresponde a SIDA en un 62.6 por ciento. Del total de casos registrados el sexo masculino representa el 85.5 por ciento de los casos. Las delegaciones con mayor número de casos nuevos en el año 2011, son: D.F. Sur (12.08 por ciento), D.F. Norte (11.12 por ciento), Jalisco (7.09 por ciento), Tamaulipas (6.71 por ciento) y Yucatán (5.08 por ciento).

3.1.2.7 Sistema de vigilancia epidemiológica de tuberculosis pulmonar

A partir del 2000 hay una tendencia a la disminución en la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en población derechohabiente del IMSS, observándose mayor disminución a partir del 2006, donde se tiene una tasa de 0.95 y al 2011 de 0.7 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar lo que representa una disminución del 26.3 por ciento con relación a inicio de sexenio; en consideración a la población de 15 y más años a partir del 2006 se presenta una disminución importante pasando de una tasa de mortalidad de 1.31 en el 2006 a una tasa de 1.0 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar en el 2011, generando una disminución del 23.6 por ciento. Ver gráfica 3.45 DPM.

GRÁFICA 3.45 DPM, TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL IMSS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE TOTAL Y EN EL GRUPO DE EDAD 15 Y MÁS AÑOS DE 2000 A 2011

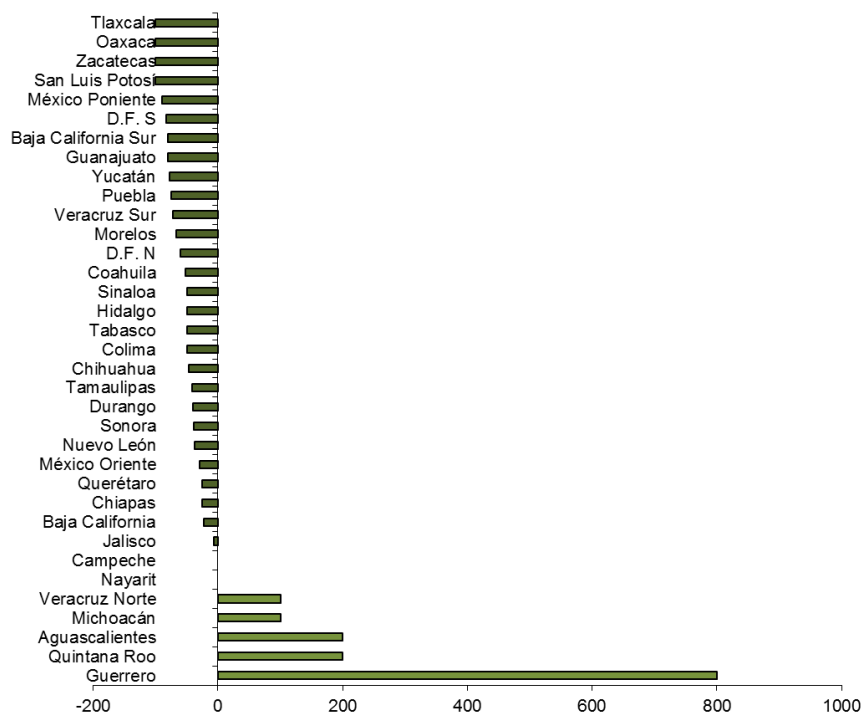


Tasa por 100,000 DHAMF mayores de 15 años.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

En la variación porcentual de las defunciones por tuberculosis pulmonar de 2006 a 2011, presentó un decremento del 42.0 por ciento con relación a 2006 de manera general como se muestra en la gráfica 3.46 DPM.

**GRÁFICA 3.46 DPM, VARIACIÓN PORCENTUAL EN DEFUNCIONES
POR TUBERCULOSIS PULMONAR 2006-2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Los indicadores en el sistema han mejorado, sin embargo el estudio de contactos ha disminuido siendo esta condición un factor determinante en el incremento de casos, al no cortar de manera efectiva la cadena de transmisión; por la presencia de casos fármaco resistentes se requiere fortalecer el diagnóstico oportuno y tratamiento estrictamente supervisado.

En el período 2006 a 2011, se registraron 98 casos de tuberculosis pulmonar con farmacorresistencia, con una letalidad del 45.9 por ciento, actualmente se tienen 64 casos prevalentes que ameritan un tratamiento especial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) con medicamentos que no están en el cuadro básico, lo que incrementaría la sobrevida de los pacientes.

3.1.2.8 Sistema de vigilancia epidemiológica del dengue

En 2011 se observa una disminución importante de los casos de fiebre por dengue (53 por ciento) con respecto al año 2007; sin embargo, también se presentó un incremento de los casos hemorrágicos (22 por ciento) en ese periodo, debido a la circulación los 4 denguevirus y a las altas densidades vectoriales en algunas regiones del país, lo que ha originado la ocurrencia de brotes importantes durante 2009 en el Litoral del Pacífico y en 2011 en la Península de Yucatán. Ver cuadro 3.12 DPM.

CUADRO 3.12 DPM, INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE 2007-2011

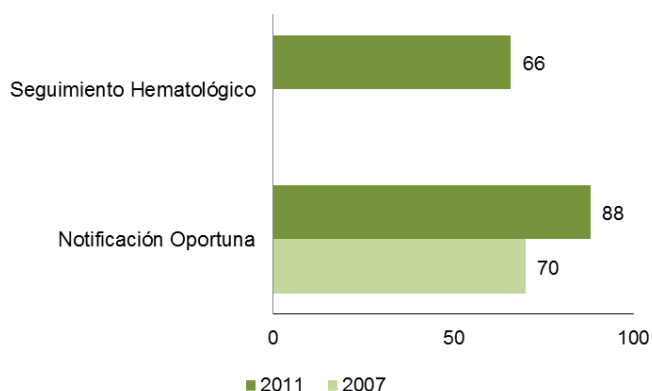
Programas	2007		2011	
	Casos No.	Logro %	Casos No.	Logro %
Fiebre Hemorrágica del dengue	2,905		3,565	
Notificación Oportuna	2,033	70	3,137	88
Seguimiento Hematológico	SD		2,352	66
Casos con Muestra serológica	2,644	91	3,285	92
Fiebre del Dengue	22,932		13,065	
Casos estudiados	13,759	60	10,866	83

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

A pesar de que el número de defunciones en el país se incrementó durante los últimos 3 años, la tasa de letalidad durante todo el periodo estudiado se ha mantenido por debajo del 1 por ciento, cifra inferior al estándar establecido por la OMS (5 por ciento).

Considerando el periodo 2007 a 2011, los procedimientos de vigilancia epidemiológica del dengue han mejorado en forma importante a nivel institucional: la notificación oportuna de los casos aumento 18 por ciento en el periodo referido; asimismo, el seguimiento de los casos fue adecuado en el 66 por ciento los enfermos. Estos valores fueron superiores a los obtenidos por el resto de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ver gráfica 3.47 DPM.

GRÁFICA 3.47 DPM, INDICADORES



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

La mejoría observada tiene relación con la implementación de la Plataforma de Captura para dengue y a la difusión de la Guía de Práctica Clínica, así como a la supervisión del apego estricto a los procedimientos de vigilancia epidemiológica establecidos.

3.1.2.9 Sistema de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

Las infecciones nosocomiales representan un importante problema de Salud Pública debido a su impacto en los riesgos y daños a la salud de pacientes, trabajadores y visitantes, con independencia de su repercusión en el aspecto financiero.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

De 2007 a 2011 la tasa de infecciones nosocomiales en hospitales de segundo nivel pasó de 3.16 a 6.20 casos por cada 100 egresos, en tanto que en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) dicha tasa varió de 6.34 a 7.39 por cada 100 egresos. Ver cuadros 3.13 y 3.14 DPM.

**CUADRO 3.13 DPM, INDICADORES DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
HOSPITALES DE 2º. NIVEL, 2007 – 2011**

Indicadores	Logro 2007	Logro 2011
Tasa de Infecciones Nosocomiales (3 a 10 por 100 Egresos)	3.16	6.2
Tasa de Infecciones en cirugías limpias (<5 por 100 Cirugías Limpias)	0.97	1.60
Tasa de Letalidad en < de 28 días (<7.5 por 100 Menores de 28 Días con Infeccion Nosocomial)	4.54	4.70
Número de Brotes Hospitalarios notificados	20	82

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

CUADRO 3.14 DPM, INDICADORES DE INFECCIONES NOSOCOMIALES UMAE 2007 – 2011

Indicadores	Logro 2007	Logro 2011
Tasa de Infecciones Nosocomiales (5.5 a 15 por 100 Egresos)	6.34	7.39
Tasa de Infecciones en cirugías limpias (<5 por 100 Cirugías Limpias)	0.97	1.26
Tasa de letalidad en < de 28 días (<7.5 por 100 Menores de 28 Días con Infeccion Nosocomial)	4.54	7.58

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Por lo que se refiere a la sobre estancia hospitalaria por este motivo, en 2007 cada infección nosocomial generaba en promedio 7 días, pasando en 2011 a 5.6 días.



A fin de contener y revertir el incremento observado en la tasa de incremento de infecciones nosocomiales, se trabaja en fortalecer la vigilancia activa, con acciones para identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre pacientes, personal de salud y familiares visitantes. Asimismo, se fomenta la aplicación oportuna de las medidas de prevención y control, como parte de la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad del paciente.

Tratándose de las enfermedades transmisibles, las prioridades son sistematizar la vigilancia activa, orientada a los principales sitios de infección como pacientes con líneas vasculares, sitio quirúrgico, sonda vesical y ventilación mecánica. Asimismo, se continuará con la estrategia de higiene de manos y la participación en la estrategia sectorial de infecciones por bacteriemia cero, para la reducción de las infecciones nosocomiales en el torrente sanguíneo.

3.1.2.10 Notificación de brotes en guarderías

La salud y seguridad de los niños que asisten a guarderías bajo la responsabilidad del Instituto es una alta prioridad, la identificación y notificación de los diferentes tipos de brotes según sitio de ocurrencia presentaron un incremento 62.2 por ciento en relación al año previo. De éstos, los más frecuentes son los brotes en guarderías que aportan el 71 por ciento. Ver cuadro 3.15 DPM.

**CUADRO 3.15 DPM, BROTES EN GUARDERÍAS DEL IMSS ENERO A DICIEMBRE DEL 2011
(NÚMERO DE BROTES, POBLACIÓN EXPUESTA Y CASOS)**

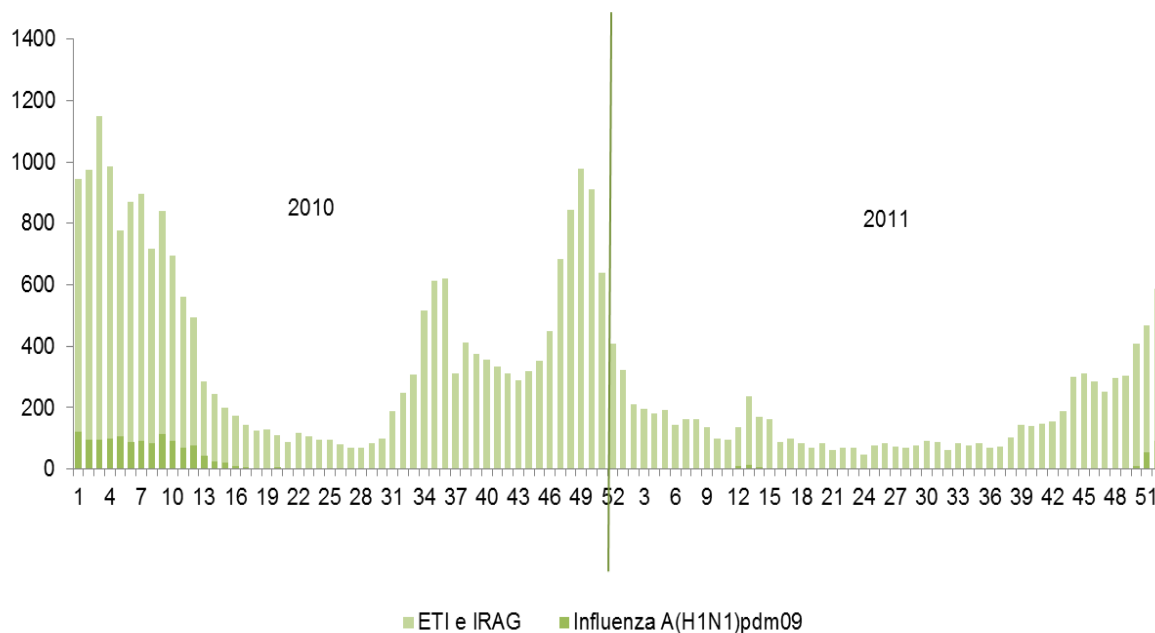
	Brotos	Población	Casos
Padecimiento			
Varicela	401	55,334	4,204
Conjuntivitis	30	4,916	194
Pedículosis	26	3,768	141
Enfermedad diarreica aguda	25	4,058	240
Hepatitis A	13	1,745	57
Enfermedad mano-pie-boca	13	2,778	82
Enfermedad febril exantemática	12	1,586	46
Rinofaringitis	6	1,103	65
Infeccion respiratoria aguda	5	887	74
Escarlatina	4	756	21
Estomatitis	3	300	35
Aftas	1	260	22
Impétigo	1	144	6
Rash cutáneo	1	116	39
Total general	541	77,741	5,223

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

3.1.2.11 Vigilancia epidemiológica de la influenza

De enero a diciembre de 2011, se reportaron 8,478 casos de Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave. La curva epidémica de casos muestra que en 2011 se presentó del 22 de marzo al 28 de abril un brote de Influenza AH1N1 en Chihuahua, notificando el IMSS un total de 240 casos de los cuales 112 fueron hospitalizados, con 13 positivos a AH1N1 y 3 defunciones confirmadas. Asimismo se observa el repunte a partir de la semana 44 de 2011, que de acuerdo al pronóstico de los casos se presentará un nuevo brote en las primeras semanas de 2012. Ver gráfica 3.48 DPM.

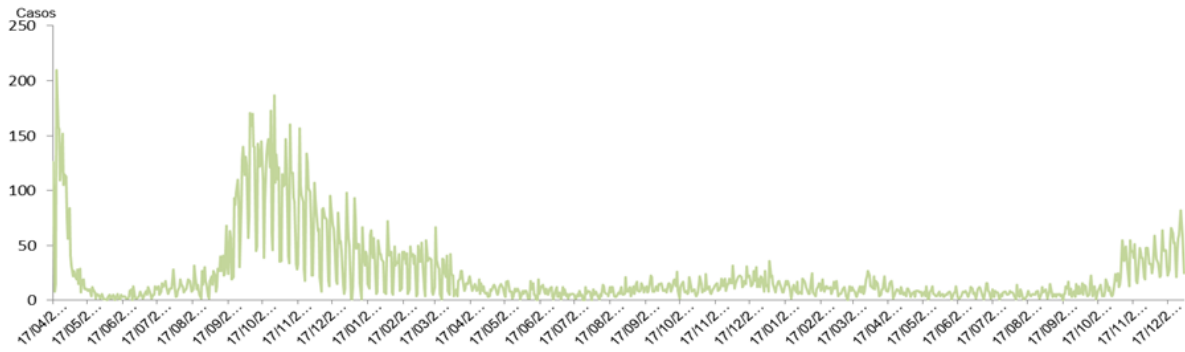
GRÁFICA 3.48 DPM, DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA E INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE Y CONFIRMADOS A INFLUENZA AH1N1, POR SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS, SEGÚN FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS. IMSS. 2010 – 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Un componente fundamental de la vigilancia epidemiológica es mantener el monitoreo viral para identificar los virus de mayor circulación entre la población y estar preparados ante una nueva epidemia, además de detectar oportunamente la presencia de nuevas cepas de riesgo epidemiológico en nuestro país como la influenza triple recombinante o la aviar, en la gráfica 3.49 DPM, de marzo de 2009 a diciembre de 2011, se muestran los casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave de acuerdo a la fecha de ingreso.

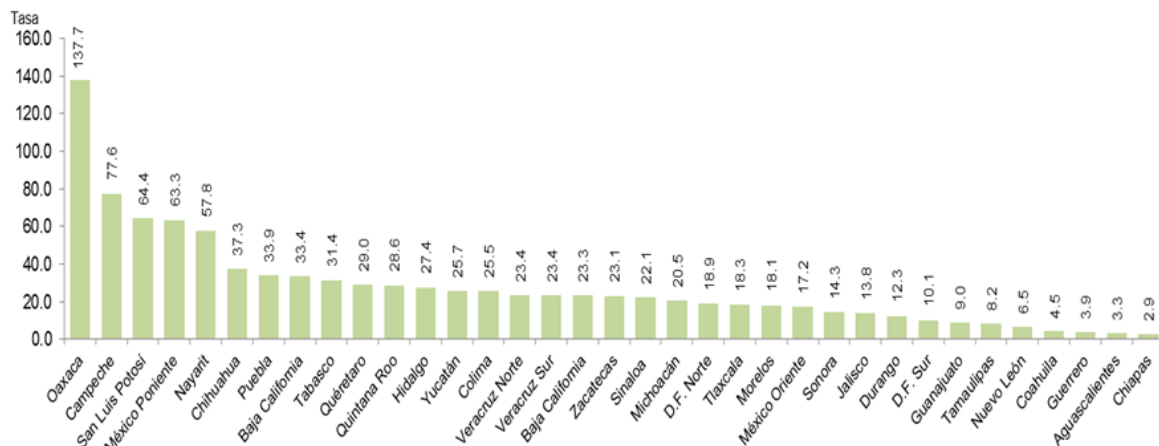
GRÁFICA 3.49 DPM, CASOS HOSPITALIZADOS SEGÚN FECHA DE INGRESO
IMSS. MARZO 2009 A DICIEMBRE 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

En la gráfica 3.50 DPM, se muestran las delegaciones con tasa de incidencia de enfermedad tipo influenza e infección respiratoria, las que se encuentran con mayores niveles de incidencia son Oaxaca, Campeche, San Luis Potosí, México Poniente y Nayarit.

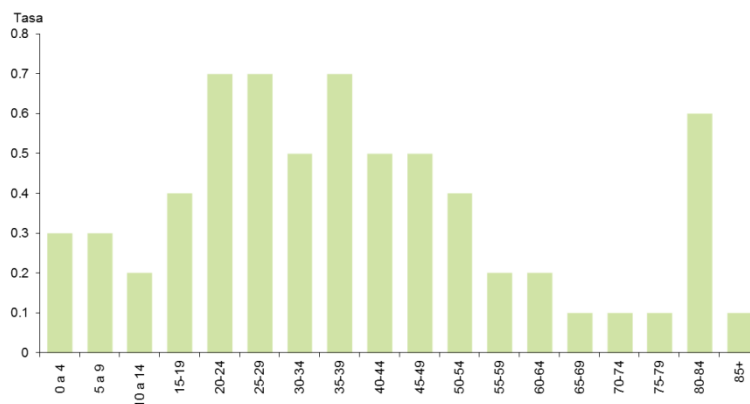
GRÁFICA 3.50 DPM, TASA DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA E INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR DELEGACIÓN. IMSS. 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Los grupos de edad más afectados por Influenza AH1N1 son los comprendidos entre de 20 hasta 49 años, que están incluidos actualmente en lo grupos de riesgo para la aplicación de vacuna contra influenza, situación que conviene ser analizada. Ver gráfica 3.51 DPM.

GRÁFICA 3.51 DPM, TASAS DE INCIDENCIA DE INFLUENZA A/H1N1 POR GRUPOS DE EDAD 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.2.12 Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles

Objetivos: Coordinar y operar la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades no transmisibles, accidentes y lesiones para conocer su comportamiento e impacto en la población derechohabiente del Instituto y proponer medidas de prevención y control.

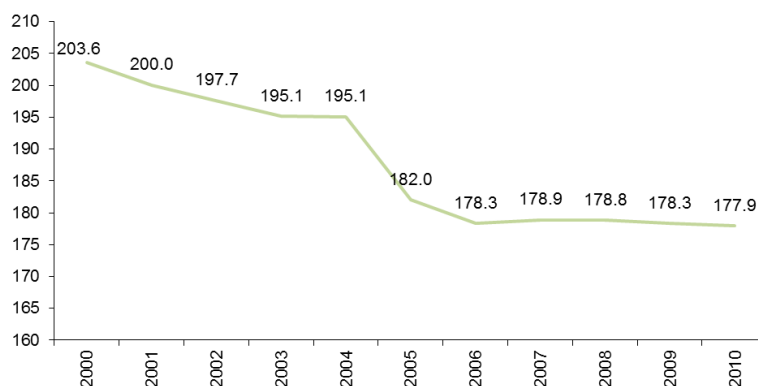
Estimar la carga epidemiológica de las enfermedades crónicas de interés institucional, mediante indicadores que permiten medir las necesidades de salud de la población, evaluar las intervenciones en salud y apoyar la determinación de prioridades de atención y de investigación en salud.

Diseñar y realizar la Encuesta Nacional de Coberturas y Prevalencias (ENCO PREVENIMSS 2010) en población derechohabiente que aporte información útil y complementaria a la disponible en los sistemas de información institucional, así

como evaluar el desempeño de los servicios de salud institucionales, medir la prevalencia de padecimientos y factores de riesgo seleccionados, entre otros.

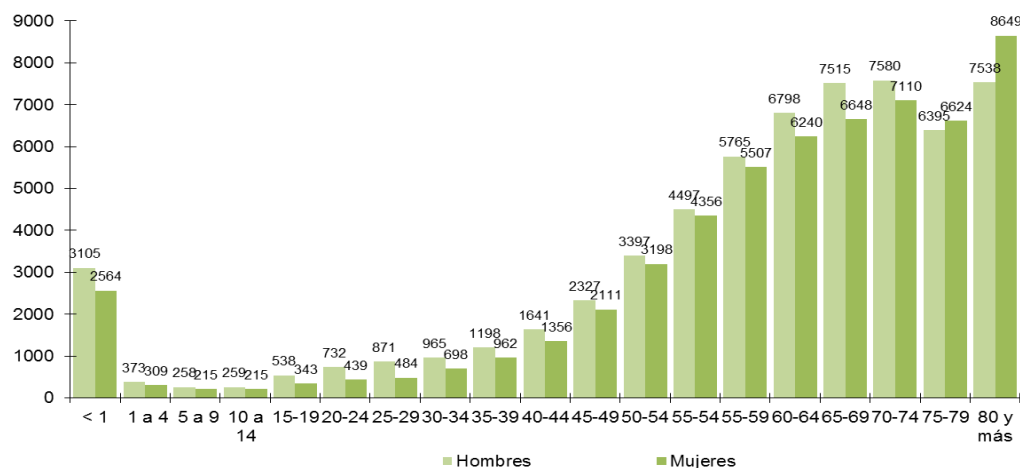
En las gráficas 3.52 y 3.53 DPM, se observa el comportamiento 2000-2010 y por grupos de edad 2010, de las mortalidades: general y del menor de 5 años.

GRÁFICA 3.52 DPM, MORTALIDAD GENERAL AJUSTADA 2000-2010



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.53 DPM, DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD 2010



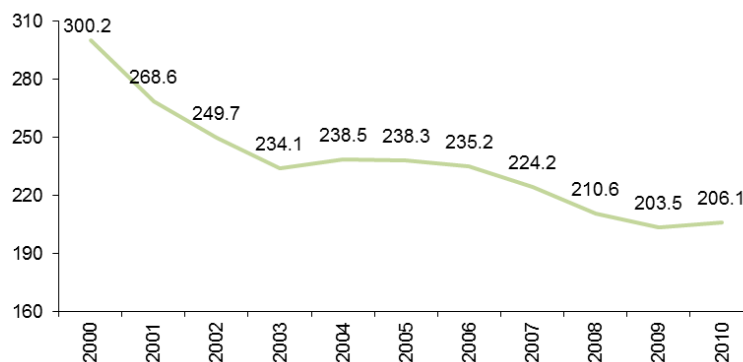
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

La mortalidad por todas las causas presenta un comportamiento descendente hasta 2006, a partir del cual permanece estable con tasas promedio a partir de ese año de 178 defunciones por 100 mil derechohabientes.

Por grupos de edad se observan los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica, al registrarse el mayor número en los grupos a partir de los 60 años de edad, grupo en el cual predominan los padecimientos no transmisibles.

El comportamiento de la mortalidad en el grupo de niños menores de 5 años, presenta una tendencia descendente, con un ligero repunte en 2010. Las principales causas involucradas son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, seguidas de los tumores malignos, de los cuales las leucemias son las principales causas; la influenza y neumonía ocupan la tercera causa. Ver gráfica 3.54 DPM.

GRÁFICA 3.54 DPM, TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, 2000-2010



*Tasa por 100,000 menores de 5 años
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.2.13 Vigilancia epidemiológica de las neoplasias malignas

Objetivos: Determinar la magnitud y tendencia de las neoplasias malignas en la población derechohabiente del IMSS, así como el impacto de las medidas de atención implementadas.

Avances: Análisis del comportamiento de la morbilidad y mortalidad por CaCu y mamario.

Monitoreo de la congruencia en la notificación de casos nuevos de CaCu y de mama en los sistemas de información oficiales, versus casos notificados en los censos nominales de ambos padecimientos.

Análisis del comportamiento de la morbilidad y mortalidad de las neoplasias malignas. Identificación de prioridades para la vigilancia epidemiológica.

Elaboración de propuesta del sistema de vigilancia epidemiológica de las neoplasias malignas. Ver gráficas 3.55 y 3.56 DPM.

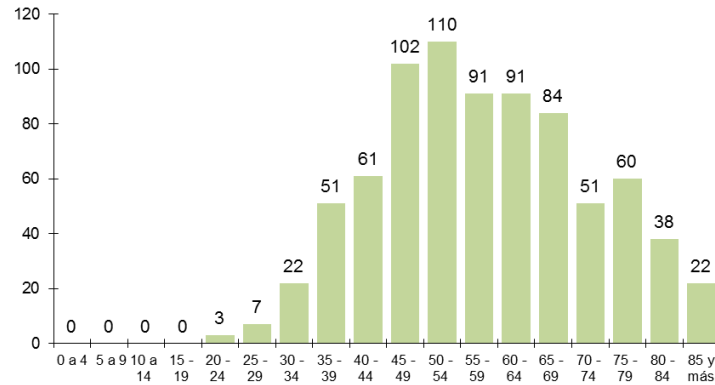
GRÁFICA 3.55 DPM, TASA DE MORTALIDAD POR CaCu 2000-2010



*Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

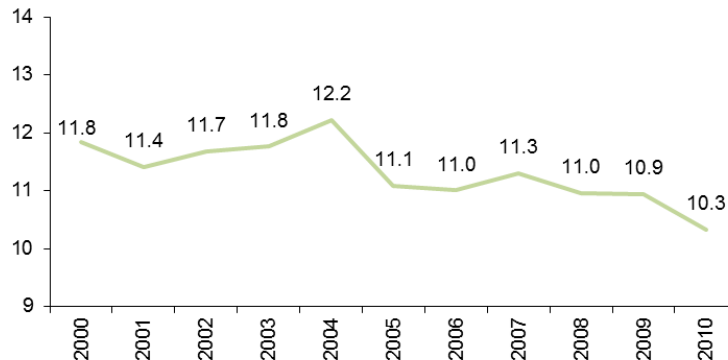
**GRÁFICA 3.56 DPM, DEFUNCIONES POR CaCu
POR GRUPOS DE EDAD 2010**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

El CaCu, presentó una reducción del 54.2 por ciento entre el año 2000 y 2010. El 74 por ciento de las defunciones ocurrieron en las mujeres de 25 a 64 años. Ver gráficas 3.57 y 3.58 DPM.

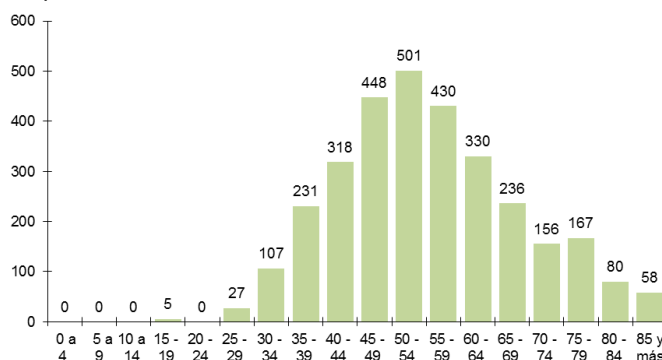
GRÁFICA 3.57 DPM, TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA 2000-2010



*Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.58 DPM, DEFUNCIONES POR CÁNCER DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD 2010



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

El cáncer de mama, presentó una reducción del 11.1 por ciento entre el año 2000 y 2010. El 80 por ciento de las defunciones ocurrieron en las mujeres de 25 a 69 años. En los últimos años se han fortalecido las acciones de vigilancia, prevención y control para lograr mejores impactos en salud por esta causa.

3.1.2.14 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades metabólicas

Objetivos: Determinar la magnitud y tendencia de enfermedades metabólicas en la población derechohabiente del IMSS, así como el impacto de las medidas de atención implementadas.

Avances: Análisis del comportamiento de la morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial. Elaboración de la propuesta del sistema de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus.

3.1.2.15 Atención a contingencias

Contingencias: En la presente Administración, se han desarrollado métodos de trabajo uniformes que permitan responder de manera efectiva ante los diferentes fenómenos perturbadores que se presentan en todo el país.

Objetivo: Sistematizar las acciones institucionales de preparación, respuesta y recuperación ante contingencias, a través de un modelo general y planes específicos.

Durante el periodo, se elaboraron un plan general y tres planes específicos, en los que se describen las acciones que se deben llevar a cabo al enfrentar diferentes eventos con potencial catastrófico.

3.1.2.16 Plan Institucional de preparación y respuesta ante una epidemia de influenza

Debido a la presencia de casos de influenza AH1N1 en nuestro país, se asignó prioridad a la elaboración de este Plan antes de contar con el plan general. En su construcción, se aplicaron los criterios establecidos para enfrentar una probable epidemia por el virus de influenza A (H5 N1). Ver gráfica 3.59 DPM.

Construcción de escenarios. Como primer paso, se realizaron estimaciones del probable impacto de una epidemia de influenza sobre la salud de los derechohabientes y en los servicios de salud.

Reserva estratégica. Uno de los aspectos más relevantes fue la determinación de necesidades ante éste fenómeno; a partir de ello, se establecieron las cantidades de diversos insumos que la conformarían. Esta Reserva fue depurada de acuerdo con la disminución de casos y actualmente está constituida por siete claves esenciales.

Simulacro. Durante la epidemia se llevó a cabo un ejercicio de simulación, a fin de evaluar la capacidad de respuesta de los involucrados ante la posibilidad de un nuevo incremento en el número de casos. En esta actividad participaron: 34 delegaciones, 131 unidades de primer nivel, 120 hospitales de segundo nivel, 15 UMAE, 124 unidades no médicas y 151 áreas en sedes delegacionales.

Plan institucional de preparación y respuesta ante contingencias. Este documento se elaboró a fin de establecer los principios a los que deben apegarse los planes específicos por tipo de evento. Incluye un Plan General y el Modelo Institucional.

Plan general. Presenta elementos para sistematizar la respuesta ante cualquier fenómeno perturbador.

Modelo institucional. Establece las acciones a desarrollar antes, durante y después de un evento catastrófico.

GRÁFICA 3.59 DPM,



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Monitoreo. Se llevó a cabo la vigilancia y seguimiento de los riesgos derivados de diferentes fenómenos perturbadores a nivel nacional.

Remisión de alertas. Se dio aviso a las delegaciones cuando estuvieron expuestas a dichos riesgos y se mantuvo el seguimiento de los mismos.

3.1.2.17 Planes institucionales específicos desarrollados:

- **Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante Contingencias por Fenómenos Hidrometeorológicos**



Debido a la trascendencia que tiene este tipo de fenómenos, se elaboró este plan, donde se mencionan las acciones a desarrollar por los directivos delegacionales, de acuerdo con el semáforo del Sistema de Alertamiento Temprano.

- **Plan Institucional de Preparación y Respuesta para la Atención a la Salud Mental en Contingencias y Desastres**

Este plan describe las acciones dirigidas a proteger y restituir la salud mental de los afectados ante cualquier evento catastrófico, incluidos los prestadores de servicios.

Estos documentos pueden consultarse en:

<http://11.33.41.38:90/portal/index.php/planesdecontingencia>

- **Plan Institucional de Preparación y Respuesta para la Atención Toxicológica**

El objetivo de este plan es mejorar la atención médica en casos de urgencias toxicológicas. Se desprende de la identificación de la demanda y de los recursos con que se cuenta actualmente en el Instituto. Este documento se encuentra en revisión.

- **Plan Sismo**

A partir de una iniciativa del gobierno federal, se desarrolló el Plan Institucional para hacer frente a un posible sismo de gran magnitud, destacando los siguientes apartados:

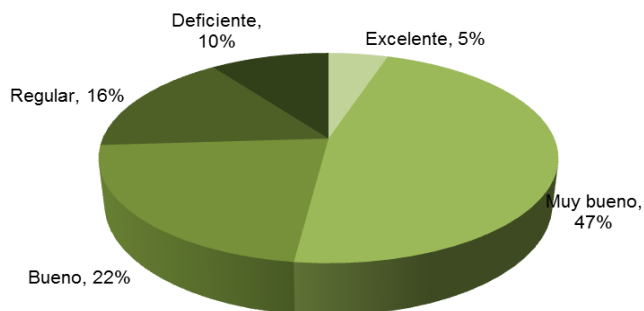
Construcción de escenarios. Para estimar el probable impacto de un fenómeno de esta naturaleza sobre la salud de la población y en la prestación de los diferentes servicios institucionales.

Tarjetas de acción. Describen las acciones que debe llevar a cabo el personal directivo de las delegaciones y unidades médicas en las horas inmediatas y subsecuentes al suceso, con el propósito de evitar omisiones y duplicidades.

Reserva Estratégica. Se definieron los insumos que deben constituir la Reserva Estratégica para responder en los primeros tres días, a partir del evento.

Simulacro. Se organizó un ejercicio de simulación a nivel nacional, con diseño de supuestos, cuyos resultados respecto de la evaluación de la respuesta a los mismos, se aprecian en la gráfica 3.60 DPM.

GRÁFICA 3.60 DPM, EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA SIMULACRO DE SISMO 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.2.18 Laboratorios de vigilancia e investigación epidemiológica

Objetivo: Fortalecer la vigilancia epidemiológica por laboratorio a través de la confirmación de casos sospechosos con la finalidad de generar información sobre el comportamiento de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de prioridad para el Instituto, con el objetivo de apoyar en la toma de decisiones ante brotes epidémicos y en la proposición de políticas de salud previniendo la enfermedad y mantener el estado de salud óptimo en la población derechohabientes del IMSS.

Para ello existen tres áreas que soportan las diversas actividades:

1. Laboratorio Central de Epidemiología (LCE)
2. Red Nacional de Laboratorios
3. Control de Procesos

3.1.2.19 Ensayos realizados por el LCE para el diagnóstico de dengue

En el periodo comprendido de octubre a diciembre de 2011, el LCE ha recibido un total de 2,224 muestras para el diagnóstico confirmatorio de dengue.

De dicho universo, el 55.31 por ciento (1,230 muestras) resultaron positivas; se realizaron 3,104 ensayos confirmatorios, y de estos 20.72 por ciento fueron IgG, 34.50 por ciento NS1 y 44.78 por ciento IgM.

El tiempo promedio para la emisión de los resultados por el LCE fue de 3.7 días posterior a la recepción de la muestra.

➤ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica por laboratorio

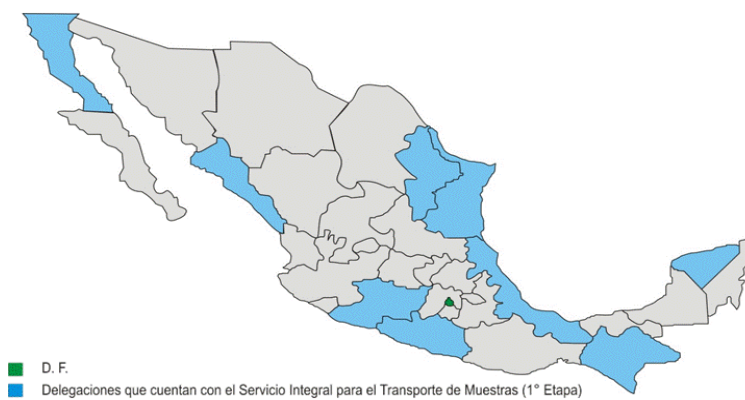
Objetivos: Incluir a los Servicios Integrales y al Cuadro Básico los insumos y ensayos que cumplan con los lineamientos establecidos en la NOM 017-SSA2-1998 para la Vigilancia Epidemiológica, y que estos se apeguen a las recomendaciones del InDRE, lo que permitirá uniformizar los métodos de diagnóstico que se implementarán en los laboratorios de la Red. Crear un sistema para la toma, manejo y envío de muestras a nivel nacional e internacional y elaborar los lineamientos para la regionalización y referencia de muestras biológicas.

Establecer un sistema de información que permita que los resultados generados por los laboratorios estén disponibles en tiempo y forma, con la finalidad de disponer de manera oportuna la información de los diagnósticos realizados en la Red de Laboratorios y agilizar la notificación oficial al IMSS y al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Logros y Avances: Las bases de datos en los diferentes laboratorios que realizan el diagnóstico confirmatorio de Influenza AH1N1 Pandémico se han homogenizado logrando una uniformidad en el reporte de los resultados en el Sistema de Laboratorio. En mayo de 2011 se iniciaron las gestiones para la inclusión de nuevos ensayos al catálogo de “Servicio Integral por Pruebas de Laboratorio”.

Inicialmente se planea incluir 84 ensayos para diagnóstico de dengue, Infección por VIH, tuberculosis, diarrea por rotavirus y otros virus gastrointestinales, IRA's bacterianas, meningitis, enterobacterias, brucelosis, leptospirosis, cólera, influenza y otros virus respiratorios, sarampión, rubeola, tos ferina, chagas, rickettsia, hepatitis B y C y 13 ensayos para el diagnóstico de cáncer cervicouterino, cáncer de mama, leucemias y enfermedades metabólicas congénitas. Ver gráfica 3.61 DPM.

GRÁFICA 3.61 DPM, SISTEMA NACIONAL DE ENVÍO DE MUESTRAS 1ª ETAPA



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

➤ **Fortalecimiento de la investigación epidemiológica.**

Objetivos: Promover la investigación en el área de epidemiología en el Instituto. Conseguir fondos para llevar a cabo investigación en el Instituto, mediante la elaboración de protocolos que puedan concursar en convocatorias regionales o sectoriales de Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Generar conocimientos de punta en el área de Vigilancia Epidemiológica. Aplicar esta tecnología en el diagnóstico de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica.

Logros y Avances: Actualmente en el LCE hay 10 protocolos de investigación vigentes que cuentan con apoyo económico del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, IMSS e industria farmacéutica. Del 2009 a la fecha el LCE ha tenido 15 estudiantes de doctorado, 5 de maestría, 7 de licenciatura, 3 de especialidad, 1 de estancia y 2 de verano de investigación.

➤ **Consolidación de la Red de Laboratorios para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza en el Instituto.**

Objetivos:

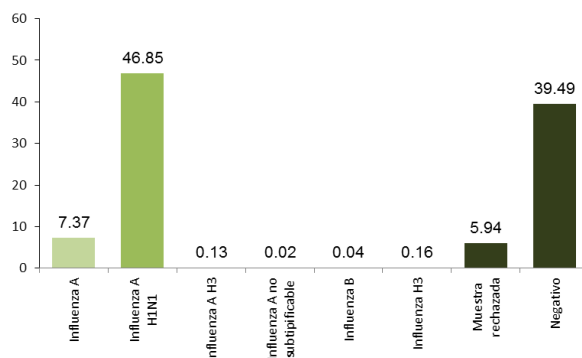
- Realizar el diagnóstico confirmatorio molecular de Influenza (influenza AH1N1 pdm 2009, influenza A/H1, A/H3 e influenza B).
- Implementar el diagnóstico confirmatorio de influenza y otros virus respiratorios de acuerdo al algoritmo establecido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), el cual incluye la determinación del linaje de influenza B (Yamagata y Victoria) por la técnica de RT-PCR en tiempo real y la implementación de la técnica de inmunofluorescencia indirecta para la determinación de adenovirus, virus sincicial respiratorio y parainfluenza 1, 2 y 3, en todos los laboratorios de la Red.

- Implementar un programa de capacitación continua, con la finalidad de que los laboratorios integrantes de la Red (Monterrey, Guadalajara y Mérida) puedan implementar los cambios al algoritmo diagnóstico establecido por el InDRE.
- Incluir en “Cuadro Básico” y en el catálogo de “Servicios Integrales por Pruebas de Laboratorio” los insumos y ensayos necesarios para el diagnóstico confirmatorio de influenza y otros virus respiratorios.

Logros y Avances:

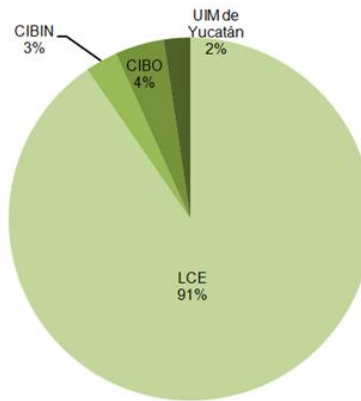
De 2009 a 2011 la Red de laboratorios ha procesado 59,320 muestras para el diagnóstico confirmatorio de influenza, de las cuales 53,624 (90.40 por ciento) muestras se han procesado en el LCE, 2,582 (4.35 por ciento) en el Centro de Investigación Biomédica, 1,710 (2.88 por ciento) en el Centro de Investigación Biomédica del Noreste (CIBIN) y 1,404 (2.37 por ciento) en la Unidad de Investigación Médica (UIM) de Yucatán. Del total de muestras el 39.49 por ciento fueron negativas, 7.374 por ciento Influenza A estacional, 46.85 por ciento Influenza AH1N1 pdm 2009, 0.29 por ciento Influenza A/H3, 0.04 por ciento Influenza B y 0.02 por ciento Influenza A no subtipificable. Ver gráficas 3.62 y 3.63 DPM y cuadro 3.16 DPM.

**GRÁFICA 3.62 DPM, TIPO DE VIRUS DE INFLUENZA
DETECTADO EN EL IMSS EN EL PERÍODO 2009-2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.63 DPM, PROPORCION DE ENSAYOS CONFIRMATORIOS DE INFLUENZA REALIZADOS EN EL IMSS DE ACUERDO A EL LABORATORIO INTEGRANTE DE LA RED 2009-2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

CUADRO 3.16 DPM, ENSAYOS CONFIRMATORIOS DE INFLUENZA REALIZADOS EN EL IMSS DE ACUERDO A TIPO Y LABORATORIO INTEGRANTE DE LA RED 2009-2011

		Influenza A	Influenza A H1N1	Influenza A H3	Influenza A no subti	Influenza B	Influenza H3	Muestra rechazada	Negativo	Total Anual
LCE	2009	1661	26235	1			1	3222	12551	43671
	2010	1194	923	52		5	80	163	4482	6899
	2011	79	86	24	10	18	13	74	2750	3054
CIBIN	2009	1	24						20	45
	2010	340	287					9	908	1544
	2011	18						1	102	121
CIBO	2009									
	2010	569	150					11	1318	2048
	2011	130	7					10	387	534
UIM de Yucatán	2009	1	31						36	68
	2010	373	47					16	427	863
	2011	6	1					20	446	473
Total		4372	27791	77	10	23	94	3526	23427	59320

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

En 2010 personal del LCE impartió una capacitación a personal de los laboratorios del Centro de Investigación Biomédica, CIBIN y UIM de Yucatán para que implementaran el diagnóstico de influenza A/H3, A/H1 e influenza B por la técnica de RT-PCR en tiempo real.

➤ **Consolidación del LCE**

Objetivos: Incluir en el marco analítico del LCE nuevos ensayos diagnóstico para la confirmación de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica de prioridad para el Instituto. Capacitar al personal del LCE para que los ensayos que se implementen cumplan con lo establecido en la NOM 017-SSA2-1998 para la vigilancia epidemiológica. Validar los ensayos diagnósticos que se implementen en el LCE.

Implementar un programa de capacitación el cual será impartido por personal del LCE para que los laboratorios clínicos del Instituto que cuentan con la infraestructura necesaria, implementen los algoritmos diagnósticos como lo establece la SS para la vigilancia epidemiológica por laboratorio. Implementación de un sistema de gestión de calidad (SGC) en el LCE.

Logros y Avances: A la fecha se han obtenido 26 ensayos para el LCE por parte de “Servicio Integral por Pruebas de Laboratorio” para el periodo 2011-2013 y personal del laboratorio ha recibido las capacitaciones impartidas por el InDRE para el diagnóstico de influenza, dengue, tuberculosis y VIH.

El LCE implementó el diagnóstico de influenza A/H1, A/H3 e influenza B y la determinación del linaje de Influenza B Yamagata y Victoria por la técnica de RT-PCR en tiempo real y punto final. En septiembre de 2011 se iniciaron las adecuaciones al área física del LCE que incluyen mejoras en el área de biología molecular y la creación de cuatro nuevas áreas entre las que se incluyen serología, virología, bacteriología y de contención biológica nivel 3, lo que permitirá el manejo de *Mycobacterium tuberculosis* en el laboratorio. Se estima que para el primer semestre de 2012 dichas áreas estén listas para su funcionamiento.

Durante el segundo semestre del 2011, se implementó el diagnóstico serológico y molecular del virus de dengue y sarampión por la técnica de ELISA y RT-PCR en tiempo real en el LCE y durante el mes de octubre el InDRE, como órgano rector de la vigilancia epidemiológica por laboratorio en nuestro país, evaluó la competencia técnica del personal del LCE y el Laboratorio Regional de Referencia Epidemiológico para el diagnóstico de dengue por la técnica de ELISA.

3.1.2.20 Pandemia del virus de la influenza AH1N1

La influenza es una enfermedad respiratoria de fácil contagio, que se presenta cíclicamente cada año en el invierno y de manera pandémica cada 40 años aproximadamente. Las últimas pandemias fueron las de 1918; 1957 y 1968, siendo la más severa la de 1918.

Desde 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el primer plan en caso de influenza pandémica para evitar la afectación a nivel mundial. En el 2005, se actualiza el plan de influenza pandémica, caracterizando las fases, objetivos y estrategias. Ese mismo año México publicó su Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de influenza, siguiendo la recomendación de la OMS y utilizando la metodología de los centros de control de enfermedades de los Estados Unidos, en los que se estimó que ante un escenario de influenza pandémica, con una tasa de ataque del 25 por ciento, potencialmente podrían ocurrir más de 50 mil defunciones; 250 mil hospitalizaciones y 15 millones de consultas en un periodo de ocho semanas.

Entre el 11 y el 13 de abril de 2009, se identificaron en México casos de una nueva cepa del virus de influenza humana (posteriormente denominada como Influenza A H1N1). Al ser una cepa nueva, no era posible conocer su comportamiento epidemiológico y por lo tanto predecir el desarrollo de la epidemia. La evolución del nuevo virus y los datos disponibles indicaron que existía una transmisión de persona a persona.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Evaluated the risk by the health authority of Mexico, as well as by the OMS, El 17 de abril del 2009, se decretó la alerta epidemiológica en México para influenza estacional y neumonía atípica grave.

Para tales condiciones, las recomendaciones de la OMS incluyen: distanciamiento social, cerrando escuelas y prohibiendo reuniones masivas; tratar casos y contactos; fortalecer la vigilancia epidemiológica; comunicar el riesgo y continuar con la alerta sanitaria.

El 23 de abril, con base en la información disponible, la autoridad sanitaria de México lanzó la alerta prepanémica, comunicando que se trataba de un nuevo virus y se instalaron todas las medidas recomendadas por la OMS para estos casos.

Como parte de las medidas para la detección activa de casos y defunciones, se emitió la correspondiente alerta epidemiológica.

El 25 de abril de ese año, el Ejecutivo Federal publicó en el DOF el Decreto por el que se ordenaron diversas medidas en materia de salubridad general para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión de este virus, bajo la coordinación de la SS, para evitar que la epidemia provocara daños extremos entre la población.

De esta manera, el 30 de abril de 2009 se publicó en el DOF el Acuerdo dictado por el Secretario de Salud, mediante el cual se ordena la suspensión de labores en la Administración Pública Federal y en el sector productivo de todo el territorio nacional, durante el periodo que comprende del 1o. al 5 de mayo de ese año, con excepción de las labores que resultaran indispensables para hacer frente de manera oportuna y eficaz a la situación de emergencia que se vivía en el país.

En el ámbito institucional, el Director General, en ejercicio de la facultad conferida por el artículo 66, fracción VIII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS) y en congruencia con las directrices de la Autoridad Sanitaria, dictó de manera inmediata las resoluciones para la realización de las acciones de carácter urgente, a reserva de informar al H. Consejo Técnico. De esta forma, el Director General emitió los Acuerdos siguientes:

- Acuerdo No. 01, del 27 de abril de 2009, por el que se ordena a las unidades médicas del Instituto, la atención de las personas no derechohabientes afectadas por el virus de influenza estacional AH1N1.
- Acuerdo No. 02, del 27 de abril de 2009, por el que se suspenden trámites y servicios de carácter presencial a cargo de las delegaciones, subdelegaciones, unidades de medicina familiar y áreas de servicios en unidades no médicas del Instituto, así como las acciones de cobro coactivo competencia de las delegaciones, subdelegaciones y oficinas para cobros.
- Oficio No. 09 52 19 0500/03, del 30 de abril de 2009, por el cual se determinó las condiciones en que se suspenderían las labores, del 1 al 5 de mayo de 2009, de los trabajadores de base, de las delegaciones y subdelegaciones, además de los adscritos a guarderías, centros de seguridad social (CSS), teatros, unidades deportivas y centros vacacionales.
- Acuerdo No. DG/050509/FE/05, de fecha 5 de mayo de 2009. Lineamientos Generales de Prevención y Control en materia de Influenza AH1N1, con motivo de la reanudación de actividades en los centros de trabajo del IMSS.

Durante la primera fase de la epidemia (abril-mayo), el IMSS estableció el Centro Nacional de Atención Telefónica (01-800-623-23-23), para brindar información sobre esta enfermedad, en el cual se atendieron casi 4 millones de llamadas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Por otra parte, a partir del 30 de abril, comenzaron a funcionar 13 unidades móviles del Programa IMSS-Oportunidades en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, las que atendieron a más de 10 mil personas con algún cuadro clínico de infección de las vías respiratorias.

Por lo que corresponde a la prestación del servicio de Guarderías, se estableció una estrecha colaboración con las áreas médicas, particularmente en materia de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias y de Programas Integrados de Salud. Asimismo, se elaboró y difundió a las Delegaciones del Instituto un documento normativo en materia de Higiene para las Guarderías IMSS.

Se aplicaron vacunas contra la Influenza AH1N1 en 1,464 guarderías a 143,551 niños asistentes y a 40,948 trabajadores de guarderías.

Adicionalmente, para enfrentar esta emergencia sanitaria, se invirtieron 334.7 mdp para adquirir los artículos que se indican en el cuadro 3.17 DPM.

**CUADRO 3.17 DPM, EQUIPAMIENTO PARA ATENDER LA CONTINGENCIA
POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA AH1N1 2009
(MILLONES DE PESOS)**

Equipo	Cantidad	Importe
Ventilador volumétrico pediátrico-adulto intermedio	948	257.1
Laringoscopio	20	0.1
Equipo de monitoreo de signos vitales, capnografía y oximetría	11	0.4
Lavadora de equipo de inhaloterapia	31	7.8
Esterilizador de baja temperatura	14	38.9
Esterilizador de vapor directo	16	17.6
Refrigerador para vacunas	666	8.7
Oxímetro de pulso portátil	468	4.1
Total	2,174	334.7

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En mayo de 2009 se implementó el diagnóstico molecular de influenza en la Unidad de Investigación Médica en Inmunología e Infectología ubicada en el Hospital de Infectología del “CMN La Raza”, donde actualmente se ubica el Laboratorio Central de Epidemiología y se obtuvo la aprobación de la SS y la OMS para la realización del diagnóstico confirmatorio de Influenza AH1N1 pdm 2009.

Posteriormente se implementó el diagnóstico en el Centro de Investigación Biomédica del Occidente (Jalisco), Centro de Investigación Biomédica del Noreste (Nuevo León), Unidad de Investigación Médica de Yucatán (Mérida) y actualmente estos 4 laboratorios forman parte de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

El Estado mexicano realizó las gestiones para adquirir 30 millones de dosis de la vacuna contra la influenza AH1N1, de las cuales 13'218,324 (44 por ciento) fueron administradas por el IMSS.

En virtud de las acciones realizadas, la situación de emergencia ocasionada por el virus pandémico de la influenza AH1N1 desapareció en el país, como lo establece el Decreto publicado en el DOF el 24 de septiembre de 2010, a través del cual se declaran terminadas las diversas acciones extraordinarias en materia de Salubridad General, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de Influenza Estacional Epidémica.

La atención de la contingencia ocasionada por el virus AH1N1 implicó para el IMSS en el año 2009 un costo total de: 3,364.7 mdp, suma que incluye los siguientes componentes:

- Atenciones ambulatorias de pacientes sospechosos y confirmados 961.3 mdp.
- Atenciones hospitalarias 898.6 mdp.
- Información personalizada a pacientes 83,2 mdp.

- Vacuna AH1N1 1,052.7 mdp.
- Vacuna estacional 368.8 mdp.

3.1.3 Salud en el trabajo

3.1.3.1 Prevención de Riesgos de Trabajo

Las acciones de prevención de los riesgos de trabajo que consideran los accidentes de trabajo, accidentes en trayecto y enfermedades de trabajo se realizan primordialmente por la magnitud y trascendencia que éstos tienen en la salud de los trabajadores y los efectos en sus familias, además de la disminución de la productividad en las empresas y los altos costos erogados para su atención médica y quirúrgica, pago de subsidios y pensiones.

En nuestro país las actividades de prevención están sustentadas en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en la LFT, el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, de la STPS y la LSS, en sus artículos 80, 81 y 82, donde se señala que las empresas que desarrollen programas preventivos y disminuyan sus riesgos de trabajo tendrán un decremento en el monto de la prima del seguro de riesgos de trabajo.

Su objetivo es la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los centros de trabajo, en todas las profesiones y durante toda su vida productiva; la prevención de pérdida de salud derivada de las condiciones particulares de las actividades laborales; la protección de los trabajadores contra los riesgos resultantes de su labor y de los factores adversos a la salud; la colocación y el mantenimiento del trabajador en un ambiente laboral adaptado a sus condiciones fisiológicas y psicológicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

De esta forma, el IMSS, a través de los servicios de Salud en el Trabajo, coadyuva a mejorar la salud de la población trabajadora afiliada al IMSS. Su misión es garantizar la atención y evaluación de los accidentes y enfermedades de trabajo, así como la declaración del estado de invalidez con oportunidad, calidad y apego a la Ley; además, promover con los sectores involucrados la prevención de riesgos a la salud en los centros de trabajo a fin de contribuir al bienestar y productividad de los trabajadores.

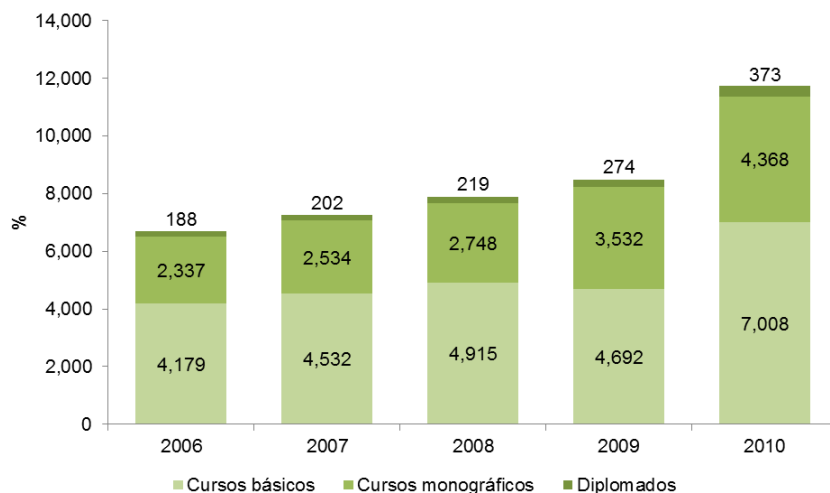
Las funciones de Salud en el Trabajo van desde la promoción a la salud, a la compensación de daños, pasando por la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno, la vigilancia de la salud de los trabajadores, su participación en la rehabilitación y reincorporación laboral. Parte importante de sus funciones tiene que ver con actividades de investigación, información, educación, formación y asesoramiento a trabajadores y empleadores.

El IMSS ha generado procedimientos específicos para la elaboración del diagnóstico de salud, vigilancia epidemiológica y programas preventivos de accidentes y enfermedades de trabajo en las empresas, con el fin de disminuir los accidentes y enfermedades de trabajo.

A través de los 13 Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad (CRESTCAP) con que cuenta el Instituto a nivel nacional, se capacitó en materia de seguridad e higiene en el trabajo a un total de 42,101 empleadores y trabajadores, de los cuales 25,326 fueron a través de los cursos básicos; 15,519, por medio de los monográficos, y 1,256 mediante diplomados

Como puede observarse en la gráfica 3.64 DPM, año con año se han incrementado estas actividades de capacitación en dichos Centros Regionales, con el objeto de fortalecer la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo y sobre todo fomentar una cultura de la prevención a todos los niveles.

GRÁFICA 3.64 DPM, TRABAJADORES CAPACITADOS EN
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2007 – 2011



3.1.3.2 Calificación de los riesgos de trabajo

Se realizó la modificación del procedimiento para la calificación de los riesgos de trabajo en 2007, ACDO-HCT-250407/197.P. (D.P.M.), que permite al IMSS calificar los probables accidentes y enfermedades de trabajo, aun cuando el patrón del trabajador se niega al requisitado de la ST-7 y ST-9, y de esta forma evitar el subsidio cruzado, otorgar las prestaciones al asegurado en el ramo que le corresponde y mejorar la recaudación institucional.

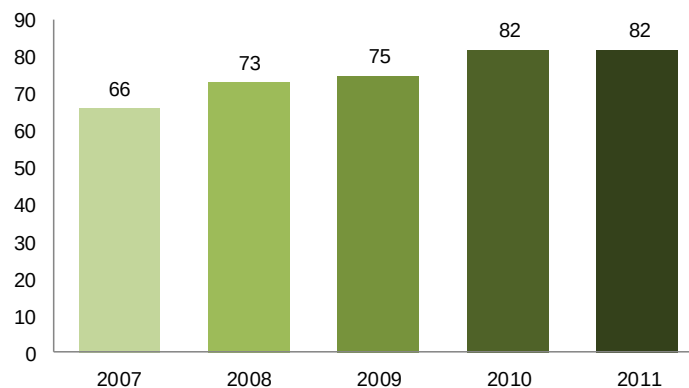
Logros y avances:

- Implantación de los nuevos procedimientos para la calificación de los accidentes y enfermedades de trabajo, así como integración en 2008 de las actividades de prevención y dictaminación de los riesgos de trabajo.
- Mejora en el sistema de registro de casos a través de la confronta con otras fuentes tales como Clasificación de Empresas y Prestaciones Económicas.

- Conformación de un Indicador de porcentaje de calificación de los probables riesgos de trabajo que permita determinar el subregistro institucional de estos eventos.
- Disminución del subregistro de las enfermedades de trabajo y mejora en el patrón epidemiológico de estos eventos.

Con la implantación del nuevo procedimiento para la calificación de los riesgos de trabajo, se obtuvo una mejora del 66 por ciento para el inicio de este periodo a 82 por ciento para diciembre de 2011; es decir, existe una disminución del subregistro institucional comparado con los años previos. Ver gráfica 3.65 DPM.

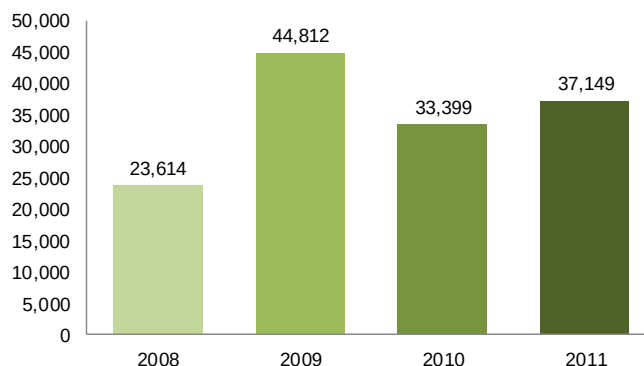
**GRÁFICA 3.65 DPM, PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN
DE LOS PROBABLES RIESGOS DE TRABAJO**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Bajo el procedimiento implantado en 2007, el Instituto califica los casos aun cuando el Patrón se niegue al requisitado de los formatos ST-7 y ST-9. De esta forma, los trabajadores asegurados que presentaron estos eventos, pueden recibir las prestaciones que le correspondan. Ver gráfica 3.66 DPM.

**GRÁFICA 3.66 DPM, NÚMERO DE CASOS CALIFICADOS (ACEPTADOS Y NEGADOS)
SIN INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL PATRÓN**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

La información estadística del IMSS¹ en el periodo 2006-2011 refleja que el número de riesgos de trabajo pasó de 387,829 a 536,322, y la tasa respectiva varió de 2.9 a 3.6 por cada 100 trabajadores. Respecto al número de días por incapacidad temporal por riesgo de trabajo, se observó un incremento, al pasar de 7, 870,186 a 13, 652,156. Con respecto a defunciones por riesgos de trabajo, la tasa pasó de 0.98 a 1.05 por cada 10,000 trabajadores. La incapacidad permanente (secuelas) pasó de 1.0 a 1.23 por cada 1,000 trabajadores asegurados.

Para el año 2011, de acuerdo con el tipo de riesgo de trabajo, 78.7 por ciento consiste en accidentes de trabajo, 20.5 por ciento en accidentes en trayecto y 0.8 por ciento en enfermedades de trabajo. Las actividades económicas con mayor número son industria de la transformación con 144,789 riesgos de trabajo (27 por ciento), comercio con 136,634 (25.5 por ciento), servicio para empresas, personas y el hogar con 113,598 (21.2 por ciento), industria de la construcción con 47,878 (8.9 por ciento), y servicios sociales y comunales con 39,461 (7.4 por ciento).

¹ Resultados de Salud en el Trabajo 2006 y 2011, Dirección de Prestaciones Médicas



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Para el periodo 2006 a 2011, la tasa anual de incidencia de accidentes de trabajo pasó de 2.3 a 2.82 por cada 100 trabajadores; la tasa de defunción por accidente de trabajo pasó de 0.79 a 0.81 por cada 10 mil trabajadores y la tasa de enfermedades de trabajo de 3.5 a 2.74 por cada diez mil trabajadores en el mismo periodo.

Cabe destacar que las tasas de gravedad y letalidad por accidentes de trabajo se han presentado de 40.56 a 41.0 derivada de incapacidades permanentes por cada mil accidentes de trabajo, y de 3.5 a 2.9 las defunciones por cada mil accidentes de trabajo en el mismo periodo, lo que en términos humanos significa un promedio anual de 384,110 accidentes de trabajo, 92,163 accidentes de trayecto, 3,797 enfermedades de trabajo, 16,100 incapacidades permanentes y 1,400 defunciones.

Las principales enfermedades de trabajo y diagnósticos invalidantes se presentan en el cuadro 3.18 DPM.

CUADRO 3.18 DPM

TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRABAJO E INVALIDANTES EN EL IMSS, 1997-2005
TASA/10 MIL TRABAJADORES

Curso de Especialidades	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades de trabajo						
Hipoacusias	7.2	7.3	9	9.9	9.1	9.3
Neumoconiosis	3.8	3.8	3.5	4.7	4.5	5.3
Sinovitis, tenosinovitis y bursitis	0.4	0.4	0.8	0.8	1.5	1.9
Entesopatías	0.2	0.2	0.3	0.5	1.3	1.9
Afecciones respiratorias debidas a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas	2.6	1.9	3.2	2.6	2.2	1.6
Diagnósticos invalidantes						
Diabetes Mellitus	1.44	1.48	1.64	1.77	1.8	1.71
Tumores malignos	0.94	1.08	1.11	1.29	1.43	1.29
Dorsopatías	0.77	0.97	1.11	1.18	1.49	1.35
Insuficiencia renal	0.66	0.81	0.93	0.99	1.14	1.07
Artropatías	0.62	0.74	0.89	1.01	1.14	1.14

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.3.3 Proceso de rehabilitación para el trabajo y reincorporación laboral

En 2006, el H. Consejo Técnico, aprobó el desarrollo del Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral, mismo que con Acuerdo 152/2010 del 19 de septiembre de 2010, se dio por concluido satisfactoriamente, quedando sus actividades como procesos inherentes a los servicios institucionales regulares. Su objetivo es propiciar la rehabilitación y reincorporación al trabajo de los asegurados, que durante su vida laboral desarrollaron alguna discapacidad, mediante estrategias de evaluación funcional, rehabilitación para el trabajo, capacitación para el trabajo, gestoría ocupacional y colocación selectiva.

Avance: El 2 de diciembre de 2011, en el marco del XXII Foro Nacional de y para las Personas con Discapacidad, se realizó la inauguración oficial de los tres servicios de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación laboral.

Logros:

- De enero a diciembre de 2011, se han inscrito 136 asegurados a diversos cursos que se realizan en el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), de los cuales han egresado 82 y se han reincorporado a un trabajo 45, quienes cuentan actualmente con un empleo regular.
- El servicio de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, ha evaluado cerca de 299 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.
- Se han visitado más de 65 empresas por parte del personal de gestoría ocupacional, con la finalidad de abrir espacios de empleo para los

egresados, al vincular las necesidades de los empleadores, con las de los alumnos con discapacidad y sus condiciones funcionales actuales.

3.1.3.4 Proceso de determinación del estado de invalidez

En términos de la Ley del Seguro Social, existe invalidez cuando el asegurado se halla imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.

Dicha imposibilidad debe ser no susceptible de recuperación de las capacidades físico funcionales para el trabajo remunerado, una vez agotados todos los tratamientos médicos y de rehabilitación disponibles en la institución y el estado de invalidez se estime de naturaleza permanente.

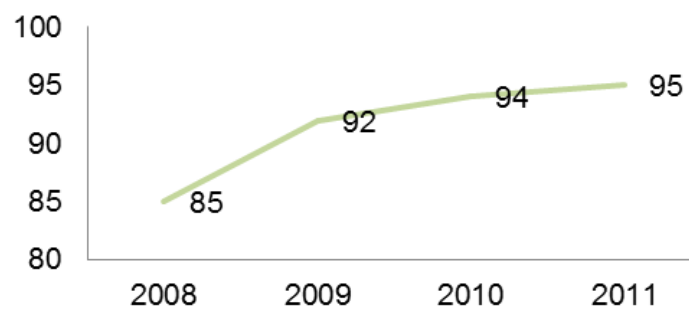
La determinación del estado de invalidez requiere de la realización de un estudio médico integral y actualizado, que consiste en un conjunto de valoraciones médicas, estudios de laboratorio, gabinete y técnicos (realizados y/o solicitados por el médico familiar y no familiar, incluyendo de Salud en el Trabajo; trabajadoras(es) sociales y/o técnicos o especialistas en seguridad e higiene); que se practican al asegurado para emitir una conclusión diagnóstica y un pronóstico funcional para la vida y el trabajo, que sirve para determinar la existencia o no del estado de invalidez temporal o definitivo.

En el año 2006 se estableció el Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo (MEST), en cuyas funciones está la elaboración, aprobación y autorización de los dictámenes de Invalidez (ST4), y tiene dentro de sus objetivos la mejora en la calidad y disminuir el tiempo de respuesta a los trabajadores solicitantes.

En el año 2008 se inició la medición del tiempo requerido para la autorización de los dictámenes ST4, y se estableció como meta que dicho lapso no debería de ser mayor a 21 días hábiles.

De 2008 a 2010 se observó una tendencia positiva al aumentar el porcentaje de oportunidad de dictámenes autorizados, la cual se continuó en el año 2011, con un leve aumento, derivado de que se han establecido reglas encaminadas a fortalecer la calidad y veracidad de la información. Ver gráfica 3.68 DPM.

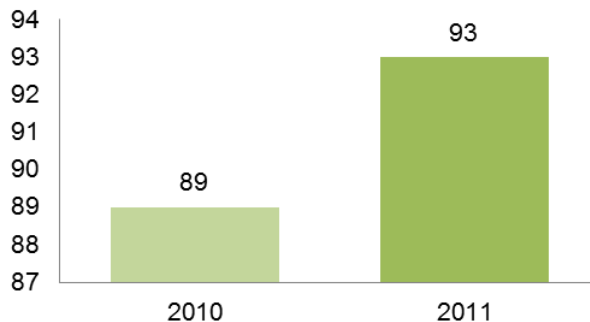
**GRÁFICA 3.68 DPM, PORCENTAJE DE CASOS DE INVALIDEZ
DICTAMINADOS EN 21 DÍAS HÁBILES O MENOS 2008-2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

En el año 2010 se implementó el indicador de: “Porcentaje de uso del MEST”, el cual consiste en informar el porcentaje de dictámenes de que fueron autorizados haciendo uso del sistema electrónico. De 2010 a 2011 se ha observado una tendencia a aumentar el porcentaje dictámenes elaborados haciendo uso del MEST. Ver gráfica 3.69 DPM

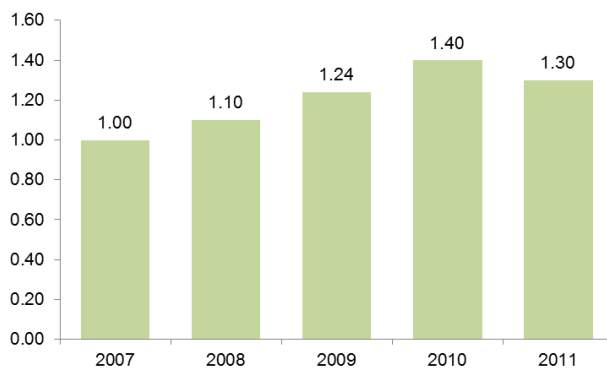
**GRÁFICA 3.69 DPM, PORCENTAJE DEL USO DE MODULO ELECTRÓNICO
DE SALUD EN EL TRABAJO 2010-2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Durante el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, se observó una variación al alza en la tasa de invalidez, como se muestra en la gráfica 3.67 DPM.

**GRÁFICA 3.67 DPM, TASA DE INVALIDEZ POR CADA 1,000 ASEGURADOS
EN INVALIDEZ Y VIDA 2007-2011**



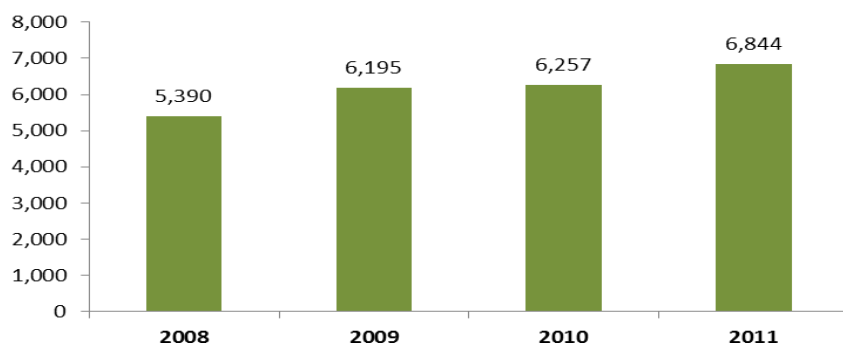
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

3.1.3.5 Proceso de determinación del beneficiario incapacitado

De 2008 a 2011 se ha mostrado un incremento en el número de dictámenes de beneficiario incapacitado, en atención a las solicitudes de la población trabajadora para sus beneficiarios que presentan alguna enfermedad que les impide mantenerse por su propio trabajo.

Durante 2011 se realizó la actualización de los documentos normativos que rigen el proceso de dictaminación de beneficiario incapacitado, en la cual se elimina el límite de edad para solicitar valoración como probable beneficiario incapacitado, que se había aplicado hasta los 25 años de edad. Se elaboró un documento anexo al procedimiento de la dictaminación del beneficiario, denominado “Criterios para la dictaminación del beneficiario incapacitado” orientado a hacer más eficiente la respuesta a las solicitudes de los trabajadores o pensionados para sus beneficiarios. Ver gráfica 3.70 DPM.

GRÁFICA 3.70 DPM, DICTAMENES DE BENEFICIARIO INCAPACITADO ST6 ELABORADOS 2008-2011



* Cifra ponderada a diciembre de 2011 con información preliminar al mes de noviembre.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

3.1.4 Programas específicos

➤ Hospital sin ladrillos

Objetivo: Esta estrategia se diseñó para recuperar espacios poco utilizados en hospitales para convertirlos en áreas de encamados, además de convertir camas de servicios con poca demanda en camas de servicios con mayor demanda.

Logros: Se recuperaron 1,483 camas y se transformaron 761 camas con un porcentaje global de éxito de 96.4 por ciento, con lo cual se obtuvo:

- Mejoría del índice de camas por 1000 derechohabientes.

- Equivalente a la construcción de 10 hospitales modelo 144 camas con un ahorro de 7,627.0 mdp.

➤ **Fortalecimiento de la atención de urgencias**

Debido al incremento de la demanda, al cambio de modelo de atención y a la entrada en vigor de la NOM-206-SSA1-2002 “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”, los servicios de Urgencias fueron insuficientes en su infraestructura.

Objetivo: Mejorar la infraestructura de los servicios de urgencias.

Se llevaron a cabo acciones para mejorar la gestión interna hospitalaria y del servicio de Urgencias, implantar un sistema de clasificación de pacientes para agilizar su atención de acuerdo con su nivel de gravedad; realizar obras de ampliación y remodelación para mejorar la capacidad resolutive de las unidades y contar con áreas físicas más dignas, así como la colocación de pantallas en las salas de espera destinadas a otorgar información continua a la familia de los pacientes.

En materia de infraestructura, se iniciaron 36 Proyectos, correspondientes a 25 Delegaciones y 2 UMAE. Ver cuadro 3.19 DPM.

CUADRO 3.19 DPM, FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Tipo de Unidad	No. Proyectos	%
UMAES	2	6
Hospitales modelo 216 camas	9	25
Hospitales modelo 144 camas	17	47
Hospitales modelo 72 Camas	7	19
Hospitales modelo 34 camas	1	3

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

➤ **Fortalecimiento de unidad de cuidados intensivos de neonatales**

En respuesta al Programa de Prevención de Mortalidad Perinatal, se identificaron las Unidades Médicas en las cuales es prioritario establecer y/o modernizar el servicio de Cuidados Intensivos Neonatales. Ver cuadro 3.20 DPM.

Objetivo: Mejorar la infraestructura de los Servicios, se incluyeron 5 Hospitales.

CUADRO 3.20 DPM, UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

DELEGACIÓN	LOCALIDAD	UNIDAD
Chiapas	Tapachula	HGZ MF 1
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	HGZ 2
Hidalgo	Pachuca	HGZ MF 1**
Nuevo León	San Nicolás de Los Garza	HGZ MF 6*
Quintana Roo	Cancún	HGP 7

* Este último ya en Programa de Obras con No. De Obra 10200005, actualmente terminado.

** Esta Unidad se encuentra incluida en el Programa de Obras de julio, con Número de Obra 11130001.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

➤ **Fortalecimiento de unidad de cuidados intensivos de adultos en Hospitales con atención gineco-obstétrica**

Dentro del Programa de Prevención de Mortalidad Materna, se identificaron las Unidades Médicas en las cuales es prioritario establecer servicios de Cuidados Intensivos, o bien, mejorar los existentes. Ver cuadro 3.21 DPM.

Objetivo: Mejorar la infraestructura de los Servicios, se incluyeron 7 Hospitales.

CUADRO 3.21 DPM, FORTALECIMIENTO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS EN
HOSPITALES CON ATENCIÓN GINECO- OBSTÉTRICA

DELEGACIÓN	LOCALIDAD	UNIDAD
Baja California	Tijuana	HGO MF 7
México Oriente	Tlalnepantla	HGO MF 60
México Poniente	Toluca	HGO 221
Quintana Roo	Cancún	HGP 7
Sinaloa	Los Mochis	HGP 2
Sonora	Hermosillo	HGP 1
Tlaxcala	Tlaxcala	HGZ 1

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.1.1 Programas en proceso

- **Fortalecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos:** Se validaron 4 obras en 2009 para las Delegaciones: Aguascalientes, Chihuahua, Jalisco y Colima.
- **Fortalecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales:** Se valido una obra en 2009 para la Delegación: Aguascalientes.
- **Programas que no concluyeron su implementación en esta Administración 2007-2011.**
- **Fortalecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos del Paciente Quemado:** Se ajustó el Modelo Continuo de Equipamiento para integrar la unidad de quemados en las unidades hospitalarias correspondientes.
- **Unidad Médica Segura:** Se ha validado el equipamiento médico para el Fortalecimiento de los Servicios de Urgencias en 22 obras.

Logros 2008

- **Equipamiento de Consultorios de Medicina Familiar:** Se adquirieron 6,814 Estuches de Diagnóstico Básico, con un importe de 53.7 mdp.

- **Apoyo al Programa Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células:** Se destinaron 50 mdp para adquirir 259 equipos médicos, encaminados a fortalecer las acciones de trasplantes dentro del Instituto.

Logros 2009

- **Programa para la Certificación, Recertificación y Licenciamiento y Operación de las Unidades Médicas:** Se adquirieron 53 artículos dentro de este programa, beneficiando a 4 UMAE y 5 Delegaciones. Se destinaron 13.1 mdp para adquirir equipamiento médico necesario para cubrir los estándares de certificación. Ver cuadro 3.22 DPM.

TABLA 3.22 DPM, PROGRAMA PARA LA CERTIFICACIÓN, RECERTIFICACIÓN Y LICENCIAMIENTO Y OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS 2009
(MILLONES DE PESOS)

Equipo	Destino	Cantidad	Importe
Incubadora para recién nacido	HGO No. 15 Chihuahua	5	1.6
Incubadora de traslado	HGZ No. 13 Matamoros, Tamaulipas	3	0.3
Incubadora para recién nacido	HGZ No. 13 Matamoros, Tamaulipas	1	0.2
Incubadora con fototerapia y sin fototerapia	HGZ No. 13 Matamoros, Tamaulipas	8	4.2
Ventilador de alta frecuencia oscilatoria	UMAE HGO No. 4 D.F. Sur	2	1.7
Laringoscopio	HGR No. 72 Edo. de México Oriente	8	0.1
Craneotomo	HGZ No. 1 Zacatecas	1	0.2
Pletismógrafo corporal	UMAE HE No. 71 Torreón Coahuila	1	1.1
Holter	UMAE HE CMN "MAC" Puebla	1	0.5
Camilla	UMAE HE CMN "Occidente" Jalisco	20	0.4
Juego de dilatadores Svery Guillard	UMAE HE CMN "Siglo XXI"	1	0.1
Analizador de litio	UMAE HE CMN "Siglo XXI"	1	0.6
Analizador de haz de radiación	UMAE HE CMN "Siglo XXI"	1	2.1
Total		53	13.1

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

➤ **Equipamiento para atender la contingencia por el virus de la Influenza AH1N1**

Objetivo: Enfrentar la emergencia sanitaria originada por la epidemia de Influenza AH1N1.

Se invirtieron 334.7 mdp para adquirir 2,174 artículos. Ver cuadro 3.23 DPM.

**CUADRO 3.23 DPM, EQUIPAMIENTO PARA ATENDER LA CONTINGENCIA
POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA AH1N1 2009
(MILLONES DE PESOS)**

Equipo	Cantidad	Importe
Ventilador volumétrico pediátrico-adulto intermedio	948	257.1
Laringoscopio	20	0.1
Equipo de monitoreo de signos vitales, capnografía y oximetría	11	0.4
Lavadora de equipo de inhaloterapia	31	7.8
Esterilizador de baja temperatura	14	38.9
Esterilizador de vapor directo	16	17.6
Refrigerador para vacunas	666	8.7
Oxímetro de pulso portátil	468	4.1
Total	2,174	334.7

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Logros 2009 – 2010

- **Fortalecimiento de los servicios de Imaginología**

Objetivo: Dotar a los servicios de radiodiagnóstico del Instituto con equipos de imagen con tecnología de punta.

Se realizó una inversión sin precedentes de 3,092.2 mdp para adquirir 972 equipos de imaginología. Ver cuadro 3.24 DPM.

CUADRO 3.24 DPM, FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE IMAGINOLOGÍA 2009 – 2010

(MILLONES DE PESOS)

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
Ultrasonógrafo básico, intermedio y avanzado	39	45.4
Ultrasonógrafo gineco-obstétrico segundo y tercer nivel	16	21
Unidad de resonancia magnética avanzada	2	103.9
Unidad de tomografía de hasta 20 cortes y de 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: Dirección de Prestaciones Médicas.

Logros 2011

- **Fortalecimiento de los servicios de oncología.**

Objetivo: Fortalecer los servicios oncológicos (Radioterapia).

Se han adquirido 14 Aceleradores Lineales que se ubicarán en 7 UMAE y 2 Hospitales Generales Regionales (HGR). También se adquirió un equipo robótico de radiocirugía (Cyberknife) para la UMAE Hospital de Oncología CMN “Siglo XXI”. El monto total fue de 1,693 mdp. Ver cuadro 3.25 DPM.

CUADRO 3.25 DPM, FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA 2011

(MILLONES DE PESOS)

Fortalecimiento de los Servicios Oncológicos	Cantidad	Importe
Acelerador lineal de baja energía	2	183.1
Acelerador lineal de alta energía con sistema de radiocirugía	3	357.5
Acelerador lineal de alta energía con braquiterapia	5	557.5
Acelerador lineal de alta energía	4	435
Acelerador lineal robotizado (Cyberknife) y equipo de dosimetría	1	160.1
Total	15	1,693.2

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

➤ **Cirugía cardiovascular y torácica**

Es el servicio médico integral, el cual incluye los insumos: equipo médico, instrumental quirúrgico, bienes de consumos; la capacitación del personal, así como sistemas de información, para la realización de la cirugía cardiovascular.

Objetivo: Proporcionar la atención oportuna a pacientes con enfermedad cardiovascular que requieren de cirugía para la resolución de su padecimiento.

Logros y Avances: Se han determinado las especificaciones técnico-médicas, así como la consolidación de requerimientos de las unidades para el proceso licitatorio.

3.1.4.1.2 Expediente Clínico Electrónico (ECE)

La LSS en su Artículo 111 A, adicionado mediante el Decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, publicado en el DOF el 20 de diciembre de 2001, establece lo siguiente:

“Artículo 111 A. El Instituto para realizar los registros, anotaciones y certificaciones relativas a la atención a la salud de la población derechohabiente, podrá utilizar medios escritos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos para integrar un expediente clínico electrónico único para cada derechohabiente, en las unidades médicas o en cualquier otra instalación que determine el Instituto.

En el expediente clínico electrónico se integrarán los antecedentes de atención que haya recibido el derechohabiente por los servicios prestados de consulta externa, urgencias, hospitalización, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.

La certificación que el Instituto, emita en términos de las disposiciones aplicables, a través de la unidad administrativa competente, con base en la información que conste en el expediente electrónico a que se refiere este artículo, tendrá plenos efectos legales para fines civiles, administrativos y judiciales.

...”

Por otra parte a nivel Internacional, en el año 2000 los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) propusieron entre las metas del milenio, la número 18, que busca hacer disponibles los beneficios de las nuevas tecnologías de información y comunicación, vinculándolas con la salud como tema prioritario en sus agendas de gobierno, generando productos y servicios digitales que permitan apoyar las acciones prioritarias de salud.

En congruencia con lo anterior, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 prevé el establecimiento de la infraestructura para el desarrollo y operación del ECE y su interoperabilidad a nivel federal y estatal, para lo cual la SS determinó consolidar rápidamente los logros alcanzados y aumentar el ritmo de incorporación de hospitales y clínicas con ECE, así como impulsar la interoperabilidad y el intercambio seguro de información en salud.

De esta manera, el 2 de julio de 2010 la SS, el IMSS y el ISSSTE, suscribieron un Convenio General de Colaboración, con el objeto de establecer los términos y condiciones bajo los cuales, interoperarán sus expedientes clínicos electrónicos de pacientes con la Plataforma de Interoperabilidad, misma que será operada por dicha Secretaría.

En el IMSS se cuenta con tres sistemas de información encaminados a recolectar la información como expedientes electrónicos que son el Sistema Información de Medicina Familiar (SIMF), el Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria (SICEH) y el IMSS-Vista.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

A fin de desarrollar el ECE, esta administración determinó conformarlo como una aplicación centralizada, compuesta por una serie de servicios, con una base de datos única, y con la integración de los procesos de servicios médicos de los tres niveles de atención que permita proporcionar información histórica de la atención médica con las características de disponibilidad, integridad y confidencialidad, preparado para la portabilidad y convergencia con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En el año de 2009 se continuó con el análisis y diseño de la aplicación, realizando pruebas internas, pruebas de conectividad con otros sistemas como son, vigencia, farmacia, incapacidades y el inicio de la generación de manuales de usuario.

En 2010 se contaba con una versión del ECE que permitió realizar una prueba piloto en dos hospitales de segundo nivel, el HGR 36 de Puebla y el HGR 1 de Guerrero, con lo que se obtuvieron diversas oportunidades de mejora al sistema en función de los hallazgos derivados de dicha prueba.

Actualmente, el Instituto cuenta con un sistema de información que incorpora elementos de medicina familiar, consulta externa hospitalaria, hospitalización, imaginología, laboratorios, bancos de sangre, hemodiálisis y otros auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Este conjunto de información conocido como ECE, permite, entre otras cosas, recopilar datos de cada paciente y contar con registros médicos en línea, evaluar la calidad de la atención médica a través de la explotación de datos sobre la práctica clínica, mantener el historial de la atención médica de los derechohabientes del Instituto a lo largo de sus vidas, y optimizar la comunicación entre las diversas áreas médicas y no médicas del Instituto.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

La funcionalidad del ECE contempla los siguientes módulos:

Consulta Externa (de los 3 niveles).

- Agenda de Citas.
- Historia Clínica Única.
- Nota Médica General.
- Auxiliares de Dx y Tx.
 - Receta Electrónica.
 - Incapacidad Electrónica.
 - Expedición de Referencia y Contrarreferencia.
 - Expedición de Solicitud de Laboratorio.
 - Expedición de Solicitud de Imaginología.
 - Expedición de Solicitud de Interconsulta en la Unidad.

Módulos Específicos Primer Nivel.

- PREVENIMSS.
- Hojas de Control (Diabéticos /Hipertensos).
- Valoración del Riesgo Reproductivo y Planificación Familiar.
- Vigilancia Prenatal.
- Climaterio y Menopausia.
- Salud en el Trabajo.
- Estomatología.
- Nutrición y Dietética.
- Trabajo Social.

Módulos Específicos Hospitalización.

- Hospitalización: ingresos, nota de evolución y egresos.
- Urgencias.
- Agenda de Quirófano.
- Enfermería.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Anatomía Patológica.

El ECE está funcionado en dos delegaciones, por lo fue posible extender el despliegue en 27 Hospitales más: 25 de segundo nivel y 2 UMAE como se detalla en el cuadro 3.26 DPM.

CUADRO 3.26 DPM DESPLIEGUE DEL ECE A 2011

Estado	Hallazgos
Baja California Sur	HGZ 38 San José de Cabo BCS
Coahuila	HGZ 11 Coahuila
DF Norte	HGZ 48 C/UMAA San Pedro Xalpa
DF Norte	HGZ 24 Insurgentes
DF Sur	HGR No. 2 C / UMAA Villa Coapa
DF Sur	HGZ 30 Iztacalco
Durango	HGZ 46 Gómez Palacio
Guanajuato	HGS 54 Silao
Jalisco	HGZ 180 Tlajomulco
Jalisco	HGZ 42 Puerto Vallarta
México Oriente	HGR 72 Gustavo Baz
México Oriente	HGZ 197 C / UMAA Texcoco
México Poniente	HGZ 194 El Molinito
Michoacán	HGZ 8 Uruapan
Puebla	Hospital de Especialidades, CMN "Manuel Avila Camacho"
Puebla	Hospital de Traumatología y Ortopedia, CMN "Manuel Avila Camacho"
Querétaro	HGR 1 Querétaro
Quintana Roo	HGR 17 C / UMAA Cancún
San Luis Potosí	HGZ 50 C / UMAA Tangamanga
San Luis Potosí	HGZ 6 Cd. Valles
Sinaloa	HGZ 49 Los Mochis
Sonora	HGR1 C. Obregón
Tabasco	HGZ 2 Cárdenas
Tamaulipas	HGZ 15 C / UMAA Cd. Reynosa
Tamaulipas	HGZ 3 Mante
Veracruz Norte	HGZ 24 Poza Rica
Zacatecas	HGZ 2 Fresnillo

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Con objeto de mejorar la operación y sustentabilidad del sistema de información del IMSS, se ha emprendido el proyecto del Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE), el cual integrará las funcionalidades de los sistemas de medicina familiar, consulta externa hospitalaria y hospitalización, en una sola plataforma tecnológica consistente con el modelo de atención a la salud del Instituto.

Durante 2011, la construcción del NECE fue concluida casi en su totalidad, quedando por llevar a cabo las pruebas correspondientes por parte de las áreas normativas de prestaciones médicas, a fin de liberar a producción la funcionalidad de consulta externa hospitalaria, lo que permitirá iniciar pruebas de operación la parte de los servicios de consulta externa hospitalaria en hospitales de segundo nivel y en UMAE.

Para tales efectos, se adquirió la infraestructura correspondiente para garantizar la funcionalidad de la aplicación, consistente en 38,381 computadoras y 12,072 impresoras que fueron entregados en su totalidad en los almacenes delegacionales el 31 de enero del 2011 para el proceso de instalación. Cabe mencionar que el fondo de salud tuvo prioridad de instalación, esto con la finalidad de poder estar en condiciones de contar con hospitales donde se pueda comenzar con la implantación del NECE.

3.1.4.1.3 Áreas médicas

➤ Programa de consulta de medicina familiar en sexto y séptimo día

Objetivo y Justificación: Se implantó en el año 2008, con el objetivo de dar respuesta a las demandas de atención y favorecer la accesibilidad a los servicios, aprovechando la infraestructura de las UMF que no se ocupan el fin de semana.

Logros y Avances: A diciembre de 2011, se han incorporado al programa:

- 32 delegaciones.
- 200 unidades médicas.
- 1,040 consultorios.

Con la estrategia se estima un incremento aproximado de 157 consultorios en la infraestructura institucional. A diciembre de 2011*, ver cuadro 3.27 DPM:

- Desde el año 2008 se han otorgado 4'749,803 consultas.
- 93 por ciento de pacientes atendidos a través de cita previa.
- Promedio de consulta por hora médico de 4.0.
- 37.1 por ciento de atención a asegurados.
- 4.4 por ciento de atención a embarazadas.

*Valores acumulados de 2008 a diciembre 2011

CUADRO 3.27 DPM, RESULTADOS DE LOS INDICADORES DEL PROGRAMA POR AÑO

Año	Total de Consultas Otorgadas	Porcentaje de Consultas por Cita Previa	Promedio Hora Médico en la consulta de fin de semana	Consultas para asegurados		Consultas por control de embarazo	
				No	%	No	%
2008	127,440	S/D*	4.1	S/D*	S/D*	S/D*	S/D*
2009	1,089,506	90	3.8	409,163	37.6	46,435	4.3
2010	1,690,830	93	4.1	655,590	38.8	76,714	4.5
2011	1,842,027	93	4.1	696,543	37.8	84,632	4.6
Total	4,749,803	93	4	1,761,296	37.1	207,781	4.4

* En 2008 inició el programa, no se tenían establecidos indicadores.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.1.4 Hospitales

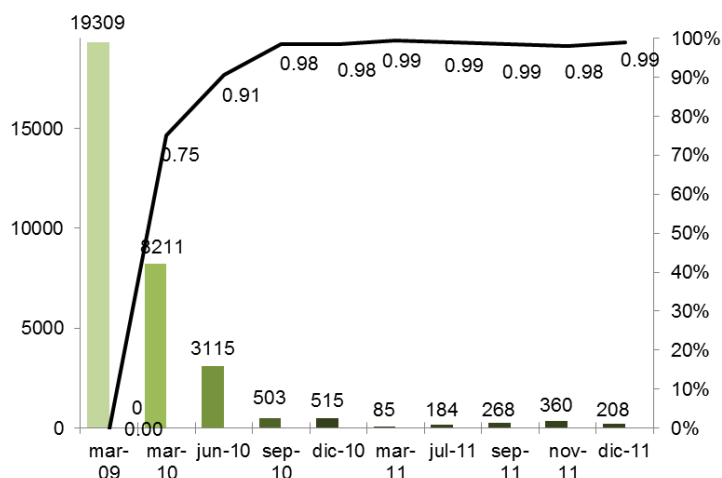
➤ Iniciativa 1.1.1 Atender el rezago en cirugía programada

Objetivo: Abatir el rezago en cirugía programada en todas las unidades médicas de segundo nivel de atención.

Justificación: El diagnóstico del diferimiento quirúrgico realizado en marzo de 2009, permitió identificar 19,309 procedimientos rezagados en unidades de segundo nivel, por lo que se implementaron acciones para incrementar la productividad, garantizar la disponibilidad de recursos y mejorar la oportunidad quirúrgica.

Logros y Avances: A diciembre de 2011 el rezago quirúrgico institucional es del 1.1 por ciento; se ha dado la implantación de programación colegiada en el 99 por ciento de las unidades médicas; el promedio nacional de cirugías por sala por turno es de 2.7; el porcentaje de cancelación de cirugía es de 9.97 por ciento, valor de referencia <15. Ver gráfica 3.72 DPM.

**GRÁFICA 3.72 DPM, ATENCIÓN DEL REZAGO EN CIRUGÍA PROGRAMADA
MARZO 2009 A DICIEMBRE 2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

De abril del 2009 a diciembre del 2011, se han realizado 3'064,194 intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas, dentro de los 20 días hábiles a partir de la solicitud del médico tratante; el porcentaje de oportunidad quirúrgica es de 93.8 por ciento (diciembre 2011); durante el segundo semestre del 2010 se obtuvo un promedio de 79.4 días hábiles, entre el envío del paciente de la UMF a la realización del procedimiento quirúrgico; el promedio de días hábiles entre la fecha de solicitud a la realización de cirugía durante el mismo periodo fue de 16.3.

➤ **Mejorar la atención en urgencias**

Se implantó el programa con el objetivo de optimizar el proceso de atención en los servicios de urgencias del primer y segundo nivel de atención mediante cinco componentes: Redes Zonales, Gestión, Sistema de Información Aeropuerto, Fortalecimiento de Infraestructura Física y Comunicación Interna; con el fin de disminuir la sobredemanda e incrementar la satisfacción de los usuarios.

Logros y Avances: A diciembre de 2011 se han consolidado 93 “Redes Zonales”, integradas por 93 Unidades Hospitalarias y 169 UMF. Se han referido 18,597 pacientes de urgencias del hospital a urgencias de la UMF, optimizando así la infraestructura de primer nivel (febrero 2010 a diciembre de 2011). Se observa mejoría en la tendencia del índice de consultas por cada 1000 derechohabientes en urgencias de primer nivel de 183 en 2006 a 181 en 2011.

Implantación de un sistema de clasificación de nivel de urgencias “triage” en unidades que conforman la Red Zonal en 86 por ciento en UMF y 92 por ciento Hospitales. Ampliación-remodelación de 35 servicios de urgencias, 34 iniciaron obra a diciembre, 2011. Disminución del porcentaje de estancia prolongada en urgencias de segundo nivel en 3.7 por ciento a nivel delegacional, y de 8.9 por ciento en las unidades en Red Zonal (enero - diciembre 09 comparada enero-diciembre 11). Disminución del porcentaje de ocupación en urgencias de segundo nivel en 6.3 por ciento a nivel delegacional y de 21 por ciento en las unidades en Red Zonal. (enero-diciembre 09 comparada enero- diciembre 11). Se fortaleció con 661 equipos médicos a los servicios de Urgencias y Atención Médica Continua de las UMF en Red Zonal; 391 para 1ª fase y 270 para la 2ª fase). Nominación de 125 plazas de 132 autorizadas para la 1ª fase de Redes Zonales, y 63 nominadas de 75 autorizadas para la 2ª fase. (Qna. 23/2011).



➤ **Programa de mejora de la consulta externa de especialidades**

Objetivo y Justificación: De acuerdo con el compromiso de mejorar y modernizar el otorgamiento de los servicios a la población derechohabiente, considerando la oportunidad como uno de los atributos de calidad de la consulta de especialidades, consideró la necesidad inmediata de mejorarla, así como disminuir la lista de espera y el diferimiento. En 2005 la oportunidad reportada a la cuarta semana en el sistema Indicador de Oportunidad de Consulta Externa (INDOCE) fue del 89 por ciento, en octubre de 2006 era de 86 por ciento, con una lista de espera de 44,795 pacientes.

Logros y Avances: A diciembre de 2011, se tuvo una oportunidad del 86.63 por ciento, con una lista de espera de 13,162 pacientes.

➤ **Estrategia de mejora para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal**

Objetivo y Justificación: Diagnosticar y proporcionar manejo oportuno a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, con el propósito de retrasar la progresión del daño renal y disminuir la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica en la población general. Mejorar la calidad de la atención y sobrevida de los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal, mediante diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis.

Logros:

- Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en las Unidades Medicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención. Se incluyó en Intranet el 20 de abril de 2011 con la clave 2660- 003-057.

- Registro numeral y nominal de los pacientes que se encuentran en Hemodiálisis.
- Registro numeral y nominal de los pacientes que se encuentran en diálisis peritoneal.

Avances:

- Elaboración completa del Censo Numeral y Nominal de pacientes en programas de Diálisis Peritoneal (actualizada al mes de diciembre 2011).
- Participación en la elaboración de la plataforma informática del registro nominal de los pacientes que se encuentran en los programas de terapia dialítica.
- Propuesta de la etiqueta de cálculo de la función renal a partir de la cuantificación de la creatinina sérica por todos los servicios integrales de laboratorio clínico para el registro y estadificación institucional de la enfermedad renal crónica.

3.1.4.1.5 Atención gineco obstétrica y perinatal

➤ **Atención materna**

Objetivo y Justificación: La muerte materna representa uno de los problemas más importantes de la salud pública en el mundo, en México y en el Instituto. La reproducción humana no obstante que es un proceso fisiológico puede conllevar a un incremento de los riesgos y daños a la salud de las mujeres y su(s) hijos por la morbilidad, discapacidad y muerte asociadas al embarazo y al evento obstétrico, sobre todo cuando existen factores que favorecen el incremento de los riesgos para la salud como: la accesibilidad, las demoras en la utilización y eficacia de los servicios.

Por lo anterior, México acompañado de otros 189 países se comprometió a disminuir la mortalidad materna, indicador del 5º Objetivo de Desarrollo del Milenio y del Plan Nacional de Salud 2006-2012. El IMSS contribuye a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna hospitalaria, mediante el desarrollo de acciones sistemáticas y específicas que mejoren la calidad de la atención obstétrica en las unidades médicas de los tres niveles de atención. Ver gráfica 3.73 DPM.

GRÁFICA 3.73 DPM, TASA DE MORTALIDAD MATERNA 2007-2012



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Logros y Avances: Se actualizó la normatividad:

- 2660-003-050 Procedimiento para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por acuerdo del H. Consejo Técnico.
- 2660-003-055 Procedimiento para referir a los hospitales de régimen obligatorio del IMSS a las mujeres no derechohabientes clasificadas en las unidades médicas de IMSS Oportunidades como embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica.
- 2660-003-058 Procedimiento para otorgar atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.

Elaboración de Líneas de Acción para la disminución de la mortalidad materna:

- Valoración del riesgo reproductivo y consejería anticonceptiva a mujeres en edad fértil con patología crónico-degenerativa.
- Vigilancia prenatal (inicio en el primer trimestre y 7 consultas promedio).
- Implantación de “Caja roja obstétrica” en el 100 por ciento de los hospitales con atención materna.
- Integración de Equipos de Respuesta Inmediata en el 100 por ciento de hospitales con atención obstétrica y realización de simulacros.
- Red Nacional para identificar a las pacientes obstétricas en riesgo de morir (reporte diario).
- Implantación de comunicación telefónica los 365 días las 24 horas para apoyar la atención de las mujeres con emergencia obstétrica.
- Valoración del riesgo reproductivo y consejería anticonceptiva a mujeres en edad fértil con patología crónico-degenerativa.
- Atención obstétrica a beneficiarias hijas menores de 16 años.
- Atención obstétrica a pacientes de IMSS-Oportunidades.
- Elaboración y entrega a cada mujer gestante de la “Cartilla de Embarazo Seguro” y del tríptico “Cuidados en el embarazo”.
- Disminución de la mortalidad materna previsible por causas directas.

➤ **Convenio de colaboración interinstitucional entre IMSS y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) a partir del 30 de agosto 2011**

Con el propósito de realizar acciones conjuntas en materia de docencia, investigación, difusión, promoción de la cultura de seguridad del paciente e intercambio de información, para el mejoramiento de la calidad en los servicios de atención médica para contribuir a la disminución de la mortalidad materna.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Indicadores:

- Promedio de atenciones prenatales por embarazada.
- Oportunidad en el inicio de la vigilancia prenatal.
- Porcentaje de puerperio de bajo riesgo en unidades de 2º nivel.
- Tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad perinatal por mil nacimientos.
- Porcentaje de cesáreas en unidades de 2º nivel.

Participación con el “Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva” de la SS, en:

- Desarrollo de la NOM 007 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”.
- Elaboración del “Manual para la Organización de los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal”, que rige el ámbito nacional.
- Subcomité de Arranque Parejo en la Vida.
- Desarrollo del “Lineamiento Técnico de Cesárea Segura”.

Capacitación gerencial a directivos delegacionales y jefes de división o servicio de Ginecobstetricia para mejorar la organización, conducción, supervisión y evaluación de los servicios involucrados en la atención obstétrica, en su ámbito de acción. En el periodo 2009-2010 se realizaron 5 cursos, tres dirigidos a Coordinadores Médicos Delegacionales y dos a jefes de división y de servicio de Ginecobstetricia. Coparticipación en el Programa presupuestario E008 “Salud Reproductiva”, con la Coordinación de Programas Integrados. Establecimiento de las metas de cada indicador y su seguimiento e informes periódicos de indicadores y análisis del comportamiento a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Modificaciones a la Matriz de Indicadores de acuerdo a las

recomendaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

➤ **Atención perinatal**

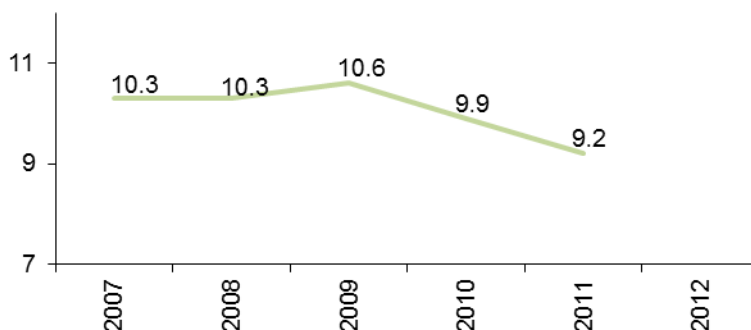
La salud del recién nacido está íntimamente relacionada con la salud materna, aun cuando las causas médicas inmediatas de las muertes maternas y perinatales son diferentes, las causas básicas y los factores subyacentes son muy similares; por lo tanto las medidas implementadas para prevenirla contribuyen a disminuir la mortalidad materna y sus consecuencias, devastadoras para la familia y la sociedad.

La mortalidad perinatal ha cobrado más relevancia debido a que uno de sus componentes, la mortalidad neonatal, representa una proporción mayor en la mortalidad infantil, este indicador forma parte de los indicadores del 4º Objetivo de Desarrollo del Milenio. Casi 66 por ciento de las muertes infantiles ocurren en la etapa neonatal.

La mortalidad en la primera semana de vida representa casi el 60 por ciento del total de las muertes infantiles; entre las principales causas de muerte se encuentran: la asfixia, las complicaciones derivadas de la prematuridad, las infecciones y las malformaciones congénitas.

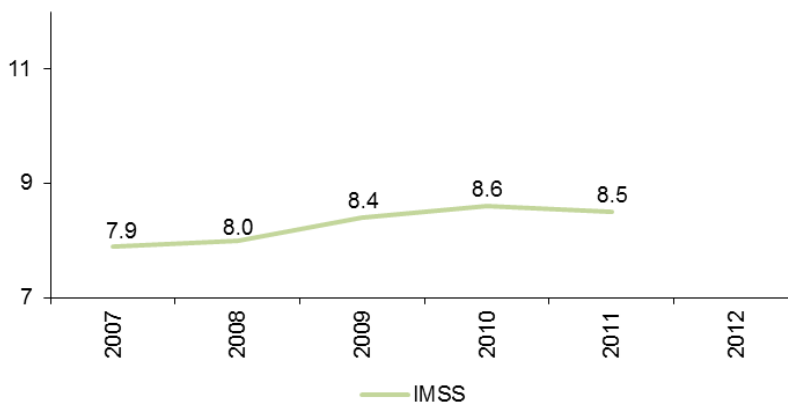
Contribuir a elevar la calidad de la atención que se otorga en la vigilancia del embarazo, trabajo de parto y parto, así como la atención del recién nacido, con el propósito de disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatal, mediante el desarrollo de acciones sistemáticas y específicas en las unidades médicas de los tres niveles de atención. Ver gráficas 3.74 y 3.75 DPM.

GRÁFICA 3.74 DPM, MORTALIDAD PERINATAL RÉGIMEN OBLIGATORIO 2007-2012



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

GRÁFICA 3.75 DPM, PROPORCIÓN DE PREMATUREZ RÉGIMEN OBLIGATORIO 2007-2012



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Logros y Avances: Se actualizó la normatividad 2660-003-058 Procedimiento para otorgar atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención. Regularización de los centros de costos de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se identificaron 51 unidades que funcionan con personal y área específica así como equipo para dar atención al recién nacido en estado crítico. Al cierre de 2011, se han regularizado con centro de costos 51 unidades, para el 100 por ciento de avance. Elaboración del diagnóstico situacional de la prematurez.



Las delegaciones enviaron en junio 2011 el diagnóstico situacional y un programa de mejora, actualmente en proceso de integración de la información. Censo del uso de surfactante. Evaluación de la utilización adecuada del surfactante para mejorar la atención del recién nacido prematuro. Visitas de evaluación y asesoría a las delegaciones con mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

➤ **Atención de la mujer en climaterio**

El climaterio al igual que la pubertad son periodos de transición, ambos son etapas fisiológicas en la vida de una mujer, sin embargo el climaterio debido a su propia naturaleza corresponde a una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual se pierde la capacidad reproductora y tiene lugar el síndrome climatérico, consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica, que tiene efectos negativos en todos los sistemas en los que estas hormonas desempeñaban un papel con efectos beneficiosos. La disminución de los estrógenos altera tejidos y sistemas, se manifiesta por atrofia urogenital; las concentraciones lipídicas en la sangre se alteran incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovasculares; se pierde el equilibrio entre formación y resorción ósea, etc.

La evidencia de los cambios demográficos y epidemiológicos en México, así como la certeza biológica de la etapa climatérica, revelan que en el IMSS el número de mujeres de 45 a 54 años de edad potencialmente demandantes de atención por síndrome climatérico en medicina familiar, corresponde a un universo de 2'205,459 para el año 2011 cifra que se estima aumentará en los siguientes años.

Logros y Avances: Se elaboró el Procedimiento para la atención de la mujer en etapa de climaterio, en las UMF 2660-003-059. En proceso de elaboración el lineamiento técnico médico para la atención del climaterio. En proceso la integración de la información para el diagnóstico situacional.

➤ **Atención de la mujer con cáncer ginecológico**

En México el cáncer en la mujer es causante del mayor número de muertes en edades de 30 a 54 años y afecta a todos los grupos socioeconómicos. El incremento de padecimientos gineco-oncológicos y la falta de médicos especialistas han provocado que los recursos sean insuficientes dando como resultado que las intervenciones de detección temprana y de tratamiento no se realicen con la oportunidad deseada lo que disminuye la calidad de vida de las mujeres con esta patología e incrementa los costos de la atención al integrar el diagnóstico en estadios avanzados del padecimiento.

Se encuentra en proceso la integración de un Plan Oncológico Institucional con el fin de mejorar en las unidades de los tres niveles de atención, la oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de las derechohabientes con lesiones sospechosas o confirmadas de cáncer ginecológico.

Logros y Avances: Elaboración del diagnóstico situacional. Reorganización de la atención gineco-oncológica en el área metropolitana.

3.1.4.2 Gestión intra y extra institucional

3.1.4.2.1 Programa: Trabajadores eventuales del campo (TEC)

Objetivo y Justificación: Mejorar el acceso a los servicios institucionales de salud a los TEC y sus familias y otorgar con oportunidad un esquema de atención integral a este grupo de trabajadores en los campos agrícolas durante los ciclos de cultivo. Ver cuadro 3.28 DPM.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.28 DPM, LOGROS Y AVANCES DICIEMBRE DE 2007 A DICIEMBRE DE 2011

Consultas médicas	Consultas dentales	Acciones médico preventivas	Estudios de laboratorio	Estudios de radio- diagnóstico	Intervenciones quirúrgicas
410,709	359,346	1,768,500	99,575	27,732	6,942

Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.3 Programa: Transformación integral de trámites de atención al derechohabiente y normatividad

Objetivo y Justificación: Mejorar los trámites y servicios que otorga el Instituto de forma que contribuyan a mejorar la gestión, fomentando una percepción positiva en el derechohabiente. Ver cuadro 3.29 DPM.

CUADRO 3.29 DPM, TRANSFORMACIÓN INTEGRAL DE
TRÁMITES DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE Y NORMATIVIDAD

Trámite	Descripción
Solicitud de cita médica primer nivel	Favorece la disponibilidad de espacios en la agenda para la atención al paciente espontáneo
Referencia segundo nivel de atención	
Contrarreferencia	
Solicitud cita primera vez (especialidad)	Mediante la implementación del Sistema de Control de Agenda de Consulta Externa (SCACE) se agilizará el registro de citas así como la referencia y contrarreferencia entre UMF y Hospitales
Solicitud de consulta subsecuente en especialidad segundo nivel	
Solicitud de interconsulta	
Solicitud de estudios de laboratorio y gabinete en primer nivel de atención	Se agilizará la atención a pacientes de la tercera edad y discapacitados

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Logros y Avances: El porcentaje de satisfacción con la Atención Médica otorgada en 1er nivel incrementó del 77 por ciento reportado en 2009 a 79 por ciento en el año 2011 en la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos del IMSS (ENSAT). El porcentaje de satisfacción con la Atención Médica otorgada en 2do nivel incrementó del 75 por ciento reportado en 2009 a 76 por ciento en el año 2011 ENSAT.

3.1.4.4 Gestión desconcentrada

3.1.4.4.1 Programa de regionalización de los servicios médicos

Los servicios médicos del IMSS están estructurados en niveles de atención creando una red de servicios en todo el país. El funcionamiento entre los niveles determina la capacidad de respuesta médica que ofrecemos a los derechohabientes.

En el año 2008 se realizó la última actualización de la regionalización, por lo que se planeó integrar una nueva versión para los años 2010 y 2011, con base a la inclusión de nueva infraestructura médica, así como las modificaciones de la regionalización motivadas por nuevas vías de comunicación y la incorporación de núcleos de población.

Logros y Avances: Se concluyeron las actualizaciones del esquema de Regionalización de los Servicios Médicos del IMSS del 2010 y diciembre del 2011. Para ello se consideraron las siguientes variables: a) inicio de operación de nuevas unidades en las zonas médicas; b) Modificación de vías de comunicación que favorezcan la accesibilidad a los servicios; c) Fortalecimiento de la capacidad instalada (ampliación, remodelación, hospital sin ladrillos); d) Redistribución poblacional.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

3.1.4.4.2 Intercambio de servicios de salud con hospitales regionales de alta especialidad de la SS (HRAE)

El Intercambio de Servicios de Salud con HRAE de la SS, se fundamenta en el PND 2007-2012, así como en la Ley General de Salud, con el fin de mejorar la oportunidad de la Atención Médica a los derechohabientes del IMSS, a través del aprovechamiento de la infraestructura médica de otras instituciones de salud.

Logros y Avances: Se formalizaron Convenios de intercambio de servicios entre el IMSS y la SS en Chiapas, Tamaulipas, Guanajuato, Oaxaca y Yucatán. Se mejoraron las condiciones de accesibilidad a los servicios médicos de un gran número de derechohabientes del IMSS, que sin esta estrategia se hubieran trasladado a otras localidades, con las consecuentes implicaciones de demora, insatisfacción y desembolsos mayores del Instituto y del propio derechohabiente. En el periodo 2007 - 2011, se han enviado un total de 8,980 casos a los HRAE, erogando un gasto de 22.4 mdp hasta el mes de diciembre de 2011. Las delegaciones de Chiapas y Tamaulipas son las que más han utilizado esta estrategia. Ver cuadro 3.30 DPM.

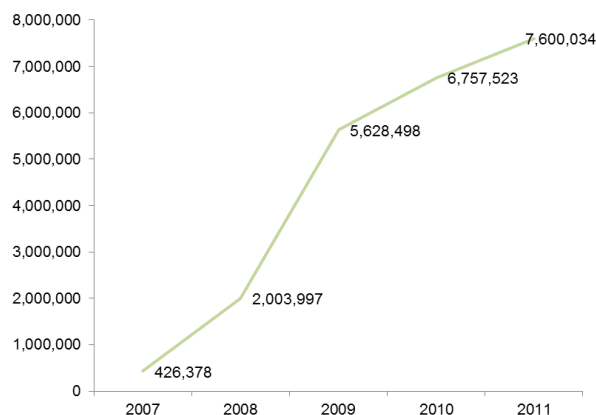
**CUADRO 3.30 DPM, CASUÍSTICA Y GASTO EJERCIDO
POR ENVÍOS A LOS HRAE PERIODO 2007-2011**

DELEGACION	2007		2008		2009		2010		2011		Total Global	
	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto
Chiapas	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
Tapachula												
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: Dirección de Prestaciones Médicas.

En el periodo 2007 – 2011, se ha ejercido un gasto total de 22.4 mdp que de acuerdo con el análisis de tendencia es de tipo ascendente, siendo el año 2009 el más representativo como se observa en la gráfica 3.76 DPM.

GRÁFICA 3.76 DPM, GASTO EJERCIDO POR ENVÍOS A LOS HRAE PERIODO 2007-2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas

Se integró el Comité Intersectorial Para el Intercambio de Servicios”, Con la participación del ISSSTE, IMSS, Seguro Popular y la SS. Asimismo se elaboraron los “Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud” que complementa la regulación de las condiciones para el intercambio de servicios entre las instituciones. Se realizaron de octubre a diciembre del 2010 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.

3.1.4.4.3 UMAE

➤ Programa de actualización permanente de los cuadros básicos

El IMSS ha sido pionero en la creación de los Cuadros Básicos de Medicamentos, con el desarrollo y entrada en vigor del primer Cuadro Básico de Medicamentos en el año de 1945, publicado formalmente en el año de 1947. El H. Consejo Técnico aprobó el primer Reglamento de la Comisión del Cuadro Básico de Medicamentos en 1948. En 1959, se estableció la restricción en la prescripción de los medicamentos, definiéndose los que serían autorizados libremente y los que serían autorizados por médicos especialistas, actualmente segundo y tercer nivel de atención médica.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

A partir de 2002, en cumplimiento del Acuerdo presidencial publicado en el DOF el 24 de diciembre de ese año, todos los medicamentos contenidos en el Cuadro Básico Institucional se encuentran incorporados en el correspondiente del Sector Salud.

La innovación constante en la terapéutica médica, la aparición de nuevos conceptos de la aplicación farmacológica de productos ya conocidos y la necesidad de atender a las enfermedades prioritarias, dan vigencia al carácter dinámico de revisión y actualización del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.

En este contexto, la actualización del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos debe ser un proceso continuo para poder ofrecer a los derechohabientes, nuevos medicamentos, seguros y eficaces que pueden constituir un soporte de vida o disminuir de forma incuestionable, el deterioro del estado de salud de pacientes con enfermedades crónicas o con cáncer incorporando de esta manera al arsenal terapéutico, moléculas que representen avances tecnológicos y terapéuticos para las diversas enfermedades que se atienden en los tres niveles de atención del Instituto y proporcionando las mejores alternativas de tratamiento para la población derechohabiente, cuidando los aspectos financieros del Instituto a través de análisis fármaco económicos.

La selección de cada medicamento incluido en dicho Cuadro, se fundamenta en la opinión de médicos especialistas del Instituto que conforman el grupo de asesores honoríficos, en información contenida en las solicitudes recibidas y la obtenida de publicaciones indexadas, nacionales e internacionales. Todas las opiniones y publicaciones son analizadas, comentadas y cuestionadas por los vocales del Comité del Cuadro Básico de Medicamentos, determinando en cada caso su inclusión, modificación o exclusión.

Invariablemente se busca seleccionar insumos para la salud que cumplan con criterios de efectividad, seguridad y costo efectividad, mediante el proceso de análisis técnico-clínico-económico y de investigación para la inclusión a los Cuadros Básicos del IMSS. Ver cuadro 3.31 DPM.

CUADRO 3.31 DPM, ACTUALIZACIONES Y MOVIMIENTOS A LOS CUADROS BÁSICOS INSTITUCIONALES DE INSUMOS PARA LA SALUD DE 2008 A 2011.

LOGROS Y AVANCES DEL 2008			
Área	Inclusión	Exclusión	Modificación
Medicamentos	6	0	29
Instrumental y Equipo Médico	0	0	1,696*
Material de Curación	2	0	1
Auxiliares de Diagnóstico	0	0	0
LOGROS Y AVANCES DEL 2009			
Área	Inclusión	Exclusión	Modificación
Medicamentos	49	69	24
Instrumental y Equipo Médico	24	0	
Material de Curación	6	0	4
Auxiliares de Diagnóstico	1	0	0
LOGROS Y AVANCES DEL 2010			
Área	Inclusión	Exclusión	Modificación
Medicamentos	4	0	7
Instrumental y Equipo Médico	8	236	2
Material de Curación	0	0	1
Auxiliares de Diagnóstico	7	0	0
LOGROS Y AVANCES DEL 2011			
Área	Inclusión	Exclusión	Modificación
Medicamentos	24	2	6
Instrumental y Equipo Médico	7	14	7
Material de Curación	5	0	1
Auxiliares de Diagnóstico	1	0	0

Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.5 Sistema institucional de fármaco-vigilancia

Objetivo: Recibir y documentar los reportes provenientes de las unidades médicas sobre identificación de efectos o reacciones adversas de medicamentos y otros insumos para la salud. Notificar y, en su caso, instruir o realizar observaciones de acuerdo con las recomendaciones institucionales, nacionales o internacionales, indicadas por los organismos correspondientes (Emisión de Alertas). Ver cuadro 3.32 DPM.

CUADRO 3.32 DPM, LOGROS DE 2007-2011

Año	Reacción adversa a medicamentos	Alertas sanitarias
2007	1928	22
2008	1743	36
2009	1159	14
2010	1078	12
2011	831	10

Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.5.1 Catálogo II

Antecedentes. La actualización del Cuadro Básicos de Medicamentos, debe ser un proceso continuo para ofrecer nuevos medicamentos de soporte de vida o que disminuyen el deterioro del estado de salud de pacientes con enfermedades crónicas, cáncer u otras, con un ahorro en el gasto por hospitalización, uso de otros medicamentos, incapacidades, etc.

Con la finalidad de establecer un mecanismo innovador que asegurara el uso racional de medicamentos de alto costo, se inició con la evaluación de casos de prescripción de 13 medicamentos de inclusión reciente que no tenían presupuesto, mediante el estudio por paciente específico de acuerdo con las recomendaciones de uso establecidas por los Asesores Honoríficos del Cuadro Básico de Medicamentos; al término de 2010 se habían autorizado medicamentos por un monto anual de 50 mdp, menos del 30 por ciento estimado si no se hubiese diseñado este proceso denominado «Torre de Control».

El Catálogo II es un programa institucional prioritario, que tiene por objeto optimizar el uso de medicamentos de alta inversión e impacto financiero, mediante la evaluación central colegiada de casos clínicos de padecimientos altamente complejos, de acuerdo a la evidencia científica de eficacia, seguridad, costo efectividad, utilidad y costo-beneficio, cuyos tratamientos están incluidos en un apartado del Cuadro Básico de Medicamentos, ya que esas claves no cuentan con presupuesto y requieren de adquisición por nivel central con el fin de garantizar el manejo por paciente específico y evitar la merma, estableciendo controles especiales de supervisión médica y almacenamiento, suministro y control administrativo especial por las áreas normativas correspondientes.

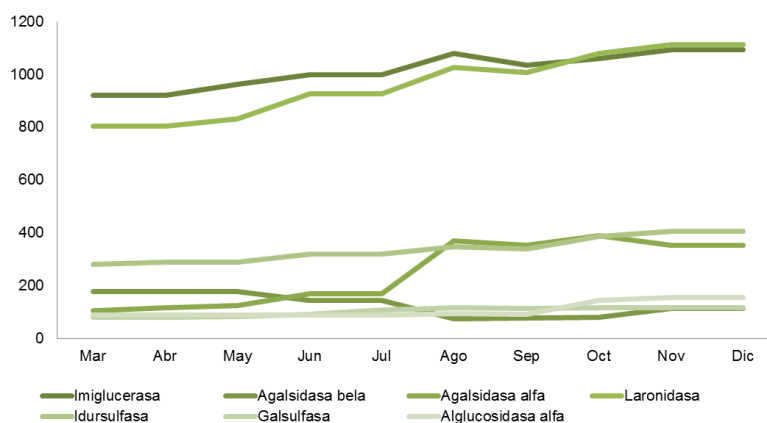
Logros y Avances: Se elaboró el procedimiento para la prescripción de claves de medicamentos incluidos en el Catálogo II, con ello se ha permitido evaluar de manera individualizada los casos y garantizar el tratamiento para aquellos pacientes que clínicamente requieren de un medicamento incluido en dicho Catálogo, optimizando los recursos institucionales. Se realizaron 22 supervisiones a UMAE y Delegaciones informando de los resultados a Directores de UMAE y Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas, para garantizar el que se otorgue adecuadamente el tratamiento.

3.1.4.5.2 Medicamentos para el reemplazo enzimático en enfermedades por depósito lisosomal

Ante el desarrollo de nuevas tecnologías farmacéuticas, es necesario fortalecer las estrategias para la prescripción y control de medicamentos que permitan la optimización de los recursos financieros institucionales. Aun con el impacto favorable sobre padecimientos específicos, se requiere de inversión creciente para garantizar el mejor tratamiento al menor costo. Ver gráficas 3.77, 3.78 y 3.79 DPM.

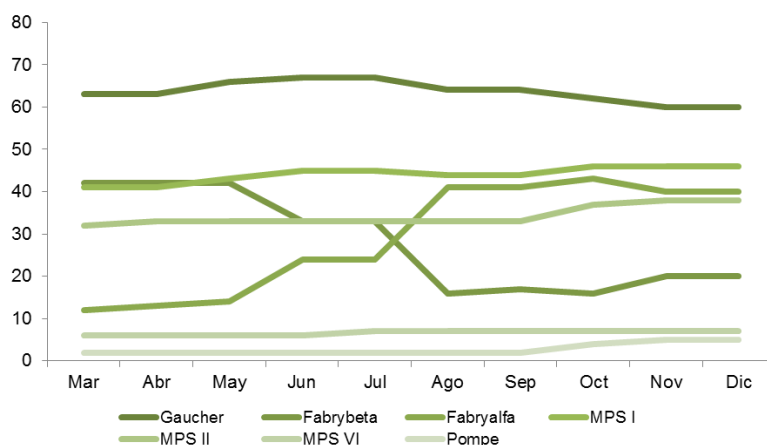
Objetivo. Establecer un sistema que garantice la atención integral de los pacientes con enfermedades lisosomales, a través de la estandarización de criterios y la definición de lineamientos claros para la implementación del tratamiento adecuado que incluya la consejería genética, educación para la salud al núcleo familiar así como, las repercusiones de la enfermedad y las terapias sustitutivas, con la finalidad de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

**GRÁFICA 3.77 DPM, CONSUMO DE ENZIMAS LISOSOMALES
MARZO – DICIEMBRE 2011**



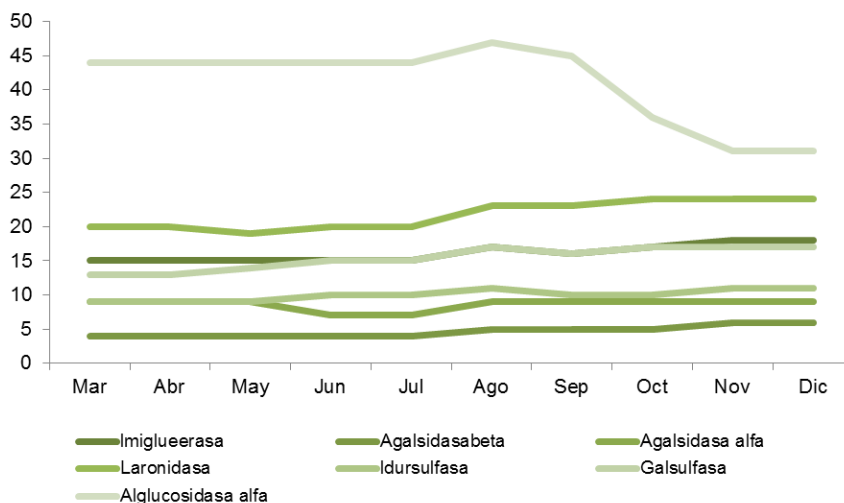
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

**GRÁFICA 3.78 DPM, PACIENTES POR TIPO DE ENFERMEDAD LISOSOMAL
MARZO – DICIEMBRE 2011**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.79 DPM, CONSUMO PROMEDIO POR ENZIMA LISOSOMAL
MARZO – DICIEMBRE 2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.5.3 Programa estratégico de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células

Objetivo. Atender la demanda de atención de la población derechohabiente en materia de trasplante de órganos, tejidos y células, a fin de ofrecer las mejores opciones para atender las enfermedades con falla orgánica o tisular, susceptibles de manejo mediante trasplante, con un alto grado de calidad, eficiencia y oportunidad.

Derivado de la transición 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 insuficiencia renal crónica (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 una asistencia considerable con 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 (cuadros 3.33 y 3.34 DPM), 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 (cuadro 3.35 DPM).

**CUADRO 3.33 DPM, SOBREVIDA ESTIMADA CON TRASPLANTE RENAL
(PORCENTAJE)**

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

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

**CUADRO 3.34 DPM, ESTIMACIÓN DE COSTOS POR TIPO DE PACIENTE
(MILLONES DE PESOS)**

Pacientes	Pacientes por año	Costo total a 5 años de los pacientes trasplantados	Costo total a 5 años de los pacientes en diálisis/hemodiálisis	Ahorro generado al realizar trasplantes	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: Dirección de Prestaciones Médicas.

**CUADRO 3.35 DPM, COSTO ESTIMADO DE LAS TRES OPCIONES TERAPÉUTICAS
(PESOS)**

Hemodiálisis/diálisis	Costo anual	Costo a 5 años
Diálisis peritoneal	108,607	543,034
Homodiálisis	412,632	2,063,159
Hemodiálisis subrogada	504,790	2,523,950
Transplantes	1 año	5 años
Donador vivo	288,174	486,870
Donador cadavérico	407,903	825,028

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

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 Instituto 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.

Asimismo, en el Instituto existen más de 49,000 pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con diálisis o hemodiálisis. De estos, se estima que casi 15,000 (30.6 por ciento) son potenciales candidatos a trasplante renal. Si se compara la tendencia de crecimiento poblacional, la transición demográfica y epidemiológica mencionada al inicio, con la tasa anual de trasplante, para el año 2021 habrá una diferencia importante con poca oferta y gran demanda de este tipo de procedimientos. Por lo anterior, estamos obligados a desarrollar estrategias para fortalecer la infraestructura y capacidad para su realización, así como equilibrar oferta y demanda, en beneficio de la población derechohabiente, de la economía del país y del propio Instituto.

El Instituto llevó a cabo 49.6 por ciento de los trasplantes renales del país, en 26 unidades médicas que realizan este tipo de procedimiento altamente complejo. Esto en números absolutos, se traduce en que 1,879 pacientes fueron beneficiados con trasplantes, observándose un incremento de los procedimientos

gracias a la obtención altruista procedente de donadores vivos (83 por ciento del total) y de donadores cadavéricos (17 por ciento).

Desde 2008 se ha dado prioridad a la capacitación del personal. Desde ese año se instituyó el Curso de Alta Especialización en Trasplante Renal, dirigido a médicos especialistas y enfermeras, con duración de 11 y tres meses respectivamente. Se han capacitado en total 28 médicos y 23 enfermeras, y actualmente se encuentran en proceso de formación 18 especialistas clínicos y quirúrgicos, así como cuatro enfermeras.

En el segundo semestre de 2010 el IMSS organizó el tercer Consenso Nacional de Médicos Dedicados al Trasplante Renal, en el que participaron especialistas clínicos y quirúrgicos con la finalidad de la actualización académica y difusión del conocimiento. Entre otras cosas, se establecieron estrategias y compromisos para incrementar el número de trasplantes renales exitosos; esto es, 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.

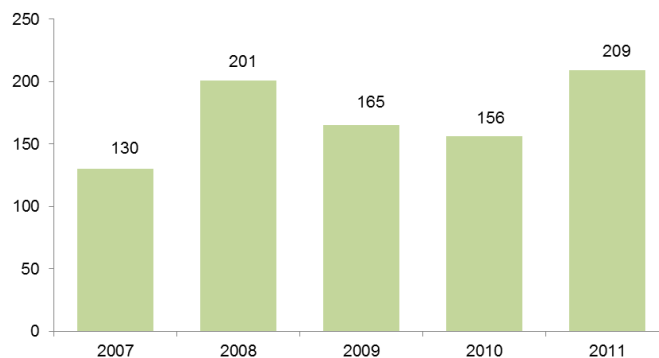
- **Donación cadavérica**

Con el objetivo de impulsar la cultura de donación cadavérica, se crearon seis nuevas plazas para Coordinador Hospitalario de Donación y cuatro más se encuentran en trámite. Se capacitó a 12 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 UNAM.

Para garantizar la transparencia del destino de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica, en junio de 2010 se actualizó la normatividad institucional para el resguardo y distribución de órganos provenientes de donación cadavérica.

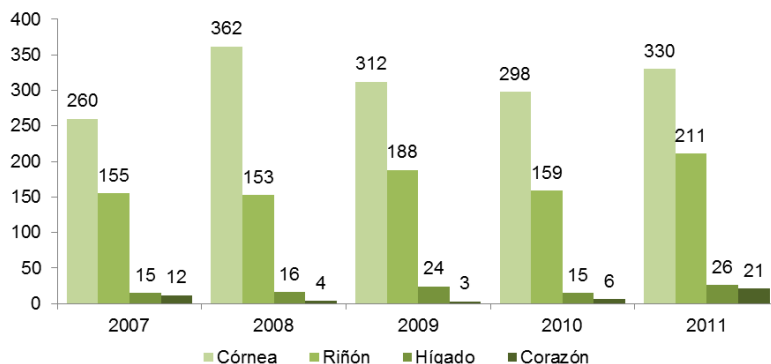
Logros en Donación a diciembre de 2011: Elaboración, actualización y difusión de la Normatividad Institucional en donación cadavérica. Integración de una Red Institucional de Donación conformada por 51 Hospitales con Licencia Sanitaria. Creación del perfil de Coordinador Hospitalario de Donación incluido en los puestos de confianza B. Asignación de 12 plazas de Coordinadores Hospitalarios de Donación (4 de nueva creación y 8 por transformación). Capacitación de personal médico en el proceso de donación cadavérica (se han capacitado 61 médicos). Coordinar el traslado aéreo de los equipos quirúrgicos y de los órganos y tejidos con fines de trasplante. Ver gráficas 3.80 y 3.81 DPM.

GRÁFICA 3.80 DPM, DONACION CADAVERICA OBTENIDA POR AÑO



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.81 DPM, PRODUCTIVIDAD EN DONACIÓN 2007-2011

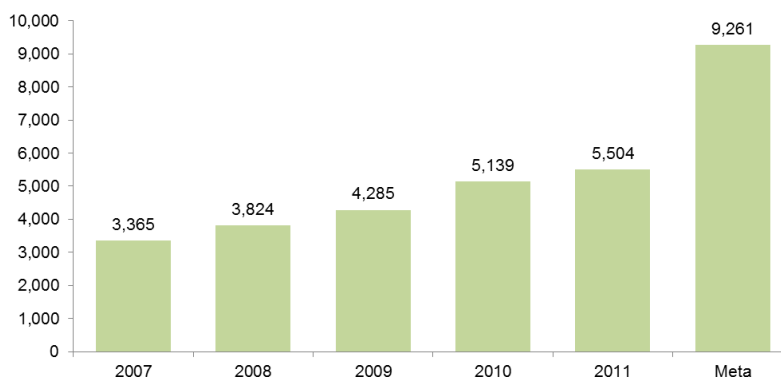


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.5.4 Referencia oportuna a los programas de trasplante

Logros: Elaboración de la Normatividad en Trasplante Renal con los criterios para la referencia. Difusión de los criterios de referencia y directorio de los programas de trasplante renal entre los Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas y Directores de Unidades. Integración de un censo nominal de pacientes con falla renal candidatos a trasplante identificando el envío-recepción. Firma de Acuerdos de Gestión, para la referencia y recepción de pacientes candidatos a trasplante, entre Delegaciones y UMAE, estableciendo metas. Evaluación mensual del avance en metas de referencia por Delegación. Participación en el III Curso Gerencial de Enfermedad Renal Crónica dirigido a Coordinadores de Prevención y Atención a la Salud. La referencia de pacientes a los programas de trasplante presenta un incremento del 63 por ciento. Ver gráfica 3.82 DPM.

GRÁFICA 3.82 DPM, PACIENTES REFERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE TRASPLANTE RENAL



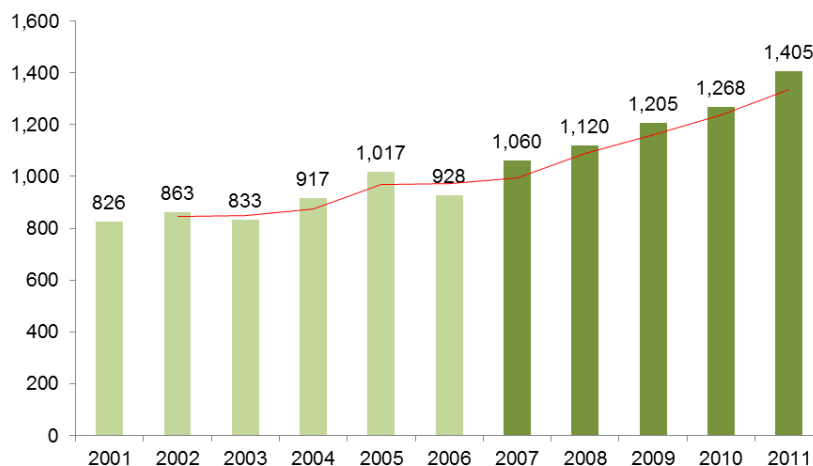
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.4.5.5 Trasplantes

Logros: Elaboración y difusión de la Normatividad de procedimientos en trasplante renal. Elaboración de las Guías de Práctica de Clínica (GPC): Terapia Inmunosupresora en Trasplante Renal e Indicaciones de Profilaxis Antimicrobiana en Pacientes Trasplantados. Compra de instrumental quirúrgico para los programas de trasplante renal y de córnea. Capacitación de personal médico y paramédico en trasplante renal (58 médicos y 69 enfermeras), para el 2012 se encuentran inscritos 34 médicos y 22 enfermeras. Asignación de 26 plazas de nueva creación para los programas de trasplante renal. Acuerdo de gestión para fortalecer el programa de trasplante renal mediante estímulos financieros. Gestión para el permiso de internación de córneas procedentes del extranjero, supervisando el origen y destino. Ver gráfica 3.99 DPM.

El IMSS cuenta actualmente con cinco programas de trasplantes activos; en las gráficas 3.83 a 3.87 DPM, se muestran los logros obtenidos en el periodo de este Informe.

GRÁFICA 3.83 DPM, TRASPLANTE RENAL EN EL IMSS (ULTIMOS 11 AÑOS)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

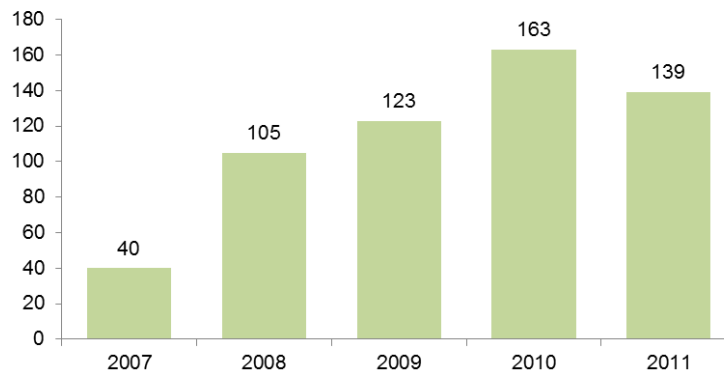
El trasplante de córnea presenta un incremento del 10.1 por ciento y el de médula ósea del 247.5 por ciento.

GRÁFICA 3.84 DPM, TRASPLANTE DE CÓRNEA



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

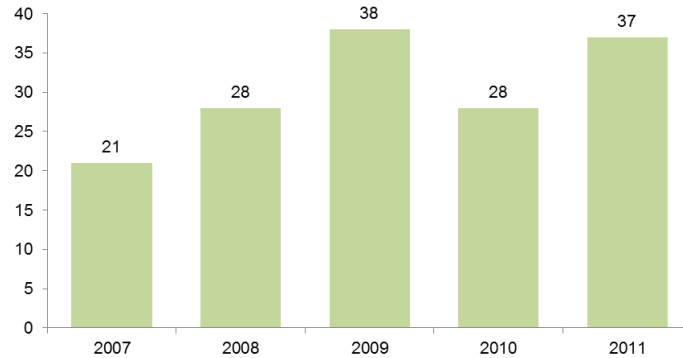
GRÁFICA 3.85 DPM, TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYETICAS



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

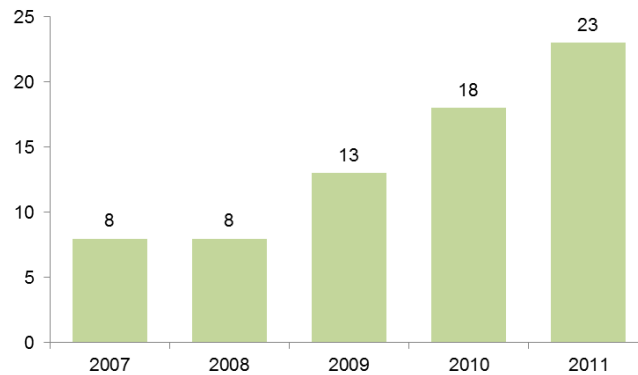
El trasplante hepático se encuentra con un crecimiento del 76.1 por ciento y el de corazón del 187.5 por ciento.

GRÁFICA 3.86 DPM, TRASPLANTE HEPÁTICO



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

GRÁFICA 3.87 DPM, TRASPLANTE DE CORAZÓN



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.5 Excelencia clínica

3.1.5.1 Programa estratégico para el desarrollo e implantación de GPC

Objetivo: Elaborar y aplicar herramientas clínicas que con fundamento en la mejor evidencia científica, propicien la mejora de la calidad de la atención, al sistematizar las intervenciones diagnóstico terapéuticas, mejoren la eficiencia operativa al proporcionar una base objetiva para la planeación y control de los recursos, y ayuden a contener costos al propiciar el uso adecuado de los recursos.

Logros a diciembre de 2011:

- Documento Técnico con la Metodología para el Desarrollo e Implementación de GPC.
- Manual para la Adopción y Adecuación de GPC.
- Manual Operativo para Búsqueda de Información Científica para el Desarrollo de GPC.
- Manual para Consulta de las GPC en Internet.
- Modelo del Plan de Implementación de las GPC en Delegaciones y UMAE.
- Encuesta a 1,807 profesionales de la salud sobre uso y aplicación de las GPC.
- Desarrollo de 424 proyectos de GPC.
- 350 GPC enviadas al Centro Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud (CENETEC) para su validación.
- 282 GPC autorizadas por las Academias Mexicanas de Medicina y de Cirugía.
- 254 GPC autorizadas por el Comité Nacional y contribución con el 60 por ciento de las incorporadas al Catálogo Maestro del Sector Salud.
- GPC reconocidas nacional e internacionalmente, como la de Tratamiento de la Influenza AH1N1 y de Cirugía Bariátrica en Adolescentes y Adultos.
- 1 Curso sobre Medicina Basada en Evidencia y GPC impartido por el Centro Colaborador de la Red Cochrane México.
- XIX Cursos Taller nacionales para el desarrollo de GPC.
- Más de 1900 profesionales de la salud capacitados en medicina basada en evidencia y desarrollo de GPC.

422 GPC autorizadas por el Comité Nacional de GPC de las cuales el 61 por ciento (254) han sido aportadas por el IMSS, el 30 por ciento (125) por la SS, 5 por ciento (20) por el ISSSTE y el DIF 1 por ciento (6), así como 3 por ciento (12) han sido elaboradas Interinstitucionalmente.

- Reunión nacional para el arranque del Plan de Implementación de GPC.
- Desarrollo de modelo de Plan de Implementación de GPC para Delegaciones y UMAE.
- Difusión e implementación desconcentrada de las GPC en las Delegaciones y UMAE.
- 254 GPC autorizadas por el Comité Nacional, incluidas para consulta en los portales de Intranet e Internet del Instituto.

3.1.5.2 Programa estratégico para la atención del derechohabiente con VIH/SIDA

Objetivo: Sistematizar las estrategias para otorgar atención médica con calidad y eficiencia a los derechohabientes que viven con VIH/SIDA, a través de acciones que mejoren el conocimiento epidemiológico de la enfermedad y su prevención, eleven los estándares de calidad en la prescripción de Antiretrovirales, mejoren el acceso y disponibilidad de los servicios y propicien una relación asertiva con las agrupaciones de pacientes y familiares.

Logros a diciembre de 2011:

- Reunión “Juntos por la Salud”, con Organizaciones de Pacientes y Familiares que viven con VIH/SIDA del 9 al 11 de julio de 2008, con la cual se establecieron las bases para el trabajo sistemático entre el Instituto y este grupo de pacientes.
- 7 GPC relacionadas con la atención del VIH/SIDA.
- Uso de Medicamentos Antirretrovirales en Pacientes Adultos con Infección por el VIH.

- Uso de Medicamentos Antirretrovirales en Pacientes Pediátricos con Infección por el VIH.
- Abordaje Diagnóstico - Terapéutico del Pacientes con Síndrome Diarreico y VIH/SIDA.
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Complicaciones de Sistema Nervioso Central en Pacientes con VIH/SIDA.
- Abordaje Diagnóstico y Prevención de Patología Respiratoria en el Paciente con VIH/SIDA.
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre - Hijo con Infección por VIH.
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Exposición Ocupacional al VIH en Trabajadores de la Salud.
- Desarrollo e implementación del Censo de Pacientes con Padecimientos Crónico Degenerativos – Módulo VIH.
- Curso Taller dirigido a Delegaciones y UMAE para estandarizar las técnicas para la realización de la Carga Viral y CD 4 y la importancia del Genotipo.
- Implementación de un laboratorio de referencia para Genotipificación del VIH en el Centro de Investigación Biomédica de Occidente.
- 665 pacientes que presentan falla terapéutica, evaluados por el Grupo de Expertos en Resistencia Antiretroviral.
- Edad promedio de los pacientes evaluados por el Grupo de Expertos en Resistencia Antiretroviral: 44 años (rango 4 a 71). Hombres 86 por ciento y Mujeres 14 por ciento. Tiempo de evolución del SIDA: 13 años (rango 9 a 22). Número de esquemas de Antiretrovirales recibidos durante su evolución: 6 (rango 1 a 16).
- El 60 por ciento (400 pacientes) nunca habían logrado indetectabilidad.

3.1.5.3 Programa estratégico de cirugía bariátrica

Objetivo: Proporcionar atención médico-quirúrgica eficiente y eficaz; oportuna e integral al paciente con obesidad mórbida, a través del desarrollo de Centros de Excelencia de Cirugía Bariátrica en Unidades Médicas de segundo y tercer nivel y la implementación de GPC específicas para el Adolescente y Adulto.

Logros a diciembre de 2011:

- 3 GPC para el tratamiento de la obesidad.
- Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida.
- Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida en el Adolescente.
- Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Sobrepeso y Obesidad en el Adulto.
- Participación en la Actualización de la NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- Lineamientos Generales de Cirugía Bariátrica.
- Selección de las ocho unidades propuestas como Centros de Excelencia.
- Realización de la Encuesta de Recursos Humanos, Equipamiento e Infraestructura, en las ocho unidades propuestas.
- Visita de evaluación a la Clínica de obesidad de la UMAE HE CMN Siglo XXI para conocer el proceso de atención del paciente candidato a cirugía bariátrica.
- Elaboración de la Cédula de evaluación de los Centros de Excelencia.

3.1.5.4 Programa estratégico para la atención integral del paciente anciano hospitalizado en unidades de tercer nivel

Objetivo: Implantar el modelo de atención geriátrica interdisciplinaria en los servicios de hospitalización en las UMAE, a través de una valoración integral especializada con el fin de limitar las consecuencias de la enfermedad, mejorar la

funcionalidad y propiciar que se eleve la calidad de vida de este grupo de pacientes.

Logros a diciembre de 2011:

- Diagnóstico Situacional de la atención geriátrica en las UMAE.
- Determinación del modelo para la atención integral del anciano en tercer nivel.
- 8 GPC para la atención del Paciente Geriátrico.
- Detección y Manejo del Maltrato en los Adultos Mayores en 1er. Nivel de Atención.
- Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en 1er. Nivel de Atención.
- Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en 1er. Nivel de Atención.
- Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica.
- Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el 1er. Nivel de Atención.
- Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer.
- Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular.
- Diagnóstico y Tratamiento de las Fracturas Transtrocantéricas de Fémur en Pacientes Mayores de 65 Años.

3.1.5.5 Clínica de enfermedades lisosomales

Objetivo: Establecer un sistema que garantice la atención integral de los pacientes con enfermedades lisosomales, a través de la estandarización de criterios y la definición de lineamientos claros para la implementación del tratamiento adecuado que incluya la consejería genética, educación para la salud al núcleo familiar así como, las repercusiones de la enfermedad y las terapias sustitutivas, con la finalidad de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

Logros a diciembre de 2011:

- Implementación de dos centros de referencia nacional en el CMN La Raza.
- Identificación de médicos especialistas a nivel nacional que atienden estas patologías para conformar grupos de expertos.
- 6 GPC para tratamiento de enfermedades lisosomales.
- Diagnostico, Tratamiento y Seguimiento de Enfermedad de Fabry.
- Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Gaucher Tipo I.
- Diagnóstico y Tratamiento de Mucopolisacaridosis Tipo I.
- Diagnóstico y Tratamiento de Mucopolisacaridosis Tipo II.
- Diagnóstico y Tratamiento de Mucopolisacaridosis Tipo VI.
- Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad de Pompe.
- Censo actualizado por Unidad Médica y Delegación de pacientes con enfermedades lisosomales.
- Cálculo de necesidades de enzimas para el tratamiento con datos actualizados de los pacientes.
- Coordinación efectiva con el área de Control del Abasto para el surtimiento completo y oportuno de las necesidades de reemplazo enzimático.
- Vinculación con Organizaciones de Pacientes con enfermedades lisosomales.

3.1.5.6 Educación, investigación y políticas de salud

3.1.5.6.1 Reorientación de los cursos de especialización médica de entrada directa y de rama del Sistema Institucional de Residencias Médicas, dirigidos a médicos mexicanos y extranjeros provenientes del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)

Objetivo: Formar médicos especialistas aptos para desarrollar una práctica de la profesión vinculada con el ejercicio de la crítica y la autocrítica, en número acorde a las necesidades institucionales de cobertura y con los perfiles idóneos para satisfacer las necesidades y demandas de salud de la población derechohabiente, dentro del marco filosófico de la Seguridad Social y de la ética profesional, manteniendo altos estándares de calidad y un elevado humanismo. Ver cuadro 3.36 DPM.

**CUADRO 3.36 DPM, CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN DESTINADOS A
OCUPAR PLAZAS VACANTES EN LOCALIDADES DE DIFÍCIL COBERTURA**

Curso de Especialidades	2007	2008	2009	2010	2011
Número de alumnos nuevo ingreso	2,256	3,631	4,040	4,023	4,152
Número de alumnos todos los procesos adscritos a ciclo académico	7,603	9,128	10,379	11,035	11,932
Número de especialistas que egresan	2,004	1,575	1,711	2,227	2,883

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.5.7 Cursos de especialización médica para los servicios rurales de salud del programa IMSS-Oportunidades

Objetivos:

- Formar personal especializado de acuerdo con el perfil socio-epidemiológico propio de las comunidades rurales para atender adecuadamente las demandas de atención a la salud de los oportuno-habientes.
- Formar médicos especialistas aptos para desarrollar una práctica profesional vinculada con las necesidades institucionales para ocupar plazas en HR del Programa IMSS-Oportunidades dentro del marco filosófico de la Solidaridad y de la ética profesional, manteniendo altos estándares de calidad y un elevado humanismo. Ver cuadro 3.37 DPM.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 3.37 DPM, CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA PARA LOS SERVICIOS RURALES DE
SALUD DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES**

Curso de Especialidades	2009	2010	2011	Total de Alumnos
Especialidad del niño y del adulto para los Servicios Rurales de Salud	0	28	71	99
Especialidad en Cirugía para los Servicios Rurales de Salud	53	38	17	107
Especialidad en Anestesiología para los Servicios Rurales de Salud	52	39	17	109
Total	105	105	105	315

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.5.8 Consolidación del programa de educación a distancia “Fortalecimiento de la calidad de la educación en salud”

Objetivo: Contribuir en la mejora de los servicios de atención a la salud de los derechohabientes del IMSS, ampliando la oferta y calidad de la educación en salud a distancia con el uso creciente de tecnologías de información y comunicación, con base en las prioridades de la DPM, ver cuadro 3.38 DPM.

**CUADRO 3.38 DPM, PROGRAMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
CURSOS INTERACTIVOS ELABORADOS, IMPLEMENTADOS Y USUARIOS INCRITOS 2008 – 2011**

Curso de Especialidades	2008	2009	2010	2011
Cursos elaborados para la capacitación temática específica en línea	7	7	7	18
Número de cursos implementados	6	27	35	76
Usuarios inscritos	225	8,246	4,737	14,099

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.5.9 Evaluación de la investigación 2006 - 2011

➤ Registro de protocolos de investigación

A partir del año de 2006 se ha fijado como meta el registro anual de por lo menos tres mil protocolos de investigación, cuyo objetivo es fomentar y regularizar la investigación desarrollada en el Instituto. En este lapso el registro de protocolos ha sido superior a la meta programada de tres mil.

Logros: La productividad del programa en el año 2006, 2,759 protocolos; año 2007, 2,799 protocolos; año 2008, 3,062 protocolos; año 2009, 3,286 protocolos; año 2010, 3,321 protocolos; año 2011, 3,891 protocolos.

➤ Número de investigadores

A partir del 2006 se ha fijado como meta mantener un número de investigadores superior a 350, cuyo objetivo es conservar el nivel de la investigación institucional vinculada con la atención a la salud. En este periodo el número de investigadores ha sido superior a la meta programada.

Logro: En el periodo el número de investigadores se ha mantenido superior a 400, siendo actualmente de 428.

➤ Pertenencia al sistema nacional de investigadores

A partir del 2006 se ha fijado como meta mantener un porcentaje de pertenencia al Sistema Nacional de Investigadores superior al 60 por ciento, cuyo objetivo es conservar la calidad de la investigación generada por el personal profesional del Instituto. En este periodo la pertenencia al Sistema se ha mantenido superior a la meta programada.

Logro: En el periodo el porcentaje de investigadores perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores ha sido superior al 60 por ciento y actualmente es de 68 por ciento.

➤ **Vinculación de la investigación con la atención a la salud**

Dentro de la concepción del Nuevo Modelo de Investigación en el Instituto para favorecer la vinculación de la investigación con la atención a la salud se creó y se ha desarrollado en los últimos dos años la formación de Redes con una Meta de al menos dos Redes por año.

Logro: Año 2010 se crearon dos Redes: Cáncer de Mama y VPH. En el año 2011 se han creado tres Redes: de Envejecimiento, Enfermedades Neurodegenerativas y de Enfermedades Cardiovasculares.

➤ **Constitución del fondo de investigación en salud**

El fondo de investigación en salud se constituyó en los términos de la Ley de Ciencia y Tecnología en 2008. La adecuación de su funcionamiento y elaboración de la regulación para su operación se ha efectuado durante el periodo 2009 – 2011. Con ésta finalidad y con la de transparentar el manejo de los recursos se elaboraron los Manuales, Reglamentos y Lineamientos y se actualizaron los Procedimientos Normativos en el año 2010.

Avance: Elaboración de Manuales, Reglamentos y Lineamientos. Actualización de Procedimientos Normativos.



Logro: Para promover la productividad científica y tecnológica institucional actualmente el fondo de investigación en salud administra los Recursos Financieros de 1,037 protocolos de investigación en salud.

3.1.6 Políticas de salud

3.1.6.1 Estrategias que se implementaron en la administración diciembre 2006 a diciembre 2011

➤ **Sistema de estímulos a la eficiencia laboral de los trabajadores de las unidades médicas del IMSS**

En 2007 se inició el diseño y coordinación general del proyecto con la creación del Comité Bipartita IMSS-SNTSS, estableciendo estrategias y guías generales de trabajo. Se seleccionaron 21 indicadores médicos para evaluar la eficiencia laboral del personal de base y de confianza de las UMF y de Hospitales.

➤ **Plan General de contingencia ante la necesidad de dar continuidad a los servicios de atención a la salud**

El 15 de octubre de 2007, se presentó el Plan General de Contingencia, documento donde se describen las actividades a realizar por todas las Direcciones Normativas del IMSS y las Instituciones Públicas y Privadas que integran el Sector Salud, para apoyar en la continuidad de los servicios médicos a cargo del Instituto, en caso de huelga.

➤ **Centro de atención inmediata para casos especiales (CAICE)**

En 2009, por Acuerdo del H. Consejo Técnico se creó el Centro de Atención en Servicios de Salud como una respuesta institucional a las necesidades de atención de los derechohabientes afectados por el incendio ocurrido el 5 de junio de 2009, que se propagó a la Guardería ABC, en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, para la gestión de la atención médica de los afectados directos y sus familiares, así como de otros apoyos autorizados por el H. Consejo Técnico.

➤ **Seguro médico para una nueva generación**

- Se participó en la elaboración y gestión de firma del Convenio Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas al Seguro Universal de Salud para Niños el 2 de febrero de 2007 y el Convenio Modificatorio, el uno de septiembre de 2008 signado por el Secretario de Salud y el Director General del IMSS.
- El nombre de “Seguro Universal para Niños” se cambió por el de “Seguro Médico para una Nueva Generación”.
- Se actualizan los procedimientos de traslado de los pacientes, la mecánica para llevar a cabo los pagos respectivos, costos para la atención de primero y segundo nivel, entre otros.
- El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), solicitó la participación de 4 Delegaciones del IMSS Régimen Ordinario: Chihuahua, Zacatecas, Quintana Roo y Durango.

3.1.8 Economía de la salud

3.1.8.1 Proyecto: Producto en salud del Instituto

Tiene el objetivo de apoyar la consolidación del proceso de planeación y evaluación de la DPM, con el fin de elevar la eficiencia y la calidad en la gestión de las unidades médicas a través del desarrollo de herramientas médico-económicas aplicables a la contención de costos, a la evaluación estadística y económica de la gestión médica y de programas en salud. Para el desarrollo integral del proyecto, se trabaja en los siguientes componentes:

- Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)
- Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA)
- Cédulas Médico-Económicas (CME)
- Aplicación de GRD y GRAA en la gestión de unidades médicas

➤ **Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)**

Anteriormente, el Instituto no contaba con una herramienta para medir y comparar internacionalmente su producto hospitalario en forma integral y eficiente como lo hacen los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) a través de los GRD. Por ello, el objetivo fue construir los GRD del IMSS para medir el producto hospitalario, los cuales se actualizan periódicamente. Los GRD son un sistema de clasificación y agrupación de los diagnósticos clínicos y quirúrgicos de los pacientes que se internan para recibir atención médica.

Avances. El IMSS es la primera institución que elaboró los GRD en América Latina. Los GRD se iniciaron en el IMSS en el año 1998. En el cambio de administración, el proyecto continuó hasta el año 2002 y fueron suspendidos. En esta nueva administración, se retoman en el año 2007 y hasta la fecha es un proyecto vigente. Se han elaborado los GRD-IMSS con base en los diagnósticos de egreso, la combinación de las diversas características clínicas, los procedimientos quirúrgicos realizados durante la estancia hospitalaria y se ha incluido el consumo de recursos.

Los GRD se están utilizando para cuantificar, evaluar, y costear el producto hospitalario en forma homogénea. Estos resultados son la base médica y técnica para elaborar presupuestos prospectivos que sustituyan la presupuestación histórica. Este es un proyecto vigente que se actualiza periódicamente.

Logros: El proyecto inició en 2007 y en 2008 se midió el producto hospitalario del IMSS en 509 GRD. De cada GRD se analiza el número de egresos, promedio de días paciente, especificación médico/quirúrgico, peso medio y costo unitario. Igualmente, se obtienen los GRD específicos por hospital. En forma paralela se evaluó el producto hospitalario del Programa IMSS-Oportunidades en 319 GRD.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En 2011 se concluyó la segunda generación de GRD, midiéndose el producto hospitalario del IMSS en 700 GRD y se encuentran publicados en la página de internet <http://www.imss.gob.mx/profesionales>.

Así mismo, se elaboró el libro “GRD-IMSS: Producto Hospitalario”, se obtuvieron los derechos de autor del libro “GRD-IMSS: Producto Hospitalario” y el ISBN y finalmente se publicó en octubre de 2011. Se donaron 601 libros “GRD-IMSS: Producto Hospitalario” a diferentes Instituciones del Sector Salud, Universidades, Aseguradoras, Asociaciones y Fundaciones. Se vendieron 339 con un costo de recuperación de 100 pesos cada libro. Se solicitó la reimpresión de 1,000 ejemplares adicionales del libro.

Los GRD pueden ser aplicados para hacer comparaciones de eficiencia y eficacia entre las unidades médicas. Así mismo, los GRD están abriendo otra perspectiva para el análisis de la calidad de los servicios con base en tasas de letalidad por GRD y hospital, así como en la eficiencia medida en días-paciente por GRD.

Se consolidaron los GRD con el fortalecimiento de la gestión de 154 hospitales de segundo nivel, 25 UMAE y 5 unidades de apoyo al tercer nivel, a través de los siguientes indicadores: Número total de GRD del hospital, costo unitario del GRD, número de GRD médicos y quirúrgicos, promedio de días paciente comparado por GRD, costo del día-paciente por GRD, letalidad comparada por GRD y GRD por especialidad médica. Se estimó un dato preliminar de presupuesto hospitalario por GRD y se elaboró un catálogo de medicamentos para hospitalización con base en la CME.

En febrero 2009, se realizó el curso de “Planeación y Evaluación Económica del Producto Hospitalario del IMSS” de manera presencial en las 35 delegaciones para dar a conocer los GRD al personal directivo y operativo de los hospitales y las UMAE. En este evento se capacitó a 1,662 trabajadores: 1,480 del régimen ordinario y 182 del IMSS-Oportunidades.



En septiembre de 2011 se llevó a cabo el curso “Curso de evaluación del producto hospitalario y ambulatorio por grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y grupos relacionados con la atención ambulatoria (GRAA)” para personal médico que labora directamente en los hospitales, con la finalidad de aplicar los GRD en la gestión para: a) mejorar la calidad de la información de morbilidad hospitalaria, b) disminuir los días de sobre-estancia por GRD y c) reducir la tasa de letalidad por GRD.

Participaron los hospitales de segundo y tercer nivel con excepción de los hospitales generales de sub zona. Asistieron un total de 195 participantes de segundo nivel, 52 de UMAE y 8 de apoyo, así mismo participaron 10 Coordinadores de Planeación y Enlace Institucional y 3 Coordinadores de Prevención.

Se negociaron las tarifas de las intervenciones a intercambiar con los HRAE y las correspondientes a las del Convenio de Colaboración en materia de Emergencia Obstétrica. Se acordaron tarifas referenciales de 376 intervenciones de alta especialidad con los HRAE, los cuales conforman el Anexo 1 del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios.

➤ **Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA)**

A pesar de que al producto ambulatorio le corresponde la mitad del gasto de los servicios médicos, no se cuenta a nivel institucional con instrumentos para medirlo. Adicionalmente y a diferencia de los GRD, no existen referencias internacionales en el tema. El objetivo y la aportación a nivel mundial en el método de costeo, consiste en desarrollar la metodología y construir los GRAA del IMSS, lo cuales aportarán información para asignar presupuesto a las unidades medicas con base en las atenciones ambulatorias que efectivamente atiendan y para medir la eficiencia.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se ha encontrado que los GRAA-IMSS incluyen todas las atenciones ambulatorias que se atienden en los hospitales, las que se otorgan en las UMF, las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), las acciones médico-preventivas principalmente las de PREVENIMSS y DIABETIMSS y las relacionadas con salud en el trabajo.

Avances: Actualmente, se está desarrollando la metodología y el libro que servirá de base para delimitar los GRAA-IMSS. Con estos avances se prevé implantar el proyecto y actualizarlo periódicamente. El libro de los GRAA-IMSS estará terminado en el año 2012.

Logros: Se proporcionó a la SS, a través del desarrollo de los GRAA, toda la información de las atenciones ambulatorias del CAUSES para el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios y las del Convenio de Colaboración en materia de emergencia obstétrica. Se atendió la prioridad de ofrecer información de las atenciones ambulatorias de: a) diabetes mellitus sin complicaciones, b) hipertensión arterial sistémica sin complicaciones, c) influenza AH1N1, d) dengue y e) atenciones derivadas de los eventos de la Guardería ABC de Sonora.

➤ **Cédulas Médico-Económicas (CME)**

El Instituto no contaba con costos unitarios de los servicios médicos. Ante esta necesidad se desarrolló la CME que es el instrumento que documenta la composición del costo médico-técnico de las atenciones. Las cédulas contienen información que revela la relación que existe entre la morbilidad del Instituto y el tipo y cantidad de insumos que son necesarios para su atención. Asimismo, se consideran otros gastos como los administrativos, los costos indirectos, entre otros.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Avances: Se estructuró la cédula médico económica con los servicios por los que transita el paciente durante su atención hospitalaria; para cada uno de los GRD y GRAA se elabora su CME correspondiente. Se han concluido las 700 CME-GRD y las correspondientes 693 CME-GRAA derivadas de las atenciones hospitalarias. Son únicamente 693 ya que 7 GRD corresponden a pacientes fallecidos por lo que no se elaboró cédula ambulatoria.

Logros: Se validaron las primeras 509 CME-GRD. Se elaboraron 700 cédulas de los GRD institucionales, en el marco de la iniciativa 2.2.2 “Modelo de costeo GRD y GRAA”. Las cédulas se están utilizando para verificar los contenidos de los catálogos institucionales.

Para atenciones ambulatorias específicas (GRAA) se han desarrollado y costeadado las siguientes cédulas:

- 20 Diabetes Mellitus sin complicaciones.
- 22 Diabetes Mellitus con complicaciones.
- 19 Hipertensión arterial sistémica sin complicaciones.
- 11 Influenza AH1N1.
- 4 Dengue.
- 156 Total de las intervenciones ambulatorias del CAUSES 2008.
- 275 Total de las intervenciones del CAUSES 2010.
- 23 Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios.
- 40 Cáncer de mama.

Para atenciones ambulatorias específicas GRAA se han desarrollado y costeadado las siguientes cédulas:

- 35 Atenciones derivadas de los eventos de la Guardería ABC de Sonora.
- 27 Convenio de Colaboración en materia de urgencia obstétrica.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- 56 del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos.
- 128 del seguro médico para una nueva generación.
- 70 de Salud Mental para la propuesta de “Convenio específico general para la contratación de los servicios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz dentro del marco del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios.”

➤ **Aplicación de GRD y GRAA en la gestión de unidades médicas**

Ante la necesidad de elevar la eficiencia y mejorar la calidad de los servicios, la aplicación de los GRD y GRAA a la gestión de unidades médicas tiene el objetivo de identificar las áreas de oportunidad y planear estrategias para mejorar los servicios de salud con base en la administración por productos.

Avances: La aplicación de los GRD y GRAA a la gestión de unidades médicas permitirán actualizar sus resultados de eficiencia y calidad; por su parte los GRD se están aplicando para homologar días-paciente y evaluar la letalidad. Se ha establecido contacto permanente con médicos que laboran en los hospitales para que utilicen los resultados de sus GRD que se les ha proporcionado para mejorar la calidad de la información y la gestión del hospital. Este proyecto se encuentra en fase de implantación y será permanente.

Logros: Los GRD se han dado a conocer a los Jefes de Servicio de Prestaciones Médicas de las Delegaciones, así como de los directores de hospitales de segundo nivel y UMAE y al personal que labora en los hospitales del Instituto.

- **Tipo y número de hospitales en los que se están utilizando los GRD, ver cuadro 3.41 DPM.**

CUADRO 3.41 DPM,	
UMAES	Segundo nivel
10 hospitales de especialidades 1 hospital general la raza 2 hospitales de cardiología 3 hospitales de traumatología y ortopedia 1 hospital de ortopedia 1 hospital de traumatología 4 hospitales de ginecología y obstetricia 1 hospital de gineco-pediatria 2 hospitales pediátricos 1 hospital de oncología	25 hospitales generales regionales 121 hospitales generales de zona 66 hospitales generales de sub-zona 6 hospitales de ginecología y obstetricia 4 hospital de gineco-pediatria 2 hospitales de psiquiatria/Salud mental
Unidades complementarias de UMAE:	
- UMFR Centro - Hospital de infectología - Hospitales de psiquiatria (Monterrey, San Fernando y Morelos)	
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.	

- **Análisis costo beneficio y de factibilidad técnica y económica (ACB/FTE)**

De conformidad con el artículo 45 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (RLFPRH), en la que se solicita que los programas y proyectos de inversión deberán contar con un análisis costo beneficio, se llevan a cabo los análisis de costo beneficio y de factibilidad técnica y económica en el ámbito de la salud, para apoyar la toma de decisiones en esta materia y con base en las solicitudes que presenta la Unidad de Atención Médica y la Unidad de Salud Pública.

Avances y Logros: Se han desarrollado los ACB/FTE siguientes:

- Sesiones de hemodiálisis interna.
- Procedimientos de mínima invasión.
- Procedimientos de osteosíntesis y endoprótesis.
- Procedimientos de cirugía cardiovascular y torácica.
- Trasplante renal (proyecto para el que se costearon 36 escenarios).

- Pruebas de laboratorio clínico.
- Pruebas de banco de sangre.
- Procedimientos de cirugía oftálmica.
- Procedimientos de hemodinamia.
- Central de Mezclas.

Estos estudios han aportado elementos para:

- La homologación de los contenidos médicos y técnicos de los servicios.
- Mejores precios de adquisición de los servicios.
- Mejorar la calidad de la atención por la continuidad y oportunidad de los servicios.
- Establecer los flujos de efectivo anual y plurianual.
- Obtener mayores beneficios en la gestión hospitalaria por eliminación de mermas y material de lento o nulo movimiento, así como la reducción de número días de hospitalización.

➤ **Costeo médico-técnico**

Ante la falta de precisión en los costos contables de atenciones como influenza, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica y debido a su impacto en el presupuesto del Instituto, se inician estos estudios. Sus resultados contribuirán a reducir la ausencia de esta información.

Avances y Logros: *Costo de la diabetes Mellitus.* Se ha obtenido el costo de un día de diabetes en el IMSS, valor que correspondió e en el año 2010 a 54.9 mdp; éste incluye las atenciones ambulatorias y hospitalarias. Se realizó un estudio prospectivo sobre la diabetes en el Instituto para un horizonte de 20 años.

Los resultados preliminares del costeo de la diabetes indican que con una atención médica capaz de mantener la hemoglobina glucosilada en 6.5 por ciento y la glucosa en ayuno entre 70 y 110 mg/dl; al año once de iniciar la implantación del programa de prevención y tratamiento de las complicaciones, se empezarían a contener los costos en la atención de la diabetes, debido al retraso en la aparición de éstas en los pacientes.

Costo de la Hipertensión Sistémica: Se ha costeado la hipertensión sistémica en 19 escenarios.

➤ **Centros de producción de servicios y costos (CPSyC)**

Actualmente, existen diferencias entre los centros registrados en los sistemas PREI Millenium (PREI), Sistema de Acopio de Información DataMart de Estadísticas Médicas (DATAMART) y Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP); la necesidad de articular y unificar estos sistemas, da origen al proyecto de los CPSyC de los servicios de salud.

Avances: Se ha contribuido a la eliminación de incongruencias existentes entre los centros registrados en los sistemas PREI, DATAMART y SIAP. Se dio inicio a la elaboración de la propuesta de los CPSyC de los servicios médicos con la finalidad de articular la información de los servicios médicos otorgados con el presupuesto devengado para obtener los costos contables. Además, se inicia la identificación de los CPSyC de Salud en el Trabajo. El proyecto CPSyC está vigente por sus implicaciones; hasta el momento, se han delimitado y documentado los CPSyC siguientes:

- Atención en consultorio móvil.
- Entrevista de trabajo social.
- Minuto de control de enfermería en UMF y hospital.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Consulta de medicina familiar.
- Consulta de especialidades.
- Lectura de laminilla.
- Kilómetro de ambulancia de traslado y su personal.
- Sesión de capacitación de nutricionista, trabajo social y psicología.
- Vacunación.
- Promoción de la salud.
- Medicina preventiva.
- Salud reproductiva.
- Consulta de epidemiología a domicilio.

➤ **Proyecto: Política intersectorial para mejorar el desempeño del mercado farmacéutico**

Se ha propuesto la colaboración de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud para establecer una política intersectorial en este ámbito. El IMSS ha participado en el proyecto denominado “Política intersectorial para mejorar el desempeño del mercado farmacéutico” coordinando las acciones del grupo de trabajo 3 denominado “Buenas prácticas de prescripción, dispensación y de vinculación con la industria”. A nivel institucional, el objetivo es elaborar propuestas y acciones de regulación en el ámbito farmacéutico, con base en estudios enfocados al suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud que impacten en el uso racional de los mismos y en la seguridad del paciente.

Avances: Los avances derivados de la participación del Instituto en el grupo de política intersectorial se describen a continuación:

- Se promovió el uso de la denominación genérica de medicamentos en las instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE y SS). En el IMSS, la prescripción de medicamentos por nombre genérico es una práctica institucionalizada (Reglamento de Prestaciones Médicas Art. 112, inciso 1, DOF-30/11/2006).
- En los Institutos de Salud del Sector Público la prescripción de medicamentos se hace sin excepción por nombre genérico (oficio emitido el 20 de agosto de 2008 de la SS).
- El 9 de mayo de 2007, se emitió un oficio para prohibir en las unidades médicas del IMSS el paso a los visitantes médicos. El 24 de octubre de 2007, se firmó el Compromiso por la Transparencia en la relación entre médicos e instituciones de salud, así como con la industria farmacéutica; adicionalmente se estableció el Comité de Seguimiento.
- El 6 de octubre de 2008, el IMSS emitió un oficio circular sobre la aplicación del Compromiso por la Transparencia en la realización de estudios de investigación en colaboración con la Industria Farmacéutica. En noviembre de 2008, se llevó a cabo el foro de medicamentos a granel y su dispensación en dosis unitarias.
- Se concluyó y ratificó la necesidad de realizar las modificaciones a la Ley General de Salud para la venta de medicamentos a granel.
- Se analizó el impacto económico de la automatización del sistema de dispensación de dosis unitaria en el IMSS.

Logros: El 12 de agosto de 2008, se publicaron en el DOF, los lineamientos que deberán observarse en los establecimientos públicos que presten servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos. Se homologaron los requisitos para: 1) otorgar el registro sanitario, 2) incluir medicamentos al Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud y 3) incorporar dichos insumos a los Cuadros Básicos Institucionales.

El 27 de mayo de 2010 se emitieron en el DOF, los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos. Para dar continuidad a los avances realizados a nivel interinstitucional, se analizó el ahorro potencial de implementar un sistema de dispensación individualizada de medicamentos en las unidades hospitalarias del IMSS. Además, se desarrolló el estudio de cuantificación de los niveles de adherencia a los medicamentos a través de una revisión sistemática del apego a los medicamentos entre los pacientes mexicanos.

Con base en lo anterior, del 8 al 10 de septiembre de 2011, se presentaron como poster en la 3era Conferencia Latinoamericana de ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research), los trabajos titulados, “The Economic Benefits of Implementing a Unit Dose Drug Dispensing System at the Hospital Level in the Mexican Institute of Social Security (IMSS)” y “Measuring Adherence to Drug Treatment in Mexican Patients: A Systematic Review”.

3.1.9 Control técnico de insumos

El 30 de enero de 2008, el H. Consejo Técnico en su acuerdo ACDO.AS2.HCT.300108/2.P.DPM autorizó la creación de la Coordinación de Control Técnico de Insumos (COCTI), para verificar la calidad de los insumos para la salud que utiliza el sistema médico institucional, con el objetivo de participar en la prestación de los servicios médicos que se otorgan a los derechohabientes, al practicar acciones de vigilancia permanente de la calidad de los productos que se utilizan en la prestación de los servicios, al verificar el apego a las normas y especificaciones de los productos que adquiere el Instituto, mediante la práctica de los análisis en sus laboratorios constatando su calidad y seguridad en cuanto a la respuesta terapéutica esperada y evitando factores que condicionen reacciones adversas.

3.1.9.1 Programas de muestreo de medicamentos, reactivos de diagnóstico, material de curación e Instrumental

Objetivo: Monitorear la calidad de estos insumos, para lo cual se solicita muestra a las diferentes Delegaciones del país, de todos los proveedores que resultaron con asignación en los eventos de licitación, con objeto de determinar el apego a las especificaciones técnicas de calidad. Ver cuadro 3.42 DPM.

CUADRO 3.42 DPM, LOGROS DEL PROGRAMA DE MUESTREO
DEL 10 DE FEBRERO DE 2009 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

	Analizados	Cumplen	No cumplen
Productos			
Medicamentos y reactivos de diagnóstico	687	566	121
Porcentaje		82%	18%
Material de curación e instrumental	549	257	292
Porcentaje		47%	53%
Total de lotes analizados	1,236	823	413

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.9.2 Atención a quejas de medicamentos, reactivos de diagnóstico, material de curación e instrumental

Objetivo: Analizar estos insumos provenientes de los diferentes servicios médicos para constatar mediante estudios de laboratorio de acuerdo a la normatividad aplicable los defectos de calidad que presentan los productos durante el otorgamiento de los servicios de salud; de aquellos que no cumplen con las especificaciones técnicas de calidad se solicita se haga el canje por productos ya corregidos por el fabricante o la devolución de los mismos. Ver cuadro 3.43 DPM.

CUADRO 3.43 DPM, ATENCIÓN A QUEJAS
10 DE FEBRERO DE 2009 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011
(LOTES ANALIZADOS)

	Analizados	Cumplen	No cumplen
Productos			
Medicamentos y reactivos de diagnóstico	344	223	121
Porcentaje		65%	35%
Material de curación e instrumental	1,045	240	805
Porcentaje		23%	77%
Total de lotes analizados	1,389	463	926

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Lotes de corrección. Derivado de los resultados no satisfactorios emitidos por la COCTI los proveedores presentaron en los almacenes del Instituto lotes de corrección de los cuales se tomó muestra para su análisis. Los resultados obtenidos se muestran en el cuadro 3.44 DPM.

CUADRO 3.44 DPM, LOTES DE CORRECCIÓN
10 DE FEBRERO DE 2009 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

	Analizados	Cumplen	No cumplen
Productos			
Medicamentos y reactivos de diagnóstico	76	51	25
Porcentaje		67%	33%
Material de curación e instrumental	500	271	229
Porcentaje		54%	46%
Total de lotes analizados	576	322	254

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Adicionalmente se realizaron 230 estudios especiales correspondientes a trabajos de investigación y normalización.

3.1.9.3 Atención a reportes de accidentes en la red de frío

Objetivo: Evaluar documentalmente con base en resultados de estudios de estabilidad y en algunos casos mediante estudios de laboratorio los productos involucrados en accidentes en la red de frío (medicamentos, materiales de curación, vacunas, biológicos y reactivos de diagnóstico), y emitir el dictamen de continuar su uso o de dar de baja.

Logro: De 2009 a diciembre de 2011, se evaluaron 896 claves de productos involucrados en accidentes de la red de frío, de las cuales 469 claves se dictaminaron para continuar su uso y 346 para dar de baja. La recuperación de productos biológicos y medicamentos involucrados en estos eventos, en tan solo 79 de ellos en los que se involucran 469 claves recuperadas permitió al Instituto ahorrar 22.6 mdp.

3.1.9.4 Participación en los comités consultivos de normalización

Objetivo: Trabajar en colaboración con el Comité Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) para lograr contar con más normas oficiales mexicanas, que permitan evaluar integralmente los dispositivos médicos.

Logro: Se participó activamente para la emisión de la segunda actualización del Suplemento de Dispositivos Médicos de la FEUM, publicado en mayo de 2011, este trabajo se apoyó en los resultados de los análisis efectuados a los materiales de curación tanto provenientes de las quejas como del programa nacional de muestreo, lo que permitió contar con los valores cuantitativos de todos los fabricantes y establecer especificaciones incluyentes de todas las marcas, de tal manera que se amplió la gama de buenos proveedores para el Instituto con mejores precios.

A diciembre de 2011, se enviaron 106 propuestas de nuevas monografías a la FEUM, de las cuales 60 fueron incluidas en el segundo Suplemento de Dispositivos Médicos, publicado en el DOF el 20 de mayo de 2011, en el que también fueron consideradas las observaciones hechas a 39 monografías y a 6 métodos generales de análisis. Respecto a Medicamentos, se participó en los Comités de Normalización para la actualización de 29 monografías, 27 métodos generales, así como la revisión de soluciones volumétricas, apéndices y gases para uso medicinal.

Se elaboraron las especificaciones técnicas de 6 claves de productos manufacturados en tela no tejida (gorros, cubrebocas y botas) con la participación de personal de Cuadros Básicos Institucionales, CANACINTRA y de las empresas fabricantes.

3.1.9.5 Sistema SGC

Objetivo: Implementar y mantener el SGC de acuerdo a las normas ISO 17025:2006 e ISO 9001:2008 para administrar, estandarizar y controlar los procesos relativos a la verificación de la calidad de los insumos para la salud adquiridos por el Instituto, a fin de que los resultados emitidos sean técnicamente válidos y confiables.

Logro: Autorización de los 5 procedimientos operativos. Estandarización de los procesos de los laboratorios y de las demás áreas de la Coordinación. Diseño del SGC en la intranet. Elaboración del sistema documental del SGC (407 documentos normativos autorizados y puestos en operación relativos a políticas, programas, procedimientos, métodos de prueba, instructivos y formatos de registro). A diciembre de 2011, se tiene un avance del 88 por ciento en la implementación del SGC en la COCTI.

3.1.10.4 Centro virtual de operación de emergencias y desastres (CVOED)

El CVOED inicia como Proyecto Específico en el primer trimestre del 2010, como continuidad del programa Hospital Seguro y Unidad Médica Segura.

El 14 de julio del 2010 se incluyó a las Direcciones Normativas, Delegaciones, UMAE y el Nivel Operativo.

El CVOED es una herramienta que utiliza la plataforma de internet y una aplicación de tipo informático, diseñada, estructurada de una manera simple, ágil y de fácil acceso, donde se reciba, analice y procese información relacionada con emergencias y desastres que se genere en cualquier unidad operativa del IMSS, y con base a la información recibida, coordinar acciones y apoyar la toma de decisiones para una respuesta rápida, eficiente y acorde a cada situación, a fin de disminuir víctimas, reducir costos y rencauzar el estado de normalidad a la brevedad posible.

Se considera un instrumento central para ayudar a enfrentar emergencias y desastres de todo tipo, que afecten a derechohabientes, personal y patrimonio del IMSS, así como del país en general.

El CVOED cuenta con los siguientes instrumentos de utilidad para atender eventos adversos antes, durante y después de que sucedan:

- Cédula de identificación de unidades, con la que se identifica la unidad, su responsable y sus datos básicos.
- Georreferenciación, que se refiere a la identificación de la unidad sobre un mapa.

- Notificador de emergencias, espacio en el que se hace la notificación de emergencias o desastres.
- Mensajero en vivo, lo cual es una herramienta de comunicación permanente para interactuar, esencialmente es una sala de chat institucional para ser usada en temas relacionados con emergencias y desastres.
- Uso de redes sociales para información de desastres, como el twitter y el Facebook que son usados desde el CVOED como elementos alternativos de comunicación en emergencias y desastres.
- Monitoreo de actividades dentro del CVOED, mediante un tablero de control que discrimina actividades ya realizadas de las no trabajadas, dándoles un color verde a las primeras y rojo a las segundas.
- Mapas, donde la unidad que ha sido georreferenciada es concentrada en mapas para su visualización integrada con todas las unidades.
- Amenazas externas georreferenciadas, descritas e identificadas por la propia unidad.
- Catálogos de personal en cada una de las unidades, a través de los cuales se identifica el recurso humano con que cuenta la unidad.
- Comités y brigadas, archivos que contienen a los integrantes de los comités y brigadistas de cada unidad.
- Grupos de respuesta inmediata, herramienta que solo aparece en nivel Delegacional y en UMAE en la cual se integra el recurso humano con perfiles específicos que se moverán en el supuesto de una emergencia para apoyar en la respuesta.
- Procesos críticos y tarjetas de acción, el módulo donde se concentran los procesos que por ningún motivo deben dejar de funcionar en caso de una emergencia, además de identificar al responsable con su tarjeta de acción.

- Disponibilidad de camas y servicios, sitio donde se reporta la disponibilidad de camas diferenciadas por áreas críticas, así como la disponibilidad de los servicios críticos de las unidades médicas.
- Disponibilidad de hemocomponentes, espacio las unidades reportan las existencias de los productos sanguíneos.
- Directorios internos, donde se registran los integrantes del cuerpo de gobierno de las unidades con sus datos de contacto.
- Directorios externos, es donde se describe a personas o instituciones externas al IMSS que pueden auxiliar en la respuesta frente a emergencias y desastres.
- Espacios para capacitación, módulo donde se encuentran cursos y talleres relacionados con emergencias y desastres.
- Monitoreo de fenómenos adversos, mediante este espacio se hace seguimiento puntual a fenómenos perturbadores.
- Visor de noticias en la red, donde electrónicamente el sistema muestra todas aquellas noticias que circulen en la red filtradas en base a palabras específicas.
- Exposición de boletines y eventos de interés, sitio donde se colocan boletines tanto institucionales como externos, siempre y cuando sean de interés y relacionado con emergencias y desastres.
- Enlace directo con organismos internacionales especializados en emergencias y desastres, como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM).
- Enlace directo con instituciones como la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) o el Sistema Sismológico Nacional (SSN), encargadas de monitorear fenómenos perturbadores.

Funciones principales del CVOED:

- Monitorear constantemente la presencia de eventos adversos.
- Recibir notificaciones de emergencias de cualquier unidad.
- Recabar información de fenómenos perturbadores.
- Analizar la información recibida.
- Emitir las sugerencias de su nivel de competencia a la unidad operativa.
- Reportar emergencias y desastres a DPM.
- Ser un vínculo entre las áreas operativas y los niveles de mando.
- Coordinar los esfuerzos para enfrentar las emergencias.
- Apoyar a la toma de decisiones.
- Evaluar la actuación en cada evento.
- Realizar un reporte de hechos y resultados obtenidos.
- Proponer mejora continua al proceso.

Ejercicios de simulación y simulacros:

- Simulacro con el Gobierno del D.F. el 28 de julio del 2010.
- Ejercicio de simulación del IMSS el 15 de febrero del 2011.
- Ejercicio de simulación del IMSS el 14 de marzo del 2011.
- Ejercicio de simulación, Secretaría de Gobernación (SEGOB) – G. D.F. El 8 de julio del 2011.
- Macro simulacro SEGOB-G. D.F. 19 de septiembre del 2011.

Ampliación del ámbito de acción hacia el Plan Sismo del Gobierno Federal. El IMSS consciente de su papel preponderante en la atención a la población mexicana y sobre todo en situaciones de emergencias y desastres ha impulsado la conformación de un grupo de trabajo donde se integre todo el sector salud: Secretaría de la Defensa Nacional, ISSSTE, Cruz Roja Mexicana y Asociación Nacional de Hospitales Privados, a fin de elaborar sistemas informáticos similares; se consolidó en julio del 2011 y al momento ha tenido un total de 17 reuniones.

3.1.11 IMSS-Oportunidades

El Programa presta servicios médicos a más de 12.2 millones de mexicanos que no tienen 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 pide a los beneficiarios es que participen activamente en el autocuidado de su salud. Actualmente IMSS-Oportunidades cuenta con una red de servicios integrada por 78 HR; 3,588 UMR; y 270 UMU. Para atender a las localidades más lejanas y dispersas, denominadas microrregiones, se cuenta con 222 brigadas de salud.

Cuenta además con la participación de 316,243 personas voluntarias integradas en comités de salud, grupos de voluntarios y voluntarios de salud, dispuestas a trabajar en beneficio de sus comunidades, con énfasis en la prevención de riesgos y daños a la salud a partir del auto cuidado, principalmente en las prioridades nacionales y locales.

La cobertura del Programa abarca 1,380 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 PDHO.

Por otra parte, el IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del Gobierno Federal, autorizados por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), 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 “Salud”, para apoyar al PDHO en el otorgamiento del Componente Salud a las familias beneficiarias.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Adicionalmente, y en apego a las Leyes aplicables, IMSS-Oportunidades participa en convenios de colaboración para fortalecer la coordinación y evitar duplicidades; y debido a que los recursos con los que opera constituyen un subsidio federal, los Programas y/o Instituciones a cuyos beneficiarios brinde servicios médicos, deberán pagar la contraprestación correspondiente.

En este sentido, a partir del 2010 el IMSS suscribió con la SS el Convenio Marco de Coordinación Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas al Sistema de Protección Social en Salud, del cual deriva el Convenio Específico con el Estado de Chiapas, para otorgar servicios de salud a las familias afiliadas al Seguro Popular en localidades donde no hay infraestructura de los Servicios Estatales de Salud.

Es así que de 2007 a 2011 el presupuesto del Programa creció en términos nominales 2,590.2 mdp, equivalente a un incremento del 41.3 por ciento, y en términos reales se incrementó en 1,362.9 mdp, lo que equivale al 15.4 por ciento. Ver gráfica 89 DPM.

GRÁFICA 89 DPM,

Evolución del presupuesto 2007-2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.11.1 Prioridades en salud

El Programa IMSS-Oportunidades estableció 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 el transcurso de la presente administración estas prioridades han tenido adecuaciones, por lo que en este resumen se abordarán los resultados bajo las prioridades vigentes que son: reducción de la muerte materna; prevención y atención oportuna del CaCu; salud integral del adolescente; prevención y control de la diabetes mellitus; vacunación; y vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.

3.1.11.2 Reducir la mortalidad materna

La muerte de una mujer por causas atribuibles a un embarazo constituye un problema de salud pública a nivel mundial y de alto impacto, que afecta principalmente a las que viven en condiciones de marginación y pobreza, por lo que su disminución se estableció como una meta impostergable en la Cumbre del Milenio auspiciada por la ONU en el 2000, donde se planteó como meta reducir al año 2015 el 75 por ciento de la tasa de muerte materna registrada en 1990. México es signatario de este compromiso por lo que el abatimiento de la mortalidad materna se ha convertido en una política de salud y todas las instituciones de salud son corresponsales de que el país alcance esta meta.

Para IMSS-Oportunidades la meta del milenio se traduce en disminuir la tasa de 110 defunciones por 100 mil nacidos vivos estimados, que fue el valor registrado en 1990, a 37 en el 2015, por lo que a partir del 2007 el abatimiento de las defunciones relacionadas con el embarazo se constituyó como una prioridad enfática. Por esta razón, a partir del 2007 se han venido implementando una serie de estrategias enfocadas a mejorar la atención de las mujeres antes, durante y después del embarazo, así como modificar los principales factores que contribuyen a la ocurrencia de las defunciones.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Esto llevó a establecer una política con tres ejes estratégicos: i) reducción de embarazos de alto riesgo; ii) prevención de complicaciones en el embarazo y el parto, y iii) manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas.

El impacto en el aceleramiento de la reducción de las muertes maternas entre el 2007 y el 2011 ha sido contundente, al observarse una disminución significativa de la tasa de muerte materna de 65.9 por 100 mil nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población en el 2007 a 43.1² por 100,000 nacidos vivos al término del 2011. Ello significó la reducción de 22.8 puntos en el último cuatrienio y el mantenimiento de la tendencia descendente por cuarto año consecutivo, colocando a IMSS-Oportunidades en la ruta correcta para alcanzar su meta al 2015.

El cuidado del embarazo y la atención del parto a nivel institucional son otras de las estrategias enfocadas a abatir la mortalidad materna, por lo que se otorgaron más de 5 millones de consultas prenatales con un promedio de 6.9 consultas durante la gestación, prácticamente dos consultas más que lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Asimismo se logró que 87 por ciento del total de partos fueran atendidos por personal institucional calificado, porcentaje significativamente superior al establecido como estándar (80 por ciento).

Para la prevención de los embarazos de alto riesgo IMSS-Oportunidades promueve el uso responsable de métodos anticonceptivos con pleno respeto a la libre elección y decisión de las personas y de sus derechos reproductivos, logrando de esta forma que en los últimos 5 años, 1.7 millones de mujeres iniciaran el uso de un método anticonceptivo moderno y efectivo.

² Información preliminar sujeta a modificación una vez realizada la confronta con la SS.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Una de las acciones que más ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna ha sido el Acuerdo 126, aprobado en el 2006 por el H. Consejo Técnico, iniciativa a través de la cual se autoriza la referencia de embarazadas oportunoahabientes (no derechohabientes) de alto riesgo o con complicaciones a hospitales del IMSS Régimen Obligatorio; desde su puesta en marcha hasta el 2011 han sido referidas a Hospitales del Régimen Obligatorio del IMSS 10,618 embarazadas para recibir atención especializada.

Esta acción ha sido exitosa gracias a los recursos humanos especializados y tecnológicos del IMSS en su Régimen Obligatorio, permitiendo que muchas mujeres del medio rural hayan salvado su vida en un acto de solidaridad y justicia social.

Con base al perfil epidemiológico de la muerte materna, se identificó que uno de los principales factores que condiciona la muerte materna es la demora que tienen las mujeres que residen principalmente en comunidades con alta dispersión geográfica y gran dificultad en el acceso para recibir atención médica calificada ante alguna complicación o emergencia obstétrica.

Para dar respuesta a este problema, una alternativa fue implementar los Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) que tienen como objetivo acercar y ampliar la cobertura de los cuidados obstétricos esenciales a las embarazadas y evitar la demora ante las complicaciones o urgencias obstétricas.

Estos Centros son atendidos por médicos que recibieron capacitación especializada, incluyendo el manejo de las principales urgencias obstétricas, los cuales están apoyados con personal de enfermería.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En 2011 iniciaron operaciones los primeros 14 CARO ubicados en localidades de las delegaciones de Chiapas, Chihuahua, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Norte. En 2012 entrarán en funciones 15 CARO adicionales que se terminaron de construir en diciembre del 2011.

De acuerdo con la OMS, las principales fallas de orden médico en una muerte materna se originan por la inoportunidad en reconocer una emergencia, o bien por una mala implementación de un plan de manejo que resuelva esa patología, es por ello que en 2009 se inició la capacitación del personal médico en el manejo efectivo y oportuno de las principales urgencias obstétricas a través del curso de Soporte Vital Avanzado en Obstetricia “ALSO” (*Advanced Life Support for Obstetrics*). De 2009 a 2011 se realizaron 7 cursos en los que se capacitaron a 302 médicos y enfermeras de las Zonas de Servicios Médicos repetidoras de muerte materna.

Adicionalmente y con el fin de actualizar al personal de conducción de estas zonas en aspectos técnico-médicos, y establecer acciones operativas de mejora en cada una de ellas, se realizaron 4 Reuniones Nacionales de Capacitación donde asistió personal médico, de enfermería y de acción comunitaria.

Por lo que respecta a la participación de las parteras para abatir la muerte materna, el Programa mantiene una coordinación y vinculación permanente con 6,744 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.

De forma similar los voluntarios participan activamente en la derivación oportuna de las mujeres embarazadas a las unidades médicas más cercanas para su control prenatal y atención del parto.

3.1.11.3 Prevención y atención oportuna del CaCu

El CaCu constituye la segunda causa de muerte en las mujeres de 25 años y más en México y, con base en el Programa Nacional de Salud 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, IMSS-Oportunidades realiza estrategias enfocadas a reforzar dos ejes sustantivos: i) las coberturas de detección, y ii) el tratamiento especializado de las mujeres con alguna lesión premaligna o maligna del cuello uterino.

En este contexto, de 2007 a 2011 se realizaron más de 7.8 millones de detecciones de CaCu y se identificaron 179,600 mujeres con alguna lesión en el cérvix, las cuales fueron referidas a los módulos de salud ginecológica de los HR para su confirmación diagnóstica y tratamiento específico. Estas acciones permitieron evitar que 24,461 mujeres desarrollaran CaCu y que 1,137 mujeres más murieran por esta enfermedad. En seguimiento a la aplicación de la vacuna contra el VPH, a partir de 2010 se aplicaron 448,081 vacunas a niñas de nueve años.

Con el propósito de mejorar la calidad y la oportunidad en el reporte de la citología cervical (Papanicolaou), así como disminuir la incidencia y mortalidad por CaCu, a partir de julio del 2010, mediante el otorgamiento de becas acordadas con el SNTSS y con el apoyo de la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, se inició la formación dentro del propio Instituto de la primera generación de citotecnólogos del Programa, los cuales se incorporaron a los primeros cinco laboratorios a partir de 2011 con capacidad de procesamiento y lectura de 150,000 estudios al año, contribuyendo a reducir el tiempo promedio de entrega de resultados de 60 a 30 días. Al término de 2011 se concluyó la construcción de 5 laboratorios más.

Adicionalmente los grupos de voluntarios del Programa realizan dos veces al año actividades intensivas de comunicación educativa a través de las cuales derivan mujeres que no se han realizado acciones de salud ginecológica a las unidades médicas para su exploración ginecológica integral. Por su parte, las parteras contribuyen a la atención de esta problemática con la derivación de mujeres para visualización cervical.

3.1.11.4 Salud integral de los adolescentes

En 1998 el Programa instrumentó los Centros de Atención Rural al Adolescente, cuyo objetivo es brindar herramientas que contribuyan a mejorar las expectativas de vida y salud de los adolescentes. Con esta estrategia, de 2007 a 2011 se lograron formar 109,151 grupos educativos donde se capacitaron a más de 2.6 millones de jóvenes y se mantuvieron activos 11,941 equipos juveniles. De esta forma el Programa ha logrado establecer y mantener a diciembre del 2011 un total de 3,666 Centros.

Los grupos de voluntarios derivaron a 321,530 adolescentes a las unidades médicas para su atención en salud sexual y reproductiva; a 226,880 embarazadas adolescentes para control prenatal; y a 134,659 con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo.

3.1.11.5 Vacunación universal

La vacunación universal constituye una de las prioridades de IMSS-Oportunidades con mayor inversión en los últimos años, pasando de 114 mdp en 2007 a 590 mdp en 2011. Ver cuadro 3.47 DPM.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.47 DPM, BIOLÓGICOS INCLUIDOS EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN (1998-2011)

				2006		2007-2009	2010-2011
						Antineumococo 23V	Antineumococo 23V
						Antitrotavirus	Antitrotavirus
						Antineumococo 7V	Antineumococo 10V
						Antiinfluenza	Antiinfluenza
						Doble viral	Doble viral
						Antihepatitis B	Antihepatitis B
						Pentav. Acecular	Pentav. Acecular
						Sabin	Sabin
						DPT	DPT
						BCG	BCG
						Triple viral	Triple viral
						TD	TD

Fuente: IMSS

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Al incorporar más biológicos al esquema de vacunación se fomenta la equidad inmunológica en la población más marginada del país. De 2007 a 2011 se aplicaron más de 55 millones de dosis de vacunas que ha permitido mantener altas coberturas de vacunación en los niños menores de ocho años y otros grupos de edad. Estas acciones se reflejan en la no ocurrencia de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, lo que ha contribuido a la erradicación y eliminación de la poliomielitis y el sarampión.

Por otro lado, para asegurar la calidad inmunológica de las vacunas que se aplicaron, se dio continuidad al Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío 2007-2012, invirtiendo 159.8 mdp de 2007 a 2011. Dicho proyecto significó que por primera vez se adquirieran refrigeradores para vacunas con tecnología de punta y conforme a los requerimientos normados para todos los HR y UMR del Programa.

Por su parte, los grupos de voluntarios del Programa tienen una participación activa con la estrategia de información, educación y comunicación de la vacunación, búsqueda y derivación de personas que requieren la aplicación de algún biológico o que cuentan con esquemas incompletos, acciones que realizan durante el programa permanente de vacunación, así como en las tres fases intensivas de las Semanas Nacionales de Salud.

3.1.11.6 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población que atiende IMSS-Oportunidades obligan a priorizar la vigilancia epidemiológica. La tarea fundamental es la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades a través del Sistema Único Automatizado. La cobertura de notificación de casos nuevos alcanzada de 2007 a 2011 fue de 96.1 por ciento, lo que garantizó información confiable del estado de salud de la población.

La vigilancia epidemiológica y control del dengue responden a la emergencia en que se encuentra el país por este padecimiento, situación en la que IMSS-Oportunidades contribuye a su oportuna intervención, seguimiento y alta sanitaria, incorporando de manera inmediata los casos y los brotes en la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

De 2007 a 2011 se diagnosticaron y trataron 10,412 casos de fiebre por dengue, y se estudiaron y controlaron 762 brotes que fueron objeto de seguimiento y vigilancia hasta obtener su alta sanitaria en 100 por ciento. La tasa de incidencia de casos confirmados de fiebre por dengue ha pasado de 44.53 en 2007 a 6.88 por cada 100,000 beneficiarios del Programa en 2011.

En fiebre hemorrágica por dengue de 2007 a 2011 se confirmaron 943 casos, pasando de una tasa de 1.74 en 2007 a una disminución mínima en la incidencia acumulada de 1.72 por cada 100,000 beneficiarios en 2011. Para obtener estos logros se adquirieron insumos que permiten su control como los plaguicidas y pabellones para la eliminación del mosquito transmisor de la enfermedad, asimismo se realizaron Talleres en padecimientos por mal saneamiento; se transmitieron mensajes de salud en localidades en riesgo a través de perifoneo, pinta de bardas y mantas, entre otras acciones.

Por otra parte, IMSS-Oportunidades contribuye al logro de la disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis, dando prioridad a todas las acciones de prevención y control del padecimiento a través de la detección oportuna y otorgamiento del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado. En este periodo (2007-2011) se realizaron más de 325 mil baciloscopias con lo cual se ha logrado identificar a un promedio de poco más de 900 pacientes cada año, los cuales ingresan a tratamiento, alcanzando en la actualidad una tasa de curación superior al 85 por ciento, cumpliendo con el estándar internacional.

3.1.11.7 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus ocupó desde el año 2007 el primer lugar entre las causas de mortalidad de la población rural e indígena de IMSS-Oportunidades, en 2011 continuó siendo la primera causa con una tasa de 8.2 por 100,000 beneficiarios del Programa. Asimismo, ocupó el segundo lugar en mortalidad hospitalaria con un total de 184 defunciones y una tasa del 10.4 por 100 mil beneficiarios del Programa; en los HR mueren en promedio al año 199 personas por diabetes mellitus o sus complicaciones.

En respuesta se estableció la Estrategia de Fortalecimiento de la Atención Integral de la Diabetes Mellitus, lo que contempla el reordenamiento de la atención preventiva de este padecimiento con tres líneas de acción: i) la sistematización de la detección integral con base en criterios de riesgo; ii) el seguimiento nominal de sospechosos hasta confirmación o descarte; y, iii) la identificación y monitoreo de la población en riesgo y prediabéticos.

Este esfuerzo requería 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 reporte (2007-2011) se realizaron más de 15 millones de detecciones de diabetes, identificando a más de 390 mil personas sospechosas de diabetes mellitus.



El número de pacientes confirmados con esta enfermedad en 2011 (22,987) duplica lo encontrado en el 2010; dichos enfermos se incorporaron a la estrategia de atención integral para el control de su padecimiento en un nuevo servicio denominado Servicio de Atención Integral a la Salud, implementado para la atención específica de los pacientes crónico-degenerativos.

En 2011 IMSS-Oportunidades atiende a 172,808 diabéticos que acuden a tratamiento en todas sus unidades médicas. Se otorgan además acciones de prevención de la diabetes a 9,149 prediabéticos que tienen la oportunidad de recibir acciones de orientación y educación tendientes a prevenir el desarrollo de diabetes mellitus. En 2011, cerca del 63 por ciento de los pacientes diabéticos atendidos en IMSS-Oportunidades alcanzan el control de su 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.

3.1.11.8 Otros procesos relevantes

3.1.11.8.1 PDHO

Este Programa es la estrategia más importante del Gobierno Federal en materia de política social y en el impulso a las capacidades de las familias que viven en condiciones de pobreza extrema.



A través de sus unidades médicas de primero y segundo nivel en 26 estados del país, IMSS-Oportunidades participa en el PDHO otorgando el Componente Salud mediante las 13 acciones médicas establecidas en el Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud. Al inicio de la administración se atendían 1'348,123 familias llegando a 1'473,288 familias al cierre de 2011, de las cuales 99.7 por ciento están en control. Esto se tradujo en más de 61 millones de consultas en el periodo del informe y en la distribución de 72 millones de sobres de suplemento alimenticio: 59 por ciento para menores de cinco años y 41 por ciento a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Por su parte, los voluntarios capacitados en la impartición de temas de salud realizaron 2,315,721 talleres comunitarios con un promedio de 19 participantes por taller, incidiendo con ello en el autocuidado de la salud, control y vigilancia de los menores de cinco años, las embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia beneficiarios del PDHO.

3.1.11.8.2 Desarrollo de infraestructura

La construcción de ocho nuevos HR en las delegaciones de Puebla, Michoacán (2), Campeche, Veracruz Norte, Guerrero y el Estado de México Poniente (2); de 42 UMR en las dos últimas delegaciones mencionadas y la instalación de 44 UMU, se realizó gracias a la ampliación presupuestal de 1,500 mdp autorizada por el H. Congreso de la Unión en el PEF 2009. De esta manera, durante el segundo semestre de 2010 iniciaron operaciones los ocho nuevos HR de 30 camas. Ver cuadro 3.48 DPM.

CUADRO 3.48 DPM, NUEVOS HOSPITALES

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

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

La apertura de los HR en los Estados de México y Guerrero tiene especial relevancia para el Programa, pues durante 25 años éste dejó de tener presencia en esas entidades debido al proceso de descentralización de los servicios de salud. Derivado de la ampliación de cobertura hospitalaria, IMSS-Oportunidades contribuye a beneficiar a la población de 69 municipios de los estados mencionados, en zonas rurales y marginadas.

En este sentido, el Gobierno Federal no sólo extiende la cobertura de atención médica de segundo nivel en beneficio de la población que vive en condiciones de alta y muy alta marginación, también propicia el fortalecimiento del tejido social al ser estas obras un detonante económico para la población que habita en esas regiones del país.

3.1.11.8.3 Padrón de beneficiarios

Por primera vez en su historia, el Programa IMSS-Oportunidades se dio a la tarea de hacer un levantamiento nominal de sus beneficiarios. En agosto del 2011 se concluyó el censo del 100 por ciento de la población beneficiaria de IMSS-Oportunidades; se registraron 4.9 millones de personas que, sumados a los 7.3 millones de la base de datos proporcionada por el PDHO, arrojan un total de 12.2 millones de beneficiarios en IMSS-Oportunidades.

En la confronta que se hizo de dicho Padrón contra la base de datos nacional del Registro Nacional de Población se obtuvo un resultado de 71 por ciento registros con Clave Única de Registro de Población (CURP) localizada. Cabe señalar que la documentación fuente que sirvió de base para el levantamiento y captura fue certificada por un notario público.

3.1.11.8.4 Encuentros médico-quirúrgicos

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgen en 1996 como una estrategia institucional frente a la necesidad de ampliar los servicios de atención médica especializada que habitualmente se otorga en los HR del Programa. Consiste en acercar los servicios de tercer nivel del Instituto a las comunidades cubiertas por IMSS-Oportunidades y, de esta manera, abatir rezagos de salud susceptibles de intervención quirúrgica a una población que no había tenido la oportunidad de recibir atención especializada por sus condiciones de marginación y pobreza.

La productividad de esta estrategia de diciembre 2006 a diciembre de 2011 se muestra en el cuadro 3.49 DPM.

CUADRO 3.49 DPM, ENCUNTROS MÉDICOS QUIRÚRGICOS (EMQ)

Especialidad	No. de EMQ realizados	No. de pacientes valorados	No. de pacientes operados	No. de procedimientos quirúrgicos	No. de procedimientos no quirúrgicos
Urología	8	1,752	381	469	1,462
Cirugía pediátrica	14	4,333	2,068	2,536	125
Oftalmología	26	23,434	3,305	5,259	36,709
Ginecología oncológica	20	33,334	3,430	4,157	26,867
Cirugía reconstructiva	13	2,632	1,281	2,316	72
Ortopedia y traumatología	21	6,880	933	1,356	779
Total	102	72,365	11,398	16,093	66,014

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.11.8.6 Equipamiento

Durante el periodo 2007-2011 se adquirieron y distribuyeron en las unidades médicas del Programa 27,254 artículos de equipo médico diverso con una inversión de 516 mdp. Por otra parte se invirtieron 327.9 mdp en la compra de equipos electromecánicos, vehículos y casetas. Ver cuadros 3.50 y 3.51 DPM.

CUADRO 3.50 DPM,

Equipo médico	Cantidad	Monto (mdp)
Aspirador portátil para succión continua	25	0.5
Bomba de infusión volumétrica.	320	11.1
Cama para cuidados intensivos	25	2.1
Cardiotocógrafo	95	7.5
Carro Rojo con equipo completo para reanimación	80	15.3
Colposcopio	21	4.5
Cuna de calor radiante	54	8.5
Electrocardiógrafo monocanal	57	1.6
Esterilizador de vapor autogenerado para dental	3,548	72.9
Estuche de diagnóstico hospitalario	4,125	16.6
Fonodetector portátil de latidos fetales	3,548	19.6
Hemoglobínometros	3,865	105.4
Incubadora	104	13
Lámpara quirúrgica doble	26	1.7
Mesa quirúrgica para obstetricia	27	1.9
Mesa quirúrgica universal	14	1.0
Monitor de signos vitales	94	8.0
Reanimador de asistencia ventilatoria	10,644	18.4
Revelador automático para radiografías	57	8
Ultrasonógrafo	78	42.5
Unidad de anestesia	41	27.4
Unidad de criocirugía ginecológica	13	1.4
Unidad estomatológica	145	12.1
Unidad radiográfica	18	35
Unidad radiológica	79	18.6
Ventilador	151.0	61.7
Total	27,254	516.0

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

CUADRO 3.51 DPM,

Equipo electromecánico	Cantidad	Monto (mdp)
Planta de emergencia	35	34.3
Generador de agua caliente	80	47.2
Central de aire grado médico	24	15.5
Esterilizador de vapor autogenerado	103	30.7
Planta potabilizadora	28	9.5
Compresor de aire grado médico	3	1.6
Lavadora extractora	105	45.5
Tómbola secadora	105	16.2
Total	483	200.5

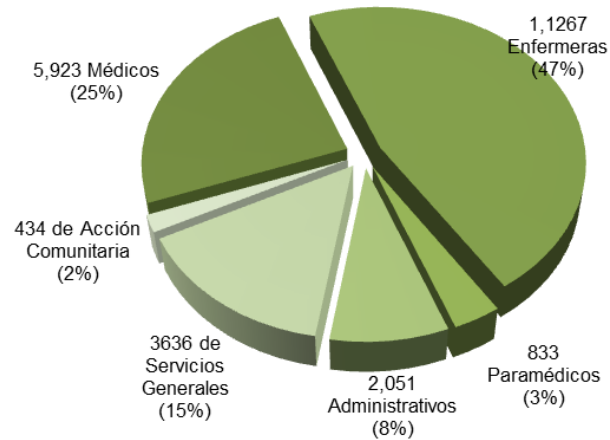
Vehículos y casetas	Cantidad	Monto (mdp)
Ambulancias	70	35.0
Vehículos diversos (pickup, camionetas para traslado de personal, sedán)	153	51.1
Caseta para unidad médica urbana	67	41.3
Total	290	127.4

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

3.1.11.8.7 Recursos humanos

Para la operación del Programa IMSS-Oportunidades, a diciembre de 2011, se contó con un total de 24,144 plazas ocupadas agrupadas de la siguiente manera: 11,267 enfermeras (47 por ciento); 5,923 Médicos (25 por ciento); Servicios Generales con 3,636 plazas (15 por ciento); la rama Administrativa tiene 2,051 plazas (8 por ciento), Paramédicos 833 (3 por ciento) y finalmente 434 plazas de Acción Comunitaria (2 por ciento). Ver gráfica 3.90 DPM.

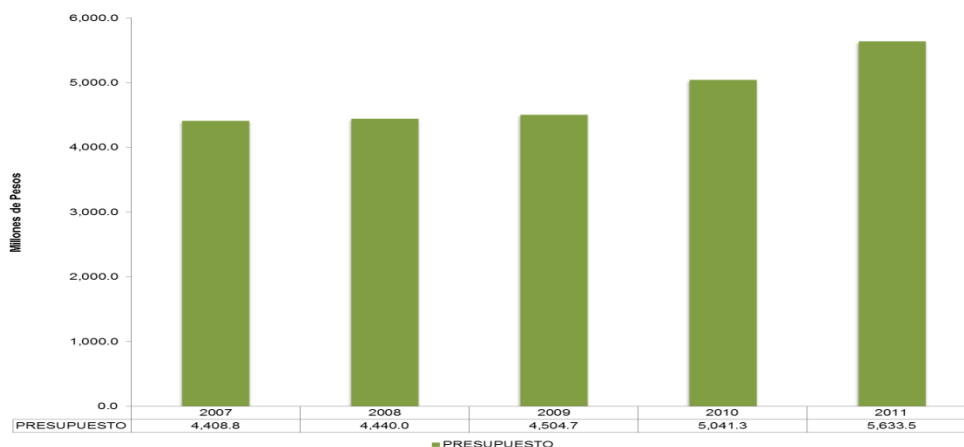
GRÁFICA 3.90 DPM, PLAZAS OCUPADAS EN EL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES (DICIEMBRE DE 2011)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

En 2011, el gasto ejercido en personal ascendió a 5,747.7 mdp, los cuales se utilizaron para cubrir las remuneraciones ordinarias, extraordinarias, prestaciones y obligaciones fiscales, así como la Seguridad Social de 24,144 trabajadores. Es importante señalar, que el incremento que se muestra en la siguiente grafica, obedece a la ampliación de infraestructura, apertura de bolsa de trabajo y principalmente a las revisiones salariales y contractuales según corresponda. Ver gráfica 3.91 DPM.

GRÁFICA 3.91 DPM, GASTO SERVICIOS PERSONALES 2007 - 2011



3.2 Prestaciones Económicas y Sociales

3.2.1 Sistema nacional de pensiones

En el periodo que se informa, el Instituto registró un total de 2 millones 915 mil 129 pensionados; lo que representa un incremento de 20.7 por ciento respecto a diciembre de 2006. Para diciembre del 2012 se espera exceder los 3 millones 39 mil pensionados. En el año 2011 el monto erogado por el pago de pensiones fue de 118.5 mdp, que representó un incremento real de 51 por ciento,³ con respecto al pagado en el año 2006.

Del total de pensionados a diciembre de 2011, 2 millones 660 mil 151 se ubican en curso de pago bajo la LSS de 1973, con una erogación anual con cargo al Gobierno Federal de 106,067 millones 868 mil pesos y que se espera alcanzar un monto de 116,128 mdp que cubrirían más de 2 millones 767 mil pensionados para diciembre de 2012.

Los pensionados en Curso de Pago, del 2006 al 2011, se incrementaron en 457 mil casos, arrojando una tasa promedio de crecimiento del 3.8 por ciento anual.

En el 2011 con cargo al IMSS, se presentaron 17 mil 175 pensionados por Rentas Vitalicias, con un gasto por concepto de sumas aseguradas de 11,345 millones 976 mil pesos. A diciembre de 2006 se habían otorgado 155 mil 344 casos, para diciembre de 2011 se llegó a una cifra acumulada de 223 mil 416 pensiones por Rentas Vitalicias, lo que representa una tasa promedio de crecimiento de 3.8 por ciento anual en lo que va del sexenio.

³ Incremento real es cuando se elimina el aumento en costo que afectó por la inflación. Deflactor utilizado 1.23953, de Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del 2006-2011



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se pagaron 31 mil 562 pensiones temporales y provisionales, que significaron una erogación de 1,129 millones 749 mil pesos en 2011; en el 2012 se espera tener 32 mil 738 pensiones, que equivaldrían a 1,214 mdp. De 2006 a 2011 se ha reducido los casos, debido al programa de actualización que en su mayoría se ha otorgado la pensión definitiva. En lo que va del sexenio 61 mil pensiones temporales y provisionales se han convertido en pensiones definitivas.

Adicionalmente, con cargo al Instituto se cubrieron 15 mil 832 indemnizaciones globales en 2011, por 678 millones 240 mil pesos, el incremento en casos fue de 95.1 por ciento con respecto a los casos otorgados en 2006 y un 183 por ciento de incremento en términos reales⁴ en relación al mismo periodo. Para 2012 se estima alcanzar un total de 17 mil 835 casos y una erogación de 785 millones 368 mil pesos. De 2006 a 2011 se otorgó un promedio anual de 11 mil 638 Indemnizaciones Globales.

Desde febrero de 2007 a febrero de 2012 el monto de las pensiones se ha incrementado en un 29.11 por ciento conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (4.05 por ciento-2007, 3.76 por ciento-2008, 6.53 por ciento-2009, 3.57 por ciento-2010, 4.40 por ciento-2011 y 3.82 por ciento-2012).

Los días subsidiados por incapacidad temporal para el trabajo en los ramos de Riesgos de Trabajo, Enfermedad General y Maternidad, ascendieron a 60 millones 736 mil 129 para el año 2011, lo que representó una erogación de 10,905 millones 246 mil pesos, con un incremento de 24 por ciento en el número de días y 25.2 por ciento en el monto erogado en términos reales respecto al año 2006. El incremento anual promedio de 2006 a 2011 fue de 4.4 por ciento en el número de días subsidiados.

⁴ Términos reales es cuando se elimina el incremento en costo que afectó por la inflación. Deflactor utilizado 1.23953, de Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del 2006-2011.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Las ayudas para gastos de funeral, alcanzaron en 2011 la cifra de 73 mil 818 casos, con un gasto de 365 millones 459 mil pesos, con un crecimiento del 24.8 por ciento, con respecto a los casos otorgados en el 2006 y un incremento del monto de 70.8 por ciento en términos reales. El incremento anual promedio de 2006 a 2011 fue de 4.6 por ciento, en el número de casos otorgados.

En el año 2011 se tramitaron 84 mil 24 ayudas para gastos de matrimonio, 36.7 por ciento más con relación al periodo de las que se otorgaron en el año 2006. El gasto de este concepto lo cubren las AFORE con recursos de la cuenta individual de cada asegurado.

En suma, la erogación total por el pago de las prestaciones económicas ascendió, en el 2011, a 130,492 millones 539 mil pesos, 48.8 por ciento de incremento en términos reales con respecto a la erogación en 2006; de los cuales, 24,424 millones 671 mil pesos fueron con cargo al IMSS y 106,067 millones 868 mil con cargo al Gobierno Federal.

En lo relativo a los préstamos a cuenta de pensión, es importante notar que durante el 2011 se otorgaron 594 mil 157 préstamos por un importe total de 4,818 millones 279 mil pesos, que representan 4.5 por ciento del total de la nómina cubierta en el mismo periodo. El incremento de préstamos otorgados con relación al 2006 es del 29.4 por ciento con respecto a casos y 49.3 por ciento en términos reales en cuanto al monto.

En relación con los convenios suscritos por el Estado mexicano en materia de seguridad social; con Estados Unidos, España, Italia, Argentina y Canadá, el Instituto erogó en el año 2011 25 millones 688 mil pesos para beneficiar a 628 pensionados extranjeros, El importe erogado representa un 6.11 por ciento más que el del 2006.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En los cuadros 3.1 al 3.3. DPES, se presentan las cifras totales del periodo comprendido de diciembre de 2006 a diciembre de 2012, que incluyen las cifras estimadas para el 2012.

**CUADRO 3.1 DPES, COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS
CONTRA EL SEXENIO ANTERIOR**

Descripción	2001-2006	2007-2012*	Variación	
			ABS	Porcentaje
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	341,266,134,886	661,850,412,080	320,584,277,195	56.5%

*2012 Estimado

Descripción	2001-2006	2007-2012*	Variación	
			ABS	Porcentaje
A cargo del IMSS	263,958,481,750	534,571,720,280	270,613,238,530	63.4%
A cargo del Gobierno Federal	77,307,653,135	127,278,691,800	49,971,038,665	32.8%
Total	341,266,134,886	661,850,412,080	320,584,277,195	56.5%

Fuente: Dirección de Finanzas



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 3.2 DPES, COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS
AÑO 2011-2006 Y META 2012**

Tipo de prestación	Pensionados/Casos				
	Observado		Meta	Variación	
				2011-2006	
	dic-06	dic-11	2012	ABS (B-A)	Porcentaje (B/A)
Total de pensionados (Rég 1973 y 1997)	2,415,596	2,915,129	3,039,652	499,533	20.7
Cursos de pago "Ley 1973"	2,203,520	2,660,151	2,767,649	456,631	20.7
Temporales y Provisionales	56,752	31,562	32,738	-25,190	-44.4
Rentas Vitalicias acumuladas "Ley 1997"	155,324	223,416	239,265	68,092	43.8
Rentas Vitalicias "Ley 1997"	8,656	17,175	16,563	8,519	98.4
Indemnizaciones globales	8,113	15,832	17,835	7,719	95.1
Subsidios					
Total de días de incapacidad con pago	48,980,134	60,736,129	59,726,327	11,755,995	24.0
Riesgos de trabajo	7,832,636	13,611,003	13,350,593	5,778,367	73.8
Enfermedad general	24,468,978	29,364,057	28,785,133	4,895,079	20.0
Maternidad	16,678,520	17,761,069	17,590,601	1,082,549	6.5
Ayudas de funeral	59,171	73,818	75,519	14,647	24.8
Riesgos de trabajo	240	322	280	82	34.2
Enfermedad general	58,931	73,496	75,239	14,565	24.7
Ayudas de matrimonio	61,445	84,024	91,952	22,579	36.7

Los datos anuales en número de pensionados corresponden al mes de diciembre.

Las ayudas de matrimonio las cubren las AFORE con recursos de la cuenta individual de cada asegurado.

Fuente: Dirección de Finanzas



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 3.3 DPES, COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS
AÑO 2011-2006 Y META 2012
MILES DE PESOS**

Tipo de prestación	Montos				
	Observado		Meta	Variación	
	dic-06	dic-11	2012	2011-2006	
				ABS (B-A)	Porcentaje (B/A)
Gastos de pensionados (Rég 1973 y 1997)	63,336,652.9	118,543,593.6	128,997,835.9	55,206,941	51.0
Cursos de pago "Ley 1973"	58,365,596	106,067,868	116,128,098	47,702,272	46.6
Temporales y Provisionales	428,538	1,129,749	1,213,720	701,211	112.7
Rentas Vitalicias "Ley 1997"	4,542,519	11,345,976	11,656,018	6,803,457	101.5
Indemnizaciones globales	193,066	678,240	785,368	485,174	183.4
Subsidios (importe PREI)					
Total de gastos de incapacidad con pago	7,029,068.7	10,905,246.2	10,843,545.3	3,876,177	25.2
Riesgos de trabajo	1,409,695	2,742,932	2,741,941	1,333,237	57.0
Enfermedad general	2,794,725	4,247,402	4,183,705	1,452,676	22.6
Maternidad	2,824,648	3,914,913	3,917,899	1,090,264	11.8
Ayudas de funeral	172,592.6	365,459.5	282,426.0	192,867	70.8
Riesgos de trabajo	739	1,130	1,047	390	23.3
Enfermedad general	171,853	364,330	281,379	192,477	71.0
	70,731,380	130,492,539	140,909,175	59,761,159	48.8

Deflactor: 1.23953

Fuente: Dirección de Finanzas

Tipo de prestación	Montos				
	Observado		Meta	Variación	
	dic-06	dic-11	2012	2011-2006	
				ABS (B-A)	Porcentaje (B/A)
A cargo del IMSS	12,365,784	24,424,671	24,781,077	12,058,886	59.3
A cargo del Gobierno Federal	58,365,596	106,067,868	116,128,098	47,702,272	46.6
Total	70,731,380	130,492,539	140,909,175	59,761,159	48.8

Fuente: Dirección de Finanzas



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el periodo que se informa se realizaron importantes mejoras al esquema pensionario en materia de rentas vitalicias.

Dichas mejoras fueron discutidas en la sesión VIII del Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, celebrada en Abril de 2008, en la cual se aprobaron cambios en la metodología de cálculo y el esquema operativo en el otorgamiento de las rentas vitalicias, que a continuación se describen:

La LSS publicada en el DOF el 21 de diciembre de 1995, que entró en vigor el 1 de julio de 1997 (LSS-97), estableció el marco jurídico 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 SHCP, el IMSS, el ISSSTE, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Es importante destacar que la LSS-97 otorga al solicitante de pensión conforme a los beneficios previstos en la misma, el derecho de elección de la institución de seguros que le pagará su pensión. En este contexto, y 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-97 (beneficios básicos), podían ofrecerles beneficios adicionales registrados ante la CNSF. En este sentido, el principal elemento de competencia entre las instituciones de Seguros lo constituía el ofrecimiento de dichos beneficios adicionales al pensionado.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Para estos efectos, 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-97 (oferta de beneficios básicos),⁵ como a las ofertas propias de beneficios adicionales presentadas por las Instituciones de Seguros por conducto de agentes autorizados para esta labor de intermediación.⁶

La dinámica presentada en los Seguros de Pensiones derivados de la LSS-97, así como el seguimiento de la tendencia de las tasas de interés real⁷ y de la evolución de las bases biométricas adoptadas para el cálculo de los montos constitutivos, motivó que un grupo de trabajo interinstitucional conformado por representantes de la SHCP, el IMSS, el ISSSTE, la CONSAR y la CNSF (en adelante “Grupo Interinstitucional”), trabajara en el diseño de un nuevo esquema operativo que hiciera viable y eficiente la participación del sector asegurador en el Sistema Nacional de Pensiones, que se define como el conjunto de sistemas que son financieramente sostenibles que permiten la portabilidad de los beneficios pensionarios entre sistemas; corrigiendo a su vez, los problemas detectados en la operación de los Seguros de Pensión.

En este sentido, el Grupo Interinstitucional preparó una propuesta para atender dichas circunstancias, considerando los siguientes ejes:

1. El establecimiento de un mecanismo de mercado para determinar el precio de los seguros de pensiones, equivalente al utilizado en las subastas, en el cual las Instituciones de Seguro competirían por presentar la tasa de descuento más alta;

⁵ 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).

⁶ 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*.

⁷ Las tasas reales de las inversiones a largo plazo han venido registrando una tendencia a la baja y, en algunos momentos se han ubicado por debajo de la tasa de descuento con que se calcula el monto constitutivo, lo que ha provocado que sólo 2 de las 10 Instituciones de Seguro sigan ofreciendo actualmente pensiones. Y sólo a un subconjunto de los solicitantes con derecho a pensión.

2. El establecimiento de un beneficio adicional único, el cual se refiere a la ganancia generada por la subasta de acuerdo a las posturas que realicen las aseguradoras por encima del precio inicial que se traduce en mayores montos de pensión y menor gasto para el IMSS; que haga más transparente la competencia entre las Instituciones de Seguros y facilite al solicitante de pensión la elección de aseguradora;
3. La actualización de las bases biométricas con que se calculan los montos constitutivos de los Seguros de Pensiones, y
4. El establecimiento de un esquema operativo completamente electrónico y sin la participación de agentes de seguros, con el fin de elevar la eficiencia y transparencia del sistema.

En términos generales el nuevo esquema operativo propuesto consiste en lo siguiente:

1. Las Instituciones de Seguros recibirán por vía electrónica la información de cada pensión solicitada, sin recibir los datos personales de identificación del solicitante de pensión.
2. Las Instituciones de Seguros harán la estimación del monto constitutivo empleando una metodología y parámetros demográficos uniformes, considerando la tasa de descuento que estén en condiciones de ofrecer, a partir de una tasa de referencia señalada por este Comité.
3. Las Instituciones de Seguro enviarán a un sitio de Internet (Sistema Administrador de Ofertas y Resoluciones) sus posturas de tasa de descuento.
4. El diferencial entre la tasa ofrecida por las Instituciones de Seguros y la tasa de referencia se aplicará en una proporción predefinida por este Comité, para elevar el monto de pensión básica del solicitante bajo la forma de un beneficio adicional generando un incentivo para que el solicitante elija a la Institución de Seguros que ofrece la tasa de descuento más alta y, por

ende, que representa un monto constitutivo menor; todo ello, permitirá propiciar una mayor eficiencia en el Sistema de Pensiones (SPES).

5. El solicitante de pensión recibiría un documento de oferta que incorporará la gama de alternativas a las que tenga derecho, así como una explicación accesible de la misma. En particular, se le presentará en forma descendente el pago mensual total (pensión básica más beneficio adicional) que cada Institución de Seguros le ofrece.
6. Con esta información, el trabajador ejercerá su derecho de elección a favor de la Institución de Seguros de su preferencia.
7. Este procedimiento será totalmente electrónico y permitirá generar información estadística de mercado a las dependencias participantes en este esquema operativo.

Adicionalmente, y de manera paralela a este esquema operativo, el Grupo Interinstitucional coincidió en la instrumentación de las bases técnicas y operativas para la contratación de las modalidades de pago de pensión relativas al SRCV y en hacer más eficiente otros procedimientos como el relativo al sondeo de los montos constitutivos de los Seguros de Pensiones.

La propuesta elaborada por el Grupo Interinstitucional fortalece el esquema operativo actual de los seguros de pensiones al:

1. Determinar el precio de los montos constitutivos de los Seguros de Pensiones mediante la introducción del mecanismo de mercado, propiciando que las Instituciones de Seguros compitan en función de la tasa de descuento que están dispuestas a ofrecer.
2. Alinear el incentivo de la competencia en los precios de los montos constitutivos con el ofrecimiento de un beneficio adicional al solicitante de pensión.
3. Mantener vigente el principio de elección depositado en el solicitante de pensión para la modalidad de pago de su pensión.

4. Facilitar al solicitante de pensión su derecho de elección por la alternativa de su preferencia,⁸ al presentarle en un solo documento (Documento de Oferta), la gama de alternativas a las que este tiene derecho en forma simple, concisa, sencilla y transparente.
5. Operar electrónicamente los procesos de recepción de ofertas formuladas por las Instituciones de Seguros, así como la generación respectiva del Documento de Oferta.

3.2.2 Guarderías

El servicio de guardería en el IMSS, se establece como un seguro obligatorio creado para cubrir el riesgo de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos de no poder proporcionar cuidados maternos a sus hijos (as) en la primera infancia, (desde los 43 días de nacido hasta los 4 años de edad) durante su jornada de trabajo. Como se establece en la LSS en el ramo de guarderías, Capítulo VII, artículos del 201 al 207 y 211 al 213, así como por lo dispuesto en el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería, en los términos de las disposiciones que al efecto expida el H. Consejo Técnico y en la LAASSP.

3.2.2.1 Modalidades de atención

La prestación de este servicio por el Instituto se otorga de forma directa a través de su propio personal e instalaciones, y de manera indirecta, en virtud de contratos de prestación de servicios con terceros o, en su caso, de convenios de subrogación con patrones, de conformidad con lo establecido por el H. Consejo Técnico en uso de las facultades que le atribuye la LSS.

⁸ En caso de solicitantes de pensión que hayan cotizado al IMSS, estos en su caso, tendrían derecho a elegir el régimen bajo el que se pagará su pensión (LSS-97 o LSS vigente hasta el 30 de junio de 1973), y en caso de que optara por la LSS-97, tendría derecho a escoger la modalidad de pago de renta vitalicia o retiro programado en caso de que su pensión solicitada sea por Cesantía en Edad Avanzada o Vejez.

1. En las guarderías de prestación directa tenemos:

- a. **Ordinarias:** el servicio a los derechohabientes se otorga en inmuebles contruidos ex profeso para ello por el IMSS, o bien, rentados y adaptados, siendo atendidos de manera directa por personal del Instituto.
- b. **Madres IMSS:** en estas guarderías el Instituto otorga el servicio a sus trabajadores, en cumplimiento a la obligación asumida como patrón en términos del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT).

2. En las de prestación indirecta tenemos los siguientes esquemas:

- a. **Vecinal comunitario:** se deriva del esquema de “guarderías participativas” y en su origen se estableció bajo el sistema de subrogación de servicios, disponiéndose para su instrumentación un marco normativo a fin de regular las características inmobiliarias, jurídicas, financieras, administrativas y operativas, así como los requisitos que debía cubrir la persona moral para convenir la prestación del servicio, facultándose a las delegaciones estatales del Instituto para dar seguimiento de las fases del proceso de evaluación de inmuebles, aprobación de la propuesta de cotización del servicio y suscripción de los convenios respectivos.
- b. **Guarderías del campo:** derivado de la reforma al artículo 237 A, de la LSS, vigente a partir del 29 de abril de 2005, se expidieron por el H. Consejo Técnico los lineamientos para el establecimiento de guarderías subrogadas a cargo de los patrones del campo o de las organizaciones de trabajadores del campo, en aquellos lugares donde el Instituto no contara con instalaciones para prestar el servicio.

c. Integradora: el modelo de guardería integradora atiende a menores con discapacidad leve y moderada que no tengan una enfermedad agregada, conjuntamente con niños sin discapacidad. El esquema fue autorizado por el H. Consejo Técnico mediante el acuerdo 498/2004 del 20 de octubre de 2004.

Mediante este esquema se promueve la convivencia entre menores con y sin discapacidad, con la finalidad de favorecer la adaptación social en un espacio incluyente. Además, a los niños con discapacidad moderada, se les brindan acciones de apoyo terapéutico de acuerdo a sus necesidades, por un equipo de especialistas.

El inmueble cuenta con espacios especiales para los niños con discapacidad moderada, pudiendo integrarse al área regular (niños sin discapacidad), en la medida de lo posible en determinadas actividades.

Este esquema de guarderías, al igual que las del Vecinal Comunitario Único, se establece a través de Contratos de Prestación del Servicio de Guardería.

3.2.2.2 Acciones

▪ Año 2006

Crecimiento de los servicios de guardería

A finales de 2006, el Sistema de Guarderías IMSS benefició a 187,371 madres trabajadoras aseguradas y a 206,566 niños y niñas inscritos, a través de 1,554 unidades, con una capacidad instalada de 226,365 lugares, en dos modalidades: i) guarderías de prestación directa mediante los esquemas Madres IMSS y Ordinario, con 142 unidades y 29,868 lugares; y, ii) guarderías de prestación indirecta a través de los esquemas Vecinal Comunitario Único, en el Campo y Guardería Integradora, con 1,412 unidades y 196,497 lugares.

Cobertura de la demanda de los servicios de guardería

Al cierre de 2006, se identificó la necesidad de 692,603 lugares más. Para aprovechar mejor los recursos financieros del Ramo de Guarderías e incrementar la cobertura, se estableció el modelo Vecinal Comunitario Único en zonas urbanas y se promovió un procedimiento más competitivo y transparente para la prestación del servicio.

Asimismo, se impulsaron nuevos modelos de atención para cubrir diferentes sectores de la población derechohabiente. Las Guarderías Integradoras formaron parte de esas innovaciones. En ese momento existían 17 guarderías integradoras en operación, lo que representaba un total de 3,530 lugares en área regular y 824 lugares para la atención de niños con discapacidad moderada.

A continuación, en el cuadro 3.4 DPES, se muestra un concentrado de las cifras obtenidas en las guarderías durante el periodo 2006 a 2011:

CUADRO 3.4 DPES, CONCENTRADO DE CIFRAS EN GUARDERÍAS POR EL PERIODO, 2006-2011

Año	Madres beneficiadas	Niños inscritos	Unidades	Capacidad instalada	Prestación directa		Prestación indirecta	
					Unidades	Lugares	Unidades	Lugares
2006	187,371	206,566	1,554	226,365	142	29,868	1,412	196,497
2007	194,973	214,816	1,565	228,951	142	29,868	1,423	199,083
2008	194,491	214,034	1,554	231,821	142	29,868	1,412	201,953
2009	185,449	204,169	1,568	242,899	142	29,868	1,426	213,031
2010	181,452	199,232	1,459	234,815	142	29,858	1,317	204,957
2011	183,510	201,153	1,453	235,957	142	29,750	1,311	206,207

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.



▪ Año 2007

Crecimiento de los servicios de guardería

A finales de 2007, el Sistema de Guarderías IMSS benefició a 194,973 madres trabajadoras aseguradas y a 214,816 niños y niñas inscritos, a través de 1,565 unidades con una capacidad instalada de 228,951 lugares, en dos modalidades: i) guarderías de prestación directa mediante los esquemas Madres IMSS y Ordinario, con 142 unidades y 29,868 lugares; y, ii) guarderías de prestación indirecta a través de los esquemas Vecinal Comunitario Único, en el Campo y Guardería Integradora, con 1,423 unidades y 199,083 lugares.

Cobertura de la demanda de los servicios de guardería

En materia de guarderías Integradoras, existían 26 unidades en operación lo que representó un total de 5,558 lugares en área regular y 1,274 lugares para la atención de niños con discapacidad moderada.

▪ Año 2008

Crecimiento de los servicios de guardería

A finales de 2008, el Sistema de Guarderías IMSS benefició a 194,491 madres trabajadoras aseguradas y a 214,034 niños y niñas inscritos, a través de 1,554 unidades con una capacidad instalada de 231,821 lugares, en dos modalidades: i) guarderías de prestación directa mediante los esquemas Madres IMSS y Ordinario, con 142 unidades y 29,868 lugares; y, ii) guarderías de prestación indirecta a través de los esquemas Vecinal Comunitario Único, en el Campo y Guardería Integradora, con 1,412 unidades y 201,953 lugares.

Cobertura de la demanda de los servicios de guardería

Entre 2007 y 2008, en materia de expansión del servicio, se realizaron procedimientos de ampliación de capacidad instalada en guarderías que ya se encontraban operando, así como procedimientos de licitación pública. Como resultado de los primeros, se incrementó el número de lugares disponibles en 4,268, mientras que derivado de los de licitación, se contó con 48 guarderías más, que significaron un aumento de capacidad instalada en 8,748 lugares.

Como parte del Programa de Expansión, se modificó el esquema de adjudicación de contratos, el cual a partir de Octubre de 2008 se realizó por medio de Licitación Pública. Se elaboraron las bases de licitación y los anexos correspondientes, así como la autorización del H. Consejo Técnico para suscribir contratos multianuales por 5 años, con las guarderías que se asignaran bajo el nuevo esquema de adjudicación.

Con base en lo anterior, se realizaron dos licitaciones públicas, para ampliar la capacidad instalada en 12,014 lugares, dentro de 64 guarderías con inicio de operaciones en 2009 y 1 Guardería Integradora que inició operaciones en 2008.

El gasto total de operación en 2008, respecto de las guarderías en los diferentes esquemas de atención, fue de 6,573 mdp, lo cual representó un incremento absoluto de 160.5 mdp respecto de 2007.

Capacitación

En materia de capacitación para personal de guarderías de prestación directa, se inició la formación de equipos de capacitadores locales, con un enfoque de “Escuela para Docentes”, a fin de actualizar los conocimientos y habilidades pedagógico-educativas, se avanzó en los fundamentos de la educación a través del “Arte y la Ciencia” y la “Ludopedagogía”, como metodologías educativas para el desarrollo y la formación del niño en su primera infancia.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se capacitó a las Delegaciones del área metropolitana con el tema Derechos Humanos para la Atención a Grupos Vulnerables impartido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), se registró una asistencia de 300 personas, entre Directoras de Guardería, Jefas de Departamento de Guarderías y Coordinadoras Zonales.

Como actividades complementarias a las educativo-recreativas en guarderías de prestación directa del área metropolitana, se promovió y fomentó la realización de eventos artísticos y culturales. De igual manera, se trabajó en la Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud, PREVENIMSS y en el reparto y entrega a nivel nacional de la nueva Cartilla de Salud en todas las guarderías del sistema.

En el mismo mes de mayo se publicó una nueva convocatoria de licitación pública nacional para la contratación del servicio de Guarderías de los esquemas Vecinal Comunitario Único e Integradora a nivel nacional para el ejercicio 2009. Sin embargo, el 15 de junio se publicó su cancelación, debido al siniestro ocurrido el 5 de junio, que afectó a la Guardería ABC de Hermosillo, Sonora, del que se presenta información en un apartado específico de este documento.

La atención y los esfuerzos del Instituto se enfocaron hacia el fortalecimiento del modelo de Guarderías, estableciendo nuevos estándares en materia de seguridad y protección civil, así como niveles superiores de calidad del servicio y satisfacción del usuario, seguridad y transparencia. En ese sentido se elaboró un documento denominado: “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, así como las que administra directamente el Instituto.

Dicho documento contiene los principales elementos de seguridad obligatorios en las guarderías, como: 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. Esos detectores de humo deben estar integrados al sistema de alarma y conectado a un tablero con indicadores luminosos. También son obligatorios extintores colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado; iluminación de emergencia en rutas de evacuación y áreas de tránsito; así como película de protección en cristales de ventanas y puertas. Las guarderías cuentan con al menos una salida de emergencia, diferente de la puerta de acceso.

Las puertas deben ser abatibles en sentido de la salida, con barra anti-pánico colocada a 1.10 metros de altura con sistemas de detección de apertura debidamente identificadas. También deben contar con rutas de evacuación, señalización y puntos de reunión. Además, el Instituto consideró necesario incluir en las guarderías, la aplicación de retardantes al fuego en plafones, muros y muebles, cuando están hechos de materiales inflamables.

Asimismo, se prohibió el uso de ciertos materiales de construcción que, por su nivel de inflamabilidad, pudieran constituir un riesgo importante en caso de incendio, tales como techos de lámina sin plafón falso resistente al fuego; plafones de lona o telas de cualquier género; plafones con materiales combustibles como cartón con texturas y/o aglomerados de madera; láminas de asbesto para cualquier uso; techos de fibra de vidrio para asoleaderos y espacios similares; lámparas sin gabinete; balastras con chapopote en lámparas; puertas de intercomunicación menores de 0.90 metros; o válvulas sin cierre rápido en cocina y calentador.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se estableció una distancia mínima posible de 50 metros entre las guarderías y gasolineras, empresas gaseras, fábricas u otros inmuebles que por su naturaleza pudieran constituir un riesgo importante para la guardería. Si la normatividad municipal o estatal establece distancias mayores, se debe atender por encima del requerimiento del IMSS.

En el cuadro 3.5 DPES, se muestran algunos de los principales elementos del equipamiento en las guarderías:

**CUADRO 3.5 DPES, EQUIPAMIENTO INSTALADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL EN LAS
GUARDERÍAS IMSS CON BASE EN LOS LINEAMIENTOS ADOPTADOS EN 2010*
(AL MES DE MAYO DE 2011)**

Concepto	Total
Total de Guarderías	1,451
Extintores	13,632
Detectores de humo	27,424
Lámparas de emergencia	13,535
Salidas de emergencia con barras abatibles	1,628
Película antiastillante en cristales	Todas las guarderías
Retardante al fuego aplicado en todo el mobiliario, paredes o pisos de madera	Todas las guarderías
Señalización en espacios y rutas de evacuación	Todas las guarderías
Contratos de servicio de alarma o emergencia	Todas las guarderías
Certificación del estado de las instalaciones eléctricas	Todas las guarderías
Certificación del estado de las instalaciones de gas	Todas las guarderías
Dictamen estructural del inmueble autorizados y avalados por expertos en la materia	Todas las guarderías
Simulacros de evacuación	6 mil simulacros mensuales

*Con base en la normatividad vigente en materia de seguridad y protección civil. Un mayor detalle del equipamiento por guardería se encuentra en <http://www.imss.gob.mx/guarderias>.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

A finales de julio de 2009 se liberó en el Portal IMSS el Visor de Guarderías, sitio en Internet que concentra la información de las Guarderías que integran el Sistema, con el propósito de dar transparencia al cumplimiento de obligaciones de los prestadores de servicio Indirecto en las Guarderías. En el Visor, es posible consultar no sólo los contratos y quiénes son los socios de las guarderías en operación, sino también los resultados de las verificaciones de seguridad que se han realizado en cada una de ellas y, próximamente, los resultados de las visitas de padres de familia a las guarderías de sus hijos.

En el periodo de agosto a diciembre de 2009 se trabajó en centralizar toda la información en una sola fuente de datos y se desarrolló una aplicación denominada Expediente Electrónico, la cual permitió almacenar todos los documentos vigentes e históricos del expediente de las guarderías en el Sistema de Información y Administración de Guarderías Central (SIAGC).

Asimismo, se publicaron más de 5,500 documentos que permitieron conocer el grado de cumplimiento de las guarderías en materia de seguridad. Dicha información se mantiene en actualización permanente por parte de las Delegaciones del IMSS.

Ante el vencimiento de la vigencia de 1,360 contratos entre julio y diciembre de 2009, y a fin de garantizar la continuidad en la atención de los menores derechohabientes del servicio de Guardería, se diseñó un procedimiento transparente para la selección y contratación de guarderías, que garantizó el cumplimiento de las medidas de seguridad requeridas y niveles de 90 por ciento en calidad del servicio y satisfacción del usuario.

De esta forma, cada Delegación realizó la contratación de las guarderías seleccionadas, por un periodo de uno o tres años. Se suscribieron 1,240 instrumentos jurídicos en los esquemas Vecinal Comunitario Único, Guardería Integradora y Guardería en el Campo, a nivel nacional, de los 1,360 que vencieron



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

en diciembre de 2009. De ellos, 350 se suscribieron por un año, mientras que el resto se hizo por tres años.

Las nuevas medidas de seguridad establecidas por el Instituto implicaron un costo importante para los prestadores del servicio de Guardería, por lo que, reconociendo este esfuerzo, el IMSS determinó otorgar un plazo de seis meses para el total cumplimiento de dichas medidas.

Derivado de la rescisión o no contratación de guarderías que venían operando, que no cubrieron los nuevos requisitos solicitados por el Instituto, y a fin de apoyar a los derechohabientes que dejaron de recibir el servicio por motivos de seguridad, el H. Consejo Técnico aprobó en diciembre de 2009, la modificación del Artículo 2, fracción IV y del Artículo 31, fracción III, ambos del Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería.

Finalmente, el Instituto, en cooperación con la SEGOB y el Sistema Nacional de Protección Civil, mediante aplicación web, inició a finales de 2009 la carga de las cédulas correspondientes a las guarderías del Instituto que contenían datos sobre: las características generales de los inmuebles, número de trabajadores en plantilla, número de niños que se encuentran inscritos y asisten a las guarderías, así como información sobre el Programa Interno de Protección Civil y de medidas de seguridad del inmueble.

Calidad

En junio de 2009, con el objeto de medir la satisfacción de los usuarios del servicio de Guarderías para mejorar la calidad de los servicios, se realizó una encuesta con el acompañamiento y supervisión de Transparencia Mexicana, quien fungió como aval ciudadano para permitir la veracidad y confiabilidad de los resultados. El 71 por ciento de los encuestados manifestaron que no cambiarían a su hijo a otra guardería del IMSS, si tuvieran la oportunidad de hacerlo.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Para elevar la calidad del servicio se consideró indispensable capacitar a 1,114 trabajadores de guarderías:

- Como parte del Programa de Derechos de los Niños y de las Mujeres, se continuó con la capacitación sobre la materia en el Sistema de Guarderías del IMSS, con el apoyo de la CNDH. De febrero a septiembre de 2009, se impartieron talleres en 15 Delegaciones, a un total de 836 participantes.
- También en 2009, se elaboró e impartió el Curso para Aspirantes a la Categoría de Técnico en Puericultura, a un total de 100 personas. Asimismo, para reforzar los conocimientos del personal, se impartió el Curso Guarderías Integradoras, para Jefes de Departamento Delegacional de Guarderías y Coordinadoras Zonales.

▪ Año 2010

A partir del mes de febrero, se empezaron a pagar las ayudas en efectivo a las madres o padres de los menores que temporalmente no recibieron el servicio de Guardería por razones de seguridad, cubriéndose en dicho mes a 1,583 usuarios, cantidad que disminuyó progresivamente, en la medida que se reanudó la prestación del servicio a los menores. De esta forma, en el mes de junio de 2010 se cubrió ayuda en efectivo a 906 usuarios.

Por otra parte en el contrato de prestación de servicio vigente a partir de enero de 2010, se incluyó una cláusula que estipula la obligación del prestador de servicios de contratar un seguro en materia de responsabilidad civil por una suma asegurada de 10 mdp, con un sublímite por persona de 250,000 pesos.



Calidad

A principios de 2010, se iniciaron los trabajos encaminados a la capacitación del personal operativo de las guarderías de los Esquemas Madres IMSS y Ordinario, sobre el Programa de Educación Temprana, para reforzar, en forma complementaria, el programa educativo-asistencial que actualmente se aplica en las Unidades. Al mes de mayo, se capacitaron 148 personas de nivel central y delegacional.

A finales de mayo de 2010, 30 Coordinadoras Zonales y Directoras de guarderías de 29 Delegaciones participaron en el Cuarto Taller Nacional de Asesores convocado por la Secretaría de Educación Pública (SEP), con el objetivo de continuar con los compromisos derivados del Programa Sectorial de Educación y responder a los planteamientos que demandan una atención prioritaria a la primera infancia. Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009, en las guarderías de prestación directa se realizaron eventos culturales, actividades recreativas y de fortalecimiento pedagógico para los niños de tres a seis años de edad.

En cuanto a la normatividad que sustenta los servicios de Administración, Pedagogía, Fomento de la Salud y Alimentación, se continuó en el proceso de actualización con un enfoque de alineación, consolidación y simplificación, dando especial atención al diseño de un nuevo esquema de supervisión. Adicionalmente, se iniciaron los cursos de Formación de Facilitadores de “Crecer Juntos” y “Metodología de Educación Inicial”, para su réplica en las guarderías de los Esquemas Madres IMSS y Ordinario en las 35 Delegaciones.

También se inició la tercera etapa del trabajo interinstitucional con la SEP para la actualización del Nuevo Modelo de Educación Inicial para niños de cero a tres años y se participaría en el pilotaje del Nuevo Modelo de Atención a nivel nacional.



Seguridad Integral

En el segundo semestre de 2010, en cumplimiento de lo que establece el Contrato de Prestación del Servicio de Guarderías suscrito en diciembre de 2009 por 1,240 guarderías, se realizó la verificación del cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas por el Instituto.

Las guarderías operadas directamente por el Instituto también cumplieron con todos los requisitos de seguridad solicitados a las de prestación indirecta. Para ello se realizaron inversiones por 80.5 mdp para trabajos y compra de equipos destinados a cubrir de manera definitiva las medidas de seguridad de las 134 Guarderías Ordinarias y las ocho Guarderías Madres IMSS. Adicionalmente, se ejercieron 33.8 mdp en trabajos de remodelación y mantenimiento.

Derivado de que algunas guarderías no pudieron cumplir con las medidas de seguridad que el Instituto estableció para nuevas contrataciones, así como la rescisión o la terminación anticipada de los respectivos contratos, en enero de 2010, disminuyó en 120 el número total de guarderías que en 2009 prestaban sus servicios al Instituto.

Participación Social en Guarderías

La principal característica de la estrategia de seguridad y calidad consistió en incorporar a los jueces más importantes de la labor del Instituto: los padres de los niños que asisten a las guarderías IMSS. Para ello, se solicitó a Transparencia Mexicana el diseño de un mecanismo que permitiera a los padres de los menores usuarios de las guarderías y población en general conocer la operación y las medidas de seguridad integral adoptadas. Así, Transparencia Mexicana entregó al IMSS el mecanismo de Participación Social en Guarderías en el que los padres de familia podrían participar voluntariamente y aportar su visión sobre la seguridad integral de sus hijos, a través de una visita a su guardería.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Conforme a dicho mecanismo, tanto los padres de familia que realizan la visita como las guarderías son visitadas, son seleccionados aleatoriamente, mes con mes, por Transparencia Mexicana cada mes se realizan alrededor de 150 visitas, participando siete padres de familia por guardería. Derivado de estas visitas, Transparencia Mexicana haría recomendaciones al IMSS.

El mecanismo facilitó el involucramiento de los padres de familia, al activar su participación de manera directa, efectiva y organizada, en los esfuerzos que lleva a cabo el Instituto, para preservar la integridad de los niños en las guarderías. Asimismo, permitió contar con la participación de los padres de familia en la observación de las medidas implementadas que garantizan la seguridad integral del menor.

Con base en lo anterior, Transparencia Mexicana elaboró la Guía Pasos a Seguir Durante la Visita, misma que utilizan los padres de familia que visitan las guarderías para comprobar la existencia de medidas de seguridad integral en instalaciones del IMSS y de terceros. Asimismo, se elaboró el video Programa de Visita a Guarderías que ayudó a los padres a conocer las medidas de seguridad que debe cumplir una guardería del Instituto. Con el apoyo tanto de personal de las Delegaciones como de las Directoras de las Guarderías, se invitó a un grupo de padres de familia a participar en estas visitas, cuyos resultados están publicados en el visor de guarderías del Instituto.

Para la operación y seguimiento de este mecanismo se incluyó un módulo en el SIAGC para la programación de las visitas, así como un sitio de Internet donde los participantes capturen sus resultados. Cada mes, la Coordinación de Guarderías dará a conocer a las Delegaciones las guarderías que han sido seleccionadas y la fecha en que éstas deberán consultar el SIAGC para saber cuáles fueron los padres seleccionados de dichas guarderías, para que cada Delegación realice la programación de cada visita.

Se entregará a las guarderías seleccionadas las invitaciones personalizadas para que se haga entrega a cada padre de familia, quienes deberán confirmar o rechazar por escrito su participación. En cada visita participará personal de la Delegación designado por el Jefe de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, en conjunto con la Jefa del Departamento Delegacional de Guarderías, quien dará el apoyo necesario a los padres durante la visita y se asegurará de que la Directora de la Guardería se limite a explicar las medidas de seguridad adoptadas por la guardería, sin emitir juicios de valor.

Con base en la información recolectada por los padres de familia durante la visita a la guardería, y guiada por el formato que les fue proporcionado, Transparencia Mexicana elabora informes ejecutivos que son entregados al IMSS. Estos informes tienen carácter público. Asimismo, el IMSS proporcionará respuesta en la que se reportará la atención dada a las posibles fallas relacionadas con los aspectos de seguridad integral del menor en las guarderías, detectadas por los padres de familia, y se compromete a establecer las acciones de seguimiento definiendo plazos y resultados esperados.

El informe de respuesta del IMSS también es de carácter público. Estos informes, así como el resultado de las visitas de los padres de familia, se encuentran publicados en el Visor de Guarderías del IMSS.

Proyecto DAR

A finales de 2010 la Coordinación de Guarderías emprendió una iniciativa llamada “Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad” (DAR). Esta iniciativa abarcó la revisión integral y el rediseño de los procesos de administración, alimentación, fomento de la salud y pedagogía que se llevan a cabo en las guarderías, así como el diseño de los procedimientos de planeación y ejecución de la supervisión. Con base en ello, se consideró actualizar la normatividad

correspondiente y el desarrolló un soporte tecnológico de vanguardia para facilitar el cumplimiento de las responsabilidades operativas.

En materia de alimentación, los principales objetivos que guiaron el rediseño son la prevención de la obesidad infantil y de alergias, así como la formación de buenos hábitos alimenticios en los niños. Para ello se diseñaron nuevos menús balanceados con base en las necesidades nutrimentales por edad. Lo anterior llevó a modificar la edad de inicio de la ablactación, del cuarto al sexto mes, para prevenir reacciones alérgicas y fomentar la lactancia materna. Por ello, también se inició la ablactación con una sola verdura o fruta por semana.

Se modificó el tipo de alimentos que se introducen por régimen, se eliminó el consumo de jugos y concentrados, se promueve el de agua natural o de frutas, se redujo la utilización de azúcares añadidas y grasas y se eliminó el consumo de embutidos. Estos menús atendieron las recomendaciones de la OMS y de la Asociación Mexicana de Pediatría.

Con relación a fomento de la salud, se rediseñaron los procesos para fortalecer el seguimiento y la reacción oportuna ante casos de urgencia, el control de inmunizaciones, la vigilancia epidemiológica y para la detección de sobrepeso o bajo peso.

En cuanto el programa pedagógico, se ha logrado una mejor preparación de los menores para la educación preescolar sensibilizando al personal sobre la importancia de sus funciones en cada una de las etapas de desarrollo infantil.

Programa de expansión

El crecimiento del número de lugares en guarderías que ya prestan el servicio se realiza a través de ampliaciones de capacidad instalada, para ello se realizan procesos administrativos cuyos lineamientos son establecidos por la Coordinación

de Guarderías, éstos deben ser considerados por los prestadores del servicios al elaborar sus propuestas y cumplir para que sea autorizada la solicitud de ampliación.

En el ejercicio 2008 se realizaron tres procesos para la autorización de ampliación de capacidad instalada. Asimismo, durante 2010 se llevaron a cabo dos procesos y en 2011, dos procesos más cuyos resultados se reflejan en el cuadro 3.6 DPES.

CUADRO 3.6 DPES, EXPANSIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA

Año	Lugares adicionales
2007	132
2008	4,291
2009	6,545
2010	4,171
2011	2,077

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Seguridad

Se definieron estándares de seguridad más rigurosos que deben cumplir las guarderías y se incluyeron en los contratos de prestación de servicio como una obligación para mantener la relación contractual con el IMSS. También se estableció la obligación de efectuar revisiones sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad a cada guardería con una periodicidad mínima de seis meses, por medio de la aplicación de una cédula de verificación diseñada para ese efecto.

Tan solo en julio de 2010, las delegaciones efectuaron cerca de 1,840 visitas a guarderías, las cuales constataron el cumplimiento de las medidas de seguridad, permitiendo dar continuidad a la prestación del servicio.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En las guarderías de prestación directa se llevó a cabo una inversión de 40.4 mdp para la compra de equipo y mobiliario de las 134 Guarderías Ordinarias y las ocho Guarderías Madres IMSS, para trabajos de remodelación y mantenimiento, dando especial atención a los requerimientos en materia de seguridad.

La seguridad de los menores en las guarderías depende de las medidas de seguridad y protección civil en los inmuebles, pero también de una serie de procedimientos para prevenir accidentes y enfermedades durante su estancia en ellos. En este sentido, para asegurar el cuidado adecuado de los niños en guarderías y acceder a información precisa y de forma oportuna sobre los mencionados indicadores, se desarrolló el proyecto Monitor. Esto implicó la actualización del SIAGC para que contemple la funcionalidad para la entrega y/o recepción de los menores mediante la verificación de la huella digital.

También se incluyó el registro de asistencia de los trabajadores, lo que permite monitorear permanentemente que las guarderías cuenten con el personal necesario para dar la atención a los usuarios.

En esta materia, también se ha contribuido a los esfuerzos realizados por la APF en cuanto al establecimiento de un marco legal para la operación de las guarderías. El Instituto tuvo una participación constante en el diseño de la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, “Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad”. Esta Norma, elaborada por la SS y publicada en febrero de 2011, establece las características y requisitos mínimos con los que debe contar todo establecimiento en donde se proporcionen servicios de asistencia social.

La Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, expedida el 24 de octubre de 2011 en el DOF, tiene como finalidad regular y establecer los requisitos mínimos para la operación de los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención, cuidado y



desarrollo integral infantil, en los tres niveles de gobierno, así como lo referente a medidas de seguridad y de protección civil aplicables a este tipo de establecimientos.

▪ Año 2011

Proyecto DAR

La implantación de los procesos rediseñados de pedagogía, alimentación, fomento de la salud y administración dio inicio en septiembre de 2011. Para ello, se capacitó al personal del IMSS, mismo que a su vez difundió la nueva normatividad al personal de las guarderías. Éstas, durante el mes de agosto, capacitaron a todo su personal, sostuvieron pláticas con los padres de familia sobre el Proyecto DAR, los cambios principales en la normatividad y los beneficios de la implantación del Programa CHIQUITIMSS, como una estrategia educativa dirigida a niñas y niños, de entre 3 y 6 años de edad. Es intencional, lúdica y vivencial, con dinámicas participativas donde los juegos, cantos y teatro guiñol, son herramientas que apoyan el aprendizaje del niño.

Su objetivo principal es contribuir al cambio por una cultura de la salud a través de la aplicación del programa CHIQUITIMSS, que promueve el autocuidado de la salud a través de hábitos formativos en los niños derechohabientes, con un sentido integral y humano, para formar generaciones más saludables.

A fin de asegurar la correcta implantación, las Coordinadoras Zonales de las delegaciones efectuaron el monitoreo del estatus de los procesos, proveyendo la asesoría necesaria tanto para delegaciones como para los prestadores del servicio de Guarderías durante el periodo septiembre a noviembre de 2011.

Del mes de junio a diciembre de 2011 se realizaron acciones para establecer una comunicación más directa con los padres de familia, difundiendo temas de interés sobre el cuidado infantil.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el tercer trimestre de 2011, se concluyó el desarrollo de los siguientes proyectos, incluidas pruebas de usuario, prueba piloto y liberación: Control de Peso y Talla; Seguridad en Base de Datos; Evaluación del Desarrollo (Fase II); Supervisión y Asesoría; Planeación de la Supervisión–Asesoría (Fase I) y Planeación y Control de Alimentos.

En el cuarto trimestre de 2011, se inició el rediseño de los procesos relativos a guarderías en el campo y a la operación del área de discapacidad en guarderías integradoras.

Se rediseñaron las estructuras orgánicas tanto de los Departamentos de Guarderías, así como de la Coordinación de Guarderías, en este sentido se autorizó 26 plazas para Coordinadoras Zonales y 61 para analistas a nivel nacional.

Capacitación

También se dio seguimiento a los participantes inscritos a los cursos en línea que ofrece el Instituto Nacional de las Mujeres: “curso básico de género” y “curso de prevención y atención del acoso y hostigamiento sexual”.

En coordinación con la CNDH, se programó la capacitación en el ámbito de guarderías, sobre cursos relacionados con los derechos de la niñez y la prevención del maltrato infantil.

En el segundo semestre de 2011, se capacitó a nivel nacional a la totalidad de Coordinadoras Zonales, en los temas Crecer Juntos y de Metodología de Educación Inicial para la reproducción de los mismos al interior de las guarderías del sistema.



Seguridad

En el segundo semestre de 2011, se dio seguimiento puntual a la correcta integración de los expedientes electrónicos de las guarderías, a la actualización de los documentos del visor de guarderías para dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia. Esto se hará con la incorporación de los convenios modificatorios de los contratos de prestación del servicio, los cuales se refieren a las ampliaciones de capacidad instalada, a los cambios de horarios de atención o de domicilio, así como a los ajustes de las cuotas de las guarderías derivadas de licitación pública nacional.

Asimismo, se invertirían 24.3 mdp para la sustitución de la Guardería de San Miguel de Allende, Guanajuato; 1.9 mdp en la ampliación y remodelación de la Guardería Ordinaria G-002 de San Luis Potosí, y 10.9 mdp en la adaptación del Centro de Seguridad Social para instalar la Guardería Ordinaria G-001 de Zacatecas.

Verificación de medidas de seguridad

Para garantizar que se cuenta con todas las medidas de seguridad y protección civil en todas las guarderías del IMSS, se ha dado seguimiento a la aplicación de Cédulas de Calificación de Seguridad y Protección Civil, respectivamente con sus 17 reactivos, en este sentido se revisó la existencia en expediente electrónico correspondiente al primer y segundo semestre de 2011 en el total de las Delegaciones del IMSS. Derivado de las revisiones mencionadas se detectó un 99.9 por ciento de cumplimiento.

3.2.3 Servicios de ingreso

2006 - 2007

El Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS, logró la sistematización de procesos y el diseño de una política comercial para apoyar la competitividad y el control interno. El Sistema de Proyección Operativa (SIPRO) fue diseñado en el



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

2005, y se realizaron actualizaciones en el mismo con la finalidad de implementar controles sistemáticos para obtener información confiable.

Se delineó una política de precios regionales y se realizaron 36 expo ventas a nivel nacional. Se desarrolló una estrategia de difusión en medios electrónicos; se implantó un sistema de pedido electrónico para eliminar el uso de papel, agilizar la compra e incrementar la transparencia, y se automatizó el registro de pago en el sistema contable del IMSS, lo que ha permitido eliminar errores de captura.

Se llevó a cabo la difusión de los centros vacacionales, derivado de los esfuerzos enfocados a mejorar la promoción a través de medios electrónicos e impresos, así como la definición de la estrategia a seguir para mejorar los servicios.

Se continuó la estrategia de promoción de los servicios por medio de anuncios impresos, y la estrategia de ventas mediante el esquema de promotores de servicios en unidades médicas. Adicionalmente, se implantó la segunda fase del Sistema de Administración y Control de Velatorios para generar información del flujo de ingresos, número de servicios provistos y para la obtención de reportes sobre la operación.

En la unidad de congresos se obtuvieron 5 mdp por la realización de 290 eventos, y gastos por 3 mdp. Se logró el equipamiento de las instalaciones 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.

2007 - 2008

En lo que corresponde al Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS se implementó una política de precios bajos, se incorporaron proveedores locales y regionales al catálogo nacional y se realizaron 84 expo ventas a nivel nacional. En las unidades se instalaron terminales inalámbricas de tarjeta de crédito y en 93 de



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

ellas se instaló equipo de cómputo para utilizarse como caja registradora con software desarrollado por el Instituto; se amplió la memoria de los equipos punto de venta de 23 tiendas, y se difundieron ofertas, promociones, precios y eventos especiales.

En lo que toca a los Centros Vacacionales, se realizaron trabajos de conservación, logrando la remodelación y equipamiento de los centros vacacionales, así como promoción y difusión dirigidas 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.

Respecto al servicio de velatorios, se dio prioridad al programa de inversión en equipamiento, conservación y mantenimiento de las unidades, ejerciéndose a través del Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) un total de 4.8 mdp. De igual forma, continuaron las acciones de promoción y difusión de los servicios funerarios y del plan de previsión en diferentes unidades institucionales.

Se enfocaron esfuerzos en la difusión y promoción de las instalaciones de la unidad de congresos, lo que generó 510 eventos, que representa un crecimiento del 76 por ciento en relación al ejercicio anterior.

2008 - 2009

En el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS se desarrolló prioritariamente la política de competitividad en precios y se logró mayor abastecimiento de productos, fortaleciendo a su vez las prestaciones institucionales de los trabajadores. Se mantuvo la estrategia de precios bajos regionales para una canasta de bienes de consumo común.

Se llevó a cabo una prueba piloto de pedido coordinado con los proveedores más importantes para mejorar el surtido y la oportunidad de entrega, y se puso en marcha el programa de acumulación de tarjetones de descuento, con lo que los



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

trabajadores, jubilados y pensionados del IMSS pueden ejercer su prestación de descuentos no utilizados un año antes, en determinados departamentos.

Asimismo, se llevó a cabo la prueba piloto del proyecto de automatización de la expedición de vales de crédito directamente en tiendas, y se realizaron 132 exposiciones en 25 Delegaciones. Los administradores de Tiendas y Jefes Delegacionales de Servicios de Ingreso, fueron capacitados en diversos temas comerciales, normativos y de control.

En los centros vacacionales se implementaron acciones que lograron la ampliación en la oferta de los servicios (*internet inalámbrico, televisión por cable, servicio de spa y servicio de alimentos a la habitación*), para equiparlos a los del sector hotelero. Se capacitó al personal y se implementaron prácticas de hotelería para mejorar el servicio, continuando con la conservación y remodelación de las instalaciones, logrando la construcción de una alberca techada en el Centro Vacacional Atlixco-Metepec, ejerciendo 17.8 mdp en mantenimiento, conservación y adecuaciones, en los cuatro centros vacacionales.

Se establecieron políticas más flexibles para la comercialización y venta, logrando acceder a importantes canales de comercialización, mejorando a su vez, el material de difusión al definir una sola imagen institucional y la marca propia “Centros Vacacionales y de Convenciones IMSS”.

En el caso del servicio de velatorios, se realizaron trabajos de conservación y mantenimiento y se adquirió mobiliario y equipo para las unidades, con el fin de mejorar el servicio a la población usuaria. Adicionalmente, se modernizó el parque vehicular, mediante la adquisición de carrozas y vehículos administrativos con recursos del FIBESO. Asimismo, continuaron las acciones de promoción y difusión de los servicios y del plan de previsión funeraria.

Respecto a la Unidad de Congresos, se implementaron acciones de mantenimiento mayor en auditorios, sanitarios, salas de trabajo (planta alta y



baja), así como en el área del sótano. La remodelación del sótano permitió ampliar los servicios al rehabilitar e incorporar 1,500 m² como un nuevo espacio para exposiciones y/o eventos sociales.

2009 - 2010

Por lo que corresponde al Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS se mantuvo la estrategia de precios regionalizados para contar con precios competitivos; se incrementó el número de artículos de la política de precios bajos de 150 a 200; se puso en marcha la prueba piloto de Resurtido Automático en 23 Tiendas con punto de venta; se concluyó la prueba piloto para emitir los vales de crédito de ropa, línea blanca y electrónica en las tiendas y se realizó la implementación de terminales electrónicas Banorte.

Respecto a los Centros Vacaciones, 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, que permitieron lograr una mayor difusión de las instalaciones y los servicios que se otorgan, generando una mayor afluencia de visitantes.

Se establecieron procedimientos para lograr un nivel mayor de satisfacción, y se llevó a cabo una estrategia de mercadotecnia basada en la consolidación de identidad de los Centros Vacacionales y la Unidad de Congresos; se logró el lanzamiento de paquetes todo incluido.

En relación a los servicios funerarios, se suscribió el Convenio Modificatorio al Contrato del FIBESO, que amplió el alcance de los fines del Fideicomiso, permitiendo que los recursos puedan aplicarse a la construcción, remodelación, ampliación y mantenimiento de los velatorios, sus servicios y equipamiento.

En el marco del Programa de Expansión de Velatorios se definieron las Delegaciones para la construcción de tres nuevas unidades y la instalación de dos hornos crematorios. Se definió el proyecto de homologación de la imagen del



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Sistema Nacional de Velatorios IMSS, a efecto de consolidar la infraestructura y mejorar la imagen.

2010 - 2011

En cuanto al Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS se sustituyó equipo de cobro obsoleto por equipos punto de venta en 113 tiendas; se rediseñó la Política de Precios Bajos, para hacer más competitivos los precios de productos de alta demanda; se implementó el sistema de resurtido automático a nivel nacional para fortalecer y aumentar el abasto y surtido de mercancías.

Se incluyeron proveedores de departamentos de alta demanda que incrementan el flujo de clientes, como carnes rojas y salchichonería; se mantuvo la difusión permanente de los programas, promociones y lanzamientos mediante la utilización de medios electrónicos institucionales y recursos de bajo costo, como resultado de las medidas de racionalidad y austeridad establecidas por el ejecutivo federal.

Se continuó con el Programa de Acumulación de Tarjetones de Descuento y el Vale Especial de Víveres para trabajadores activos, dos veces al año. Se modificó el mecanismo de cálculo del inventario físico a costo promedio, iniciando el proceso del registro del kárdex por producto, lo que constituye el eje central de la administración de inventarios y del que se desprenden diversas estrategias de control y de índole comercial en beneficio de los usuarios.

En los centros vacacionales se realizaron acciones sobre cuatro ejes estratégicos:

1. La implementación del *Sistema de Administración Hotelero*, para optimizar controles y mejorar el servicio y atención a sus visitantes
2. El *programa de mercadotecnia y comercialización*, basado primordialmente en promoción electrónica, esquema de visitas a mercados potenciales y la programación de promociones y paquetes.

3. Modificaciones al *cálculo y vigencia de las cuotas de recuperación* por tipo de segmento y temporada, con el fin de maximizar los ingresos y mejorar el estado de las instalaciones.
4. La *optimización de la plantilla* a fin de identificar las necesidades de personal de acuerdo con la temporalidad, ocupación pronosticada y su perfil, con el objeto de aprovechar recursos y minimizar gastos.

En lo que corresponde a velatorios, se autorizó el presupuesto correspondiente para llevar a cabo la construcción de tres nuevas unidades. Se autorizó la instalación de dos hornos crematorios. Se continuó con la promoción de los servicios funerarios (diarios de mayor circulación, medios masivos de transporte e institucionales, impresos).

En la unidad de congresos se concluyó con la primera etapa de adecuaciones para accesibilidad a personas con discapacidad. Se logró la certificación de calidad “Distintivo M” que otorga la Secretaría de Turismo Federal. Se alcanzaron y superaron las metas proyectadas en renta de instalaciones, así como de los ingresos.

Se realizaron trabajos importantes en materia de protección civil: señalización, barras de pánico a salidas de emergencia, estandarización de llaves en puertas, simulacros de evacuación.

3.2.4 Prestaciones Sociales

La infraestructura de Prestaciones Sociales se integra por 120 CSS que incluyen el CECART y el Centro para la Atención Social de la Salud a las y los Adultos Mayores (CASSAAM), 12 Unidades Deportivas, tres Centros Artesanales, un Centro Cultural, 38 teatros y Centros de Extensión de Conocimientos ubicados en empresas, unidades médicas, habitacionales y en zonas de alta marginalidad.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En estas instalaciones la producción de cursos de Bienestar Social, Desarrollo Cultural, Capacitación y Adiestramiento Técnico, así como Deporte y Cultura Física, registró en el periodo que se informa a 2'780,252 personas inscritas en cursos, 66.8 por ciento de las cuales son derechohabientes; se realizaron 783 mil 834 actividades en campañas, talleres, pláticas, actividades de apoyo y extensión, atendiendo a más de 180 millones de asistentes. Esto permitió al IMSS captar ingresos por más de 422.6 mdp.

En Capacitación para el Trabajo y Adiestramiento Técnico, se benefició a 422 mil 379 alumnos, en el marco del cumplimiento de los acuerdos adquiridos tras la firma del Convenio Marco de Coordinación entre el IMSS y el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), con el objetivo de acreditar a los CSS como Centros Evaluadores de la Competencia Laboral y que los docentes que imparten los cursos se certifiquen, a fin de que evalúen y verifiquen a los alumnos de los cursos de capacitación, para que éstos obtengan su certificado en competencias laborales.

De esta manera, se capacitó al personal docente sobre diseño e impartición de cursos de capacitación y tres más para la formación en función productiva, evaluadores y verificadores internos; logrando así la entrega de 731 certificados; se acreditaron 53 de los 120 CSS como Centros Evaluadores de Competencia Laboral; de 39 cursos consolidados en oficios diversos 13 están alineados a Normas Técnicas de Competencia Laboral; se diversificó la cartera formativa de 15 a 39 cursos que permiten a los egresados obtener el Reconocimiento Oficial de la Competencia Ocupacional (ROCO) de la SEP, para ese fin se han capacitado a 29 orientadores de actividades familiares.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Por otra parte en colaboración con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) e Instituciones de Educación Media Superior, se ofertan 5 cursos educativos reportando una atención de 68 mil 020 personas. Se suscribió el Convenio de adhesión para el programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”, con las SS, y SEP, con la instalación de 21 aulas hospitalarias en 18 unidades médicas de 13 delegaciones; a un año de su implementación se logró la atención de 4,896 niños, niñas y jóvenes y se realizó la 1er Olimpiada del conocimiento.

También se llevó a cabo el primer ciclo de 22 conferencias “La Nueva Visión de las Prestaciones Sociales”, se firmó el Convenio de Colaboración con el Colegio de Bachilleres para ofrecer bachillerato en línea a bajo costo y certificación con validez oficial; a través de IMSStructor: proyecto que incorpora las tecnologías de la información al proceso de enseñanza-aprendizaje, con la finalidad de que el usuario se beneficie de una variada cartera de cursos y materiales educativos, avalados por instituciones sociales y/o educativas, que aseguran la calidad de sus contenidos.

Este proyecto opera a través de tres sub-proyectos: a) Videoconferencias, cuyo objetivo es impartir cursos, talleres, seminarios, diplomados, entre otras propuestas pedagógicas; b) Formación a Distancia e-learning (FODI), que imparte cursos en línea a través de plataformas de aprendizaje virtuales, que permiten al usuario estudiar sin límite de tiempo y espacio; c) Sistema Unificado de Medios Audiovisuales, que utiliza el intranet para difundir material educativo de interés, a través de videos y repositorio de documentos, los cuales se encuentran siempre disponibles al usuario.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

A través de FODI se impartieron 15 cursos en línea dirigidos a los derechohabientes y público en general; entregando 8,323 constancias, lo que generó 83,230 asistencias; con videoconferencias han asistido 4,277 usuarios, generándose 82,694 asistencias con 154 sesiones, por medio de seminarios, conferencias y un diplomado, avalados por el Instituto de Geriátría, la FES Zaragoza de la UNAM y la SS, con el sistema unificado de medios audiovisuales se ofertaron 76 videos tanto del IMSS así como de otras dependencias gubernamentales con lo que se generaron 5,238 asistencias.

Se llevaron a cabo los Concursos Nacionales de Corte y Confección “Matices 2008, 2010 y 2011”; se impartió el curso de Desarrollo Humano a trabajadores y usuarios de CSS.

Con el propósito de crear espacios para la inclusión laboral de personas con discapacidad se suscribieron convenios con: Lala, Esperanza Encuentro con la Vida Asociación Civil (EEVAC), Fundación Manpower, Iberdrola, Sandvik y BDF Beiersdorf.

Respecto a la atención de personas adultas mayores, hasta el año 2005, los cursos y talleres que se brindaban en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) no se enfocaban en específico a este grupo de edad, sino que eran acciones de Bienestar Social, Capacitación y Adiestramiento Técnico, Desarrollo Cultural y Deporte y Cultura Física dirigidas a toda la población. La mayor concentración de este grupo etario se observaba en cachibol, natación, acondicionamiento físico, yoga, tai chi chuan, juguetería y decoración, tejido, baile de salón y pintura, donde si bien se percibían los beneficios a su salud, no se tenía una medición del impacto de estos servicios.

En 2006, el IMSS en coordinación con el Consorcio Hospitalario Cataluña, efectuó un Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para evaluar los servicios que hasta ese momento se estaban ofreciendo a las personas adultas mayores y realizar recomendaciones de mejora.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Derivado de los resultados y recomendaciones obtenidas, en 2007 se iniciaron diferentes transformaciones en los servicios de Prestaciones Sociales y se inició el diseño de un programa específico para atender a la población adulta mayor, también se planteó la necesidad de crear una unidad operativa donde además de atención al adulto mayor, se impulsen estudios en el ámbito geriátrico y gerontológico; se formen profesionales y técnicos en gerontología; así como desarrollar la investigación de modelos aplicativos de impacto.

A partir de 2008 se presentó el Programa de Envejecimiento Activo y en octubre 2009 se inició su implantación en las UOPSI, enfocando las acciones a atender diferentes problemáticas de salud a través de las intervenciones ofrecidas a los adultos mayores, para lo cual se incluyeron acciones de valoración gerontológica, previo al inicio de cursos y talleres para ofrecer a cada adulto mayor un traje a la medida de sus necesidades, además se incluyó la medición del impacto a través de evaluaciones post intervención.

Para la consolidación de este programa se han elaborado y difundido materiales técnicos tales como: Manual de Organización, Guías Didácticas, Manuales de Prácticas; se imprimieron y distribuyeron en las UOPSI de las 35 Delegaciones IMSS 4,240 Manuales del Cuidador de Personas Mayores y 5,000 Infografías, (2,500 de Casa Segura (lugar donde habita el adulto mayor con los mínimos riesgos para desplazarse de un lugar a otro y accesibilidad para realizar con independencia las actividades diarias); y 2,500 del Programa de Envejecimiento Activo).

En el marco del Programa de Envejecimiento Activo, de 2006 a diciembre de 2011, en UOPSI se impartieron cursos y talleres de bienestar social, deporte y cultura física, capacitación y adiestramiento técnico y desarrollo cultural a 560,367 persona adultas mayores y 853,753 asistentes a pláticas, campañas y eventos; se capacitó a 2,227 Cuidadores de Adultos Mayores y 6,594 Acompañantes y Promotores de Apoyo Gerontológico.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Asimismo se puso en marcha, de manera piloto, el Proyecto “Servicios de Tele Asistencia y Tele Alarma (TATA IMSS)”, con el que se otorgan, a personas mayores que viven o permanecen solas, con solo oprimir un botón previamente instalado, entre otros servicios de solicitar ayuda, contactar de inmediato a un familiar, envía al domicilio ambulancias o servicios públicos de seguridad.

A partir de septiembre de 2010 se enriqueció la infraestructura de prestaciones sociales con la puesta en operación del CASSAAM, único en su tipo a nivel nacional. En dicho Centro operan tres Procesos: 1) Atención al adulto mayor en dos áreas: Valoración Gerontológica y Servicios de Envejecimiento Activo; 2) Formación y capacitación de capital humano, y 3) Desarrollo de protocolos de investigación y diseño de modelos aplicativos.

Desde su apertura hasta diciembre de 2011, este Centro registra, por proceso, los siguientes resultados: En Atención: Área de Valoración: 817 adultos mayores referidos de las UMF 11, 23, 29, 36, 29 y 94, de los cuales 72 adultos mayores están en proceso de valoración gerontológica integral; 479 fueron dictaminados; 266 de acuerdo a la valoración efectuada se contrarrefirieron a su UMF, por no cubrir criterios para continuar su atención en el CASSAAM; se aplicaron 5,568 valoraciones distintas a los adultos mayores referidos.

En el área de Servicios de Envejecimiento Activo: se ingresaron 344 de adultos mayores ya valorados, se brindaron 4,889 intervenciones en talleres de adaptación a nuevas tecnologías, terapia ocupacional, memoria, recreación, higiene del sueño, entre otras, con 25,778 asistencias; por máximo beneficio terapéutico 52 personas fueron egresadas del Centro, con logros de recuperación en las áreas: Física 54 por ciento, (abandono de bastón, mayor seguridad al caminar, disminución del riesgo de caídas) mental 50 por ciento, (conocimiento del manejo de nuevas tecnologías, mejoría en cálculo y lenguaje, control de



medicamentos, adquisición de información para mejora del entorno en casa y comunidad); emocional 50 por ciento (resolución de duelos, adquisición mejores habilidades emocionales), social 49 por ciento (ampliación de redes sociales y familiares).

En esferas que no obtuvieron recuperación, los adultos mayores mantuvieron la funcionalidad con entrenamientos específicos y aditamentos. En Formación y capacitación de capital humano: 73 personas formadas en servicio social, prácticas profesionales y especialidades; 366 personas capacitadas en Plan Institucional GERIATRIMSS y Gerontología Básica; 48 agentes comunitarios formados como Promotores de Apoyo Gerontológico, Acompañantes y Cuidadores de Adultos Mayores.

En el rubro de Desarrollo de protocolos de investigación y modelos aplicativos se diseñaron 13 carteles derivados de protocolos de investigación y se participó en la elaboración de las GPC para la Evaluación Gerontológica Integral y la de Insomnio en el Adulto Mayor.

3.2.4.1 Inversión

Se detectó la necesidad de realizar acciones de obra para la ampliación, adecuación o modernización de las instalaciones de Prestaciones Sociales, ya que desde hace varios años presentan un grave deterioro, tanto por los factores ambientales como por el uso al que han sido destinados. Por lo anterior, se estableció como estrategia para incrementar la productividad y mejorar la atención a los usuarios de las UOPSI el Programa de Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales, Orientado al Reforzamiento de Infraestructura Inmobiliaria.

Del diagnóstico inicial de necesidades, resultaron 174 acciones de obra por un total de 1,549.3 mdp. Sin embargo, se priorizaron en etapas las necesidades, logrando la autorización presupuestal de 28.2 mdp para la Primera Etapa que integra las 6 siguientes obras:

- Se remodeló el CSS Tepic reubicando el taller de carpintería, se repusieron los acabados de pisos de baños públicos por loseta de cerámica, se reparó el piso de piedra, se repuso pódium de gimnasio y se construyeron gradas. En el Teatro se repuso piso de la explanada principal y madera de foro, se rehabilitaron acabados de madera de la sala y muebles de camerinos y se repuso la herradura metálica por aluminio.
- En el CSS Cadereyta Jiménez se remodeló la loza, se construyó alberca y cancha de fútbol rápido.
- Se remodelaron las aulas de actividades artísticas en el CSS Los Mochis.
- Se construyó alberca, chapoteadero, baños y vestidores en el CSS Nuevo Laredo.
- En el CSS Orizaba, se construyó alberca techada.
- Se construyó cubierta para la alberca del CSS Mérida.

Se integró la Segunda Etapa del Programa de Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales, Orientado al Reforzamiento de Infraestructura Inmobiliaria con una acción de obra prioritaria para cada Delegación.

Se logró una previsión presupuestal de 22.2 mdp para, mediante proceso licitatorio, adquirir bienes de inversión y equipar a nivel nacional los cursos de Belleza, Corte y Confección y Panadería y Repostería, a fin de brindar a los usuarios que reciben el servicio, una capacitación acorde con las demandas del mercado actual.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En aspectos de avances tecnológicos, en el periodo que abarca el 1° de Diciembre del 2006 al mes de agosto del 2010 se trabajó con el Sistema de Información de Prestaciones Sociales (SIPS), en el cual se registraba de manera general la productividad de los servicios que proporcionaba Prestaciones Sociales en cursos y actividades complementarias (campañas, pláticas, eventos, servicios, ligas deportivas, talleres y teatros); también se operaba el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) Smart Client, hasta diciembre del 2011, donde se registraba de manera nominal la inscripción y asistencia a cursos así como la emisión de fichas y pagos.

Se construyó un módulo WEB del SIPSI que se denominó SIPSI W@B SMA que remplazó las funciones del SIPS en julio del 2010.

A partir de 2011, se implementó un tablero para el control y seguimiento del registro mensual de metas, del programa anual, de inscritos a cursos y talleres de prestaciones sociales, así como para la difusión del reporte mensual, numeralia, e indicadores de desempeño.

3.3 Incorporación y Recaudación

Entre el 1 de diciembre de 2006 y el 31 de diciembre de 2011, el IMSS continuó aplicando diversas estrategias destinadas a incrementar la afiliación de trabajadores, consolidar su estrategia de fiscalización y revertir el deterioro de la cartera en mora, para salvaguardar los derechos de los trabajadores y aumentar la recaudación de ingresos por cuotas obrero patronales. 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.

3.3.1 Evolución de los trabajadores asegurados, cotizantes y salario base de cotización (SBC)

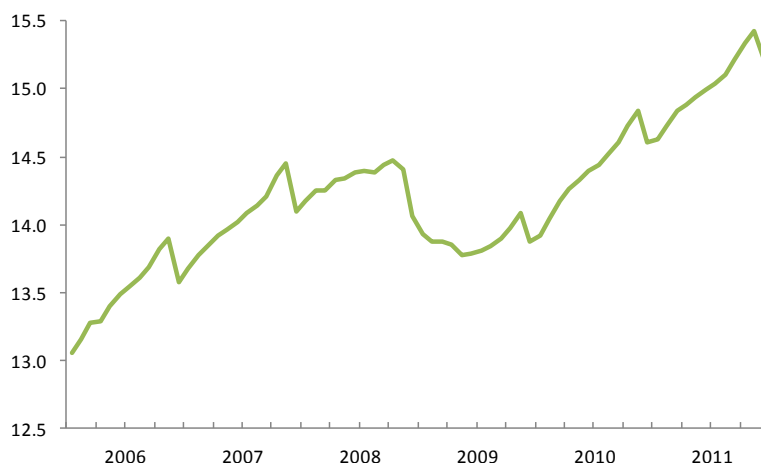
Diversos factores determinan el entorno en el que se enmarca el quehacer del IMSS en materia de incorporación y recaudación, entre los que se encuentran la evolución de la actividad económica y la dinámica del mercado laboral. Estos factores, a su vez, inciden en el número de trabajadores asegurados, en el SBC y en los ingresos que recauda el IMSS.

3.3.1.1 Trabajadores asegurados

Durante el periodo que se informa se ha incrementado el número de trabajadores asegurados en el Instituto, no obstante el impacto negativo que el entorno recesivo registrado durante el último trimestre de 2008 y 2009 tuvo sobre los niveles de empleo.

Al 31 de diciembre de 2011 el número de trabajadores permanentes y eventuales urbanos ascendió a 15'202,426 personas, nivel superior en 1'627,725 (12.0 por ciento) al registrado en diciembre de 2006, ver gráfica 3.1 DIR.

GRÁFICA 3.1 DIR, NÚMERO DE TRABAJADORES AFILIADOS AL IMSS, 2006-2011 ^{1/}
(MILLONES DE PERSONAS, AL CIERRE DE CADA MES)



^{1/} Trabajadores permanentes y eventuales urbanos.

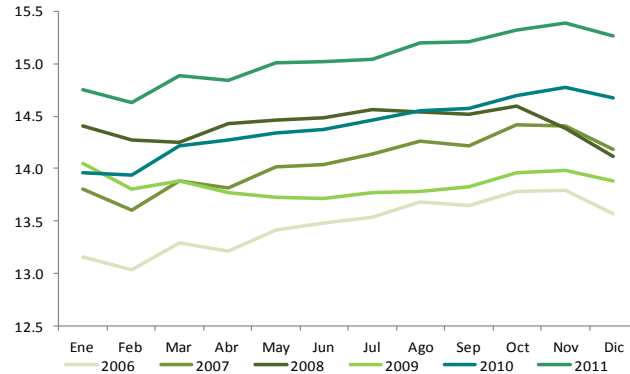
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

3.3.1.2 Cotizantes

La evolución positiva de los niveles de empleo se ha reflejado también en el aumento en el registro de cotizantes ante el Instituto. Así, en diciembre de 2011 el IMSS contaba con 15,260,368 cotizantes en las modalidades 10, 13 y 17 ⁹, es decir, 1,687,474 más que los registrados en el mismo mes de 2006, lo que se tradujo en un crecimiento del número de cotizantes de 12.4 por ciento, ver gráfica 3.2 DIR.

⁹ Modalidad 10, Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13, Trabajadores permanentes y eventuales del campo y Modalidad 17, Reversión de cuotas por subrogación de servicios.

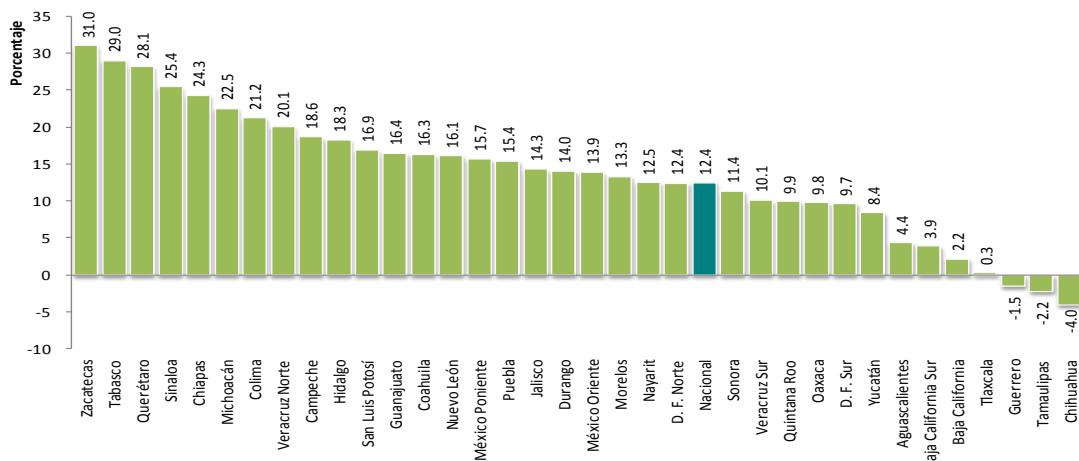
GRÁFICA 3.2, DIR EVOLUCIÓN DE COTIZANTES, 2006-2011
(MILLONES)



Nota.- Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

El aumento en el número de cotizantes se registró en 32 de las 35 delegaciones del Instituto, observándose reducciones del número de cotizantes sólo en las delegaciones Chihuahua, Tamaulipas y Guerrero, con decrementos de 4.0, 2.2 y 1.5 por ciento, respectivamente, ver gráfica 3.3 DIR.

GRÁFICA 3.3 DIR, VARIACIÓN PORCENTUAL ANUAL EN EL NÚMERO DE COTIZANTES, 2006-2011
(CIFRAS AL MES DE DICIEMBRE ^{1/})



^{1/} Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

3.3.1.3 Salario base de cotización (SBC)

En el lapso que comprende este Informe, el IMSS ha buscado facilitar y promover entre los patrones y sujetos obligados el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social, entre las que se encuentra el registrar a todos sus trabajadores con el SBC que perciben, es decir, con el salario real.

El registro correcto del SBC ante el Instituto es esencial, entre otros aspectos, para determinar las prestaciones que se cubren en los distintos ramos de aseguramiento contemplados en la LSS, así como para el cálculo correcto de las cuotas que deben pagar patrones y trabajadores, además de determinar la aportación que debe realizar el Gobierno Federal, con las cuales se contribuye a financiar la prestación de los servicios ofrecidos por el Instituto.

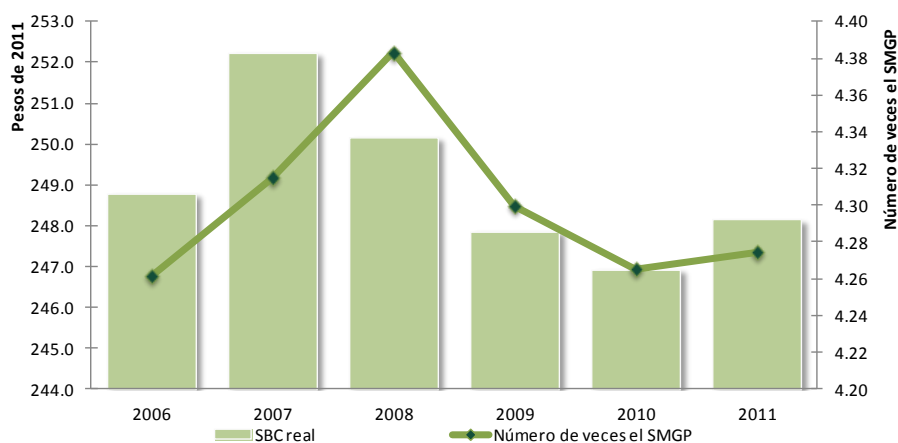
En diciembre de 2011, el SBC promedio se ubicó en 248.16 pesos diarios, lo que significó un incremento nominal del 23.8 por ciento respecto al nivel alcanzado en diciembre de 2006.

Al considerar la evolución del SBC en términos reales y en número de veces el salario mínimo general promedio (NVSMGP) en el lapso señalado, se puede observar que el SBC promedio decreció en 0.3 por ciento en términos reales, y medido en NVSMGP aumentó en 0.3 por ciento, como se aprecia en la gráfica 3.4 DIR.

Conviene precisar que la evolución del SBC se ha visto afectada por el impacto del entorno económico adverso que enfrentó la economía mexicana en el periodo señalado, 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 el mes de febrero de 2011 se registra un periodo de recuperación del SBC real,

con lo que a partir de dicho mes y hasta diciembre de 2011 se observa una brecha positiva entre el crecimiento salarial y la inflación anual de 0.9 puntos porcentuales, en promedio.

GRÁFICA 3.4 DIR, SBC, 2006-2011
(PESOS DE 2011 Y NÚMERO DE VECES EL SALARIO MÍNIMO (NVSM) ^{1/},
AL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO ^{2/})



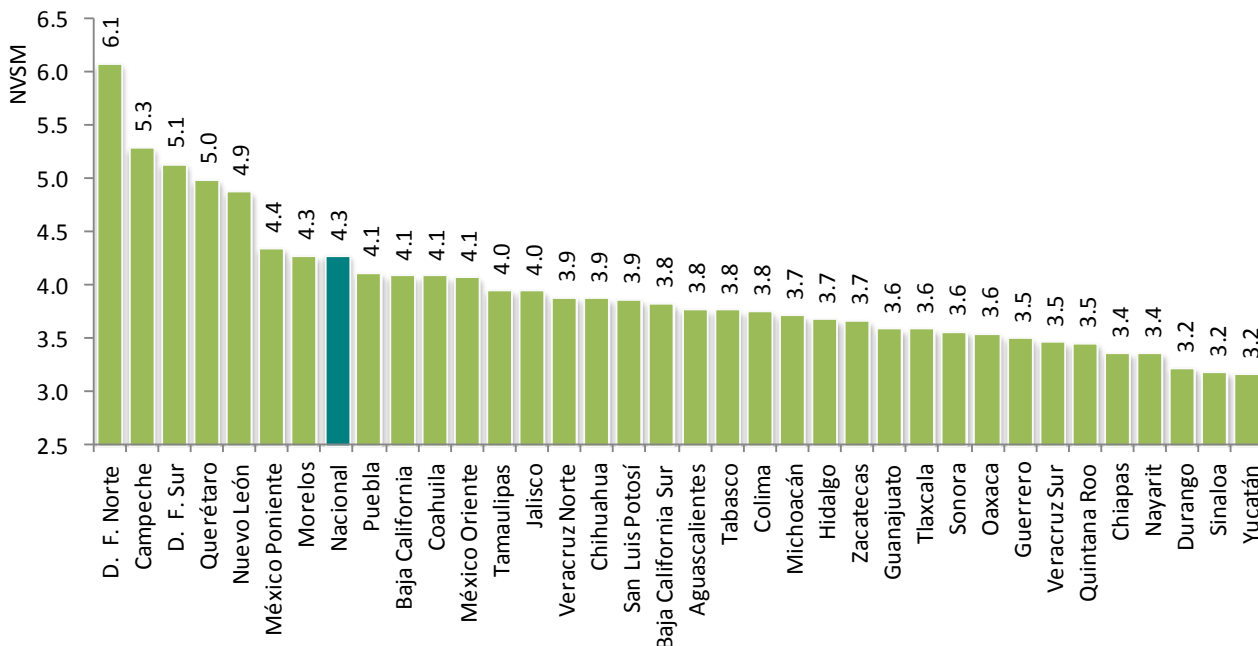
^{1/} Para el cálculo del salario mínimo de 2011 a nivel nacional y por delegación/subdelegación de adscripción al IMSS se considera el salario mínimo publicado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) para cada una de las tres zonas en las que se divide el país. En particular, a cada municipio del país se le asocia el salario mínimo de la zona a la que corresponde y el total del país/delegación/sub-delegación se pondera con el promedio de trabajadores permanentes y eventuales urbanos (TPEU) registrados. En 2011 la ponderación se realizó con el dato del mes de diciembre de 2011.

^{2/} Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

En la gráfica 3.5 DIR, se presenta el SBC en NVSM por delegación para 2011. Las delegaciones con un SBC en NVSM mayor al promedio nacional fueron: Distrito Federal Norte, Campeche, Distrito Federal Sur, Querétaro, Nuevo León, México Poniente y Morelos. Por otro lado, Chiapas, Nayarit, Durango, Sinaloa y Yucatán presentaron el SBC en NVSM más bajo a nivel nacional.

GRÁFICA 3.5 DIR, SBC EN NVSM POR DELEGACIÓN, 2011
(CIFRAS AL MES DE DICIEMBRE ^{1/})



^{1/} Las cifras se refieren al SBC de los cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

3.3.2 Emisión mensual anticipada (EMA)

La EMA contiene las propuestas que se hacen a los patrones para el pago de las cuotas obrero patronales, determinadas con base en el número de cotizantes afiliados ante el Instituto, su SBC y el número de días trabajados. En este sentido, la EMA es un reflejo de la evolución de la actividad económica y su impacto en el empleo y los salarios, así como de los esfuerzos realizados por el Instituto para incrementar el nivel de cobertura de la seguridad social.

La trayectoria positiva de los cotizantes y del SBC ha impactado favorablemente en las tasas de crecimiento anual de la EMA durante la presente Administración. Al cierre de 2011 el importe acumulado de la EMA ascendió a 169.7 miles de millones de pesos (mmp), cifra superior en 10.0 por ciento en términos reales a la observada en 2006.

3.3.3 Recaudación de ingresos obrero patronales

Los ingresos obrero patronales del Instituto se integran por la recaudación de cuotas en efectivo derivadas del pago de las cuotas obrero patronales, así como por otros ingresos asociados a estas mismas cuotas, por concepto de multas, recargos, actualizaciones, gastos de ejecución y capitales constitutivos. Adicionalmente, también se consideran las comisiones cobradas a las AFORE y al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT).

Para el ejercicio 2011 el H. Consejo Técnico autorizó inicialmente una meta de recaudación de ingresos obrero patronales de 163.8 mmp. Ante el cambio favorable en las expectativas de ingresos por el mayor número de cotizantes registrados durante el año, se autorizaron modificaciones a la meta de recaudación en las evaluaciones trimestrales. En la evaluación del primer trimestre se autorizó un aumento de 3.6 mmp en la meta de ingresos, y en la segunda uno de 4.6 mmp, con lo que finalmente la meta de ingresos obrero patronales para 2011 fue de 172.0 mmp, como se aprecia en el cuadro 3.1 DIR.

CUADRO 3.1 DIR, META DE INGRESOS 2011
(MILLONES DE PESOS)

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

No incluye al IMSS como patrón.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Como se muestra en el cuadro 3.2 DIR, la recaudación registrada al cierre de 2011 fue de 175.3 mmp, lo que representó un cumplimiento del 102.0 por ciento de la meta de la segunda evaluación y generó un excedente de 3.4 mmp respecto a dicha meta modificada.

CUADRO 3.2 DIR, CUMPLIMIENTO DE LA META DE LEY DE INGRESOS, 2006- 2011
(MILLONES DE PESOS)

Año	Meta HTC original	Meta HTC última evaluación	Recaudación observada	Porcentaje de cumplimiento	Variación porcentual de la recaudación observada respecto a 2006
2006	124,649.0	128,733.0	127,981.9	99.4	0.0
2007	133,827.0	137,301.7	139,045.5	101.3	4.5
2008	142,363.4	145,401.4	147,248.7	101.3	5.3
2009	152,913.4	147,454.7	148,557.1	100.7	0.9
2010	150,385.6	157,835.2	159,660.5	101.2	4.1
2011	163,799.6	171,962.6	175,335.0	102.0	10.5

No incluye al IMSS como patrón.

La variación de la recaudación observada se muestra en términos reales.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

En el lapso diciembre de 2006 al mismo mes de 2011, la recaudación de ingresos obrero patronales se incrementó en 10.5 por ciento en términos reales. Destaca la recuperación de los ingresos observada a partir del inicio de la recuperación de la actividad económica, principalmente en el ejercicio 2011, en el que la recaudación aumentó en 6.2 por ciento en términos reales, como se muestra en la gráfica 3.6 DIR.

**GRÁFICA 3.6 DIR,
CRECIMIENTO DEL PIB VS CRECIMIENTO DE LOS INGRESOS DEL IMSS, 2006-2011
(PORCENTAJES)**



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Conviene destacar, que no obstante que el IMSS ha logrado cumplir con las metas de recaudación establecidas en la Ley de Ingresos de la Federación, existen algunos elementos y riesgos que determinan y limitan de manera importante su capacidad para generar mayores niveles de recaudación de ingresos obrero patronales, como el incumplimiento en la afiliación de los trabajadores y en comunicar el salario que éstos perciben.

Si bien la reducción de los niveles de evasión y elusión es una tarea compleja y estructural, y parcialmente exógena a las funciones que desarrolla el Instituto, éste se ha abocado, en el ámbito de su competencia, en acometer importantes mejoras administrativas y de gestión tendientes a reducir la evasión y con ello acortar la brecha recaudatoria.

3.3.4 Incorporación y clasificación de empresas

Durante la presente Administración se han realizado esfuerzos sustantivos en materia de incorporación y de clasificación de empresas para incrementar la calidad e integridad de la información 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.

Al respecto destaca la incorporación de información clave para la identificación plena de patrones y derechohabientes, como son el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) y la CURP. Asimismo, se amplió significativamente la cobertura del Sistema de Acceso a los Derechohabientes, con objeto de facilitar el control de la vigencia de derechos y se mejoró el marco normativo mediante la actualización de cuatro procedimientos normativos en materia de clasificación de empresas, en diciembre de 2011, y la autorización del registro de un nuevo procedimiento para los trámites de modificaciones en el SRT.

3.3.4.1 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 fortaleció a partir de 2008. La incorporación del RFC y CURP ha permitido la identificación consistente de las personas morales y físicas, favoreciendo su seguimiento y control, así como el intercambio de información con otras Entidades de la Administración Pública.

A diciembre de 2011 se registra un avance sustancial, el 95.8 por ciento del total de patrones vigentes cuentan con RFC y el 94.6 por ciento de los patrones persona física cuentan con información de la CURP, cifras que se comparan favorablemente con las registradas en diciembre de 2008, de 67.3 y 37.6 por ciento, respectivamente.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Con relación al padrón de asegurados, a diciembre de 2011 cuentan con CURP el 85.0 por ciento de los 20.9 millones de asegurados únicos vigentes, el 69.6 por ciento de los 17.9 millones de beneficiarios registrados de asegurados vigentes, el 95.7 por ciento de los 2.0 millones de pensionados vigentes y el 36.7 por ciento de los 2.6 millones de beneficiarios de pensionados vigentes. Estas cifras representan un avance significativo respecto a lo alcanzado en diciembre de 2008, cuando se ubicaban, respectivamente, en el 68.7, 45.4, 38.0 y 19.8 por ciento.

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 del mes 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. La nueva 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, 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 Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) del IMSS (tanto en el número de métricas como en las dimensiones de interés)¹⁰; (ii) se mejoraron los tiempos de procesamiento, de días y en algunos casos de 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.¹¹

3.3.4.2 Registro de derechohabientes en la UMF

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 de Acceso a los Derechohabientes. Al cierre de diciembre de 2011, el sistema opera en las 1,231 UMF, con lo que se alcanzó una cobertura de 100.0 por ciento, mientras que a diciembre de 2006 el sistema operaba en 531 UMF y se tenía un 43.3 por ciento de cobertura.

El proceso de certificación de la vigencia de derechos no sólo cuenta con una mayor cobertura, sino que ha mejorado su eficiencia de manera sustantiva durante la presente Administración. 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.

¹⁰ Las métricas adicionales se refieren a estadísticas de derechohabientes potenciales; derechohabientes adscritos a UMF y a consultorio; número de registros patronales asociados a trabajadores asegurados; dinámica laboral de asegurados, como contrataciones y separaciones de puestos de trabajo, altas y bajas de registros patronales y SBC asociado a esta dinámica, e indicadores de permanencia anual de aseguramiento en el IMSS, entre otras. Las dimensiones adicionales se refieren al tipo de derechohabiencia (titulares versus beneficiarios), tipo de empleo (permanente/eventual, urbano/rural), parentesco de beneficiarios, género, rango de edad, rango salarial, clínica, consultorio, turno y entidad/municipio, entre otras.

¹¹ La estadística de incorporación del IMSS se difunde en la sección de Estadísticas de la página en Internet del Instituto en "De información Financiera, Presupuestaria y Estadísticas Institucionales", en "Consulta Dinámica (Cubos): <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/cubo.aspx>.

3.3.4.3 Determinación de la prima en el SRT

En relación con la presentación de la determinación de la prima en el SRT correspondiente a la revisión de la siniestralidad del ejercicio 2010, se recibieron 430,989 declaraciones durante 2011. De este total, 250,298 declaraciones (58.1 por ciento) fueron presentadas a través de Internet. Estas cifras se comparan favorablemente con las registradas del ejercicio 2006 -recibidas en 2007-, periodo en el que se recibieron 511,730 declaraciones, de las cuales únicamente 99,489 (19.4 por ciento) fueron presentadas a través de Internet.

Cabe destacar que durante el proceso de determinación de la prima en el SRT por el ejercicio 2010, se emitieron un total de 164,387 resoluciones por concepto de rectificación y determinación de la prima, cifra 220 por ciento superior respecto a las resoluciones emitidas en el ejercicio 2006. Producto de la rectificación de la prima en el SRT, en el año 2011 se obtuvieron recursos adicionales por 1,832 mdp, monto que representa el 8.0 por ciento de las cuotas emitidas por concepto de dicho seguro.

Con objeto 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, el 97.2 por ciento cumplió con la presentación de la determinación de la prima en 2011, cifra que se ubicó en el 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, cuyos resultados generales se denominan Información Básica Anual de Riesgos de Trabajo, durante 2011 se desarrollaron los

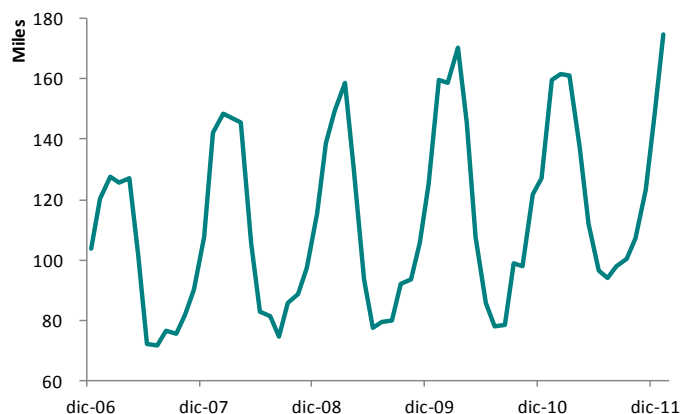
mecanismos informáticos necesarios para que dichos movimientos patronales se concentren en un repositorio que contenga para cada registro patronal la secuencia cronológica correspondiente, esto es, movimientos que originen un cambio de clase, fracción y/o prima, con lo cual se podrá realizar un mejor análisis en materia de clasificación de empresas y determinación de la prima en el SRT.

3.3.4.4 Trabajadores Eventuales del Campo (TEC)

Al 31 de diciembre de 2011 se encontraban registrados 147,909 TEC, cifra que representa un incremento de 42.5 por ciento respecto a los TEC registrados al cierre del 2006 (103,791). Cabe destacar que el empleo en el campo reporta un comportamiento estacional, en el que el mayor número de trabajadores eventuales se alcanza en los meses de febrero y marzo, y el menor registro se presenta alrededor de julio de cada año, mientras que en septiembre comienza la fase ascendente.

En 2011, el nivel máximo de 161,817 TEC se reportó en febrero, en tanto que el nivel mínimo de 93,884 de trabajadores se registró en julio, ver gráfica 3.7 DIR.

GRÁFICA 3.7 DIR, TEC, 2006-2011
(MILES)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Para apoyar a este sector, el 24 de julio de 2007 se publicó por el Ejecutivo Federal en el 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: 24 de enero y 30 de diciembre de 2008, y 28 de diciembre de 2010, esta última con vencimiento el 31 de diciembre de 2012. Las reglas para la aplicación del Decreto aprobadas por el H. Consejo Técnico, se publicaron en el DOF el 21 de septiembre de 2007¹².

El Decreto exime parcialmente a los patrones del campo, así como a los TEC, 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 SBC sea superior a 1.68 veces el salario mínimo general.

El esquema de apoyo al campo también prevé el facilitar la afiliación de los TEC, 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.

Asimismo, se ha promovido la regularización de los patrones con TEC, mediante la implementación de facilidades administrativas, como el dictamen de contador público autorizado y el Programa Especial de Auto Corrección de Patrones del Campo. A través de estos instrumentos, durante 2011 se corrigieron 1,289 patrones del campo y 48,303 trabajadores.

¹² Acuerdo ACDO-HCT-150807/336.P (DIR), relativo a las Reglas a que se refiere el Decreto publicado el 24 de julio de 2007, por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones del campo y TEC, publicado en el DOF el 21 de septiembre de 2007.

3.3.4.5 Incentivos al cumplimiento voluntario

En el marco del Convenio de Colaboración Administrativa firmado el 7 de septiembre de 2010, por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) y el IMSS, 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.

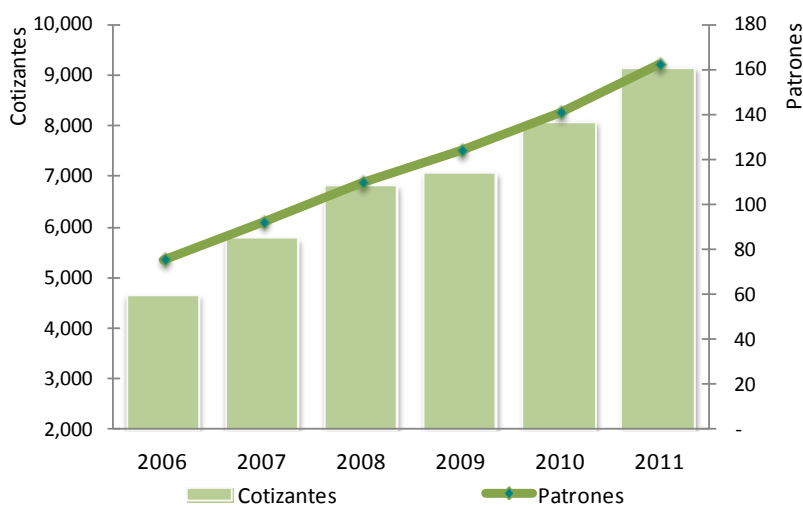
El reconocimiento de la FIEL por parte del Instituto, a partir de enero de 2011, simplifica los trámites que tienen que realizar los patrones ante distintas instancias de la Administración Pública, lo que aunado a la ampliación de la vigencia de la FIEL a un periodo de cuatro años, como parte de las disposiciones administrativas incorporadas en el Decreto que expidió el Ejecutivo Federal el 30 de junio de 2010 relativo a diversas facilidades administrativas, permite reducir los costos administrativos de las empresas y promover un mayor nivel de cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social.

El Instituto ha apoyado, durante el lapso informado, la operación del portal www.tuempresa.gob.mx de la Secretaría de Economía, 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.

Cabe destacar que más de 95 millones de movimientos afiliatorios presentados ante el Instituto durante 2011 se realizaron a través del IDSE, lo que representa el 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 mmp, lo que significó el 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 115.3 y 96.1 por ciento, respectivamente, ver gráfica 3.8 DIR.

GRÁFICA 3.8 DIR,
PATRONES Y COTIZANTES CON PAGOS EN PORTAL BANCARIO, 2006-2011
(MILES)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

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.

El 1 de enero de 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 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 4.0 millones de asegurados registrados y se habían entregado 6.3 millones de reportes.

3.3.5 Reducción de cartera en mora

Para mejorar la gestión de la cartera en mora, revertir su crecimiento y asegurar la correcta aplicación de los criterios normativos en los procedimientos operativos en la materia, las acciones que ha desarrollado el Instituto se han dirigido a eficientar los mecanismos de cobro, asegurar la correcta identificación y clasificación de los créditos, automatizar los procesos operativos y de gestión existentes, así como revisar el marco jurídico y el sustento legal de las acciones de cobranza. Lo anterior ha permitido mejorar los índices de recuperación de los créditos fiscales y reducir la cartera en mora medida en días de emisión durante la presente Administración.

3.3.5.1 Emisión 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 2009 inició la aplicación de la Emisión de Créditos Fiscales a Patrones Omisos.

3.3.5.2 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 por incidencia para la clasificación y reordenamiento de la cartera, y la reposición por créditos fiscales de los adeudos basados en propuestas, para darle certidumbre a los derechos de cobro del Instituto.

En 2011 se continuó trabajando en el diseño y 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, en la definición de su alcance final y se realizaron las primeras pruebas funcionales.

3.3.5.3 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 Técnico¹³, ha sido una herramienta eficaz para promover la regularización de la situación fiscal de los patrones que desean regularizar sus adeudos, pero que no cuentan con los recursos para cumplir el requisito que establece el artículo 141 del Código Fiscal de la Federación. Por ello,

¹³ Acuerdos 250309/57 del 25 de marzo de 2009, 270110/2 del 27 de enero de 2010, 290910/305 del 29 de septiembre de 2010 y 261011/297 del 26 de octubre de 2011.

durante la presente Administración se benefició con esta facilidad administrativa a los patrones.

En el transcurso de 2011 se formalizaron 1,284 convenios de pago a plazos por un monto de 81.2 mdp, de los cuales 69.2 mdp correspondieron a cuotas obrero-patronales, 2.5 mdp a actualizaciones y 9.5 mdp a recargos. El monto total fue menor en 63.8 por ciento, en términos reales, al observado en 2010.

Mediante la publicación del artículo 16 apartado C de la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011, en el DOF del 15 de noviembre de 2010, y del acuerdo ACDO.SA3.HCT.081210/383.P.DIR, 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 ante el Instituto, dependiendo los porcentajes de condonación 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 impuestas en términos de la LSS y sus reglamentos, y se aplicó a los adeudos generados hasta el 30 de junio de 2010.

3.3.5.4 Resultados de la gestión

Para el ejercicio de 2011 se continuó con el énfasis en la recuperación de la cartera de años anteriores, estableciéndose una meta de recaudación por este concepto de 1,039.8 mdp, cifra superior en 47.5 por ciento real, 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 el 100.8 por ciento de la meta de dicho periodo, como se muestra en el cuadro 3.3 DIR.

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 Ley de Ingresos de 2011.

CUADRO 3.3 DIR,
CUMPLIMIENTO DE LA META DE RECUPERACIÓN DE AÑOS ANTERIORES 2007-2011
(MILLONES DE PESOS)

Año	Meta	Observado	Cumplimiento
2007	1,822.8	369.1	20.2
2008	1,000.0	304.1	30.4
2009	941.5	506.5	53.8
2010	981.6	674.7	68.7
2011	1,039.8	1,047.8	100.8

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

Por su parte, la cartera en mora al cierre de 2011 se ubicó en 17,339.8 mdp, cifra 3.9 por ciento superior, en términos reales, a la observada en diciembre de 2006. Medida en días de emisión, ésta fue de 28.37 días, lo que se compara favorablemente con los 33.06 días registrados en diciembre de 2006, como se observa en el cuadro 3.4 DIR.

CUADRO 3.4 DIR, MORA EN DÍAS DE EMISIÓN 2006-2011
(MILLONES DE PESOS)

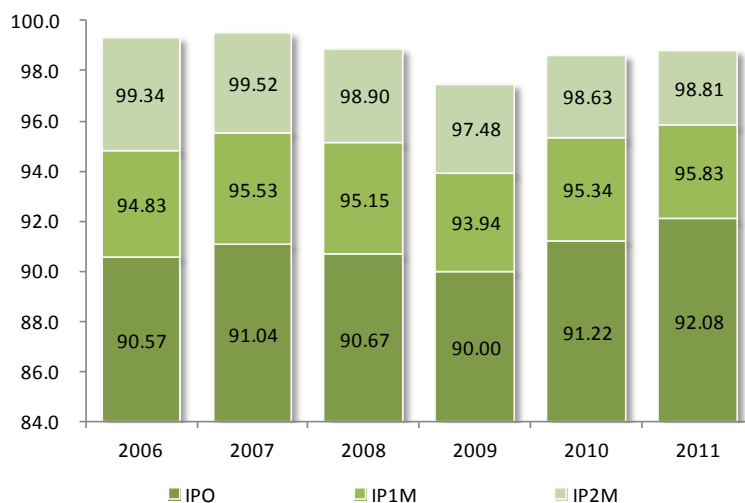
Año	Mora	Emisión diaria	Mora en días
2006	13,450.6	406.9	33.06
2007	13,462.7	450.7	29.87
2008	14,569.3	474.6	30.70
2009	16,379.7	510.3	32.10
2010	17,425.0	556.7	31.30
2011	17,339.8	611.2	28.37

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

Para el ejercicio 2011 las metas de índices de pago comprometidas fueron de 91.44 para el Índice de Pago Oportuno (IPO), 95.45 para el Índice de Pago a Primer Mes (IP1M) y 98.85 para el Índice de Pago a Segundo Mes (IP2M). Durante los meses de enero a noviembre de 2011 se logró cumplir con las metas con índices observados de 92.08 para el IPO, 0.71 puntos mayor al índice observado en el mismo periodo de 2010; 95.83 para el IP1M, cifra superior en 0.50 puntos a la observada en 2010, y para el IP2M se observó un nivel promedio de 98.81, lo que refleja un crecimiento de 0.19 puntos con respecto a la cifra de 2010, ver gráfica 3.9 DIR.

La evolución de los índices de pago refleja una mejora, entre 2006 y 2011, de 1.56 puntos en el IPO y de 1.04 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 3.9 DIR, ÍNDICES DE PAGO 2006-2011
(PORCENTAJES)**



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

3.3.6 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, no sólo para asegurar el acceso a la protección social de los trabajadores y sus familias, y para financiar los servicios que proporciona el IMSS a la población, sino también porque al registrarse el fenómeno de la evasión, dejan de cumplirse requisitos básicos de equidad en el financiamiento de la seguridad social, esto es, que aquellos obligados al pago de cuotas obrero patronales cumplan con dicha obligación.

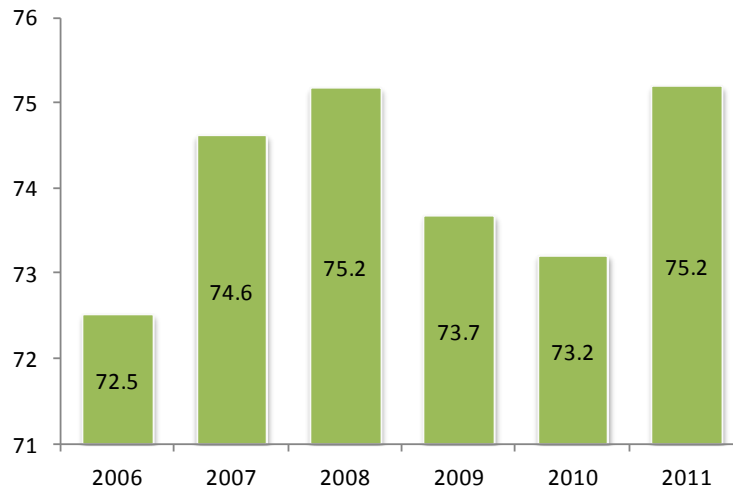
Esta estrategia considera el fomento del cumplimiento voluntario de las obligaciones en materia de seguridad social, la programación y selección de actos de fiscalización con base en criterios de riesgo y costo/beneficio, la sistematización de los procesos de fiscalización, la optimización y supervisión 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 en la presente Administración lograr avances en la reducción de la brecha recaudatoria, lo cual se ve reflejado en la evolución de la cobertura de los cotizantes al IMSS.¹⁴ 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 3.10 DIR.

¹⁴ El indicador de cobertura muestra la relación entre el total de cotizantes no agropecuarios registrados en el IMSS, respecto al total de trabajadores subordinados y remunerados no agropecuarios en micronegocios con local y en pequeños, medianos y grandes establecimientos -excluyendo a trabajadores agropecuarios, en el Gobierno y no especificados- de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del INEGI. La comparación de los datos correspondientes a la ENOE con respecto a los propios del IMSS debe considerarse con las correspondientes reservas, ya que ambos cubren universos distintos de trabajadores. La ENOE es una encuesta que se realiza a los miembros de los hogares que componen la muestra seleccionada; por su parte la base de datos del Instituto comprende únicamente a los trabajadores con relación laboral subordinada que han sido registrados por sus patrones y cotizan en el Instituto.

GRÁFICA 3.10 DIR

**NIVEL DE COBERTURA DE COTIZANTES NO AGROPECUARIOS VS TRABAJADORES
SUBORDINADOS Y REMUNERADOS NO AGROPECUARIOS 2006 - 2011
(PORCENTAJE)**



Nota: Los datos correspondientes a los cuatro trimestres de los años 2010 y 2011 contienen los datos ajustados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con base en la información del CENSO 2010. Los datos son preliminares debido a que CONAPO no ha concluido el periodo de revisión del CENSO y el INEGI presentó los datos con ajustes propios. La serie contiene la información de acuerdo a los factores de expansión del CENSO 2005 para los trimestres 2006-I a 2009-IV, los cuatro trimestres de los años 2010 y 2011 han sido ajustados con base en el cálculo propio de INEGI de los factores de expansión del CENSO 2010.

Para el IMSS cotizantes no agropecuarios. Para la ENOE trabajadores subordinados y remunerados no agropecuarios, excluyendo trabajadores en el sector gobierno, en micronegocios sin local, otros y no especificado.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, con datos del IMSS e INEGI-ENOE.

3.3.6.1 Combate a la evasión fiscal

En el marco de la estrategia desarrollada para el combate a la evasión fiscal, el Instituto ha enfocado su actuación en los sectores y patrones que presentan los mayores riesgos en términos fiscales, como son los prestadoras de servicios de personal, empresas con incumplimientos en dictamen para efectos del Seguro Social, empresas de limpieza, de seguridad privada, compañías transportistas, hoteles y equipos deportivos profesionales, entre otros.

Mediante la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con las mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares, se ha logrado mejorar la efectividad de la programación de los actos de fiscalización.

En el ejercicio de las facultades de comprobación del Instituto, durante 2011 se notificaron 6,576 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y en materia de construcción), con lo que al 31 de diciembre de 2011 un total de 3,049 actos se encontraban en proceso y 3,527 fueron concluidos.¹⁵

Asimismo se recibieron 2,075 denuncias y 13,658 solicitudes de investigación, emitiendo para su atención 11,765 revisiones conforme al artículo 17 de la LSS y 1,543 visitas específicas. Estas cifras representan un incremento respecto a los resultados de ejercicios anteriores: en relación con lo registrado en 2008, los actos notificados se incrementaron en 38.0 por ciento, en tanto que los casos concluidos lo hicieron en 49.2 por ciento.

Asimismo, en los dos últimos años las denuncias presentadas ante el Instituto se incrementaron en 42.7 por ciento y las solicitudes de investigación lo hicieron en 5.2 por ciento.

3.3.6.2 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.¹⁶

¹⁵ Se incluyen prestadores y beneficiarios de servicios de personal.

¹⁶ Las reformas a la LSS publicadas en el DOF el 9 de julio de 2009 incluyeron la adición de un segundo párrafo al artículo 75 de la Ley, por el cual se estableció que para efectos de la clasificación en el SRT, tratándose de los patrones a los que



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Para implementar lo dispuesto en el artículo 15-A de la LSS, el H. Consejo Técnico aprobó la emisión de dos instrumentos: 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 se puso a disposición de las empresas de *outsourcing* (patrones) y beneficiarios 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 el SAT, para identificar aquellos patrones con posibles conductas de evasión o elusión, para prevenir que las empresas prestadoras de servicios de personal y sus beneficiarios eludan el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social.

Al cierre de 2011 se tenían terminados un total de 726 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y visita específica) a patrones de *outsourcing* y un total de 446 se encontraban en proceso. Del total de actos terminados, el 60 por ciento (436) se terminaron con resultados.

se refiere el artículo 15-A, y a solicitud del patrón, el Instituto le asignará un Registro Patronal por cada una de las Clases que así se requiera, de las señaladas en el artículo 73 de la Ley, con el que realizará la inscripción de sus trabajadores a nivel nacional.

Para combatir las prácticas de los despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas abusivos de sustitución laboral a través de distintos esquemas de suministro de personal, en el mes de julio de 2010 se inició el envío de oficios a los clientes de dichos despachos, para promover su regularización fiscal. Durante 2011 se iniciaron 507 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 investigación más de 465 casos.

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 diciembre de 2011 se habían notificado 3,347 presunciones de irregularidad a prestadoras de servicios de personal y beneficiarios de éstos, de los cuales 194 regularizaron su situación con la presentación de la información de sus contratos, 765 aclararon el requerimiento, 236 no lo atendieron por lo que procedió imponer la sanción correspondiente y 2,152 se encontraban en proceso de atención.

Asimismo, se iniciaron 125 revisiones internas de dictamen a empresas prestadoras de servicios, de las cuales 86 se encontraban en proceso de revisión al 31 de diciembre de 2011 y 39 fueron concluidas.

3.3.6.3 Mejora de la coordinación institucional

Para contar con mayor información de otros organismos fiscales y dependencias externas que contribuya a incrementar la presencia fiscal del Instituto, el 7 de septiembre de 2010 se firmó un convenio de colaboración entre el SAT y el IMSS, por medio del cual se establecen las bases de colaboración para el intercambio de información administrativa y fiscal que obtengan en la realización de sus funciones, contenida en las bases de datos con las que cuenten como resultado del ejercicio de las mismas.

Este convenio contempla nuevos criterios que amplían el alcance de la colaboración entre el referido organismo y el Instituto, y optimiza el intercambio de información mediante la definición de nuevos canales y medios de atención institucionales.

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 su Secretaría de Finanzas. 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.

Por otra parte, con objeto de fortalecer las acciones conjuntas entre el INFONAVIT y el IMSS, el 5 de julio de 2011 se firmó un 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.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

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.

Entre los sectores que han sido sujetos a actos de auditoría por parte del IMSS y otras instancias administrativas se encuentra, como ya se mencionó, el de prestación de servicios de personal. En este contexto, se han llevado a cabo, a partir de mayo de 2010, diversos procedimientos conjuntos de 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, y 125 de 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. Por su parte, conjuntamente con el SAT se han realizado 4 auditorías a prestadores de servicios de personal, 7 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.

Cabe destacar que dentro de las actividades que se han realizado de manera conjunta con el SAT, el INFONAVIT y la STPS, en 2010 se participó en la elaboración de un estudio denominado “Evasión en el Pago del Impuesto Sobre la Renta sobre Nóminas a través de Terceros,” realizado por la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el cual se analizaron las conductas de terciarización en la prestación de servicios de personal.

De acuerdo con el estudio, a partir de 2009 se observó un decremento en los índices de evasión sobre la nómina a través de terceros, por tres razones: efecto de la crisis global 2008 que se reflejó en la caída de los salarios; reformas legales, y políticas de fiscalización que combaten de manera directa a la elusión y evasión fiscal.

3.3.6.4 Corrección y dictamen

Durante la presente Administración 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.

Al cierre de diciembre de 2011 se habían emitido 41,444 promociones y 5,610 invitaciones a la corrección, cifras superiores en 22.9 por ciento y 35.2 por ciento, respectivamente, a las registradas al cierre de 2006, ver el cuadro 3.5 DIR.

CUADRO 3.5 DIR
PROGRAMAS DE REGULARIZACIÓN VOLUNTARIA, 2006-2011

Año	Promociones	Invitaciones
2006	33,728	4,149
2007	36,127	4,685
2008	21,750	2,951
2009	19,850	2,700
2010	24,953	3,101
2011	41,444	5,610

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En materia de dictamen, se implementaron a partir de 2008 el Sistema Único de Dictamen (SUDI) y del Sistema Nacional de Dictamen (SINADI). A través de estos sistemas se facilita a los 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, y la presentación del aviso para dictaminar y del dictamen, entre otros. Asimismo, se avanzó en el desarrollo del proyecto SUDI-Net, por el que será posible la presentación del dictamen en línea.

Al cierre de diciembre de 2011 se recibieron 13,564 avisos de dictamen y 13,052 dictámenes, cifras que representan incrementos de 5.3 por ciento y 13.5 por ciento, respectivamente, en relación a los resultados obtenidos en 2006 (cuadro 3.6 DIR).

**CUADRO 3.6 DIR,
DICTÁMENES RECIBIDOS, 2006-2011**

Año	Avisos de dictamen	Dictámenes recibidos
2006	12,879	11,503
2007	13,372	12,137
2008	13,606	12,903
2009	13,552	12,995
2010	13,395	12,401
2011	13,564	13,052

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

Con relación 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. Con relación al cierre de 2006, estas cifras significan incrementos de 12.9 por ciento y 19.8 por ciento, respectivamente (cuadro 3.7 DIR).

CUADRO 3.7 DIR, CPA 2006-2011

Año	CPA registrados	CPA vigentes
2006	6,524	4,221
2007	6,741	4,412
2008	6,892	4,555
2009	7,066	4,728
2010	7,229	5,028
2011	7,367	5,058

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

Cabe destacar la publicación en el DOF, el 4 de mayo de 2011, del Acuerdo ACDO.SA3.HCT.270411/120.P.DIR, dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión celebrada el 27 de abril de 2011, con el que se aprobó la utilización de la FIEL y su respectivo Certificado Digital, expedidos por el SAT, para que los CPA, 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 podrán presentar el dictamen en línea, una vez que se libere e implemente el sistema.

3.3.6.5 Industria de la construcción

A través del Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC), que inició su operación en 2008, 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. En septiembre de 2010 finalizaron las adecuaciones al sistema para mejorar su operación, actualizar y simplificar sus formatos, y garantizar la integridad de la información proporcionada por los patrones.

El 8 de abril de 2011 se publicó en el DOF el Acuerdo SA1.HCT.240210/41.P.DIR emitido por el H. Consejo Técnico, 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; asimismo, con esta fecha se liberó la actualización al SATIC, la cual contiene las modificaciones a los formatos antes señalados.

En 2011 se registraron 129,161 obras y fases de construcción en el SATIC, lo que se compara favorablemente con la información reportada en el sistema en 2009 de 94,657 obras y fases de construcción (cuadro 3.8 DIR).

**CUADRO 3.8 DIR,
REGISTROS EN EL SATIC, 2008-2011**

Año	Obras registradas	Fases de obras registradas
2008	6,871	1,832
2009	71,161	23,496
2010	77,737	39,779
2011	77,996	51,165

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Con lo anterior, se avanzó en la automatización del cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones establecidas en el Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado, dando fortaleza y 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.

3.3.6.6 Incentivos al cumplimiento voluntario

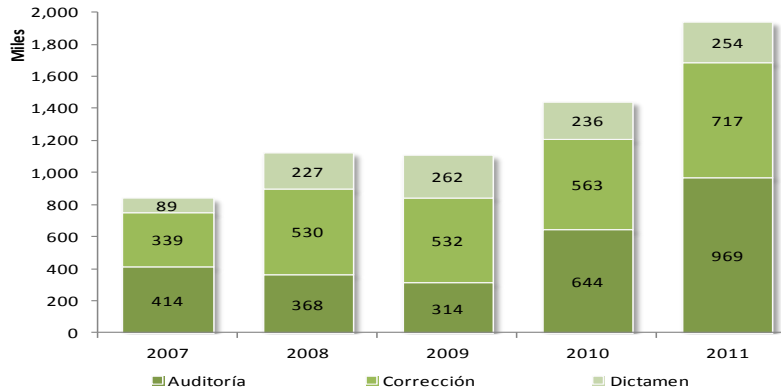
El 30 de junio de 2010 se publicó en el DOF el decreto que expidió el Ejecutivo Federal por el que se otorgan diversas facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria, entre las cuales se encuentra la opción de no presentar el dictamen de cumplimiento de las obligaciones de seguridad social ante el IMSS, siempre que los patrones que opten por esta facilidad, presenten la información en los plazos y medios que, mediante reglas de carácter general, establezcan las autoridades fiscales. En consecuencia, 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.

3.3.6.7 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, ver gráfica 3.11 DIR.

GRÁFICA 3.11 DIR, INGRESOS POR FISCALIZACIÓN, 2007-2011
(MILLONES DE PESOS A PRECIOS DE 2011)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

3.3.7 Mejora regulatoria y en la atención a trámites y servicios

En materia de incorporación y recaudación, el Instituto 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 beneficio de la población derechohabiente.

Al cierre de 2006 se contaba en esta materia con 111 documentos normativos, entre procedimientos, instructivos y normas, cifra que a diciembre de 2011 disminuyó a 96, lo que representa una reducción del 13.5 por ciento. La menor carga administrativa ha sido posible al haberse privilegiado la simplificación y eliminación de documentos normativos, y mediante la consolidación de procesos operativos con objetivos y actividades similares.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el marco de la iniciativa del Gobierno Federal para promover la apertura rápida de empresas, en 2009 se llevó a cabo la unificación de los trámites y formatos de inscripción patronal inicial e inscripción de las empresas en el SRT, con lo cual se simplificó el trámite que los patrones y demás sujetos obligados deben llevar a cabo ante el Instituto y se redujeron los datos solicitados.

Asimismo, se inició la operación del Sistema de Alta Patronal a través del portal tuempresa.gob.mx, administrado por la Secretaría de Economía, por medio del cual el patrón puede realizar en Internet, desde su empresa o cualquiera otra ubicación, la primera fase del proceso de alta patronal y obtener una cita para presentarse en la subdelegación de control que le corresponde, a efecto de concluir el trámite de manera presencial.

Cabe destacar también la conclusión durante 2011 de la implantación de la mejora de tres trámites de alto impacto para los usuarios de servicios médicos: solicitud de registro de beneficiarios, solicitud de cambio de unidad médica de adscripción, y autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea.

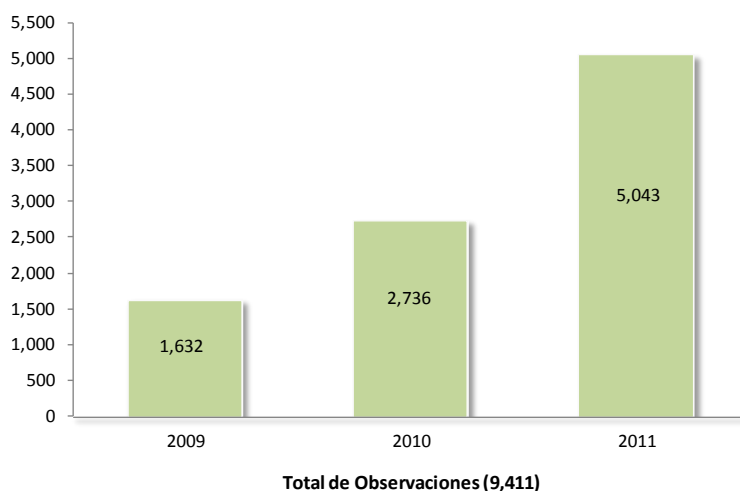
Los cambios implementados a estos trámites han permitido mejorar la calidad de la atención a los derechohabientes, mediante la homologación de los requisitos en todas las fuentes de información, la actualización de la normatividad y la capacitación del personal. También se facilitará el proceso de atención mediante la integración de la credencial ADIMSS (Acreditación del Derechohabiente del IMSS) como medio de identificación de los usuarios de los servicios del Instituto.

Adicionalmente a las mejoras señaladas, en el año 2006 se inició la instalación de los Módulos de Recepción y Atención Integral en las subdelegaciones del Instituto, mediante los cuales se organiza la atención y se brinda orientación inicial a los patrones, asegurados y derechohabientes que realizan trámites y solicitan servicios ante el Instituto. Durante 2007 se atendieron a 5.3 millones de usuarios, en tanto que en 2011 fueron atendidos 7.5 millones, lo que representa un incremento en la atención del 41.5 por ciento.

3.3.8 Acciones de supervisión a la operación

De julio de 2009 a diciembre de 2011 se realizaron 80 visitas de supervisión y seguimiento a los órganos de operación administrativa desconcentrada. Con motivo de estas visitas se generaron 9,411 observaciones correspondientes a las áreas de afiliación vigencia, cobranza, auditoría a patrones y otros procesos administrativos, de las cuales han sido atendidas al 31 de diciembre de 2011 el 78 por ciento (gráfica 3.12 DIR).

GRÁFICA 3.12 DIR
OBSERVACIONES GENERADAS EN LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN 2009-2011



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

De igual forma, se han instrumentado acciones concretas para fortalecer la coordinación de las áreas normativas de Incorporación y Recaudación con las áreas desconcentradas y con los entes fiscalizadores del Instituto, con el fin de coadyuvar en los procesos que éstos llevan a cabo para vigilar el adecuado cumplimiento de las disposiciones normativas.

Con motivo de las visitas realizadas, se presenta al personal directivo delegacional un informe sobre las principales conclusiones y recomendaciones, en el cual se incluyen las situaciones en las que se detectan desviaciones en la aplicación del marco normativo.

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 de RIIMSS. De junio de 2009 a diciembre 2011 se turnaron a las instancias competentes 47 denuncias y 10 quejas.

3.3.9 Programas de apoyo a la economía y 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.

3.3.9.1 Programa primer empleo (PPE)

En el “Decreto que establece las directrices generales para dar cumplimiento al Programa Primer Empleo”, publicado en el DOF el 23 de enero de 2007, se estableció que el gobierno otorgaría un subsidio hasta por doce meses a la parte de las cuotas obrero patronales causadas a cargo de los patrones al contratar trabajadores adicionales de nuevo ingreso e inscribirlos en el IMSS. Dicho subsidio puede ser entre el 20 por ciento y el 100 por ciento de las cuotas dependiendo del SBC del trabajador.

Con la publicación el 14 de noviembre de 2011, del “Decreto por el que se modifica el diverso que establece las directrices generales para dar cumplimiento al Programa Primer Empleo, publicado el 23 de enero de 2007”, se amplía la vigencia del programa hasta el 30 de septiembre de 2012 para la inscripción de patrones y el registro de trabajadores. Además, se da acceso no sólo a los trabajadores permanentes adicionales sin antecedentes laborales, sino también a aquéllos que desde el 15 de enero de 2008 no hayan estado asegurados por más de nueve meses consecutivos con un mismo patrón, y se anticipa un mes el pago del subsidio.

Desde el inicio del PPE y hasta el 31 de diciembre de 2011 se inscribieron 23,025 empresas y se registraron 85,828 trabajadores (cuadro 3.9 DIR).

CUADRO 3.9 DIR, REGISTROS EN EL PPE, 2007 - 2011
(REGISTROS PATRONALES Y TRABAJADORES)

Año	Registros patronales inscritos	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
Total	23,025	85,828

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación.

Los gastos generados por el Programa desde su inicio, en marzo de 2007 y hasta diciembre de 2011, ascendieron a 244.0 mdp: 184.0 mdp de pago de subsidio y 60.0 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 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y las comisiones bancarias por las transferencias realizadas para el pago del subsidio.

Al mes de diciembre de 2011, el saldo del fondo de reserva constituido al inicio del programa con las trasferencias del Gobierno Federal es de 1,043.9 mdp, ver cuadro 3.10 DIR.

CUADRO 3.10 DIR, SALDO DEL FONDO DE RESERVA DEL PPE 2007- 2011
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	Acumulado
Ingresos	1,052.2	73.8	65.5	49.1	47.2	1,287.8
Transferencias	999.9	0.0	0.0	0.0	0.0	999.9
Intereses cobrados	52.3	73.8	65.5	49.1	47.2	288.0
Gastos	-60.2	-47.6	-50.7	-38.7	-46.9	-244.0
Subsidio pagado	-0.3	-47.5	-50.6	-38.7	-46.8	-184.0
Gastos de operación	-59.8	-0.1	0.0	0.0	0.0	-60.0
Saldo acumulado	992.1	1,018.3	1,033.1	1,043.5	1,043.9	1,043.9

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

3.3.9.2 Programa de apoyo a la economía

En el mes de marzo de 2008 el Ejecutivo Federal presentó el Programa de Apoyo a la Economía, en el que se incluía el “Decreto por el que se exime parcialmente del pago de las cuotas patronales a que se refiere la Ley del Seguro Social”¹⁷, el cual, con el fin de contribuir de forma directa a una mayor generación de empleos y reducir el costo de la nómina de las empresas, estableció un beneficio equivalente al cinco por ciento en el pago de las cuotas obrero

¹⁷ DOF del 4 de marzo de 2008

patronales previstas en la LSS a cargo de los patrones, que se causaran a partir del 1 de marzo de 2008 y hasta diciembre del mismo año.

Para dar cumplimiento a lo previsto en el Programa, el Instituto realizó adecuaciones a la EMA y al SUA, a fin de facilitar a los patrones la aplicación del beneficio. Adicionalmente se elaboraron los Lineamientos Operativos para dar cumplimiento al Decreto del Ejecutivo Federal, los cuales fueron publicados en el DOF. A diciembre de 2009, el costo del Programa para el Gobierno Federal ascendió a 1,983.8 mdp.

3.3.9.3 Acuerdo nacional en favor de la economía familiar y el empleo

En enero de 2009, en el marco del Acuerdo Nacional en Favor de la Economía Familiar y el Empleo promulgado por el Ejecutivo Federal, se realizaron las siguientes acciones:

- a. Se brindó apoyo a las empresas que acordaran con sus trabajadores un paro técnico para reducir las jornadas laborales, en los casos en los que se registró una caída súbita y temporal de la demanda de sus productos, por medio de apoyos económicos canalizados por el Gobierno Federal, entre diciembre de 2008 y septiembre de 2009;
- b. Con las reformas a los artículos 191 y 198 de la LSS, a partir de mayo de 2009 se amplió la capacidad de retiro de recursos de los fondos de pensiones en caso de desempleo y se limitó la disminución de las semanas de cotización, solamente en el caso de retiro por desempleo, estableciendo que los trabajadores que dispusieran de recursos por desempleo, al reintegrarse al mercado laboral, pudieran optar por reponer los recursos que hubieran dispuesto y recuperado las semanas cotizadas que les hubieran sido descontadas;

- c. Se amplió la cobertura del Instituto para trabajadores desempleados y sus beneficiarios de dos a seis meses en atención médica y de maternidad, a los asegurados que hubieran quedado privados de su trabajo remunerado durante el período comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 2009. Al 30 de junio de 2009, 1,658.2 miles de personas fueron cubiertas por este acuerdo y gozaron por lo menos de un día del periodo de ampliación de la conservación de derechos.
- d. A diciembre de 2009, el Gobierno Federal cubrió por este concepto 2,600 mdp.

3.3.9.4 Apoyos durante la contingencia sanitaria provocada por el virus de la Influenza

En mayo de 2009 se publicó el “Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los contribuyentes que se indican, con motivo de la situación de contingencia sanitaria provocada por el virus de influenza”¹⁸, mediante el cual se eximió a los patrones hasta del 20 por ciento de las cuotas obrero patronales causadas a su cargo durante el tercer bimestre de 2009; y el “Decreto por el que se autoriza el pago a plazo de las aportaciones de seguridad social que se indican”¹⁹, por medio del cual se permitió la liquidación en parcialidades del 50 por ciento del saldo de las cuotas obrero patronales a cargo de los patrones, a fin de darles liquidez y preservar las fuentes de empleo.

Además, se cancelaron las multas generadas por el pago extemporáneo de las cuotas obrero patronales causadas en el mes de abril de 2009, por los SRT, SEM, SIV y SGPS. Adicionalmente, se publicó el acuerdo del H. Consejo Técnico por el que se aprobaron los lineamientos operativos respectivos²⁰.

A diciembre de 2009, el costo para el Gobierno Federal derivado de este decreto ascendió a 1,292.8 mdp.

¹⁸ Publicado en el DOF el 7 de mayo de 2009.

¹⁹ Publicado en el DOF el 14 de mayo de 2009.

²⁰ Publicado en el DOF el 21 de mayo de 2009.

3.4 Finanzas

3.4.1 Inversiones financieras

3.4.1.1 Fortalecimiento de la inversión financiera en Afore XXI

Con la intención de contribuir a un mayor alcance de la misión del IMSS dentro del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), y tomando en cuenta el excelente retorno financiero que se obtendrá, el H. Consejo Técnico decidió invertir en el fortalecimiento de Afore XXI, a través de su fusión con Afore Banorte.

3.4.1.2 Consideraciones

El excelente desempeño financiero de la Afore XXI, fue un factor de gran importancia para tomar la decisión de fusionar a la Afore XXI con la Afore Banorte:

- Desde que en 1997 inició operaciones, Afore XXI ha pagado 1,284 mdp en dividendos y retiro de capital al IMSS, los cuales se han depositado en la RFA de Invalidez y Vida. La inversión inicial del Instituto en esta administradora ascendió a 88 mdp y se estima que el valor actual de mercado de la participación del Seguro Social supera los 3,050 mdp.
- A través de Afore XXI el IMSS ha llevado su misión a tres millones de trabajadores afiliados, aportándoles el tercer mejor Índice de Rendimiento Neto, resultado de una muy baja comisión por la administración de sus recursos del SAR y de un elevado rendimiento por la inversión de los fondos.
- Afore XXI también se ha distinguido por el nivel de servicio brindado a los trabajadores (segundo mejor de acuerdo con la encuesta de CONDUSEF)²¹.

²¹ Ver: <http://www.aforexxi.com.mx/AFOREXXIWeb/condusef.jsp>, de septiembre de 2011.

- La industria de las afores se ha ido concentrando, al pasar de 21 administradoras en 2007 a 13 en la actualidad.
- Se prevé que los niveles de las comisiones que las afores cobran a los trabajadores se reduzca hasta un máximo de 1 por ciento sobre el saldo administrado en 2015. Hoy Afore XXI cobra 1.42 por ciento.
- Para garantizar que en el futuro Afore XXI pueda enfrentar con éxito la competencia en esta industria, reduciendo sus comisiones, requiere, en primer lugar, de incrementar de manera importante su escala de operación, lo que le permitirá reducir sus costos promedio y, en segundo lugar, ganar acceso a una más amplia red de distribución de sus servicios.
- En este sentido, la fusión con Afore Banorte, dará como resultado una nueva administradora de capital 100 por ciento mexicano, en la que el IMSS tendrá el 50 por ciento del capital y Banorte el restante 50 por ciento.
- Por el número de cuentas que manejará la afore resultante de la fusión, será la más grande del sistema, con siete millones o el 17 por ciento del total y se ubicará como la cuarta afore más importante por los fondos administrados, con casi 200,000 mdp en activos, equivalente al 13 por ciento del total del SAR.

3.4.1.3 Acciones realizadas

- Autorización previa del H. Consejo Técnico, mediante Acuerdo número ACDO.AS3.HCT.100811/213.R.DG y D.F., de fecha 10 de agosto de 2011 y autorización de la Comisión de Inversiones Financieras, mediante Acuerdo número 3-511/11, de fecha 30 de noviembre de 2011, para que el IMSS adquiriera el 50 por ciento del capital accionario de Afore Banorte Generali: 49 por ciento del grupo italiano Generali y 1 por ciento del propio Grupo Financiero Norte (Banorte).
- La Junta de Gobierno de la CONSAR, a través del oficio número D00/100/073/2011, del 10 de noviembre de 2011, autorizó al IMSS la

adquisición de acciones representativas del capital social de Banorte-Generali, S. A. de C. V., Afore.

- Asimismo, con el oficio número SE-10-096-2011-460, del 10 de noviembre de 2011, la Comisión Federal de Competencia (CFC), autorizó al IMSS para adquirir la participación, propiedad de Flandria Participations Financieres, S. A. y Participatie Maatschappij Graafschap Holland, N. V., en Banorte-Generali, S. A. de C. V., Afore.
- Los días 5 y 6 de diciembre de 2011, el Instituto invirtió un total de 2,615.7 mdp de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA), en la adquisición del 50 por ciento del capital accionario de Banorte-Generali, S. A. de C. V., Afore. Por su parte, Banorte adquirió la totalidad de la tenencia accionaria de Prudential en Afore XXI (50 por ciento del capital de la administradora).
- Con fecha 6 de diciembre de 2011, quedaron instalados los Consejos de Administración de AFORE XXI, S. A. de C. V. y de Banorte-Generali, S. A. de C. V., Afore, en igualdad de condiciones para el Instituto y para el Banco Mercantil del Norte, S. A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte.

Al fusionarse AFORE XXI, S. A. de C. V. con Banorte-Generali, S. A. de C. V., Afore y las Siefors subsidiarias, la nueva Afore se denomina “AFORE XXI Banorte, S.A. de C.V.

La fusión reportará beneficios relativos al acceso de servicios a un mayor número de clientes; reducción de comisión en ocho puntos básicos; reducción de costos promedio de operación por aprovechamiento de economías de escala; aumento en el valor de la nueva empresa, estimado en un 25 por ciento más, entre otros.

3.4.2 Administración de las reservas financieras y fondo laboral

3.4.2.1 Metas de constitución de reservas y fondos

En el periodo de 2006 a 2011, la Acumulación de Reservas y Fondos se ha cumplido en su totalidad, de conformidad con lo establecido en el Decreto del PEF para cada ejercicio fiscal.

Para el ejercicio fiscal 2010, el Presupuesto del IMSS consideró una meta de acumulación por 5,243.0 mdp. En enero 2010, se elaboró la Segunda Adecuación a dicho presupuesto, considerando 3,699.0 mdp, derivados de productos que generarían las RFA, de los SIV y SRT y se destinarían para apoyar el gasto de dichos seguros. Al concluir dicho ejercicio, los recursos estimados fueron superiores y además no se utilizaron, por lo que se acumularon a las reservas. En el cuadro 3.1 DF, se presenta la meta y monto real de cada ejercicio del periodo que se informa:

CUADRO 3.1 DF,
ACUMULACIÓN DE RESERVAS Y FONDO LABORAL, 2006 - 2011
(CIFRAS EN MILLONES DE PESOS NOMINALES)

Metas	2006	2007	2008	2009	2010 ^a	2011 ^b
Programada	15,000.0	20,000.0	11,928.0	5,032.3	5,243.0	8,790.0
Real	15,111.4	20,000.0	11,928.4	5,476.1	10,059.5	11,851.3
Variación	111.4	-	0.4	443.8	4,816.5	3,061.3

^a Mayores ingresos de productos superiores a los estimados de las RFA de los SIV y SRT.

^b Mayores ingresos derivados de productos de las RFA, RGFA y SCTA1; no considerados éstos últimos en el PAACR 2011 primigenio, ya que existía la posibilidad de apoyar el gasto en la nómina del RJP.

Fuente. Dirección de Finanzas.

3.4.2.2 Transferencia de reservas

El artículo 1 de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2011, señala:

“El Instituto Mexicano del Seguro Social, podrá transferir a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad el excedente de las reservas de los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros....”

Para dar debido cumplimiento a lo expresado en dicho artículo, se contrató al Despacho Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V., para elaborar el “Estudio Actuarial para determinar la Reserva Óptima de los Seguros Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida”. El objetivo del estudio fue determinar el nivel recomendado que deben mantener las RFA del SIV y del SRT y como consecuencia, el monto excedente de su saldo actual que pudiera ser susceptible de transferir a la RFA del SEM.

Como antecedente importante de este estudio se debe destacar que bajo la LSS vigente, el IMSS no ha hecho uso de las RFA de los SIV y SRT, pues los diversos estudios financieros y actuariales realizados por el Instituto así como por despachos externos contratados para este efecto, han resaltado que estos dos seguros son superavitarios, tanto en su flujo de efectivo de corto plazo, como en su Balance Actuarial.

Por otro lado, ha resultado evidente que el SEM registra un déficit financiero creciente. De esta situación se han presentado muy detallados informes al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión todos los años a partir de 2002, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 273 de la LSS. De hecho, en los estudios financieros y actuariales que en 2003 desarrolló el Departamento del

Actuario del Gobierno de Reino Unido (GAD, por sus siglas en inglés), se señaló con relación a las reservas que: “...las RFA del SRT y SIV mantienen mucho más que lo sugerido; en teoría esto podría utilizarse para financiar pagos futuros de prestaciones, pero estos ramos no presentan problemas financieros tan graves y por lo tanto estas reservas podrían ser mucho más útiles en cualquier otro lado.”

En particular, el GAD recomendó en ese estudio que las RFA deberían ser solo el 20 por ciento de los ingresos esperados provenientes de las aportaciones para el año, el cual serviría para hacer frente a ciclos económicos desfavorables que para el caso de México se establecían de 6 años.

3.4.2.3 Estudio actuarial para determinar la reserva óptima de los SRT y SIV

Lockton sintetiza el resultado del estudio en lo siguiente:

- Para enfrentar las obligaciones futuras del SRT y del SIV por el pago de prestaciones, así como por sus costos administrativos y operativos, no se requiere reservar ningún monto en sus correspondientes RFA.
- Con objeto de prever efectos adversos de los ciclos económicos sobre estos seguros se sugiere reservar un monto de 4,752.0 mdp en la RFA del SRT y de 6,592.0 mdp en la RFA del SIV, los cuales representan el 20 por ciento de sus respectivos ingresos presupuestados para el ejercicio 2011.
- Por lo anterior, el excedente del saldo actual de la RFA del SRT susceptible de ser transferido a la del SEM ascendería a 24,828.0 mdp, mientras que el excedente en la RFA del SIV correspondería a un monto de 36,394.0 mdp. El total a transferir a la RFA del SEM sumaría 61,222.0 mdp. Ver cuadro 3.2 DF.

**CUADRO 3.2 DF,
MONTO DE LAS RFA DE LOS SIV Y SRT, SUSCEPTIBLE DE TRANSFERIRSE A LA RFA DEL SEM
(MILLONES DE PESOS)**

Concepto	IV	RT	Total
a) Saldo de las RFA's al 31 de diciembre de 2010	42,986.0	29,580.0	72,566.0
b) Reserva a conservar para enfrentar ciclos económicos (20% de las cuotas esperadas en 2011)	6,592.0	4,752.0	11,344.0
c) RFA's del SIV y del SRT susceptibles de transferirse a la RFA del SEM (a-b)	36,394.0	24,828.0	61,222.0

Fuente. Dirección de Finanzas.

La transferencia prevista en la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011, se autorizó por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el 28 de septiembre de 2011, con el Acuerdo ACDO.AS3.HCT.280911/263.R.DF; por lo que el 1 y 3 de noviembre de 2011, el monto excedente transferido de las RFA del SRT y SIV a la RFA del SEM, ascendió a 24,827.4 y 36,394.1 mdp, respectivamente, para sumar un total de 61,221.5 mdp.

3.4.3 Tesorería

Se presentan los logros y economías obtenidas, en esta materia, durante el período de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, derivados del plan de actividades y programas, congruentes con los objetivos y metas planteados en el Plan Estratégico del IMSS (PEIMSS), que consisten en coadyuvar al fortalecimiento de la viabilidad financiera del IMSS y desarrollar una Tesorería con administración centralizada del flujo de efectivo, moderna y eficiente.

Los cambios en las áreas de Tesorería han sido acelerados, no sólo por el proyecto de Planeación Estratégica de Recursos Institucionales, sino porque en general los proyectos y programas de trabajo establecidos estuvieron orientados a la centralización y manejo eficiente de los recursos, aplicando las mejores prácticas de tesorería de empresas líderes en el mundo.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

La visión de la Tesorería es “centralizar la administración del flujo de efectivo y dotar a las Tesorerías de IMSS de esquema de concentración y pagos seguros modernos y eficientes”²².

En los últimos 5 años, resalta de manera significativa la transformación de una Tesorería desconcentrada a una con centralización de recursos, que deja atrás el manejo de cheques y efectivo, para operar con transacciones electrónicas, todo esto con la consecuente reducción de los costos administrativos y financieros, situación que ha permitido determinar con mayor precisión y oportunidad los excedentes de flujo de efectivo, redundado en un incremento de las reservas operativas y de operación para contingencias y financiamiento, cuya inversión ha generado mayores ingresos.

Los logros obtenidos a partir del establecimiento de los proyectos y programas de trabajo orientados a la consecución de la visión han sido relevantes dada la magnitud de los cambios que se han introducido en la operación, sobre todo por la centralización de los pagos, procesos de dispersión, y control de operaciones; así como por el incremento de pagos a través de medios electrónicos, tanto a los proveedores, como a los trabajadores y jubilados del propio Instituto, además de los pensionados que por ley tienen derecho a una renta mensual, acciones que han redundado en ahorros financieros.

La Tesorería del IMSS ha registrado avances importantes en diferentes rubros, entre los que destacan los siguientes:

²² Ver: Blog de Tesorería en <http://intranet:55558/cteso/blog/default.aspx>.

3.4.3.1 Planeación y obtención de la posición de tesorería

Durante el período que se informa, se llevó a cabo la planeación del flujo de efectivo de corto plazo a fin de medir la capacidad de operación e inversión global del Instituto, programando en forma estructurada los recursos financieros y compromisos de pago, obteniéndolos de forma diaria, semanal, mensual y anual.

Ello permitió la sincronización de los procesos de concentración y dispersión de los recursos institucionales, el cobro puntual del calendario de transferencias federales, la concentración ágil de las diferentes fuentes de efectivo y la coordinación eficiente de los pagos, propiciando que el Instituto se encontrara en condiciones para invertir diariamente los excedentes de recursos en forma óptima.

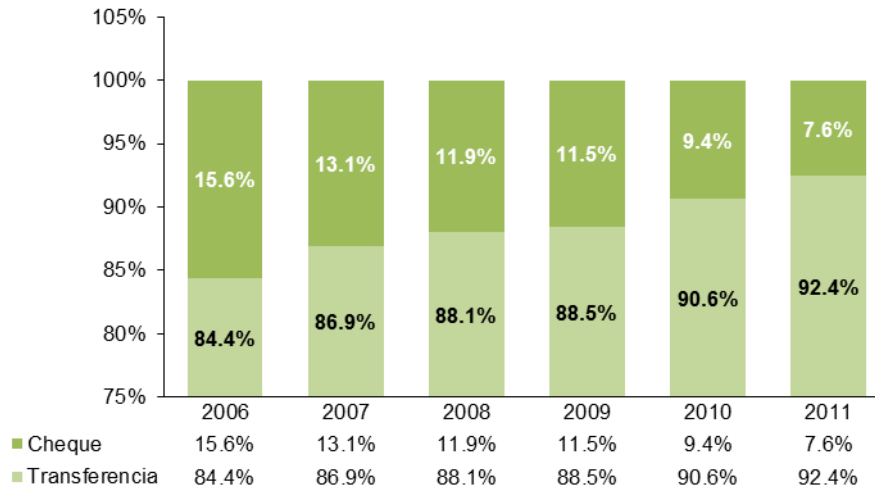
3.4.3.2 Pago electrónico centralizado a proveedores

Al cierre del ejercicio 2011, el 92.4 por ciento del monto total de pagos a proveedores se realizó a través de transferencias electrónicas. Lo anterior representa un avance de ocho puntos porcentuales, respecto al resultado del año 2006.

Por lo que se refiere al número de casos de pago a proveedores, se registró un incremento de 12 puntos, ya que en 2006 se liquidaron con transferencias el 55.4 por ciento de los casos y en 2012 el 67.4 por ciento.

Entre algunos beneficios derivados de lo anterior, se encuentra la disminución de riesgos y cargas administrativas por manejar un número menor de cheques, además de hacer transparente el proceso y evitar al proveedor presentarse en las ventanillas del IMSS. Ver gráfica 3.1 DF.

**GRÁFICA 3.1 DF, PAGOS ELECTRÓNICOS CENTRALIZADOS A PROVEEDORES
POR TIPO DE PAGO (MONTOS). 2006-2011**



Fuente. Dirección de Finanzas.

3.4.3.3 Dispersión centralizada de las nóminas pagada por acreditamiento en cuenta

A fin de alinear los procesos de dispersión de recursos a la estrategia principal de centralizar la operación bancaria de las Tesorerías del IMSS, a partir del 2001 se inició la dispersión centralizada del pago de las nóminas de trabajadores, jubilados y pensionados IMSS, así como pensionados Ley.

Dicha dispersión consiste en el depósito directo a la cuenta del beneficiario, eliminando el depósito a cuentas pagadoras delegacionales y utilizando los sistemas electrónicos del Banco para consolidar la información por delegación. Entre los beneficios destaca el retiro de los recursos no ejercidos en un solo movimiento bancario, obteniendo mayor eficiencia sobre las disponibilidades.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el cuadro 3.3 DF, se muestra la fecha de incorporación de los Bancos a la Dispersión centralizada y el porcentaje de participación que logró en 2011 respecto al total de pagos (efectivo y electrónico).

CUADRO 3.3 DF, PARTICIPACIÓN DE BANCOS EN DISPERSIÓN DE NÓMINA

Banco	Tipo de nómina			% de Dispersión del total 2011
	Trabajadores	Jubilados IMSS	Pensionados Ley	
Azteca	jun-08	jun-08	nov-06	1.30
Afirme	jun-11	jun-11	oct-06	0.35
BBVA Bancomer	jul-01	jul-01	jun-03	44.04
Banamex	mar-09	mar-09	mar-09	21.89
Banorte	ene-05	ene-05	ene-05	9.86
HSBC	feb-05	feb-05	feb-05	7.99
Scotiabank	ago-06	ago-06	jun-06	1.55
Santander	nov-09	nov-09	nov-09	3.68

Fuente: Dirección de Finanzas.

En 2011, el importe de las nóminas pagadas en forma centralizada ascendió a 190,395.3 mdp, que representa el 90.6 por ciento del importe total (210,124.3 mdp) de las nóminas de trabajadores, jubilados y pensionados IMSS, así como de pensionados de la LSS.

3.4.3.3.1 Pago de la nómina del personal contratado por tiempo determinado mediante acreditamiento en cuenta

Los Trabajadores por Tiempo Determinado (TTD) son contratados y administrados por las Subdelegaciones, realizan actividades de afiliación, cobranza y fiscalización y se agrupan como Notificador/Localizador, Ejecutor, Supervisor de Ejecutor, Visitador, Atención a Denuncias, Revisor (Corrección y Dictamen) Promotor del Campo y Promotor de Firma Digital.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El pago antes de abril del 2010 lo realizaba la Delegación mediante cheque o efectivo, con los riesgos inherentes de estas formas de pago y en diferentes fechas del mes. Por ello, se estableció un mecanismo ágil, seguro y que uniformara el proceso de pago. Para el efecto, se propuso el pago de la nómina mediante acreditamiento en cuenta bancaria, utilizando la aplicación denominada SIAP-TTD, y se consideró su registro contable a través de una interface entre el SIAP y el Sistema PREI.

En 2010, se formalizó el contrato de prestación de servicios con el Banco Santander para el pago bajo el esquema de acreditamiento en cuenta. Con el nuevo esquema de pago, se abona a los TTD el importe devengado de su nómina en una cuenta de débito, exenta del cobro de comisiones y, en fechas establecidas en calendario, las Delegaciones transmiten los archivos de pago con cargo a una cuenta de cheques central.

En la segunda quincena de abril de 2010, las áreas implicadas en el proceso realizaron la difusión de la liberación del nuevo esquema en su primera etapa, que incluía a las Delegaciones del Valle de México, y en una segunda etapa a nivel nacional. En noviembre de 2010, todas las delegaciones estaban incorporadas a esta forma de pago, al cierre del mismo año se pagaron 42,191 casos por un importe de 145.6 mdp (34 por ciento de 429 mdp presupuestado para ese año).

En el ejercicio de 2011, el importe de la nómina de TTD pagado en forma central ascendió a 124,565 casos por un importe total de 410.7 mdp, que corresponde al 100 por ciento de casos e importes emitidos de esta nómina.

3.4.3.4 Control de operaciones

Con el propósito de eliminar el uso de las bancas electrónicas y de contar con un mecanismo ágil, seguro, eficaz y oportuno para la transmisión de archivos, en forma conjunta con las Instituciones Bancarias, se llevan a cabo las acciones que permiten el desarrollo de Layouts, encriptación y seguridad de archivos para la transmisión de la información a través de la comunicación vía host to host, lo que ha permitido automatizar la recepción y carga de los archivos que contienen los movimientos aplicados por los Bancos en las cuentas de cheques para el pago a proveedores, que se utilizan para elaborar las conciliaciones bancarias. Actualmente la carga de movimientos bancarios a través de host to host es del 82 por ciento y el resto por banca electrónica.

El sistema PREI ha permitido eficientar el manejo de los recursos institucionales a través de la centralización de los pagos electrónicos a proveedores, nóminas de trabajadores, jubilados y pensionados IMSS, Pensionados Ley, así como Trabajadores por Tiempo y Obra Determinada, la Protección electrónica de cheques, entre otros.

Por otra parte, las interfaces para la recepción de archivos y aplicación automática de archivos con los sistemas legados, SPES, SIAP, Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas (NSSA) y Primer Empleo, fortalecen la seguridad, integridad y confidencialidad de la información, así como los registros contables que para el caso de las cuentas de proveedores son generados y conciliados diariamente.

3.4.4 Contabilidad y trámite de erogaciones

3.4.4.1 Ejercicio y registro del gasto

En el periodo comprendido de enero 2006 a diciembre de 2011 se han emitido 8'312,863 contra recibos y se han pagado 7'594,001. De los pagados, 651,543.0 mdp (89 por ciento) se han liquidado a través de transferencias electrónicas de fondos (EFT) y 77,065.0 mdp (11 por ciento) han sido con cheque como se puede observar en el cuadro 3.4 DF.

CUADRO 3.4 DF, CONTRA-RECIBOS EMITIDOS Y PAGADOS, 2006 – 2011
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Método de pago	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	Casos	Importe	Casos	Importe	Casos	Importe	Casos	Importe	Casos	Importe	Casos	Importe	Casos	Importe
Cheques	336,987	12,824	331,861	12,476	309,124	13,048	292,119	14,116	290,127	13,047	217,458	11,554	1,777,676	77,065
EFT	851,122	84,880	925,304	91,649	949,935	95,540	951,433	109,310	1,056,930	127,207	1,081,601	142,867	5,816,325	651,453
Total	1,188,109	97,704	1,257,165	104,125	1,259,059	108,588	1,243,552	123,426	1,347,057	140,254	1,299,059	154,421	7,594,001	728,518

Fuente: Dirección de Finanzas.

Lo anterior, se debe principalmente a la modificación a las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios en el Instituto, del 13 de diciembre de 2010, con la cual, el pago se realiza mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico intrabancario que el IMSS tiene en operación.

Adicionalmente, en forma conjunta con Nacional Financiera S. A. (NAFINSA), se opera diariamente la “Cadena Productiva IMSS-NAFIN”, que se define como un sistema de financiamiento para los proveedores del Instituto, a través del factoraje financiero en línea, que les permite obtener liquidez antes de la fecha de vencimiento de los documentos emitidos (contra-recibos) por el Instituto.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En ese esquema el IMSS publicó en el portal de NAFINSA entre el 2006 y el 2011, un total de 3'618,553 documentos por un importe de 205,004.0 mdp, de los cuales se negoció 28.21 por ciento por 79,801.0 mdp, ver cuadro 3.5 DF.

CUADRO 3.5 DF, DOCUMENTOS NEGOCIADOS CON NAFINSA, 2006 – 2011
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Publicado		Negociado		Porcentaje
	Caos	Importe	Casos	Importe	
2006	493,171	31,489	142,994	10,393	28.99%
2007	576,803	34,021	156,260	10,006	27.09%
2008	576,024	28,713	185,871	12,623	32.27%
2009	661,323	37,424	184,660	17,410	27.92%
2010	675,377	32,355	181,780	15,322	26.92%
2011	635,855	41,001	169,407	14,047	26.64%
Total	3,618,553	205,004	1,020,972	79,801	28.21%

Fuente: Dirección de Finanzas.

Como se observa, el ejercicio 2009 fue el más productivo, negociándose el 27.92 por ciento de los casos publicados por un importe de 17,410.0 mdp. Se registra un decremento en la operación a partir de 2009 derivado principalmente por el cambio en la LAASSP en el sentido de reducir el plazo de pago de 30 a 20 días, disminuyéndose por lo tanto, los días en que los documentos permanecen disponibles para su negociación.

3.4.4.2 Contabilidad

A partir del 1° de diciembre de 2006 y hasta el 31 de diciembre de 2011, el cierre contable de los ejercicios fiscales comprendidos en el periodo señalado, se realizó en tiempo y forma, situación que permitió cumplir oportunamente con la emisión de los Estados Financieros Institucionales, que año con año se someten a examen por parte de firmas de contadores públicos independientes para efectos de su dictaminación.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Asimismo, se atendió en forma veraz y oportuna, la preparación de información para efectos de la elaboración de la “Cuenta de la Hacienda Pública Federal” de los ejercicios 2006 a 2011. El control y la confiabilidad de la información financiera coadyuvó en el cumplimiento de lo previsto en el Artículo 273 de la LSS, sobre la presentación de los “Informes al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social”, por los periodos 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 y 2010-2011.

En el periodo aludido, los estados financieros fueron reportados mensualmente vía la plataforma informática denominada SIIWEB al Sistema Integral de Información de la APF. Asimismo, se atendieron peticiones de información por parte de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), del Órgano Interno de Control en el IMSS (OIC) y de las propias firmas dictaminadoras.

Por otra parte, el contar con dicha información, contribuyó a la formulación de los diversos informes que se realizan en el Instituto, entre otros:

- Informes Trimestrales sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública.
- Informes sobre la Composición y Situación Financiera de las Inversiones del Instituto.
- Informes de Labores y Programa de Actividades.
- Informes de Servicios Personales.

Todos ellos contenidos en la página web institucional²³, los cuales están a disposición de la población en general, acción que respalda el compromiso integral asumido por el IMSS con una cultura por la transparencia.

²³ Ver: www.imss.gob.mx, específicamente en la liga “informes institucionales” seleccionando el apartado “ver más”.

3.4.4.3 Comprobante fiscal digital

Atendiendo las disposiciones del Código Fiscal de la Federación, en vigor a partir del 16 de diciembre de 2010, se dio inicio a la emisión del Comprobante Fiscal Digital por los ingresos recibidos a cambio de los servicios administrativos que el Instituto proporciona a las AFORE e INFONAVIT, donativos recibidos y por otros conceptos.

3.4.4.4 Convenio General de colaboración para la atención de emergencias obstétricas

Como ya se ha mencionado, este Convenio fue celebrado el 28 de mayo de 2009, por la SS, el IMSS e ISSSTE, con el objeto de proveer a través de sus unidades médicas, los servicios de salud a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, a fin de abatir la mortalidad materna a nivel nacional.

En términos de este convenio, entre 2009 y 2011, se atendieron en el Instituto 121 casos, con una recuperación monetaria de 47.0 mdp, entregando constancia de ello mediante comprobante fiscal digital a nombre de la SS en noviembre de 2011.

3.4.5 Presupuesto e información programática

3.4.5.1 Presupuesto basado en resultados (PbR) y sistema de evaluación del desempeño (SED)

La estrategia definida para mejorar la calidad del gasto en el ámbito federal es el PbR y el 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 de Ingresos y Egresos que aprueba el H. Consejo Técnico y el PEF autorizado por la H. Cámara de Diputados.



En el año 2007, a partir de la formulación del PEF para el ejercicio 2008 y en cumplimiento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), el Ejecutivo Federal inició los trabajos para la implantación del PbR y el SED (PbR-SED), en la cual intervinieron la SHCP, la SFP, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de las Mujeres.

3.4.5.1.1 Implantación en el Instituto

Para el ejercicio 2008, la incorporación al SED de los programas, objetivos, metas e indicadores aprobados previamente por el H. Consejo Técnico, en el Anteproyecto de Presupuesto del IMSS (artículo 274 de la LSS), se realizó cubriendo la nueva metodología federal con la información disponible, definiéndose 9 programas presupuestarios (cuadro 3.6 DF).

Para el ejercicio 2009, la aplicación de la Metodología del Marco Lógico (MML)²⁴, difundida por la SHCP y utilizada en la APF, arrojó un universo de 81 indicadores estratégicos y de gestión, que valoraron 13 programas sustantivos. En este ciclo, las Direcciones Normativas en conjunto con la SHCP seleccionaron 18 indicadores para su seguimiento por parte de la H. Cámara de Diputados y del H. Consejo Técnico.

Durante el ejercicio 2010 para valorar estos programas, las normativas consideraron un universo de 87 indicadores estratégicos y de gestión, de los cuales 17 se eligieron para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del H. Consejo Técnico.

²⁴ El marco lógico es una metodología que estructura los elementos de un proyecto determinando lazos entre los insumos, actividades planeadas y resultados deseados. EL MML facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de los programas presupuestarios. Se presenta como “una matriz cuatro por cuatro” es decir, una sencilla tabla (matriz) de cuatro filas por cuatro columnas en la cual se registra en forma resumida información sobre un proyecto, (SHCP, 2010).



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En la programación 2011, las normativas responsables realizaron una revisión de sus elementos programáticos, con base en la experiencia observada en 2010, por lo que el universo de indicadores se determinó en 83, con los mismos 17 que se eligieron para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del H. Consejo Técnico y se definieron 11 programas presupuestarios.

CUADRO 3.6 DF, PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS 2008-2011

Programas presupuestarios en 2008 ¹	Programas presupuestarios en 2011
E001 Atención a la Salud Pública y Salud Reproductiva	E001 Atención a la salud pública
E002 Atención curativa eficiente	E002 Atención curativa eficiente
E003 Atención a la salud en el trabajo	E003 Atención a la salud en el trabajo
E005 Cobertura de cotizantes	E004 Investigación en salud en el IMSS
E006 Ingresos obrero patronales	E006 Recaudación eficiente de ingresos obrero patronales
E007 Servicios de guardería	E007 Servicios de guardería
J001 Pensiones en curso de pago, Ley 1973	E008 Atención a la salud reproductiva
J002 Rentas vitalicias, Ley 1997	E009 Prestaciones sociales eficientes
J004 Subsidio y ayuda para gastos de funeral	E010 Otorgamiento de las prestaciones de velatorios, C. vacacionales y tiendas
	J001 Pensiones en curso de pago, Ley 1973
	J002 Rentas vitalicias, Ley 1997
	J004 Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho
	K012 Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social
	K027 Mantenimiento de infraestructura
	K029 Programas de adquisiciones

¹Los programas presupuestarios con modalidad “E” son aquellos que generan bienes y servicios y con modalidad “J” aquellos relacionados con pensiones y jubilaciones.

Fuente: Dirección de Finanzas IMSS.

Los cuadros 3.7 DF y 3.8 DF, contienen el resumen de los programas presupuestarios responsabilidad del instituto, desde la implantación del PbR a la fecha, en las que se presentan las metas y logros alcanzados de los indicadores representativos mediante los cuales se ha dado seguimiento al PEF de 2008 a 2011.

CUADRO 3.7 DF, HISTORICO DE METAS ALCANZADAS 2008-2011

Programa presupuestario	Indicador PEF*	Meta alcanzada del año			
		2008	2009	2010	2011
E001 Atención a la salud pública¹	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino	7.9	7.2	6.9	5.9
	Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	27.0	27.6	29.1	33.8
	Derechohabientes con cobertura de atención integral del PREVENIMSS		53.9	56.0	64.2
	Cobertura de vacunación con esquemas completos de un año	98.7			
E002 Atención curativa eficiente	Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	3.4	3.8	3.72	4.0
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos		96.0	96.0	95.8
	Consulta de especialidades en unidades de segundo nivel por mil derechohabientes	34.2			
	Egresos hospitalarios en unidades de segundo nivel por mil derechohabientes adscritos a médico familiar	3.8			
E003 Atención a la salud en el trabajo	Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1000 trabajadores asegurados de empresas afiliadas según delegación de origen		1.2	1.17	1.1
	Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 100 accidentes de trabajo	28.1			
E005 Cobertura de cotizantes	Incremento en la cobertura de cotizantes	2.5			
E006 Recaudación eficiente de ingresos obrero patronales²	Variación porcentual anual en los ingresos obrero patronales del Seguro Social ⁵		1.2	3.6	109.6
	Variación porcentual anual en el número de cotizantes al Seguro Social ⁶		-4.0	-0.6	104.5
	Variación porcentual anual en el salario base de cotización registrado en el Seguro Social ⁷		4.2	4.75	104.2
	Porcentaje de las cuotas obrero patronales pagadas al segundo mes de la emisión		97.5		
	Incremento en la recaudación en los ingresos obrero patronales	5.8			
E007 Servicios de guardería	Cobertura de la demanda del servicio de guarderías		24.9	24.5	24.1
	Incremento de la capacidad instalada del servicio de guarderías		4.8		
	Porcentaje de cobertura de la demanda potencial del servicio de guardería	24.1			
	Expansión del servicio de guarderías	231,821			
E008 Atención a la salud reproductiva	Tasa de atención de partos	54.1	50.4	45.4	48.8
	Tasa de mortalidad materna			29.9	28.9
E009 Prestaciones sociales eficientes	Afluencia de usuarios de los servicios de fomento a la salud			99.3	107.2
	Atención a los usuarios de los servicios de fomento a la salud, cultura, deporte y capacitación técnica		93.7		
E010 Otorgamiento de las prestaciones de velatorios, centros vacacionales y tiendas³	Clientes atendidos en tiendas			-14.9	-6.0
	Incremento en la atención de usuarios de los servicios de velatorios, centros vacacionales y tiendas ⁴		0.1		
J001 Pensiones en curso de pago Ley 1973	Oportunidad en el trámite de las pensiones nuevas en la Ley del Seguro Social 1973	82.3	79.4	84.37	88.9
J002 Rentas vitalicias Ley 1997	Oportunidad en el trámite de las rentas vitalicias de la Ley del Seguro Social 1997	67.5	70.1	80.34	94.9
J004 Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	Oportunidad en el trámite para el pago de las incapacidades nominativas con pago	92.1	96.5	97.6	99.0

* Los indicadores que no presentan metas en los años subsecuentes obedece a que quedaron fuera del seguimiento del PEF.

¹ En 2008 el programa tenía el nombre de Atención a la salud pública y reproductiva.

² En 2008 el programa tenía el nombre de Ingresos obrero-patronales.

³ En 2008, 2009 y 2010 el programa tenía el nombre de Mejoramiento de las unidades operativas de servicios de ingreso.

⁴ En 2008 el programa tenía el nombre de Subsidios y ayuda para gastos de funeral.

⁵ En 2008, 2009 y 2010 el indicador se llamaba "Incremento porcentual anual en los ingresos obrero patronales del seguro social".

⁶ En 2008, 2009 y 2010 el indicador se llamaba "Incremento porcentual anual en el número de cotizantes al seguro social".

⁷ En 2008, 2009 y 2010 el indicador se llamaba "Incremento porcentual anual en el SBC registrados en el seguro social".

Fuente: Dirección de Finanzas.

CUADRO 3.8 DF, PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 2008-2011

Programa presupuestario	Indicador PEF*	Meta alcanzada del año			
		2008	2009	2010	2011
E001 Atención a la salud pública¹	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino	93.2	106.5	102.8	110.6
	Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	105.1	106.2	102.1	116.6
	Derechohabientes con cobertura de atención integral del PREVENIMSS		154.0	106.7	107.9
	cobertura de vacunación con esquemas completos de un año	100.2			
E002 Atención curativa eficiente	Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	97.1	98.1	64.1	93.5
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos		99.0	100.9	99.8
	Consulta de especialidades en unidades de segundo nivel por mil derechohabientes	105.6			
	Egresos hospitalarios en unidades de segundo nivel por mil derechohabientes adscritos a médico familiar	102.7			
E003 Atención a la salud en el trabajo	Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1000 trabajadores asegurados de empresas afiliadas según delegación de origen		92.9	98.3	105.8
	Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 100 accidentes de trabajo	100.0			
E005 Cobertura de cotizantes	Incremento en la cobertura de cotizantes	125.0			
E006 Recaudación eficiente de ingresos obrero patronales²	Variación porcentual anual en los ingresos obrero patronales del Seguro Social ⁵		25.0	208.3	106.4
	Variación porcentual anual en el número de cotizantes al Seguro Social ⁶		-660.0	104.6	102.9
	Variación porcentual anual en el salario base de cotización registrado en el Seguro Social ⁷		89.6	67.40	102.2
	Porcentaje de las cuotas obrero patronales pagadas al segundo mes de la emisión		97.9		
	Incremento en la recaudación en los ingresos obrero patronales	181.3			
E007 Servicios de guardería	Cobertura de la demanda del servicio de guarderías		80.7	97.4	100.9
	Incremento de la capacidad instalada del servicio de guarderías		43.5		
	Porcentaje de cobertura de la demanda potencial del servicio de guardería	88.9			
	Expansión del servicio de guarderías	91			
E008 Atención a la salud reproductiva	Tasa de atención de partos	96.6	107.2	111.2	95.1
	Tasa de mortalidad materna			98.6	94.1
E009 Prestaciones sociales eficientes	Afluencia de usuarios de los servicios de fomento a la salud			106.9	115.5
	Atención a los usuarios de los servicios de fomento a la salud, cultura, deporte y capacitación técnica		100.8		
E010 Otorgamiento de las prestaciones de velatorios, centros vacacionales y tiendas³	Clientes atendidos en tiendas			89.8	-58.3
	Incremento en la atención de usuarios de los servicios de velatorios, centros vacacionales y tiendas ⁴		4.3		
J001 Pensiones en curso de pago Ley 1973	Oportunidad en el trámite de las pensiones nuevas en la Ley del Seguro Social 1973	102.9	93.4	95.9	98.8
J002 Rentas vitalicias Ley 1997	Oportunidad en el trámite de las rentas vitalicias de la Ley del Seguro Social 1997	84.4	87.6	100.4	105.5
J004 Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	Oportunidad en el trámite para el pago de las incapacidades nominativas con pago	94.0	98.4	99.6	101.0

* Los indicadores que no presentan metas en los años subsecuentes obedece a que quedaron fuera del seguimiento del PEF.

¹ En 2008 el programa tenía el nombre de Atención a la salud pública y reproductiva.

² En 2008 el programa tenía el nombre de Ingresos obrero-patronales.

³ En 2008, 2009 y 2010 el programa tenía el nombre de Mejoramiento de las unidades operativas de servicios de ingreso.

⁴ En 2008 el programa tenía el nombre de Subsidios y ayuda para gastos de funeral.

⁵ En 2008, 2009 y 2010 el indicador se llamaba "Incremento porcentual anual en los ingresos obrero patronales del seguro social".

⁶ En 2008, 2009 y 2010 el indicador se llamaba "Incremento porcentual anual en el número de cotizantes al seguro social".

⁷ En 2008, 2009 y 2010 el indicador se llamaba "Incremento porcentual anual en el SBC registrados en el seguro social".

Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.5.2 Acuerdos de gestión

Los acuerdos de gestión son una iniciativa enmarcada en el Eje Rector de la Estrategia Institucional dictada por la Dirección General para "mejorar la capacidad de gestión y operación" de las unidades de servicio. Lo anterior, con el objetivo de elevar continuamente la calidad de atención y satisfacer las necesidades de salud de sus derechohabientes.

Considerando que el presupuesto constituye la herramienta financiera más importante para alcanzar mejores y mayores niveles de eficiencia operativa, el Instituto ha decidido instrumentar acuerdos de gestión como un medio para incentivar la productividad y avanzar hacia un PbR.

3.4.5.2.1 Acuerdos de gestión para incentivar el programa de trasplantes

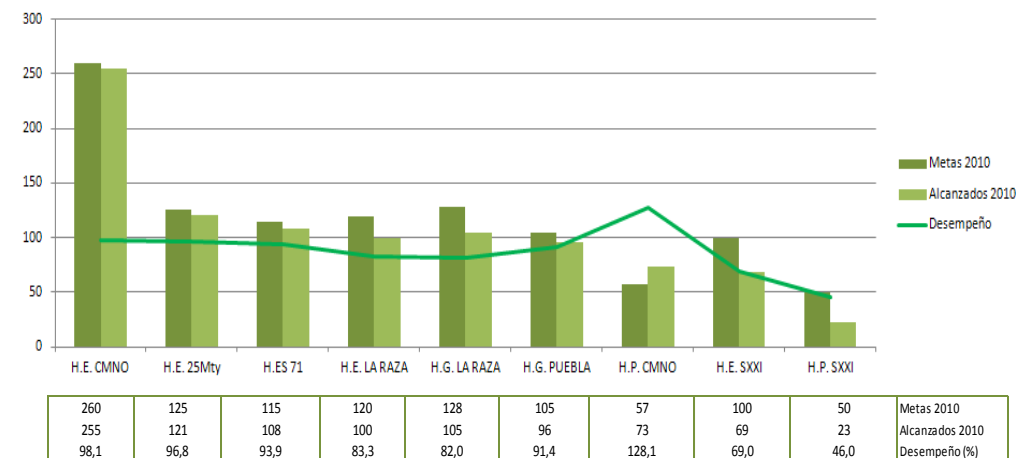
Para fortalecer la viabilidad financiera del Instituto, mediante de un gasto más eficiente y transparente, consideró asignar el presupuesto con base en resultados, en la productividad y el desempeño, así como fortalecer programas que en un mediano plazo generen ahorros.

En el caso del trasplante renal esta estrategia se implementó de 2010 a 2012, y su meta es duplicar el número de trasplantes en tres años, con 2,500 trasplantes renales anuales, a partir de 2012.

Esta estrategia proporcionó recursos a las UMAE por 38 mdp, destinados principalmente al fortalecimiento de las áreas de trasplante renal. Sin embargo, el acuerdo otorga autonomía de gestión en la aplicación de estos incentivos.

El desempeño de los trasplantes realizados en 2010 con respecto a la meta alcanzada se refleja en la gráfica 3.2 DF.

GRÁFICA 3.2 DF, DESEMPEÑO DE LOS TRASPLANTES REALIZADOS 2010 Y CUMPLIMIENTO DE META



Fuente: Dirección de Finanzas.

Los Acuerdos de Gestión fueron renovados para 2011 y lo mismo se hará para el año 2012, para aquellas UMAE que logren incrementar el número de trasplantes y además que estos sean exitosos. Se incorporaron cuatro unidades a los Acuerdos de Gestión y se dejaron fuera a las dos de menor productividad en 2010, colocando la meta de trasplantes en 1,199 para 2011.

Los incentivos generados en el 2011 serán entregados para su ejercicio en el 2012, siendo la meta proyectada de 27,015 mdp. Las metas se reflejan en el cuadro 3.9 DF.

CUADRO 3.9 DF,
METAS DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN DE TRASPLANTES 2011 POR UMAE

UMAE	Metas 2011	Incentivos proyectados
H.E. Torreón	119	2,800
H.E. La Raza	119	590
H.G. La Raza	150	5,530
H.E. LEON	54	615
H.E. CMNO	259	6,515
H.P. CMNO	86	2,785
H.E. Monterrey	118	1,420
H.E. Puebla	121	4,255
H.E. Obregón	55	630
H.E. Veracruz	85	380
H.E. Mérida	33	1,495
H.E. Siglo XXI*		
H.P. Siglo XXI*		
Total	1,199	27,015

* UMAE que ya no entran en los Acuerdos de 2011.

■ UMAE que entran en los Acuerdos de 2011

Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.5.2.2 Acuerdos de gestión para el fortalecimiento financiero y administrativo de las UMAE

El RIIMSS, publicado en el DOF, el 18 de septiembre de 2006, reguló por primera vez las facultades y atribuciones de las UMAE, de sus Juntas de Gobierno y de sus Directores, dando a las UMAE la naturaleza de Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, con autonomía de gestión en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios.

Acorde a lo anterior, se impulsó la suscripción de Acuerdos de Gestión con las UMAE²⁵ a fin de fortalecer sus procesos administrativos y presupuestarios.

²⁵ Se celebraron los Acuerdos de Gestión en mayo de 2011, suscritos por las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Administración y Evaluación de Delegaciones y de Finanzas.

En principio, se incorporaron a esta iniciativa a cinco UMAE: Hospital de Pediatría del CMN de Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia 3 del CMN “La Raza”, Hospital de Oncología del CMN “Siglo XXI”, Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”, y Hospital de Especialidades de Puebla. Posteriormente se agregaron otras dos UMAE: Hospital de Especialidades CMN Occidente y Hospital de Gineco Obstetricia (HGO) 4 CMN Siglo XXI, durante el último cuatrimestre de 2011.

Los compromisos adquiridos por estas unidades se refieren a aspectos médicos, administrativos, operativos y financieros. Estos últimos tienen como objetivo regular, controlar y apoyar las actividades operativas y directivas de las UMAE, y están referidos al número de cuentas que tuvieron una desviación de entre menos 10 y más 10 por ciento del gasto corriente programado. Fuera del parámetro establecido se considera una baja calidad en la planeación, programación, ejecución y control del presupuesto.

3.4.5.3 Gestión de recursos pendientes de pago derivados de obligaciones a cargo del gobierno federal

En el presente informe se plasma la información relativa a los antecedentes, soportes normativos y la documentación que sustenta las acciones realizadas por el Instituto en el periodo 2006-2012, y se refiere a la gestión y seguimiento que se ha dado al proceso de obtención de los recursos que entrega el Gobierno Federal al IMSS, en los términos de las obligaciones financieras que establece la LSS, y otros ordenamientos.

3.4.5.3.1 Antecedentes

El Estado, a través del Gobierno Federal, realiza pagos al Instituto en términos de la LSS, por los siguientes conceptos:

- Aportaciones al régimen obligatorio del Seguro Social. El Gobierno Federal aporta recursos para financiar los SEM, SIV, y SSFAM, como lo establece la LSS, entre otros, en los artículos 105, 106, fracción III, 108, 146, 148 y 242, tercer párrafo.
- Pensiones en curso de pago y pensiones garantizadas. El artículo duodécimo transitorio de la LSS establece la obligación a cargo del Gobierno Federal, de cubrir el pago de las pensiones o prestaciones que se encuentren en curso de pago y en periodo de conservación de derechos al momento de entrar en vigor el nuevo ordenamiento, así como que se otorguen posteriormente conforme a los requisitos y cuantías que dispone la LSS de 1973.
- Comisión por la Administración de las Pensiones en Curso de Pago. A partir del 1 de julio de 1997, el IMSS y la SHCP, mediante Convenio de Entendimiento, acordaron que el Instituto absorbería los conceptos operativos inherentes a la administración de las pensiones en curso de pago a cargo del Gobierno Federal durante los primeros cuatro años de vigencia de la Ley de 1997. Así mismo, en dicho documento se convino que a partir del año 2001, la SHCP aportaría la respectiva comisión para cubrir los costos operativos.

Además de los conceptos antes descritos, el Instituto lleva a cabo diversos mandatos en apoyo al Ejecutivo Federal, bajo diversos instrumentos jurídicos. En la presente administración se recibieron recursos para los siguientes apoyos:

- Decreto por el que se exime parcialmente del pago de las cuotas patronales a que se refiere la LSS (Publicado en el DOF el 4 de marzo de 2008). El artículo primero señala que se exime parcialmente del pago de una cantidad equivalente al cinco por ciento de las cuotas obrero patronales previstas en la LSS a cargo de los patrones, que se causen a partir del 1 de marzo de 2008, correspondientes a los SRT, SEM, SIV y SGPS. El

beneficio se establece principalmente por la prioridad del Gobierno Federal de promover la generación y conservación de empleos permanentes, con objeto de apoyar la demanda social de oportunidades de progreso y trabajo, apoyando a las empresas para que contaran con una mejor situación financiera que les permitiera hacer frente a las posibles condiciones de inestabilidad en el entorno económico internacional.

- Acuerdo de Ampliación del Período de Conservación de Derechos. Con acuerdo ACDO.AS1.HCT.140109/2.P.DG, el H. Consejo Técnico da cumplimiento a la instrucción de la Presidencia de ampliar el período de conservación de derechos por diez y seis semanas adicionales a las ocho señaladas en el artículo 109 de la LSS. El beneficio fue otorgado a los asegurados que quedaron privados de trabajo remunerado entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2009.
- Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los contribuyentes que se indican, con motivo de la situación de contingencia sanitaria provocada por el virus de la influenza (Publicado en el DOF el 7 de mayo 2009). El artículo segundo establece que se exime hasta por una cantidad equivalente al veinte por ciento mensual y un máximo total de treinta y cinco mil pesos, del pago de las cuotas obrero patronales previstas en la LSS a cargo de los patrones, que se causen durante los meses de mayo y junio de 2009, correspondientes a los SRT, SEM, SIV y SGPS.

En el marco de las disposiciones legales, reglamentarias, administrativas y presupuestarias federales, así como de la normatividad institucional, al finalizar cada ejercicio fiscal, el IMSS concilia los ingresos recibidos y egresos efectuados con cargo del Gobierno Federal. En caso de resultar remanentes por las transferencias hechas al Instituto, estos son devueltos a la Tesorería de la Federación (TESOFE) en términos de la LFPRH. En sentido contrario, de resultar recursos faltantes para cubrir las obligaciones pagadas con cargo al Gobierno Federal, se gestiona su reintegro al IMSS por parte de la SHCP.

3.4.5.3.2 Acciones realizadas

Con el objeto de que el Gobierno Federal reintegrará los recursos al Instituto, en el período comprendido de 2006 a 2011, se llevaron a cabo diversas acciones de cobro, entre las que destacan la elaboración de oficios informando en forma oportuna los adeudos a la SHCP para su pago, integración de los saldos pendientes de cobro en las evaluaciones trimestrales del Instituto que son autorizadas por el H. Consejo Técnico y entregadas a la SHCP, así como diversas reuniones de trabajo entre funcionarios de la SHCP y el IMSS.

En el cuadro 3.10 DF, se presenta un resumen con los adeudos a favor del Instituto, los saldos a favor de la SHCP y finalmente el estado que guardan al cierre del ejercicio fiscal 2011 por cada concepto.

**CUADRO 3.10 DF,
RESUMEN DE LOS ADEUDOS DEL GOBIERNO FEDERAL 2006-2011
(MILLONES DE PESOS)**

Concepto	2006-2011			2006-2010		
	Adeudo Gob. Fed.	Pago	Saldo	Saldo a favor Gob. Fed.	Pago	Saldo
Aportaciones al régimen obligatorio del Seguro Social	10,450.4	7,400.2	3,050.2			0.0
Pensiones en curso de pago	1,616.9	1,595.5	21.4	3,119.1	3,119.1	0.0
Pensión mínima garantizada	263.3	246.0	17.4	697.6	697.6	0.0
Comisión por la administración de las pensiones en curso de pago ¹	4,339.3	2,852.1	1,487.2			0.0
Decreto del subsidio del 5% publicado en el DOF 4-mar-2008	3.2	3.2	0.0	0.3	0.3	0.0
Acuerdo de ampliación del periodo de conservación de derechos	2,114.1	2,114.1	0.0			0.0
Decreto benéfico del 20% publicado en el DOF 7-may-2009	3.2	1.8	1.3			0.0
Total	18,790.4	14,212.9	4,577.5	3,817.0	3,817.0	0.0

¹ Incluye adeudos de 2005
Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.5.4 Fortalecimiento del programa de inversión física

Como resultado de la actualización del Sistema Financiero PREI en el Instituto y teniendo la información del presupuesto de inversión física en dicho sistema a nivel nacional, se da seguimiento a la totalidad de los recursos asignados tanto para obra pública como a bienes muebles e inmuebles permitiendo el fortalecimiento de programas como son:

- Iniciativa de equipamiento médico.
- Equipo electromecánico.
- Contingencia por influenza AH1N1.
- Sistema de registro biométrico.
- PREVENIMSS.
- Hospital sin ladrillos.

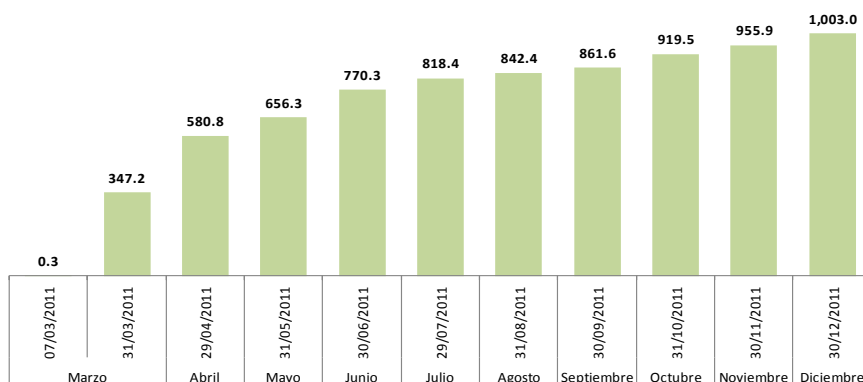
Optimizando los recursos tecnológicos en 2011 se descentraliza el módulo de proyectos a delegaciones, UMAE, Centros Vacacionales y Normativas, para que lleven a cabo la carga de registros de bienes muebles e inmuebles y se fortalece su gestión mediante la emisión de información a mayor detalle por equipamiento y obra. Así mismo, en cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental el presupuesto y el ejercido se realizan bajo estos postulados.

Es importante mencionar que la operación y los recursos del Programa IMSS–Oportunidades se administran bajo el mismo esquema del Régimen Ordinario y la normatividad vigente.

3.4.5.5 Desconcentración a delegaciones y UMAE del trámite para pago de pasivos de ejercicios anteriores

Con la finalidad de hacer más eficiente y oportuno el pago a la proveeduría, el 11 de marzo de 2011, se desconcentró el trámite de enlace de dictámenes a contratos, lo cual permitió a las Unidades Responsables del Gasto (URG) gestionar directamente el enlace de dictámenes de disponibilidad presupuestal para el pago de pasivo, generándose con ello un impacto inmediato en la agilización del trámite. Así, al mes de diciembre de 2011 las URG enlazaron un total 1,003.0 mdp, de los cuales correspondió un importe de 778.7 mdp a Delegaciones y un monto de 224.7 mdp a UMAE, (gráfica 3.3 DF).

GRÁFICA 3.3 DF,
IMPORTE DE PASIVOS ENLAZADOS POR DELEGACIONES Y UMAE EN 2011
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)



Fuente: Dirección de Finanzas

La política anterior significó modificar la plataforma financiera institucional, tanto por parametrización como por reglas de seguridad. Asimismo, con fecha 9 de agosto del 2011 se difundió el “Procedimiento para la expedición de dictámenes de disponibilidad presupuestal para la adquisición de bienes y contratación de servicios de cualquier naturaleza y su enlace por modificación a contratos”, documento que incluye las políticas y lineamientos para la realización del trámite señalado.

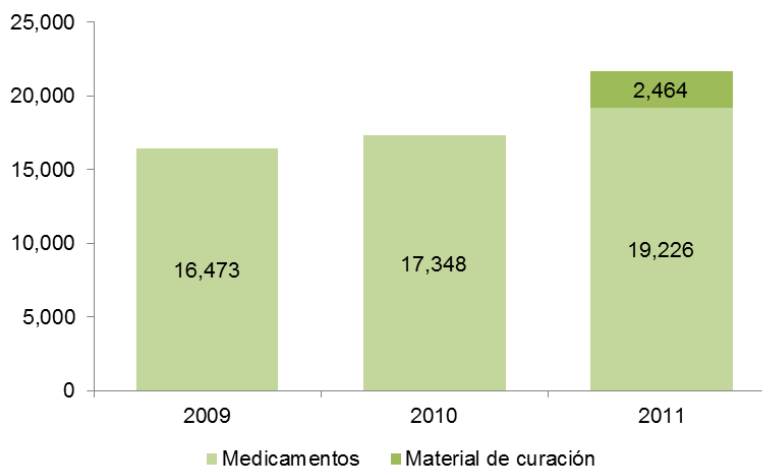
3.4.5.6 Optimización del proceso de abasto a través del esquema de contrato único

Antes del ejercicio 2009 las delegaciones y las UMAE ejercían y controlaban el presupuesto de medicamentos y material de curación mediante compras consolidadas, esquema en el cual cada URG realizaba localmente las gestiones de asignación, contratación y administración de los medicamentos y material de curación.

Con la finalidad de hacer más eficiente el control de inventarios y de optimizar el proceso de abasto, en el año 2009 se inicia el proceso de suministro bajo la modalidad de Contrato Único, esto con la finalidad de adquirir los bienes en las mejores condiciones de calidad, oportunidad y precio en apego a la legislación y normatividad vigente en la materia y con transparencia conforme a los criterios de economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez.

Mediante esta modalidad se centralizó la administración de los recursos para la adquisición tanto de medicamentos como de material de curación. Este esquema implicó modificar la plataforma financiera institucional, tanto por parametrización como por reglas de seguridad. De acuerdo a las necesidades de operación del Contrato Único, durante el periodo de 2009 a diciembre de 2011 se ha liberado presupuestalmente un monto total de 55,511.0 mdp, conforme a la distribución por año que se muestra en la gráfica 3.4 DF.

GRÁFICA 3.4 DF,
RECURSOS LIBERADOS A CONTRATO ÚNICO 2009-2011
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)



Fuente: Dirección de Finanzas

3.4.6 Administración de riesgos institucionales

Entre diciembre de 2006 y diciembre de 2011, la administración de los riesgos financieros del IMSS se orientó hacia las siguientes vertientes: i) Elaboración del Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI), cuyo objetivo es identificar, evaluar y medir el impacto financiero de los principales riesgos que enfrenta el IMSS; ii) Estimación de la Suficiencia Financiera del IMSS; iii) Elaboración de las Valuaciones Actuariales de los seguros con los que protege el IMSS a su población derechohabiente, así como del RJP de los trabajadores institucionales; y, iv) Programa de Aseguramiento Integral (PAI), con el cual se protege el patrimonio institucional mediante pólizas de seguros.

3.4.6.1 Programa de administración de riesgos institucionales

En cumplimiento del Artículo 25 del Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS, el Instituto elabora cada año el PARI, en el cual se identifican los riesgos que pueden tener para el IMSS un impacto importante tanto en sus finanzas como en la prestación de los servicios a la población derechohabiente.

Con base en el PARI, se integra el documento “Evaluación de los Riesgos Financieros Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales (EPARI)”, el cual se presenta durante el segundo semestre del año al H. Consejo Técnico y a la Asamblea General del Instituto, para su aprobación.

Entre enero de 2006 y diciembre de 2011 se han realizado las siguientes acciones con objeto de fortalecer el proceso de identificación, evaluación y medición del impacto de los riesgos financieros institucionales:

- Durante el ejercicio 2007: i) Se publicó en el catálogo normativo institucional el Procedimiento para elaborar la evaluación de los Riesgos considerados en el Programa Anual de Administración de Riesgos Institucionales; ii) Se diseñó una metodología para la estimación de los costos unitarios para la atención médica de los asegurados del IMSS, por grupo de edad y sexo; y iii) Se diseñó e implantó una metodología para la estimación del gasto asociado a la atención de padecimientos de alto impacto financiero.
- En el ejercicio 2008 se publicó en el catálogo normativo institucional el Procedimiento para la identificación y evaluación de riesgos inmobiliarios en el IMSS; y ii) Se incorporaron al PARI los riesgos relativos a la suficiencia

financiera de los seguros y modalidades, como fue el caso del Seguro de Salud para Estudiantes.

- A partir del ejercicio 2009, las DPM, DIR, y DPES comenzaron a participar en la identificación de los riesgos financieros a los cuales está expuesta su operación, así como en la metodología para evaluarlos.
- En septiembre de 2010 se constituyó el Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales (GTRI), mismo que está integrado por representantes de las Direcciones Normativas del Instituto, además de la Unidad de Vinculación y del OIC, y que tiene como propósito que el PARI se elabore con los riesgos que los órganos normativos consideren que son de gran impacto para su operación, y que por lo tanto requieren ser evaluados para adoptar las medidas que permitan atenuarlos, controlarlos o erradicarlos.
- A partir del ejercicio 2011, el proceso de identificación de los riesgos financieros, así como la integración del PARI 2011, se realizó de manera conjunta con los representantes del GTRI.
- Para el PARI de dicho ejercicio 2011, por consenso con los representantes del GTRI, se modificó la clasificación de los riesgos identificados, con objeto de diferenciarlos de los riesgos operativos a los que debe darse seguimiento de acuerdo al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno (MAAGMCI), publicado en el DOF el 12 de julio de 2010, y cuyo reporte es realizado por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED). Con la nueva clasificación, misma que atiende a la incidencia de los riesgos identificados sobre los seguros que administra el IMSS, se tienen 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. Esta clasificación se muestra en el cuadro 3.11 DF.

**CUADRO 3.11 DF,
COMPARATIVO DE LAS CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS
INCLUIDOS EN EL PARI, 2006 – 2011**

Ejercicios 2007-2010	A partir del ejercicio 2011
I. Riesgos de salud	Riesgos en los seguros de salud
II. Riesgos en las prestaciones económicas otorgadas	Riesgos en los seguros de pensiones
III. Riesgos operativos	Riesgos en los seguros no pensionarios
IV. Otros riesgos	Otros riesgos

Nota: En la clasificación vigente a partir de 2011, se consideran los siguientes tipos de riesgos en cada seguro: i) En los Seguros de Salud, los riesgos que pueden tener un impacto en las prestaciones en especie del SEM y del SSFAM; ii) En los Seguros de Pensiones, los riesgos que pueden tener un impacto en las prestaciones en dinero del SIV y en el SRT; iii) En los Seguros no Pensionarios, los riesgos que pueden tener un impacto en las prestaciones en dinero del SEM y en el SGPS; iv) En otros riesgos, los que pueden tener un impacto en más de un seguro.

Fuente: Dirección de Finanzas.

- Para la Evaluación de los Riesgos Considerados en el PARI 2011, las Direcciones Normativas que identificaron los riesgos también participaron en la evaluación de ellos, como se muestra en el cuadro 3.12 DF.
- Por su parte, en el cuadro 3.13 DF, se muestran los riesgos evaluados durante el periodo que se informa.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 3.12 DF,
RIESGOS CONSIDERADOS EN EL PARI 2011 Y DIRECCIONES NORMATIVAS PARTICIPANTES EN SU
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN**

Clasificación	Denominación	Dirección Normativa participante en la identificación y evaluación del riesgo
I. Riesgos en los seguros de salud	1. Enfermedades crónicas	DPM
	2. Enfermedades de atesoramiento lisosomal	DPM
	3. Enfermedades crónicas asociadas al consumo del tabaco	DPM
	4. Incremento en la esperanza de vida de la población derechohabiente del IMSS	DPM
II. Riesgos en los seguros de pensiones	1. Riesgos de Trabajo terminados no incorporados en la casuística patronal	DIR, DPM
	2. Utilización de tasas de referencia variable y de los factores de mejora poblacional en el cálculo de los montos constitutivos	DPES
III. Riesgos en los seguros no pensionarios	1. Cobertura de la demanda potencial máxima esperada en el servicio de guardería	DPES
	2. Diferencia salarial por género	DIR
IV. Otros Riesgos	1. Desafiliación al régimen obligatorio en periodos de recesión económica	DIR
	2. Interrupción no programada de aplicaciones de alto nivel crítico en el Centro Nacional de Tecnologías de la Información Monterrey	DIDT

Nota: DPM: Dirección de Prestaciones Médicas; DIR: Dirección de Incorporación y Recaudación y DPES.

Fuente: Dirección de Finanzas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.13 DF,
RIESGOS FINANCIEROS EVALUADOS EN EL PERÍODO 2007 – 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
I. Riesgos de Salud					
Análisis costo beneficio del programa de consulta familiar en sexto y séptimo día				✓	
Automedicación en enfermedades respiratorias				✓	
Costos 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 UMAE	✓				
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 las 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 LSS 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			✓		
IV. Otros Riesgos					
Análisis del seguro de enfermedades y maternidad				✓	
Balance financiero del seguro de salud para los 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 LSS				✓	
Interrupción no programada de aplicaciones de alto nivel crítico en el CeNaTI Monterrey					✓
Pensiones de incapacidad permanente parcial con valuación menos o igual al 25 por ciento			✓		
Reforma fiscal 2010: cambios en el IVA				✓	
Reincorporación al régimen obligatorio de los pensionados con pensión garantizada	✓				

Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.6.2 Suficiencia financiera

A partir del año 2007, la suficiencia financiera del IMSS –definida como el número de años durante los cuales el Instituto podrá reportar superávit en su flujo de efectivo– se ha medido a través de un Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA) que permite proyectar hacia el año 2050 los rubros que integran los ingresos y los egresos, así como construir escenarios de sensibilidad para simular el comportamiento que podrían registrar dichos rubros en el corto, el mediano y el largo plazos, en caso de que se aplicaran diversas políticas endógenas y exógenas dirigidas a ampliar los años de suficiencia financiera, así como la capacidad del Instituto para proporcionar mejores servicios a la población derechohabiente.

Las medidas exógenas que hasta ahora han sido incorporadas en el MIFA implican un costo fiscal a cargo del Gobierno Federal, mientras que las medidas endógenas se refieren a acciones susceptibles de ser adoptadas al interior del IMSS. Ambos tipos de medidas, así como su impacto financiero estimado han sido publicadas 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”.

3.4.6.3 Valuaciones y estudios actuariales

Las valuaciones y estudios actuariales se efectúan conforme a lo estipulado en los siguientes artículos:

Artículo 76 de la LSS: en el que se establece la obligación de revisar cada tres años la fórmula de cálculo de la prima del SRT, para asegurar que se mantenga o, en su caso, se restituya el equilibrio financiero de este seguro, tomando en cuenta a todas las empresas del país.

Artículos 245, 261 y 262 de la LSS: en los cuales se señala la obligación de elaborar anualmente un informe financiero y actuarial en el que se analice la suficiencia de los recursos para todos y cada uno de los siguientes seguros: SRT, SEM, SIV, SGPS y SSFAM, así como de los seguros adicionales.

Artículo 273 de la LSS: en el que se establece que el Instituto deberá presentar en junio de cada año al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión un informe dictaminado por auditor externo, que incluya al menos los siguientes elementos: i) la situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas; ii) los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas; iii) estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero-patronales y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro, que en su caso se puedan prever para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y iv) la situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

Artículo Tercero Transitorio de la LSS: en el cual se estipula que para dar cumplimiento a lo señalado por el Artículo 277 D de la LSS, en el sentido de que el Instituto asegure que en todo momento esté plenamente financiado el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal Contractual (FCOLCLC) para cubrir los costos derivados del RJP de las contrataciones que se realicen después del 12 de agosto de 2004, se llevarán a cabo los estudios actuariales correspondientes, cuyos resultados se darán a conocer a los trabajadores y al Congreso de la Unión a través del informe a que se refiere el Artículo 273 de la LSS.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Artículo 33 del Impuesto Sobre la Renta y Artículo 60 de su Reglamento: en el que se preceptúa para todas las empresas del país la obligación de realizar una valuación de sus pasivos laborales bajo las Normas de Información Financiera emitidas por el Consejo Mexicano de Normas de Información Financiera, A. C.

Durante el período 2006 - 2011, las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de cada año, que elaboró el Instituto para el SRT, el SIV, la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del SEM y el RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, fueron auditadas por un despacho actuarial externo. Los principales resultados de dichas valuaciones se publican 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), exceptuando los de la valuación actuarial del RJP que sólo se publican en el IFA.

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.

Durante el periodo que se informa, se realizaron diversos cambios a las bases de información y a los modelos que sirven para elaborar las valuaciones actuariales, con el propósito de mejorar la estimación del gasto a realizar en el futuro por el Instituto por concepto de prestaciones en especie, prestaciones en dinero, y gastos de administración de los seguros. Los cambios más relevantes se describen en el cuadro 3.14 DF.

CUADRO 3.14 DF, PRINCIPALES CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN BASE Y EN LOS MODELOS UTILIZADOS PARA ELABORAR LAS VALUACIONES ACTUARIALES DEL IMSS, 2006 – 2011

Valuación actuarial al 31 de diciembre de:	Principales cambios de las valuaciones actuariales
2006	Sin cambio
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 LSS
2008	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 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 DOF el 12 de agosto de 2009; 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: Dirección Financiera.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Asimismo, en el periodo que se reporta se integró, procesó y proporcionó información estadística y actuarial a despachos de consultoría externos, para que éstos realizaran los siguientes estudios actuariales cuya elaboración se contrató bajo el procedimiento de Licitación Pública Nacional, conforme a las disposiciones legales y la normatividad vigentes:

- Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Metodología del Boletín D-3 “Obligaciones Laborales”, al 31 de diciembre de 2006 y al 31 de diciembre de 2007.
- 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: 2008, 2009, 2010 y 2011. Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual al 31 de diciembre de: 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011. Este estudio tiene por objeto certificar que las nuevas contrataciones de trabajadores de base y de confianza “B” que se realizaron a partir del 16 de octubre de 2005, en los términos del artículo 277 D de la LSS y del “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” estén en todo tiempo debidamente fondeadas.
- “Estudio Actuarial para Determinar la Reserva Óptima de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida”, realizado a fines de 2010.
- “Estudio de la Revisión de la Fórmula de Cálculo de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo”, elaborado en 2011 y cuyos resultados se reportarán a las autoridades del Instituto en el primer cuatrimestre de 2012. Este estudio se contrata cada tres años contratado para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la LSS.

- “Estudio Actuarial para Determinar el Factor de Proporcionalidad de las Pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que Corresponde Cubrir al Gobierno Federal por la Ley del Seguro Social de 1973”, realizado en 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011.

A efecto de llevar a cabo los procesos licitatorios para la contratación de los estudios anteriores, se participó elaborando y proporcionando los anexos técnicos de las bases de licitación.

Cabe señalar que los resultados obtenidos a partir de las valuaciones actuariales que realiza el Instituto y que son auditadas por despachos actuariales externos, así como los resultados de los estudios actuariales que son realizados por consultores externos, a solicitud del IMSS, se publican en el mencionado “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social”.

3.4.6.4 Programa de aseguramiento integral (PAI)

El Instituto administra anualmente el PAI con fundamento en las siguientes disposiciones:

- Artículo 5 de la LAASSP, que estipula la obligación de asegurar el patrimonio de las dependencias y entidades de la APF, considerando que el no aseguramiento sólo puede darse cuando el costo de asegurar los bienes no guarde relación directa con el beneficio que pudiera obtenerse;
- Artículo 43 del Reglamento de Resguardo Patrimonial del CCT del IMSS que establece la obligatoriedad de que los bienes que integran el patrimonio del Instituto se encuentren resguardados mediante la contratación de pólizas de seguro, y iv) Norma 6000-001-006, referente a las disposiciones para integrar y autorizar el PAI del IMSS.

- Capítulo IV del Acuerdo por el que se Regulan las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales, publicados en el DOF el 16 de julio de 2010.

El PAI tiene dos propósitos principales: i) proteger el patrimonio institucional mediante pólizas de seguros, que garanticen 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.

Las pólizas patrimoniales dan cobertura a los siguientes activos institucionales: i) más de 6,000 inmuebles, incluyendo los del Régimen Ordinario y los de IMSS-Oportunidades, ii) 462 inmuebles arrendados; iii) 30,014 inmuebles otorgados en garantía por los trabajadores del IMSS que cuentan con crédito hipotecario; iv) más de 1'600,000 bienes muebles capitalizables, y v) 5,273 vehículos, un avión y un helicóptero. Por su parte, las pólizas no patrimoniales dan la cobertura de fallecimiento e invalidez a 30,014 trabajadores a quienes el Instituto otorgó un crédito hipotecario, así como a 1,673 trabajadores adscritos a la nómina de mando y a 5,799 trabajadores que cuentan con un crédito a mediano plazo o para enganche de casa habitación otorgado por el Instituto.

Ejercicio 2007

- El PAI 2007 lo conformaron 15 contratos considerando la inclusión al Programa en ese año del contrato de Fallecimiento, Invalidez e Incapacidad Total y Permanente del personal adscrito a la nómina de mando. 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 habersele incorporado una fórmula de dividendos que durante el ejercicio 2007 y el primer semestre de 2008 permitió recuperar primas del orden de los 7.0 mdp.

Ejercicio 2008

- El PAI 2008 tuvo los siguientes cambios en relación al PAI 2007:

i) Se conformó por 18 contratos, habiéndose modificado el esquema tradicional de aseguramiento de tres de ellos, a través de un aseguramiento en capas que estuvo asesorado por la SHCP, y cuyo propósito fue contener el incremento en el costo de las primas. Los contratos que se modificaron fueron: i) Integral de Incendio; ii) Robo de Contenidos, y iii) Robo de Efectivo y/o Valores.

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, lo cual representó un decremento del 24 por ciento.

ii) Se incorporó en el proceso de licitación la participación de un Testigo Social, como medida de fortalecimiento en materia de transparencia, con base en los “Lineamientos que regulan la participación de los Testigos Sociales”.

Ejercicio 2009

- El PAI 2009 no tuvo cambios; continuó integrado por 18 contratos.

Ejercicio 2010

- El PAI 2010 se integró por 19 contratos y se reorientaron las condiciones del contrato de Robo y Daños de Equipo Electrónico (de Cómputo y Microfilmación y Equipo Médico Nombrado), trasladándolo a un esquema en capas bajo una contratación en moneda nacional, con lo cual se disminuyó el monto de las primas pagadas por el IMSS de 53.0 mdp en 2009 a 32.0 mdp en 2010.
- La Dirección de Finanzas (DF), en coordinación con la DAED, en atención a la recomendación emitida por el H. Consejo Técnico en el Acuerdo ACDO.IN3.HCT.270509/116.R.DF, 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.

Ejercicio 2011

- El PAI 2011 continuó conformado por 19 contratos, pero con dos cambios importantes: i) se reorientó el esquema en capas del contrato de Efectivo y/o Valores a un esquema tradicional, debido a su baja siniestralidad; ii) se contrató una Póliza de Responsabilidad y Asistencia Legal para integrantes propietarios de los Sectores Obrero y Patronal del H. Consejo Técnico.

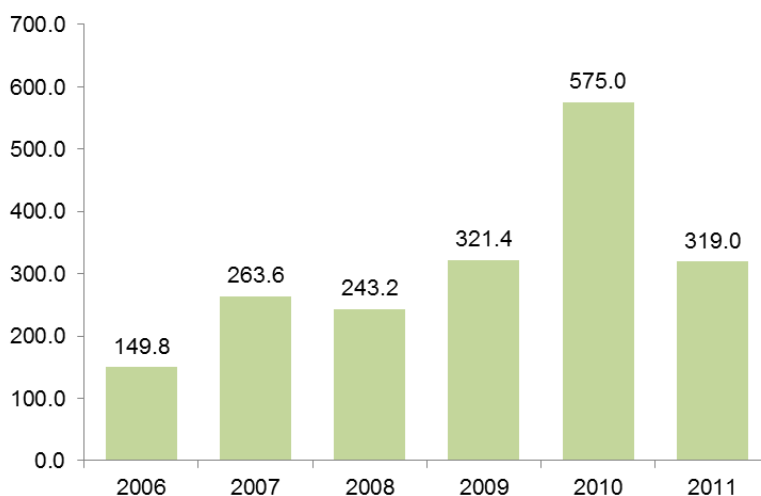
Atención de siniestros

La administración del PAI en cuanto a la atención de siniestros reportados por la Delegaciones, las UMAE y los Órganos Normativos de nivel central, así como en materia de recuperación de las indemnizaciones pagadas por las aseguradoras para el resarcimiento de los daños causados por siniestros, refleja lo siguiente:

Siniestralidad 2006 – 2011

En este periodo las Delegaciones, UMAE y Nivel Central reportaron 9,181 siniestros con afectación al patrimonio institucional por un importe de 1,872.0 mdp, siendo el ejercicio 2010 el de mayor impacto en la severidad con 575.0 mdp (31 por ciento), como se observa en la gráfica 3.5 DF.

**GRÁFICA 3.5 DF,
SINIESTRALIDAD REPORTADA EN EL PERIODO 2006 – 2011 POR LAS DELEGACIONES, LAS UMAES
Y LOS ÓRGANOS NORMATIVOS DEL NIVEL CENTRAL
(MILLONES DE PESOS)**



Fuente: Dirección de Finanzas.

Los siniestros más importantes, de acuerdo con la causa que les dio origen, fueron: i) la acción directa de la energía eléctrica (variación de voltaje y/o corto circuito) con 571 casos y 391.2 mdp en pérdidas; ii) lluvias con 349 casos y 266.0 mdp en pérdidas; iii) terremoto con 88 casos y 255.6 mdp en pérdidas; iv) robo con violencia con 956 casos y 168.6 mdp en pérdidas; v) huracanes con 35 casos y 131.6 mdp en pérdidas; vi) incendio y/o rayo con 85 casos y 124.4 mdp en pérdidas; vii) robo sin violencia con 1,530 casos y 99.1 mdp en pérdidas, e viii) inundación con 11 casos y 79.9 mdp en pérdidas.

En el periodo 2006-2011, esas ocho coberturas sumaron pérdidas por 1,516 mdp, representando el 81 por ciento de la siniestralidad de todo el Programa. Destacan por su importe de pérdidas, los siniestros que se relacionan en el cuadro 3.15 DF.

CUADRO 3.15 DF,
SINIESTROS CON MAYOR SEVERIDAD EN EL PERIODO 2006 - 2011
(CIFRAS EN MILES DE PESOS)

Siniestro	Monto de la pérdida	Fecha
Daños a edificio y contenidos por terremoto en Mexicali	183,239	abr-10
Daños a almacén delegacional por incendio en Tabasco	79,009	Feb-09
Daños a unidades de servicio por inundación en Tabasco	71,816	Oct-07
Daños a unidades de servicio por huacán en Veracruz	59,886	Sep-10
Daños a unidades de servicio por huracán en diversas delegaciones	23,082	Jul-10
Robo con violencia a UMAE en Jalisco	23,077	Dic-07
Total	440,110	

Fuente: Dirección de Finanzas.

Indemnizaciones pagadas por las Aseguradoras para el resarcimiento de los daños causados por siniestros

Las indemnizaciones pagadas por las aseguradoras con las que se contrataron las pólizas de aseguramiento patrimoniales y no patrimoniales en el periodo 2006-2011, fueron de 1,390.0 mdp, de los cuales 362.3 mdp (26.0 por ciento del total del periodo) correspondieron a ingresos recuperados en el ejercicio 2011), siendo este el año de mayor recuperación de indemnizaciones durante la presente administración. Estos datos se refieren a indemnizaciones netas de deducibles y se muestran en el cuadro 3.16 DF.

CUADRO 3.16 DF,
COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE LA RECUPERACIÓN DE
INDEMNIZACIONES POR SINIESTROS, 2006 - 2011
(CIFRAS EN MILES DE PESOS, NETAS DE DEDUCIBLES)

Año de ocurrencia	Año de ingreso						Total
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
2006	39,537	62,637	105	15	-	-	102,293
2007	-	71,505	144,747	231	-	-	216,483
2008	-	-	105,426	97,389	435	237	203,487
2009	-	-	-	218,948	51,920	1,073	271,941
2010	-	-	-	-	235,804	226,174	461,978
2011	-	-	-	-	-	134,787	134,787
Total	39,537	134,142	250,277	316,583	288,159	362,271	1,390,969

Fuente: Dirección de Finanzas.

Primas pagadas e indemnizaciones recuperadas

En el cuadro 3.17 DF, se comparan para el periodo 2006-2010 los montos de las primas pagadas por el IMSS por la contratación de las pólizas patrimoniales y no patrimoniales que conforman el PAI, y los montos de las indemnizaciones recuperadas, netas de deducibles.

Como puede observarse, en el año 2010, que fue el más alto en siniestralidad en el curso de la actual administración, el monto indemnizado superó en 70.0 mdp al de las primas pagadas. Esta situación, aunada a la elevada severidad de los siniestros que se ha registrado en los últimos años a nivel internacional, ha ejercido una presión importante tanto en el costo del PAI como en la posibilidad de colocación de la póliza Integral de Incendio en el mercado de reaseguro.

**CUADRO 3.17 DF, COMPARATIVO DE INDEMNIZACIONES Y PRIMAS PAGADAS, 2006 - 2010
(CIFRAS EN MILES DE PESOS)**

Ejercicio	Indemnizaciones (a)	Primas (b)	Diferencia (a - b)
2006	102,293	198,668	-96,375
2007	216,483	255,034	-38,551
2008	203,487	249,534	-46,047
2009	271,941	302,901	-30,960
2010	461,978	391,899	70,079
Total	1,256,182	1,398,036	141,854

Nota: Las cifras de las indemnizaciones ya tienen descontado el monto de los deducibles.

Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.7 Fideicomiso público irrevocable denominado “Fondo para ayudas extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC”

Por acuerdo número ACDO.AS1.HCT.230610/128.P.DF y DJ dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, en sesión de fecha 23 de junio del 2010, se instruyó a la DF realizar las gestiones necesarias ante la SHCP, para solicitar recursos presupuestarios por la cantidad de hasta 250 mdp, para la constitución de un Fideicomiso, cuya finalidad sería otorgar ayudas solidarias para los menores y adultos afectados con motivo del siniestro ocurrido en Hermosillo, Sonora el 5 de junio de 2009, que afectó las instalaciones que ocupaba la Guardería ABC.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El 29 de junio del 2010, se celebró entre el IMSS y el Banco Nacional de México, S.A., el Contrato de Fideicomiso Público Irrevocable para la Constitución y Administración e Inversión de los recursos que se aportan para el denominado “Fondo para Ayudas Extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC”.

El día 20 de julio del 2010, el Ejecutivo Federal publicó en el DOF el “Decreto por el que se otorgan ayudas extraordinarias con motivo del incendio ocurrido el 05 de junio de 2009 en la Guardería ABC, Sociedad Civil, en la Ciudad de Hermosillo, Sonora”.

Con fecha 21 de julio del 2010 el H. Consejo Técnico, emitió el acuerdo ACDO.AS1.HCT.210710/174.P.DF mediante el cual se aclaró y modificó el monto mínimo de las ayudas por solidaridad de \$3,000.00 a \$5,000.00. En esa misma fecha se instaló el Comité Técnico del Fideicomiso.

Debido al ajuste acordado por el H. Consejo Técnico en el monto mínimo de las ayudas, el 3 de agosto de 2010, se suscribió el primer convenio modificatorio al Contrato del Fideicomiso en el que se cambiaron los incisos b, c y d del numeral 2, de su Cláusula Tercera.

En cumplimiento al acuerdo número FGABC/5EXT.1/20.07.11, dictado por el Comité Técnico del Fideicomiso, en la Quinta Sesión Extraordinaria, celebrada el 20 de julio de 2011, con fecha 8 de septiembre de 2011, se suscribió el segundo convenio modificatorio al Contrato del Fideicomiso, mediante el cual se modificó el inciso a) del numeral 2, de la Cláusula Tercera del Contrato.

El Comité Técnico del Fideicomiso Público Irrevocable denominado “Fondo para Ayudas Extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC”, ha tenido desde su constitución a diciembre de 2011, las sesiones señaladas en el cuadro 3.18 DF.

**CUADRO 3.18 DF, SESIONES DEL COMITÉ TÉCNICO DEL FIDEICOMISO
JULIO 2010 - DICIEMBRE 2011**

Sesiones del Comité Técnico del Fideicomiso	Fecha
Primera Sesión Ordinaria	21 de julio del 2010
Segunda Sesión Ordinaria	21 de diciembre del 2010
Primera Sesión Extraordinaria	11 de octubre de 2010
Segunda Sesión Extraordinaria	29 de noviembre del 2010
Primera Sesión Ordinaria	21 de enero de 2011
Segunda Sesión Ordinaria	20 de mayo de 2011
Tercera Sesión Ordinaria	26 de agosto de 2011
Cuarta Sesión Ordinaria	16 de diciembre de 2011
Primera Sesión Extraordinaria	15 de febrero de 2011
Segunda Sesión Extraordinaria	11 de marzo de 2011
Tercera Sesión Extraordinaria	29 de abril de 2011
Cuarta Sesión Extraordinaria	20 de mayo de 2011
Quinta Sesión Extraordinaria	20 de julio de 2011

Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.7.1 Auditoría a los estados financieros del fideicomiso

En relación a la Auditoría a los Estados Financieros del fideicomiso público correspondiente al Ejercicio Fiscal 2010, la SFP, informó la designación de la firma Prieto, Ruiz de Velasco y Compañía, S. C., como auditor externo.

Una vez concluida la Auditoría, por escrito de fecha 22 de marzo de 2011, el Auditor Externo emitió el siguiente dictamen: *“En nuestra opinión, los estados financieros antes mencionados presentan razonablemente, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Fideicomiso No. 16617-9 “Fondo para Ayudas Extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC”, al 31 de diciembre de 2010, los estados de ingresos y egresos las variaciones en el patrimonio y los flujos de efectivo, por el periodo inicial de 6 meses que terminó en esa fecha, de conformidad con las normas de contabilidad aplicables al fideicomiso.”*

3.4.7.2 Consulta al SAT

En la Segunda Sesión Extraordinaria del Comité Técnico, celebrada el día 11 de marzo de 2011, se autorizó la contratación de un despacho de contadores, para la prestación de servicios consistentes en la elaboración de la consulta que formularía la institución fiduciaria al SAT, respecto a la existencia o inexistencia, de la obligación fiscal de gravar las ayudas que se otorgan a las Fideicomisarias con cargo al patrimonio fideicomitido.

Lo anterior, toda vez que el Fideicomiso no cuenta con personal, por lo que se requiere del apoyo especializado de un despacho de auditores y fiscalistas que brinden su asesoría para el adecuado planteamiento de la consulta y precisión de los criterios que en materia fiscal se solicita confirmar.

En este sentido, el día 10 de abril de 2011, se celebró el Contrato para la prestación de servicios entre el Fideicomiso y el Despacho Prieto, Ruiz de Velasco y Compañía, S. C. Actualmente se está en espera de la respuesta por parte del SAT a la consulta efectuada.

3.4.7.3 Situación financiera del fideicomiso

En relación a las ayudas extraordinarias que se otorgan a través del Fideicomiso, se informa que desde su constitución al 31 de diciembre de 2011, se ha entregado la cantidad de 12.45 mdp, distribuidos de acuerdo al cuadro 3.19 DF.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 3.19 DF, AYUDAS OTORGADAS DESDE LA CONSTITUCIÓN DEL
FIDEICOMISO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Ayudas	Monto de las ayudas
I.- Ayuda para la educación de los menores que resultaron lesionados en el incidente señalado, consistente en el pago de una beca educativa mensual a cada uno de los niños afectados, durante el tiempo en que realicen los estudios de primaria y secundaria, así como los estudios del tipo medio superior y superior, en cualquier institución educativa pública o privada en la República Mexicana	158,010.00
II.- Ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores de edad que fallecieron en el incidente señalado	7,264,721.06
III.- Ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores de edad que resultaron lesionados en el incidente	2,477,743.93
IV.- Ayuda vitalicia por solidaridad a las maestras y otros adultos que resultaron lesionados en el incidente señalado	392,687.70
Ayudas vitalicias por solidaridad a madres de un menor fallecido y un menor lesionado	1,095,960.93
Ayudas vitalicias por solidaridad adulto lesionado con menor lesionado	531,477.00
Ayudas vitalicias por solidaridad adulto lesionado con menor fallecido	109,127.50
V.- Pago del consumo de energía eléctrica que se genere en el domicilio en el que residan los menores de edad y los adultos que resultaron lesionados en el incidente señalado	296,944.00
VI.- Ayuda para la atención médica vitalicia de los padres de los menores fallecidos y lesionados por quemaduras, a través del SSFAM, en caso de que dejen de ser sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio del Seguro Social	123,265.30
Total	12,449,937.42

Fuente: Dirección de Finanzas.

De acuerdo a los estados de cuenta del fiduciario Banamex, la situación del patrimonio del fideicomiso desde su constitución al 31 de diciembre de 2011, se describe en el cuadro 3.20 DF.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 3.20 DF, SITUACIÓN DEL PATRIMONIO DEL FIDEICOMISO
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Aportación inicial:	250,000,000.00
Rendimientos financieros:	15,960,731.34
Pago de honorarios y comisiones (bancarios):	197,069.54
Gastos de auditoría y consulta al SAT:	
Auditoría: 16,038.00, mas iva 18,604.00	34,844.00
Consulta SAT: 14,000.00, mas iva 16,240.00	
Pagos a fideicomisarias:	12,449,937.42
Importe actual del contrato:	253,278,880.38

Fuente: Dirección de Finanzas.

3.4.8 Planeación

3.4.8.1 Planeación institucional

Al inicio de la presente administración, en el ámbito del sistema de planeación institucional se cumplió con el seguimiento a los trabajos de monitoreo y evaluación del “Plan Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006” (PEIMSS 2006) (ACDO.HCT.280207/101.P.DPF).

Por otro lado, se integró el proyecto de “Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2012” (PIIMSS 2007-2012) en apego a los “Lineamientos para la Elaboración de los Programas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012” emitidos el 17 de julio de 2007 por la Unidad de Política y Control Presupuestario de la SHCP.

Asimismo, en mayo de 2008, se inscribió en el marco normativo del Instituto, el “Procedimiento para la integración del Programa Estratégico del IMSS”. Tomando como base este procedimiento y considerando el nuevo enfoque y la nueva

política institucional comunicada por la Dirección General, se integró el “Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2012” (PEIMSS 2009-2012), el cual fue aprobado por H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria del 8 de diciembre de 2010 (ACDO.AS2.HCT.081210/379.R.DF).

De acuerdo al documento aprobado, el seguimiento de las actividades del PEIMSS 2009-2012 se incluye en el Informe de Labores y Programa de Actividades que anualmente se pone a consideración del H. Consejo Técnico, de acuerdo a los Artículos 261, 266 y 268 de la LSS.

Durante la presente administración se trabajó estrechamente con las distintas áreas normativas en la revisión de su planteamiento estratégico. Para ello, se integraron fichas conceptuales de diversas iniciativas prioritarias, las cuales se alinearon a los ejes rectores bajo los cuales se planteó la estrategia institucional.

En virtud de que se requería contar con un sistema que facilite la comunicación, seguimiento, y evaluación de la estrategia institucional, y que apoye la toma de decisiones a nivel directivo para el logro de las metas establecidas en los programas estratégicos, durante la segunda mitad de 2011 se llevó a cabo un proyecto con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) para el desarrollo de un Marcador Balanceado alineado a las iniciativas estratégicas del Instituto, que a su vez constituye una actualización respecto al modelo desarrollado en *Peoplesoft* en 2005.

El Marcador Balanceado se creó en el módulo de *Hyperion Performance Scorecard* por la flexibilidad de la solución en materia de configuración, consulta y visualización de la información. Además, el Marcador Balanceado permitirá atender con mayor agilidad las necesidades de configuración de elementos estratégicos que, debido a la naturaleza dinámica y adaptativa del programa de trabajo, se requieren para la consecución de los objetivos institucionales.

3.4.8.2 Evaluación de los servicios integrales en esquema multianual

3.4.8.2.1 Servicios médicos integrales. Primer ciclo de contratación plurianual 2008-2010

En diciembre de 2007 el H. Consejo Técnico autorizó la contratación plurianual de cinco servicios médicos integrales para el periodo comprendido de julio de 2008 a diciembre de 2010. El presupuesto global de los cinco servicios para ese periodo fue de 11,600.0 mdp, incluyendo el IVA.

El H. Consejo Técnico simultáneamente encomendó a la DF, en el asunto especial 47/2007, fechado el 2 de enero de 2008, hacer el seguimiento de los servicios médicos integrales para asegurarse de que rindiesen el beneficio esperado.

3.4.8.2.2 Grupo de evaluación y seguimiento y evaluación de servicios médicos integrales 2008-2009

A raíz del mandato del H. Consejo Técnico se formó en enero de 2008 un grupo de seguimiento presidido la DF, con la participación de la DPM, la DAED y la DIDT. En mayo de 2009 se presentó un informe final al H. Consejo Técnico. El informe y otros materiales se hallan en la intranet del Instituto.

En el informe final se reporta que es necesario establecer una estructura y organización institucionales que permitan hacer el seguimiento y la supervisión tanto de los servicios contratados como de la administración de los contratos, de modo que el IMSS pueda supervisar a los agentes contratados.



3.4.8.2.3 Grupo de registro de recursos devengados y ECE 2009

En mayo de 2009 se formó otro grupo de trabajo con la DF, la DPM, la DIDT y la DAED. El objetivo del grupo fue regularizar el registro en el ECE de la información médica generada en los servicios integrales; y en el PREI la información relativa a los recursos devengados. El grupo trabajó hasta noviembre de 2009, cuando entró en receso. Los trabajos se trasladaron a la conformación de una plataforma de registro.

En el grupo se presentaron los trabajos de modificación técnica del módulo de Control de Compromisos del Sistema de Abasto Institucional (SAI) y las pruebas de operatividad realizadas en 30 delegaciones, en donde también se dio capacitación exhaustiva. El objetivo es enlazar el PREI y el SAI.

3.4.8.2.4 Grupo permanente de planeación de servicios médicos integrales 2011-2013

En diciembre de 2010 se cerró el primer ciclo de contratación de cinco grandes servicios médicos integrales efectuada por el IMSS al amparo de la gestión desconcentrada y la asociación público-privada: laboratorio, banco de sangre, hemodiálisis interna y externa, y cirugía de mínima invasión.

Con el fin de realizar la recontractación de esos servicios, se formó un Grupo Permanente de Planeación de Servicios Integrales, que laboró de julio a septiembre de 2010 para contratar cuatro de los servicios mencionados y cuatro más: osteosíntesis y endoprótesis, cirugía cardiovascular, hemodinamia y trasplantes. Por otra parte, en agosto de 2011 el H. Consejo Técnico autorizó la contratación multianual, en 2012 y 2013, de los servicios de hemodiálisis subrogada.

3.4.8.2.5 Plataforma de registro

En septiembre de 2010 la DF convocó a otras tres direcciones normativas interesadas a construir conjuntamente una plataforma de registro operativo, contable y presupuestario de los servicios médicos integrales. Desde entonces y a lo largo de todo 2011 se realizaron los trabajos multidisciplinarios de diseño y puesta en marcha de la misma. Esto se hizo en el marco de la actualización del PREI.

Se definieron las funcionalidades que debe tener la solución para recabar la información necesaria para forjar un registro nominal de los servicios y, en consecuencia, poder hacer un análisis detallado de la misma. De igual manera se ha completado el clausulado de los contratos de adjudicación para que sea obligatorio registrar, entregar y transmitir la información; y penalizable el no hacerlo.

3.4.8.2.6 Otros integrales

El IMSS contrata servicios integrales no médicos, especialmente de tecnología de la información.

El Decreto de Austeridad de la Presidencia de la República, de diciembre de 2006, prohíbe la adquisición de tecnologías de la información. De 2006 a 2011 se analizaron los documentos de planeación de proyectos de contratación de servicios administrados en red virtual del IMSS; equipo *mainframe*; soporte de aplicaciones de cómputo; productos Seguridata, Sun, Microsoft; sistemas de directorios, antivirus institucional, prevención de riesgos, correo electrónico y mensajería instantánea; impresión de alto volumen y servicios de telecomunicaciones a través de una red privada virtual y servicio integral de soporte y operación de redes. Asimismo, se realizó la revisión del documento de



planeación del Programa de Modernización de la Administración de Derechohabientes y de las Prestaciones (PROMADYP).

3.4.8.2.7 Contratación de servicios

El IMSS contrata la prestación de servicios de guarderías con particulares. De 2006 a 2011 se revisaron los documentos de planeación de los proyectos relativos a la factibilidad técnica y presupuestaria de estos proyectos. La elaboración del Plan de Expansión 2008-2010 de Guarderías recibió el apoyo de la DF, lo mismo que la revisión de las tarifas para incorporar el costo de las nuevas medidas de seguridad.

3.4.8.3 Costos

Ante el reto y compromiso de las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de avanzar hacia un Sistema Único de Salud y, al interior del IMSS, de fortalecer la viabilidad financiera a través de la generación de un gasto más eficiente y transparente, se identificó la necesidad de conocer los costos de las actividades sustantivas y de los productos o servicios que el Instituto proporciona, de manera más específica²⁶.

Por lo anterior, en 2008 el Instituto determinó adoptar la metodología de Costeo Basado en Actividades (ABC) y con ello iniciar los trabajos para el cálculo de los costos de los productos y servicios generados en las áreas sustantivas: prestaciones médicas, prestaciones económicas y sociales e incorporación y recaudación.

²⁶ Desde 2003, la metodología usada por el IMSS para el costeo de sus servicios es la de Costos Unitarios Promedio, la cual no toma en cuenta la complejidad de las unidades médicas, ni de los padecimientos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Durante 2009 el Instituto implementó la primera etapa del modelo de ABC en sus tres áreas sustantivas. En colaboración con la DIDT y las áreas normativas correspondientes se desarrolló un sistema automatizado para la obtención de los costos de los productos y servicios otorgados por el Instituto a nivel de unidad de información (unidades médicas y no médicas), logrando identificar el costo total y unitario, así como su integración por actividad, por capítulo de gasto y su clasificación por costo fijo y variable. Para el análisis oportuno de los resultados se trabajó en la creación de cubos de información, así como en el diseño y elaboración de los reportes ejecutivos.

Si bien el modelo de costeo de prestaciones médicas se divide en producto hospitalario, clasificado en GRD, y en producto ambulatorio, clasificado en GRAA, se determinó que en la primera etapa del proyecto sólo se desarrollara el modelo de costeo del producto hospitalario.

Para tal efecto, el área médica proporcionó el detalle de los 483 GRD correspondientes al año 2006, de los 509 GRD del año 2007 y de los 700 para el año 2008. Para cada uno de los GRD se elaboró una CME para su costeo, en ellas se detallan los insumos y capacidad instalada necesaria para brindar la atención médica para cada GRD.

Por lo que respecta al Modelo de Costeo por Actividad de las áreas de prestaciones económicas, se costearon las actividades de subsidios, ayudas, pensiones y rentas vitalicias. Se definieron 12 productos que se derivan de dichas actividades. Para el caso del Modelo de Costeo por Actividad de las áreas de prestaciones sociales se costearon tres actividades: servicios de ingreso, guarderías y prestaciones sociales.

Se definieron 260 productos que derivan de dichas actividades. En cuanto al Modelo de Costeo por Actividad de las áreas de incorporación y recaudación, se costearon tres actividades: incorporación, recaudación y fiscalización. Se definieron 73 productos que derivan de dichas actividades.

A finales de 2009 se obtuvo la primera versión de los costos por GRD para el presupuesto de 2006 y 2007 con las CME 2006, a través de la herramienta de costeo *ABC Metify*.

Desde la segunda mitad de 2010 y durante 2011 se continuó el trabajo de costeo respecto a los estudios auxiliares de diagnóstico, con el fin de determinar los costos de las CME de 2007 y de 2008. Se trabajó en la automatización del costeo de las CME y se costearon las de 2007 y 2008.

A partir del 27 de junio de 2011, se iniciaron los trabajos para la segunda fase del proyecto de costeo, la cual consiste en migrar los modelos ya trabajados a la nueva herramienta tecnológica *Hyperion Profitability and Cost Management*, además de actualizar, en su caso, la estructura y criterios de asignación de los costos para obtener costos actualizados para los años 2008, 2009 y 2010.

En este periodo, se analizaron los modelos existentes, se automatizó el cálculo de índices de asignación del gasto hacia las actividades, con base en la CME, se planearon y diseñaron las actualizaciones definidas tanto por finanzas como por las áreas sustantivas que participan en el proyecto.

3.4.8.4 Información directiva

En 2007 se liberó y publicó en el portal del IMSS, el Sistema de Consulta Dinámica de Información (Cubo) mediante la herramienta denominada *Cognos Power Play* para poner a disposición del público en general diversa información estadística institucional.

Entre 2008 y 2010, en colaboración con la DIDT y una empresa dedicada a la inteligencia de negocios, se diseñó y se desarrolló la construcción de un modelo de explotación de información mediante la consulta de tableros interactivos predefinidos, bajo la plataforma tecnológica de *Oracle-Hyperion*. Actualmente se tiene operando en la intranet institucional un conjunto de tableros interactivos que permiten la consulta de la información remitida mensualmente por las áreas normativas.

En materia de informes y reportes directivos, durante la presente administración se cumplió con los compromisos de información para el H. Consejo Técnico: Agenda del Consejero (mensual) y Reporte de Gestión Nacional (cuatrimestral), documentos que contienen información sobre el desempeño y resultados en los distintos ámbitos del quehacer institucional, y que, a su vez, son difundidos al público en el portal IMSS.

De igual manera se integró el Informe de Población Derechohabiente (mensual) y la Memoria Estadística del Instituto (anual).

Cabe destacar la realización de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2009, que representa un esfuerzo conjunto del IMSS y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y cuyo objetivo es ofrecer información estadística sobre las características sociodemográficas de la población cubierta por las instituciones de seguridad social y los servicios que éstas le proporcionan, tales como prestaciones económicas, sociales y en especie.

3.5 Administración y Evaluación de Delegaciones

En el periodo 2006-2011 adquirió especial relevancia el desarrollo de la infraestructura en obra médica, ello derivado de la creciente demanda en servicios de salud pública por parte de la población mexicana.

Los requerimientos en servicios médicos por parte de la sociedad mexicana se han visto incrementados en la medida en que la población ha crecido de manera exponencial; en virtud de ello y para abatir dicha demanda el IMSS respondió con acciones concretas, creando nuevas clínicas y hospitales con servicios y equipamiento médico de vanguardia.

En este contexto, el Programa de Obras del 01 de diciembre 2006 al 31 de diciembre 2011, contó con 314 acciones de obra terminadas del régimen ordinario, de dicho total 98 corresponden a obras nuevas y 216 ampliaciones y/o remodelaciones en beneficio de 11'060,654 de derechohabientes.

Como puede apreciarse en los siguientes cuadros, durante el periodo que se informa, el Instituto amplió su capacidad instalada en 2,058 camas y 453 consultorios, en los cuales ya se presta atención médica con calidad y calidez.

3.5.1 Acciones y resultados relevantes en materia de infraestructura inmobiliaria

Año 2006

Se realizaron 4 obras nuevas de primer nivel, destacando la UMF -10 Consultorios en Campeche, Campeche, cuya inversión ascendió a 105.8 mdp, beneficiando a una población de 48,000 habitantes; y la UMF-10 Consultorios en



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Villa Hermosa, Tabasco, cuya inversión ascendió a 88.0 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes.

En cuanto a las obras nuevas de tercer nivel, se concluyó el Hospital de Traumatología y Ortopedia en Villa Coapa, Coyoacán, en el Distrito Federal, cuya inversión ascendió a 668.7 mdp, beneficiando a una población de 126,000 derechohabientes.

Respecto de las ampliaciones y remodelaciones llevadas a cabo en 2006, se concluyeron 2 de primer nivel, destacando, la UMF no. 8, en Villa de Ayala, Morelia, con un monto de inversión de 27.9 mdp; en las de segundo nivel se concluyeron 4, destacando el Hospital General de Zona (HGZ)/MF No. 2, Programa de fortalecimiento de las unidades médicas, en Saltillo, Coahuila, con una inversión de 59.4 mdp; mientras que en el tercer nivel se concluyeron 3, destacando el Hospital de Especialidades No. 14 PFU, con una inversión de 35.5 mdp.

En el cuadro 3.1 DAED, se resumen las acciones realizadas en esta materia en el año 2006.

CUADRO 3.1 DAED,
ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2006

OBRAS TERMINADAS EN DICIEMBRE 2006										
Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada
Nuevas										
Primer nivel										
	1	Sur del D.F.	Magdalena Contreras, Df.	UMF No.140 PFUM	01-jul-04	31-dic-06	52,415,992	0	0	0
	2	Campeche	Campeche	UMF-10 CONSULT.	01-mar-05	31-dic-06	105,857,606	0	10	48,000
	3	Puebla	Teziutlan	UMF-10 CONSULT.	01-sep-03	31-dic-06	74,997,854	0	10	48,000
	4	Tabasco	Villahermosa, Tab	UMF-10 CONSULT.	01-ago-05	31-dic-06	88,029,085	0	10	48,000
Total Primer nivel	4						321,300,538	0	30	144,000
Tercer nivel										
	1	Sur del D.F.	Villa Coapa, Coyoacan	HTO S/N	01-dic-04	31-dic-06	668,736,664	126	0	126,000
Total Tercer nivel	1						668,736,664	126	0	126,000
Total Nuevas	5						990,037,202	126	30	270,000
Ampl. y/o Remod.										
Primer nivel										
	1	Guanajuato	León, Gto.	UMF No. 51	01-abr-06	31-dic-06	5,700,000	0	0	0
	2	Morelia	Villa De Ayala	UMF No.8	01-sep-05	31-dic-06	27,925,371	0	0	0
Total Primer nivel	2						33,625,371	0	0	0
Segundo nivel										
	1	Edo. de Méx. Ote.	Tlalnepantla	HGR No. 72 PFUM	01-abr-04	31-dic-06	12,489,898	0	0	0
	2	Baja California Nte.	Tijuana	HGR No. 1	01-dic-05	31-dic-06	34,420,460	0	0	0
	3	Coahuila	Saltillo	HGZ/MF No. 2 PFUM	01-nov-04	31-dic-06	59,417,084	0	0	0
	4	Nayarit	Tuxpan	HGS/MF No. 8	01-dic-06	31-dic-06	320,000	0	0	0
Total Segundo nivel	4						106,647,442	0	0	0
Tercer nivel										
	1	Sur del D.F.	Tizapan, San Angel, Df.	HGO No. 4 UMAE	01-sep-05	31-dic-06	6,606,089	0	0	0
	2	Veracruz Norte	Veracruz	HOSP.ESPEC. No.14 PFUM	01-sep-04	31-dic-06	35,547,648	0	0	0
	3	Veracruz Norte	Veracruz, Vern.	H.ESPEC. No.14 UMAE	01-may-06	31-dic-06	335,000	0	0	0
Total Tercer nivel	3						42,488,737	0	0	0
Total Ampl. y/o Remod.	9						182,761,550	0	0	0
Total 2006	14						1,172,798,752	126	30	270,000

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.



Año 2007

Se realizaron 16 obras nuevas de primer nivel, destacando la UMF de 10 Consultorios en Tlaquepaque, Jalisco, cuya inversión ascendió a 149.5 mdp, resultando beneficiada una población de 441,601 derechohabientes; la UMF de 10 Consultorios en Coacalco de Berriozábal, Estado de México, cuya inversión ascendió a 167.2 mdp, resultando beneficiada una población de 333,722, derechohabientes; y la UMF de 10 Consultorios en Nuevo Laredo, Tamaulipas, con una inversión de 217.6 mdp, resultando beneficiada una población de 213,747 derechohabientes.

En cuanto a las obras nuevas de segundo nivel, se concluyeron 2, destacando la UMAA, ubicada en Torreón, Coahuila, cuya inversión ascendió a 91.4 mdp, beneficiando a una población de 312,810 derechohabientes.

Respecto de las ampliaciones y remodelaciones llevadas a cabo en este año, se concluyeron 8 en las de primer nivel, destacando la UMF No. 17 de 5 consultorios, ubicada en Manzanillo, Colima, con un monto de inversión de 17.6 mdp, y una población beneficiada de 24,000 derechohabientes; la UMF No. 55 de 5 consultorios en Fresnillo, Zacatecas, con un monto de inversión de 296 mdp, con una población beneficiada de 24,000 derechohabientes.

En las de segundo nivel se concluyeron 15, destacando el HGR/MF No. 01 el programa de fortalecimiento de las unidades médicas, en Cuernavaca, Morelos, con una inversión de 54.2 mdp y el HGZ No. 3 en Mazatlán, Sinaloa, con una inversión de 51.0 mdp; y el HGZ No. 1, en Aguascalientes, Aguascalientes, con una inversión de 66.4 mdp. Por lo que respecta a las de tercer nivel se concluyeron 8, destacando el Hospital de Pediatría UMAE, en Guadalajara, Jalisco, con una inversión de 66.8 mdp; el Centro Médico de Especialidades la



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Raza, ubicado en el Distrito Federal, con una inversión de 762 mdp; así como la UMAE Hospital de Especialidades en el CMN Siglo XXI, en el Distrito Federal, cuya inversión ascendió a 44.5 mdp.

En los siguientes cuadros 3.2 y 3.3 DAED, se resumen las acciones realizadas en esta materia en el año 2007.

CUADRO 3.2 DAED,

ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2007

OBRAS TERMINADAS EN 2007											
Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada	
Nuevas											
Primer nivel	1	Jalisco	Guadalajara, Tlaquepaque	UMF - 10 CONSULT., UMAA	01-oct-04	31-mar-07	149,507,002	0	10	441,601	
	2	Baja California Sur	La Paz	UMF No. 34 PFUM	01-jul-04	31-ene-07	50,385,891	0	0	100,897	
	3	Colima	Colima	UMF - 10 CONSULT.	01-nov-04	31-mar-07	67,120,162	0	10	48,000	
	4	Edo. de Méx. Pte.	Metepec	UMF No.231 PFUM	01-jul-05	31-ene-07	72,603,179	0	0	277,307	
	5	Veracruz Norte	Tejería	UMF No. 15 PFUM	01-sep-04	31-jul-07	74,841,543	0	0	337,963	
	6	Edo. de Méx. Ote.	Coacalco de Berriozábal	UMF - 10 CONSULT., UMAA	01-jul-05	30-jun-07	167,236,932	0	10	333,722	
	7	Edo. de Méx. Pte.	San Mateo Atenco	UMF - 10 CONSULT.	01-ago-05	30-nov-07	93,895,659	0	10	48,000	
	8	Oaxaca	Oaxaca de Juárez	UMF - 10 CONSULT.	01-jul-05	30-abr-07	75,471,427	0	10	48,000	
	9	Baja California Nte.	San Luis Río Colorado	UMF - 10 CONSULT.	01-jun-05	31-dic-07	90,416,133	0	10	48,000	
	10	Durango	Santiago Papasquiaro	UMF - 3 CONSULT.	01-oct-05	31-dic-07	14,318,201	0	3	14,400	
	11	Edo. de Méx. Pte.	Toluca	UMF - 10 CONSULT.	01-dic-05	31-dic-07	72,188,995	0	10	48,000	
	12	Nayarit	Bahía de Banderas	UMF - 5 CONSULT.	01-may-05	30-abr-07	53,044,967	0	5	24,000	
	13	Nuevo León	Apodaca	UMF - 10 CONSULT.	01-oct-05	28-feb-07	96,521,196	0	10	48,000	
	14	Tamaulipas	Nuevo Laredo	UMF - 10 CONSULT., UMAA	01-jul-05	31-oct-07	217,638,037	0	10	213,747	
	15	Tamaulipas	Cd. Mante	UMF - 10 CONSULT.	01-jul-05	30-jun-07	38,342,731	0	10	48,000	
	16	Sur del D. F.	Tlahuac, D.F.	UMF - 10 CONSULT.	01-nov-05	30-abr-07	74,670,895	0	10	48,000	
Total Primer nivel	16						1,408,202,950	0	118	2,127,637	
Segundo nivel	1	Guanajuato	León	UMAA	01-ago-04	28-feb-07	66,831,986	0	0	720,043	
	2	Coahuila	Torreón	UMAA	01-dic-05	31-dic-07	91,432,693	0	0	312,810	
Total Segundo nivel	2						158,264,679	0	0	1,032,853	
Otras médicas	1	Guanajuato	León	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-dic-06	31-oct-07	14,988,922	0	0	0	
	2	Nayarit	Tepic	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-dic-06	31-ago-07	9,320,009	0	0	0	
	3	Nuevo León	Monterrey	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-sep-06	31-ene-07	11,273,614	0	0	0	
	4	Puebla	Puebla	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-sep-06	30-abr-07	10,859,514	0	0	0	
	5	Sonora	Cd. Obregón	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-oct-06	31-dic-07	11,445,746	0	0	0	
Total Otras médicas	5						57,887,806	0	0	0	
No médicas	1	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	SUBDELEGACIÓN	01-ene-06	31-mar-07	36,420,774	0	0	0	
	2	Baja California Sur	Guerrero Negro	OFNAS. ADMVAS. SUBDELI	01-sep-06	28-feb-07	2,753,333	0	0	0	
	3	Chiapas	Pichucalco	OFNAS. ADMVAS. SUBDELI	01-sep-06	31-mar-07	1,677,558	0	0	0	
	4	Chiapas	Palenque	OFNAS. ADMVAS. SUBDELI	01-sep-06	31-ene-07	1,627,424	0	0	0	
	5	Edo. de Méx. Ote.	Ixtapaluca	BODEGA SUBDELEGACIÓN	01-ene-07	31-may-07	4,193,685	0	0	0	
Total No médicas	5						46,672,773	0	0	0	
Total Nuevas	28						1,671,028,209	0	118	3,160,490	
Ampl. y/o Remod.											
Primer nivel	1	Nayarit	Mezcales	UMF No. 19 - 2 CONSULT.	01-may-05	31-ene-07	10,776,562	0	2	9,600	
	2	Colima	Manzanillo	UMF No. 17 - 5 CONSULT.	01-dic-05	31-may-07	17,608,017	0	5	24,000	
	3	Edo. de Méx. Ote.	Chimalhuacán	UMF No. 84 - 10 CONSULT.	01-oct-05	31-ago-07	3,982,932	0	10	48,000	
	4	Veracruz Sur	Orizaba	UMF No.1	01-ago-06	31-mar-07	8,041,080	0	0	0	
	5	Zacatecas	Fresnillo	UMF No. 55 - 5 CONSULT.	01-oct-05	31-mar-07	29,646,218	0	5	24,000	
	6	Edo. de Méx. Ote.	Valle de Chalco	UMF No. 193	01-nov-07	31-dic-07	768,562	0	0	0	
	7	Edo. de Méx. Ote.	Tulpetlac	UMF No.68	01-nov-07	31-dic-07	1,702,126	0	0	0	
	8	Edo. de Méx. Ote.	Netzahualcoyotl	UMF No.75	01-nov-07	31-dic-07	1,693,182	0	0	0	
Total Primer nivel	8						74,218,679	0	22	105,600	

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.3 DAED,

ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2007

OBRAS TERMINADAS EN 2007											
Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada	
Segundo nivel											
	1	Colima	Colima	HGZ/MF No. 1 PFUM	01-nov-04	28-feb-07	20,754,337	0	0	0	
	2	Chihuahua	Chihuahua	HGR No. 1 PFUM	01-ago-04	30-jun-07	31,628,817	0	0	0	
	3	Edo. de Méx. Ote.	Ecatepec, Cd. Azteca	HGR No.196 PFUM	01-ene-05	30-jun-07	14,325,832	0	0	0	
	4	Morelos	Cuernavaca	HGR/MF No.1 PFUM	01-sep-04	31-oct-07	54,244,539	0	0	0	
	5	Nuevo León	Monterrey	HGZ No.33 PFUM	01-ago-04	28-feb-07	46,009,483	0	0	0	
	6	Sinaloa	Mazatlán	HGZ No. 3 PFUM	01-nov-04	31-ene-07	51,049,135	0	0	0	
	7	Zacatecas	Zacatecas	HGZ/MF No. 1 PFUM	01-sep-04	30-jun-07	19,492,294	0	0	0	
	8	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ No.1	01-nov-06	31-dic-07	66,451,458	0	0	0	
	9	Coahuila	Acuña	HGS No.13	01-jul-06	30-abr-07	1,350,210	0	0	0	
	10	Norte del D. F.	Calz. Ignacio Zaragoza, D.F.	HGR No. 25	01-abr-06	30-jun-07	12,624,072	0	0	0	
	11	Edo. de Méx. Ote.	Tlalnepantla	C.R.T. HGR No. 72	01-ago-07	30-dic-07	4,954,937	0	0	0	
	12	Chihuahua	Cd. Juárez	HGR No. 66	01-oct-07	31-dic-07	399,606	0	0	0	
	13	Edo. de Méx. Ote.	Santa Clara	HGZ/MF No.76	01-nov-07	31-dic-07	1,702,380	0	0	0	
	14	Puebla	Puebla	HGR No. 36 PFUM	01-ago-07	31-oct-07	2,215,890	0	0	0	
	15	Puebla	Puebla	HGR No. 36 PFUM	01-oct-07	31-dic-07	1,584,555	0	0	0	
Total Segundo nivel		15					328,787,544	0	0	0	
Tercer nivel											
	1	Sonora	Cd. Obregón, Cajeme	HOSP. ESPEC. No. 1 PFUM	01-ago-04	31-mar-07	31,156,330	0	0	0	
	2	Jalisco	Guadalajara	H.PEDIATRIA UMAE	01-dic-05	30-abr-07	66,791,775	0	0	0	
	3	Edo. de Méx. Pte.	Lomas Verdes	HTO UMAE	01-mar-06	31-ene-07	10,405,444	0	0	0	
	4	Nuevo León	Monterrey	H.ESP. CARDIOL.No.34 UMAE	01-oct-06	30-abr-07	6,626,139	0	0	0	
	5	Sonora	Cd. Obregón	H.ESPEC. No. 2 UMAE	01-dic-05	31-dic-07	31,031,016	0	0	0	
	6	Yucatán	Mérida	H.ESPEC. UMAE	01-may-06	30-abr-07	27,185,677	0	0	0	
	7	Norte del D. F.	Centro Médico la Raza, D.F.	H.ESPEC. UMAE	01-dic-05	30-abr-07	76,170,418	0	0	0	
	8	Sur del D. F.	Centro Médico Siglo XXI	H.ESPEC. UMAE	01-oct-05	31-dic-07	44,507,597	0	0	0	
Total Tercer nivel		8					293,874,397	0	0	0	
Otras médicas											
	1	Baja California Nte.	Tijuana	ESCUELA DE ENFERMERIA	01-jul-06	31-dic-07	9,892,338	0	0	0	
Total Otras médicas		1					9,892,338	0	0	0	
No médicas											
	1	Coahuila	Monclova	SUBDELEGACIÓN	01-dic-04	31-dic-07	7,909,594	0	0	0	
	2	Jalisco	Guadalajara	SUBDELEGACIÓN	01-nov-04	31-dic-07	15,282,451	0	0	0	
	3	Edo. de Méx. Ote.	Ecatepec de Morelos	SUBDELEGACIÓN	01-sep-04	28-feb-07	8,299,180	0	0	0	
	4	Edo. de Méx. Ote.	Los Reyes la Paz	SUBDELEGACIÓN	01-dic-04	31-ago-07	9,495,174	0	0	0	
	5	Nuevo León	Monterrey	CSS No.1	01-ago-04	30-abr-07	1,746,053	0	0	0	
	6	Zacatecas	Guadalupe	SUBDELEGACIÓN	01-dic-04	30-abr-07	20,887,145	0	0	0	
	7	Tlaxcala	Trinidad Santa Cruz	CENTRO VACACIONAL	01-ago-07	30-nov-07	1,856,830	0	0	0	
	8	Tabasco	Villahermosa	SUBDELEGACIÓN	01-ene-06	31-may-07	22,028,186	0	0	0	
	9	Nivel Central	Toledo no. 10	OFICINAS	01-ago-06	31-mar-07	7,044,011	0	0	0	
	10	Nivel Central	Villalongin no. 117	OFICINAS	01-ago-06	31-may-07	8,918,770	0	0	0	
	11	Nivel Central	Toledo no. 21	OFICINAS	01-ago-06	31-ene-07	9,771,533	0	0	0	
	12	Nivel Central	Toledo no. 21	OFICINAS	01-jun-06	31-ene-07	6,842,704	0	0	0	
	13	Nivel Central	Tokio no. 80	OFICINAS	01-jul-06	31-ene-07	5,834,533	0	0	0	
	14	Nivel Central	Tlaloc no. 90	OFICINAS	01-jul-07	31-oct-07	1,171,769	0	0	0	
	15	Nivel Central	Poniente 146-825	ALMACÉN	01-ene-00	31-oct-07	1,313,569	0	0	0	
	16	Norte del D. F.	San Juan de Aragón	C.R.T. CSS	01-ene-07	30-sep-07	12,838,772	0	0	0	
Total No médicas		16					141,240,275	0	0	0	
Total Ampl. y/o Remod.		48					848,013,233	0	22	105,600	
Total 2007		76					2,519,041,442	0	140	3,266,090	

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Año 2008

Se realizaron 8 obras nuevas de primer nivel, destacando la UMF-10 Consultorios en Gómez Palacio, Durango, con un monto de inversión de 262.1 mdp, resultando beneficiada una población de 120,735 derechohabientes; la UMF-10 Consultorios en Saltillo, Coahuila, cuya inversión ascendió a 242.3 mdp, resultando beneficiada una población de 287,839 derechohabientes; la UMF-10 Consultorios en León, Guanajuato, con una inversión de 131.3 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; la UMF-10 Consultorios en Tecate, Baja California, con una inversión de 115.0 mdp, resultando



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; y la UMF-10 Consultorios en Córdoba, Veracruz, con una inversión de 135.6 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes.

En cuanto a las obras nuevas de segundo nivel, se concluyeron 2, destacando la UMAA ubicada en Campeche, Campeche, cuya inversión ascendió a 120.0 mdp, beneficiando a una población de 182,876 derechohabientes.

Respecto de las ampliaciones y remodelaciones llevadas a cabo en este año, se concluyeron 9 en las de primer nivel, destacando la UMF No. 32- 5 consultorios, ubicada en Pachuca, Hidalgo, con un monto de inversión de 38.1 mdp, y una población beneficiada de 24,000 derechohabientes; la UMF No. 38- 3 consultorios en San José Iturbide, Guanajuato, con un monto de inversión de 18.4 mdp, con una población beneficiada de 14,400 derechohabientes; y la UMF de 2 consultorios en Cananea, Sonora, con un monto de inversión de 25.0 mdp, con una población beneficiada de 9,600 derechohabientes.

En las de segundo nivel se concluyeron 13, destacando el HGZ No. 1, en la Delegación Benito Juárez, en el Distrito Federal, con una inversión de 66.4 mdp; el HGR No. 20 en Tijuana, Baja California, con una inversión de 54.6 mdp; el HGSZ/MF No. 5, en Taxco, Guerrero, con una inversión de 100.1 mdp; así como el HGZ No. 2 de 18 camas, en Fresnillo, Zacatecas, con una inversión de 64.4 mdp, beneficiando a una población de 117,960 derechohabientes.

Por lo que respecta a las de tercer nivel, se concluyeron 5, destacando el Hospital de Especialidades No. 25, UMAE, en Monterrey, Nuevo León, con una inversión de 37.8 mdp; así como la UMAE Hospital de Traumatología, Magdalena de las Salinas, en el Distrito Federal, cuya inversión ascendió a 29.3 mdp.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el cuadro 3.4 DAED, se resumen las acciones realizadas en esta materia en el año 2008.

CUADRO 3.4 DAED,

ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2008

OBRAS TERMINADAS EN 2008										
Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada
Nuevas										
Primer nivel										
	1	Durango	Gómez Palacio	UMF - 10 CONSULT., UMAA	01-nov-04	31-oct-08	262,154,152	0	10	120,735
	2	Coahuila	Saltillo	UMF - 10 CONSULT., UMAA	01-sep-04	30-sep-08	242,350,910	0	10	287,839
	3	Chihuahua	Cd. Madera	UMF - 5 CONSULT.	01-oct-05	30-jun-08	45,512,972	0	5	24,000
	4	Guanajuato	León	UMF - 10 CONSULT.	01-jun-05	31-dic-08	131,337,700	0	10	48,000
	5	Baja California Nte.	Tecate	UMF - 10 CONSULT.	01-dic-05	31-ene-08	115,029,195	0	10	48,000
	6	Morelos	Yecapixtla, Bournlinton	UMF - 5 CONSULT.	01-jul-05	30-nov-08	61,886,227	0	5	24,000
	7	San Luis Potosí	Tamazunchale	UMF - 3 CONSULT.	01-dic-07	31-dic-08	19,171,613	0	3	14,400
	8	Veracruz Sur	Córdoba	UMF - 10 CONSULT.	01-may-05	31-jul-08	135,566,342	0	10	48,000
Total Primer nivel	8						1,013,009,110	0	63	614,974
Segundo nivel										
	1	Campeche	Campeche	UMAA	01-jun-05	31-dic-08	120,024,601	0	0	182,876
	2	Edo. de Méx. Ote.	Tlalnepantla	UMAA	01-nov-05	30-abr-08	60,214,527	0	0	163,306
Total Segundo nivel	2						180,239,128	0	0	346,182
Otras médicas										
	1	Coahuila	Saltillo	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-jun-07	30-abr-08	9,697,464	0	0	0
	2	Jalisco	Guadalajara	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-jul-07	31-ene-08	7,801,437	0	0	0
	3	Querétaro	Querétaro	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-ago-06	30-abr-08	11,953,585	0	0	0
	4	San Luis Potosí	San Luis Potosí	CENTRO INV. EDUC Y FOR	01-jul-07	31-ene-08	9,971,462	0	0	0
Total Otras médicas	4						39,423,948	0	0	0
No médicas										
	1	Oaxaca	Salina Cruz	SUBDELEGACIÓN	01-mar-07	29-feb-08	11,297,090	0	0	0
Total No médicas	1						11,297,090	0	0	0
Total Nuevas	15						1,243,969,276	0	63	961,156
Ampl. y/o Remod.										
Primer nivel										
	1	Hidalgo	Pachuca	UMF No. 32 - 5 CONSULT.	01-dic-05	31-ene-08	38,123,204	0	5	24,000
	2	Guanajuato	San José Iturbide	UMF No. 38 - 3 CONSULT.	01-jun-06	31-mar-08	18,421,388	0	3	14,400
	3	Sonora	Cananea	UMF - 2 CONSULT.	01-ago-05	31-dic-08	25,055,401	0	2	9,600
	4	Sur del D. F.	San Pedro de los Pinos	UMF No. 9	01-may-08	31-dic-08	4,652,241	0	0	0
	5	Chihuahua	Cd. Juárez	UMF No. 67	01-jun-08	31-oct-08	1,362,649	0	0	0
	6	Nuevo León	Monterrey	UMF No. 36	01-ago-08	31-oct-08	779,156	0	0	0
	7	Nuevo León	Guadalupe	UMF No. 27	01-ago-08	31-ago-08	1,128,066	0	0	0
	8	Nuevo León	Monterrey	UMF No. 3	01-oct-08	31-dic-08	798,405	0	0	0
	9	Veracruz Norte	Coatepec	UMF No. 17	01-may-08	31-jul-08	387,999	0	0	0
Total Primer nivel	9						90,708,508	0	10	48,000
Segundo nivel										
	1	Sur del D. F.	Benito Juárez, Venados	HGZ No. 1-A	01-sep-05	31-oct-08	66,415,971	0	0	0
	2	Jalisco	Guadalajara	HGZ No. 45	01-nov-05	31-oct-08	12,732,445	0	0	0
	3	Oaxaca	Oaxaca de Juárez	HGZ No. 1	01-jul-05	29-feb-08	42,799,924	0	0	0
	4	Baja California Nte.	Tijuana	HGR No. 20	01-dic-05	31-ene-08	54,628,919	0	0	0
	5	Campeche	Cd. del Carmen	HGZ No. 4	01-nov-05	31-ago-08	30,665,566	0	0	0
	6	Guerrero	Taxco	HGSZ/MF No.5	01-sep-05	31-mar-08	100,060,284	0	0	0
	7	Veracruz Sur	Minatitlán	HGZ/MF No. 32	01-oct-06	29-feb-08	19,764,995	0	0	0
	8	Zacatecas	Fresnillo	HGZ No. 2 - 18 CAMAS	01-dic-05	30-nov-08	64,397,200	18	0	117,960
	9	Sur del D. F.	Chilpancingo, D.F.	HGZ/MF No. 26	01-oct-07	31-dic-08	10,324,557	0	0	0
	10	Puebla	Metepec, Atlxco	HGZ No. 5	01-ene-08	31-may-08	7,106,663	0	0	0
	11	Baja California Sur	La Paz	UMAA	01-may-08	30-nov-08	3,545,109	0	0	0
	12	Puebla	Teziutlán	HGZ No. 23	01-jun-08	31-dic-08	6,834,075	0	0	0
	13	Veracruz Norte	Poza Rica de Hidalgo	HGZ/MF No. 24 - 20 CAMAS	01-may-08	30-nov-08	851,561	20	0	133,100
Total Segundo nivel	13						420,127,270	38	0	251,060
Tercer nivel										
	1	Nuevo León	Monterrey	H.ESPEC. No.25 UMAE	01-sep-05	31-dic-08	37,761,786	0	0	0
	2	Norte del D. F.	Magdalena de las Salinas	H.TRAUMATOLOGIA UMAE	01-nov-05	30-sep-08	29,354,596	0	0	0
	3	Sonora	Hermosillo	H.PEDIATRIA	01-may-08	30-nov-08	2,461,457	0	0	0
	4	Sur del D. F.	Benito Juárez, Pestalozzi	HTO - 10 CONSULT.	01-may-08	31-oct-08	3,101,661	0	10	48,000
	5	Sur del D. F.	Centro Médico Siglo XXI	H.ESPEC. UMAE BLOQUE "	01-oct-08	30-nov-08	953,419	0	0	0
Total Tercer nivel	5						73,632,919	0	10	48,000
Otras médicas										
	1	Norte del D. F.	San Juan de Aragón	UNIDAD GERONTOLOGICA	01-oct-06	30-sep-08	9,766,959	0	0	0
Total Otras médicas	1						9,766,959	0	0	0
No médicas										
	1	Coahuila	Piedras Negras	SUBDELEGACIÓN	01-dic-04	28-feb-08	6,460,913	0	0	0
	2	Puebla	Metepec Atlixco	CENTRO VACACIONAL	01-sep-07	30-jun-08	19,611,348	0	0	0
	3	Jalisco	Puerto Vallarta	SUBDELEGACIÓN	01-nov-04	31-ene-08	11,760,891	0	0	0
	4	Morelos	Zacatepec	SUBDELEGACIÓN	01-dic-04	31-ene-08	7,917,155	0	0	0
	5	Nuevo León	Monterrey, Sn Pedro	SUBDELEGACIÓN	01-jun-05	31-mar-08	66,721,442	0	0	0
	6	Baja California Sur	La Paz	OFICINAS DELEGACIONALES	01-oct-07	31-ene-08	332,692	0	0	0
	7	Baja California Sur	Guerrero Negro	OFNAS. ADMVAS. SUBDELI	01-jun-08	31-jul-08	369,166	0	0	0
	8	Chihuahua	Chihuahua	GUARDERIA No.2(IMSS-CAL	01-jun-08	31-oct-08	486,233	0	0	0
	9	Nivel Central	G.A.Madero, U.Fonseca	OFNAS.COORD.CONTROL T	01-ago-08	31-dic-08	21,376,021	0	0	0
	10	Durango	Durango	ALMACÉN	01-oct-08	31-dic-08	2,550,263	0	0	0
	11	Sinaloa	Culiacán	TIENDA IMSS	01-ago-08	31-dic-08	664,718	0	0	0
	12	Norte del D. F.	Magdalena de las Salinas	PLANTA DE LAVADO	01-jun-08	31-dic-08	2,980,441	0	0	0
Total No médicas	12						141,231,284	0	0	0
Total Ampl. y/o Remod.	40						735,466,940	38	20	347,060
Total 2008	55						1,979,436,216	38	83	1,308,216

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.



Año 2009

Se realizaron 9 obras nuevas de primer nivel, destacando la UMF-10 Consultorios en Ciudad Victoria, Tamaulipas, con un monto de inversión de 176.5 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes.

Igualmente, sobresale la UMF-10 Consultorios en Uruapan, Michoacán, cuya inversión ascendió a 110.6 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; la UMF-10 Consultorios en Zamora, Michoacán, con una inversión de 88.5 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; así como la UMF-10 Consultorios en Chimalhuacán, Estado de México, con una inversión de 81.3 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes.

En cuanto a las obras nuevas de segundo nivel, se concluyeron 6, destacando la UMAA ubicada en Morelia, Michoacán, cuya inversión ascendió a 103.4 mdp, beneficiando a una población de 340,105 habitantes.

Importante mención merece el HGZ de 190 camas, la Margarita, en Puebla, cuya inversión ascendió a 489.3 mdp, resultando beneficiada una población de 904,309 derechohabientes; así como el HGSZ de 42 camas en Nuevo Casas Grandes, Chihuahua, con una inversión de 173.7 mdp, resultando beneficiada una población de 48,422 derechohabientes; el HGZ de 73 camas en Tepatitlán, Jalisco, con una inversión de 315.1 mdp, resultando beneficiada una población de 107,512 derechohabientes; así como el HGZ de 91 camas, en Playa del Carmen, Quintana Roo, con una inversión de 374.5 mdp, beneficiando a 85,179 derechohabientes.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Respecto de las ampliaciones y remodelaciones llevadas a cabo en este año, se concluyeron 7 de primer nivel, destacando, la UMF No. 52 de 10 consultorios, ubicada en Cuautitlán Izcalli, Estado de México, con un monto de inversión de 59.9 mdp, y una población beneficiada de 48,000 derechohabientes; así como la UMF No. 11 en Lerdo, Durango, con un monto de inversión de 28.3 mdp.

En las de segundo nivel se concluyeron 17, destacando el HGZ No. 1, en la Paz, Baja California Sur, con una inversión de 44.5 mdp; el HGZ No. 1 en Tepic, Nayarit, con una inversión de 53.2 mdp; el HGZ/MF No. 36, en Coatzacoalcos, Veracruz, con una inversión de 106.8 mdp; así como el Hospital General de Pediatría (HGP) 3A, en Magdalena de las Salinas, en el Distrito Federal, con una inversión de 258.1 mdp.

Por lo que respecta a las de tercer nivel, se concluyeron 9, destacando la UMAE Hospital de Especialidades No. 1, en León, Guanajuato, con una inversión de 30.2 mdp; la UMAE HGO y Pediatría No. 48, en León, Guanajuato, con una inversión de 105.6; así como la UMAE Hospital de Especialidades, en Guadalajara, Jalisco, cuya inversión ascendió a 31.4 mdp.

En el cuadro 3.5 DAED, se resumen las acciones realizadas en esta materia en el año 2009.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.5 DAED,

ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2009

OBRAS TERMINADAS EN 2009

Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada
Nuevas										
Primer nivel										
	1	Sonora	Puerto Peñasco	UMF - 5 CONSULT.	01-jun-05	28-feb-09	66,639,107	0	5	24,000
	2	Tamaulipas	Cd. Victoria	UMF - 10 CONSULT.	01-ago-05	30-sep-09	176,456,743	0	10	48,000
	3	Michoacán	Uruapan	UMF - 10 CONSULT.	01-ene-06	31-mar-09	110,603,950	0	10	48,000
	4	Michoacán	Zamora	UMF - 10 CONSULT.	01-oct-05	31-mar-09	88,429,906	0	10	48,000
	5	Edo. de Méx. Ote.	Chimalhuacán	UMF - 10 CONSULT.	01-oct-07	28-feb-09	81,252,035	0	10	48,000
	6	Jalisco	Capilla de Guadalupe	UMF No. 160 - 3 CONSULT.	01-jun-09	30-nov-09	5,043,482	0	3	14,400
	7	Jalisco	Magdalena	UMF No. 97 - 3 CONSULT.	01-jun-09	30-nov-09	5,445,600	0	3	14,400
	8	Jalisco	Atotonilquillo	UMF No. 50 - 3 CONSULT.	01-ago-09	31-dic-09	5,218,092	0	3	14,400
	9	Tabasco	Cárdenas	UMF No. 8 - 3 CONSULT.	01-mar-09	31-dic-09	5,589,111	0	3	14,400
Total Primer nivel							544,678,026	0	57	273,600
Segundo nivel										
	1	Michoacán	Morelia	UMAA	01-jul-05	30-nov-09	103,450,441	0	0	340,105
	2	Puebla	La Margarita	HGZ-190 CAMAS	01-dic-04	30-jun-09	489,341,643	190	0	904,309
	3	Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	HGSZ - 42 CAMAS	01-nov-05	31-ene-09	173,663,582	42	0	48,422
	4	Jalisco	Tepatitlán	HGZ - 73 CAMAS	01-sep-05	30-abr-09	315,123,914	73	0	107,512
	5	Quintana Roo	Playa del Carmen	HGZ - 91 CAMAS	01-oct-05	31-dic-09	374,553,333	91	0	85,179
	6	Tamaulipas	Miguel Alemán	HR - 30 CAMAS	01-oct-07	30-sep-09	57,054,269	30	0	30,000
Total Segundo nivel							1,513,187,183	426	0	1,515,527
Otras médicas										
	1	Tamaulipas	Cd. Victoria	CENTRO INV. EDUC Y FORI	01-oct-06	31-ene-09	9,027,078	0	0	0
	2	Norte del D. F.	Azcapotzalco	CENTRO INV. EDUC Y FORI	01-sep-06	31-ene-09	8,355,741	0	0	0
Total Otras médicas							17,382,819	0	0	0
No médicas										
	1	Coahuila	Sabinas	SUBDELEGACIÓN	01-dic-07	31-ene-09	33,749,800	0	0	0
	2	Colima	Colima	SUBDELEGACIÓN	01-nov-08	15-dic-09	22,033,102	0	0	0
	3	Tamaulipas	Tampico	SUBDELEGACIÓN	01-dic-05	31-ene-09	29,137,934	0	0	0
	4	Coahuila	Saltillo	SUBDELEGACIÓN	01-jun-07	31-mar-09	48,158,771	0	0	0
	5	Chihuahua	Chihuahua	SUBDELEGACIÓN	01-dic-07	28-feb-09	38,936,637	0	0	0
Total No médicas							172,016,244	0	0	0
Total Nuevas							2,247,264,272	426	57	1,789,127
Ampl. y/o Remod.										
Primer nivel										
	1	Durango	Lerdo	UMF No. 11	01-dic-05	31-mar-09	28,335,000	0	0	0
	2	Edo. de Méx. Ote.	Cuautitlán Izcalli	UMF No. 52 - 10 CONSULT.	01-may-08	31-may-09	59,931,886	0	10	48,000
	3	Baja California Nte.	Tijuana	UMF No.36 (PREMIO IMSS-C	01-abr-09	31-ago-09	1,399,922	0	0	0
	4	Jalisco	Guadalajara, Tlaquepaque	UMF Y UMAA	01-may-09	30-sep-09	6,923,774	0	0	0
	5	Michoacán	Morelia	UMF No. 80	01-oct-08	31-may-09	5,319,119	0	0	0
	6	Nuevo León	Monterrey	UMF No. 28	01-oct-08	31-ene-09	799,754	0	0	0
	7	San Luis Potosí	Villa de Reyes	UMF No. 20 - 3 CONSULT.	01-ago-08	31-ene-09	4,381,124	0	3	14,400
Total Primer nivel							107,090,580	0	13	62,400
Segundo nivel										
	1	Baja California Sur	La Paz	HGZ No. 1	01-may-04	31-mar-09	44,554,414	0	0	0
	2	Nayarit	Tepic	HGZ No. 1	01-dic-04	31-ene-09	53,212,717	0	0	0
	3	Veracruz Sur	Coatzacoalcas	HGZ/MF No. 36	01-jul-05	31-ago-09	106,773,583	0	0	0
	4	Norte del D. F.	Magdalena de las Salinas	HGP 3A	01-abr-05	30-abr-09	258,125,400	0	0	0
	5	Coahuila	Piedras Negras	HGZ No. 11	01-dic-05	31-oct-09	69,165,117	0	0	0
	6	Chiapas	Tapachula, Stan	HGZ No. 1	01-nov-07	31-oct-09	20,056,284	0	0	0
	7	Colima	Manzanillo	HGZ No. 10	01-dic-08	31-jul-09	5,345,284	0	0	0
	8	Sonora	Cd. Obregón	HGR No. 1	01-dic-08	31-jul-09	5,271,948	0	0	0
	9	Tabasco	Villahermosa	HGZ No. 46	01-feb-09	31-jul-09	12,047,411	0	0	0
	10	Veracruz Norte	Tuxpan	HGZ/MF No. 26	01-may-08	28-feb-09	1,148,545	0	0	0
	11	Veracruz Norte	Xalapa	HGZ No. 11	01-may-08	31-ene-09	1,398,278	0	0	0
	12	Veracruz Norte	San Andrés Tuxtla	HGS/MF No. 33	01-ago-08	31-ene-09	1,240,010	0	0	0
	13	Yucatán	Mérida	HGR No. 1	01-dic-08	31-may-09	3,872,296	0	0	0
	14	Yucatán	Mérida	HGR No. 1	01-nov-08	30-abr-09	2,500,827	0	0	0
	15	Yucatán	Mérida	HGR No. 12	01-dic-08	30-jun-09	8,436,820	0	0	0
	16	Yucatán	Mérida	HGR No. 12	01-dic-08	30-abr-09	3,841,773	0	0	0
	17	Sur del D. F.	Villa Coapa	HGZ No. 32 - 68 CAMAS	01-may-09	31-dic-09	16,035,719	68	0	359,950
Total Segundo nivel							613,026,427	68	0	359,950
Tercer nivel										
	1	Coahuila	Torreón	H.ESPEC. No.71 UMAE	01-nov-09	31-dic-09	790,654	0	0	0
	2	Guanajuato	León	H.ESPEC. No. 1 UMAE	01-jul-06	30-sep-09	30,238,993	0	0	0
	3	Guanajuato	León	HGOP No.48 UMAE	01-may-06	31-may-09	105,558,241	0	0	0
	4	Jalisco	Guadalajara	H.ESPEC. UMAE	01-feb-06	31-ene-09	31,411,803	0	0	0
	5	Norte del D. F.	Magdalena de las Salinas	C.R.T. UNID.MED.FISICA UM	01-ago-08	31-mar-09	5,668,291	0	0	0
	6	Sur del D. F.	Centro Médico Siglo XXI	H.ESPEC. UMAE (BANCO S	01-mar-09	31-dic-09	20,677,839	0	0	0
	7	Jalisco	Guadalajara	H.PEDIATRIA UMAE	01-ago-08	31-may-09	10,473,672	0	0	0
	8	Nuevo León	Monterrey	H.ESP.CARDIOL.No. 34 UMF	01-jul-09	30-nov-09	4,651,997	0	0	0
	9	Nuevo León	Monterrey	H.ESP.CARDIOL.No. 34 UMF	01-abr-09	31-jul-09	1,142,530	0	0	0
Total Tercer nivel							210,614,021	0	0	0
Otras médicas										
	1	Nuevo León	Monterrey	CIB	01-dic-09	31-dic-09	1,529,377	0	0	0
Total Otras médicas							1,529,377	0	0	0
No médicas										
	1	Puebla	Metepec Atlixco	CENTRO VACACIONAL	01-sep-07	30-nov-09	6,406,322	0	0	0
	2	Baja California Sur	La Paz	ALMACÉN	01-nov-08	30-sep-09	6,451,997	0	0	0
	3	Norte del D. F.	Av. Hidalgo No. 23	SUBDELEGACIÓN	01-oct-08	31-mar-09	1,640,803	0	0	0
Total No médicas							14,499,123	0	0	0
Total Ampl. y/o Remod.							946,759,527	68	13	422,350
Total 2009							3,194,023,800	494	70	2,211,477

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.



Año 2010

Se realizaron 11 obras nuevas de primer nivel, destacando la UMF de 10 Consultorios, ubicada en la colonia Roma en el Distrito Federal, con un monto de inversión de 177.2 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; la UMF de 10 Consultorios en Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, cuya inversión ascendió a 124.9 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; la UMF de 10 Consultorios en Tijuana, Baja California, con una inversión de 142.9 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 habitantes; la UMF de 10 Consultorios en Mexicali, Baja California, con una inversión de 152.2 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; la UMF de 10 Consultorios en Puerto Vallarta, Jalisco, con una inversión de 146.7 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; la UMF de 10 Consultorios en Toluca, Estado de México, con una inversión de 146.6 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; así como la UMF de 10 Consultorios en Guadalupe, Nuevo León, con una inversión de 146.9 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes.

En cuanto a las obras nuevas de segundo nivel, se concluyeron 6, destacando el HGZ de 149 camas ubicado en Apodaca, Nuevo León, cuya inversión ascendió a 732.9 mdp, beneficiando a una población de 600,185 derechohabientes; el HGS de 40 camas, en Tecate, Baja California, cuya inversión ascendió a 212.5 mdp, resultando beneficiada una población de 57,200 derechohabientes; el HGS de 40 camas en San José del Cabo, Baja California Sur, con una inversión de 237.2 mdp, resultando beneficiada una población de 48,868 derechohabientes; así como el HGZ UMAA de 196 camas en San Pedro Xalpa, Azcapotzalco, en el Distrito Federal, con una inversión de 468.8 mdp, resultando beneficiada una población de 362,831 derechohabientes.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Respecto de las ampliaciones y remodelaciones llevadas a cabo en este año, se concluyeron 5 de primer nivel, destacando, la UMF No. 77, ubicada en Ecatepec de Morelos, Estado de México, con un monto de inversión de 45.7 mdp; así como la UMF No. 170 de 6 consultorios en Puerto Vallarta, Jalisco, con un monto de inversión de 20.9 mdp, con una población beneficiada de 28,800 derechohabientes.

En las de segundo nivel se concluyeron 19, destacando el HGZ/MF No. 1, en Durango, Durango, con una inversión de 86.3 mdp; el HGZ (HRO) en Ramos Arizpe, Coahuila, con una inversión de 59.4 mdp; el HGZ/MF No. 1, en Pachuca, Hidalgo, con una inversión de 57.2 mdp; así como el hospital temporal de 165 camas en el Centro de Seguridad Social, en Morelia, Michoacán, con una inversión de 269.4 mdp.

Por lo que respecta a las de tercer nivel, se concluyeron 4, destacando la UMAE HGO en Guadalajara, Jalisco, con una inversión de 29.7 mdp; así como la UMAE Hospital de Especialidades, en Puebla, Puebla, cuya inversión ascendió a 28.9 mdp.

En el cuadro 3.6 DAED, se resumen las acciones realizadas en esta materia en el año 2010.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.6 DAED,

ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2010

OBRAS TERMINADAS EN 2010

Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada
Nuevas										
Primer nivel										
	1	Sur del D. F.	Orizaba, Col. Roma	UMF - 10 CONSULT.	01-jul-05	28-feb-10	177,241,388	0	10	48,000
	2	Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	UMF - 10 CONSULT.	01-may-09	30-sep-10	64,786,503	0	10	48,000
	3	Edo. de Méx. Ote.	Apaxco	UMF - 5 CONSULT.	01-nov-05	30-abr-10	47,166,864	0	5	24,000
	4	Veracruz Norte	Poza Rica de Hidalgo	UMF - 10 CONSULT.	01-oct-05	28-feb-10	124,912,627	0	10	48,000
	5	Baja California Nte.	Tijuana	UMF - 10 CONSULT.	01-jul-09	31-dic-10	142,871,686	0	10	48,000
	6	Baja California Nte.	Mexicali	UMF - 10 CONSULT.	01-abr-09	31-mar-10	152,208,154	0	10	48,000
	7	Jalisco	Las Parotas Puerto Vallarta	UMF - 10 CONSULT.	01-ago-09	30-oct-10	146,739,775	0	10	48,000
	8	Jalisco	Careyes	UMF No. 70 - 3 CONSULT.	01-jul-09	31-ene-10	5,165,728	0	3	14,400
	9	Jalisco	Melaque	UMF No. 162 - 2 CONSULT.	01-feb-10	31-jul-10	5,650,837	0	2	9,600
	10	Edo. de Méx. Pte.	Toluca	UMF - 10 CONSULT.	01-abr-09	31-mar-10	146,642,941	0	10	48,000
	11	Nuevo León	Guadalupe	UMF - 10 CONSULT.	01-mar-09	30-ago-10	146,866,688	0	10	48,000
Total Primer nivel		11					1,160,253,191	0	90	432,000
Segundo nivel										
	1	Nayarit	Tepic	UMAA	01-ago-05	30-abr-10	142,401,888	0	0	207,273
	2	Sur del D. F.	Cuajimalpa de Morelos	UMAA	01-nov-04	30-oct-10	173,519,430	0	0	100,802
	3	Nuevo León	Apodaca	HGZ - 149 CAMAS	01-dic-08	30-oct-10	732,903,522	149	0	600,185
	4	Baja California Nte.	Tecate	HGS - 40 CAMAS	01-feb-09	28-feb-10	212,562,615	40	0	57,200
	5	Baja California Sur	San José del Cabo	HGS - 40 CAMAS	01-feb-09	31-dic-10	237,171,855	40	0	48,868
	6	Norte del D. F.	Sn Pedro Xalpa, Azcapot.	HGZ UMAA 196 CAMAS	01-may-05	31-mar-10	468,778,017	196	0	362,831
Total Segundo nivel		6					1,967,337,327	425	0	1,377,159
Otras médicas										
	1	Michoacán	Morelia	CIB S/N	01-ene-05	31-mar-10	69,331,225	0	0	0
Total Otras médicas		1					69,331,225	0	0	0
No médicas										
	1	Morelos	Cuernavaca	SUBDELEGACIÓN	01-dic-05	31-ene-10	35,586,513	0	0	0
Total No médicas		1					35,586,513	0	0	0
Total Nuevas		19					3,232,508,255	425	90	1,809,159
Ampl. y/o Remod.										
Primer nivel										
	1	Morelos	Cuernavaca	UMF No.20	02-ago-10	30-oct-10	667,000	0	0	0
	2	Edo. de Méx. Ote.	Ecatepec de Morelos	UMF No. 77	01-ago-04	30-abr-10	45,695,132	0	0	0
	3	Jalisco	Puerto Vallarta	UMF No. 170 - 6 CONSULT.	01-may-10	30-nov-10	20,971,399	0	6	28,800
	4	Baja California Nte.	Mexicali	UMF No.28	05-jul-10	30-oct-10	8,591,771	0	0	0
	5	Baja California Nte.	Mexicali	UMF No.37	05-jul-10	31-ago-10	4,576,350	0	0	0
Total Primer nivel		5					80,501,652	0	6	28,800
Segundo nivel										
	1	Michoacán	Morelia	OFICINAS DELEGACIONALE	01-ago-10	30-sep-10	20,350,475	95	0	72,432
	2	Morelos	Cuernavaca	HGR No.1	02-ago-10	30-oct-10	1,922,120	0	0	0
	3	Durango	Durango	HGZ/MF No. 1	01-jun-04	30-jun-10	86,300,037	0	0	0
	4	Coahuila	Ramos Arizpe	HGZ (HRO)	01-sep-05	31-dic-10	59,430,070	0	0	0
	5	Hidalgo	Pachuca	HGZ/MF No. 1	01-jun-09	31-may-10	57,265,942	0	0	0
	6	Jalisco	Guadalajara	HGZ No. 14	01-jun-09	31-ene-10	26,472,530	0	0	0
	7	Sinaloa	Guasave	HGZ/MF No. 32	01-abr-09	31-ene-10	18,502,178	0	0	0
	8	Sonora	Hermosillo	HGZ No. 2	01-jun-09	30-jun-10	33,229,460	0	0	0
	9	Tabasco	Villahermosa	HGZ No. 46	01-feb-09	31-mar-10	51,959,952	0	0	0
	10	Veracruz Sur	Córdoba	HGZ No. 8 - 10 CAMAS	01-jun-09	28-feb-10	12,913,501	10	0	145,687
	11	Sur del D. F.	Tizapan, La Hormiga	HGZ/MF No. 8	01-jun-09	31-dic-10	75,518,411	0	0	0
	12	Sur del D. F.	Villa Coapa	HGR No. 2	01-may-09	31-oct-10	18,343,032	0	0	0
	13	Sonora	Hermosillo	MFR	01-nov-09	31-ene-10	9,634,279	0	0	80
	14	Baja California Nte.	Mexicali	HGZ No 30	01-may-10	30-sep-10	25,984,976	0	0	0
	15	Baja California Nte.	Mexicali	HGP / MF No. 31	01-may-10	30-sep-10	17,465,749	0	0	0
	16	Michoacán	Morelia	CSS - 165 CAMAS	01-ago-10	31-oct-10	269,393,974	165	0	169,008
	17	Sur del D. F.	Iztacalco	HGZ No. 30	01-abr-10	30-jun-10	1,214,703	0	0	0
	18	Nuevo León	Monterrey	HGZ No.33	01-sep-10	31-dic-10	1,140,880	0	0	0
	19	Guerrero	Acapulco	HGR No.1	01-oct-10	31-dic-10	5,204,263	0	0	0
Total Segundo nivel		19					792,246,530	270	0	387,207
Tercer nivel										
	1	Nuevo León	Monterrey	UMAE HGO No.23	01-oct-10	31-dic-10	2,066,417	0	0	0
	2	Jalisco	Guadalajara	HGO UMAE	01-abr-06	30-jun-10	29,700,435	0	0	0
	3	Puebla	Puebla	H.ESPEC. UMAE	01-jun-06	31-ene-10	28,964,480	0	0	0
	4	Sur del D. F.	Centro Médico Siglo XXI	H.CARDIOLOGIA UMAE	01-may-06	30-jun-10	13,796,899	0	0	0
Total Tercer nivel		4					74,528,231	0	0	0
No médicas										
	1	Oaxaca	Oaxaca	ALMACÉN	26-abr-10	30-ago-10	5,804,485	0	0	0
	2	Norte del D. F.	Centro Médico la Raza	GUARDERIA (HOSP.GENER	01-abr-10	31-may-10	16,321,706	0	0	0
	3	Sur del D. F.	A. Obregón San Angel	SUBDELEGACIÓN	01-ago-05	30-nov-10	60,088,719	0	0	0
	4	Guanajuato	León	PLANTA DE LAVADO	01-feb-10	31-dic-10	69,486,419	0	0	0
	5	Edo. de Méx. Pte.	Toluca	PLANTA DE LAVADO	01-abr-09	31-jul-10	87,442,094	0	0	0
	6	Morelos	Cuernavaca	PLANTA DE LAVADO	01-mar-09	31-dic-10	26,770,632	0	0	0
	7	Quintana Roo	Cancún Benito Juárez	OFICINAS ADMVAS	25-jun-10	31-oct-10	3,466,536	0	0	0
	8	Nayarit	Tepic	CSS Y TEATRO	04-ago-10	31-dic-10	771,947	0	0	0
	9	Nuevo León	Cadereyta	CSS	01-ago-10	31-dic-10	2,897,208	0	0	0
	10	Sinaloa	Los Mochis	CSS	15-sep-10	31-dic-10	1,079,950	0	0	0
	11	Tamaulipas	Laredo	CSS	01-jul-10	31-dic-10	11,644,016	0	0	0
	12	Yucatán	Merida	OFICINAS DELEGACIONALE	25-oct-10	31-dic-10	3,405,174	0	0	0
	13	Yucatán	Merida	CSS	01-sep-10	31-dic-10	1,880,212	0	0	0
	14	Baja California Nte.	Mexicali	SUBDELEGACION	12-jul-10	30-oct-10	15,115,232	0	0	0
	15	Yucatán	Merida	SUBDELEGACION	01-sep-10	30-nov-10	194,499	0	0	0
	16	Edo. de Méx. Ote.	Ecatepec	CSS	01-abr-10	31-may-10	1,187,358	0	0	0
Total No médicas		16					307,556,189	0	0	0
Total Ampl. y/o Remod.		44					1,254,832,602	270	6	416,007
Total 2010		63					4,487,340,857	695	96	2,225,166

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.



Año 2011

Se realizaron 3 obras nuevas de primer nivel, siendo estas, la UMF de 10 Consultorios en Culiacán, Sinaloa, con un monto de inversión de 244.6 mdp, resultando beneficiada una población de 388,343 derechohabientes; la UMF de 10 Consultorios en Aguascalientes, Aguascalientes, cuya inversión ascendió a 148.0 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes; y la UMF de 10 Consultorios en Mérida, Yucatán, con una inversión de 140.4 mdp, resultando beneficiada una población de 48,000 derechohabientes.

En cuanto a las obras nuevas de segundo nivel, se concluyeron 3, destacando el HGR de 265 camas en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, cuya inversión ascendió a 1,063.3 mdp, beneficiando a una población de 333,722 derechohabientes; así como el HGR de 249 camas, en Tecámac, Estado de México, con una inversión de 1,078.0 mdp, beneficiando a 249,000 derechohabientes.

Respecto de las ampliaciones y remodelaciones llevadas a cabo en este año, se concluyeron 7 de primer nivel, destacando, la UMF/H No. 22, ubicada en Atotonilco, Jalisco, con un monto de inversión de 12.1 mdp; así como la UMF/H No. 24 en Jiménez, Chihuahua, con un monto de inversión de 11.8 mdp, con una población beneficiada de 18,320 derechohabientes.

En las de segundo nivel se concluyeron 22, destacando el HGZ/MF No. 42, de 49 camas en Puerto Vallarta, Jalisco, con una inversión de 188.5 mdp, beneficiando a una población de 136,630 derechohabientes; el HR en Ocozocoautla, Chiapas, con una inversión de 110.1 mdp; el HGZ No. 71, en Chalco, Estado de México, con una inversión de 150.0 mdp; el HGZ No. 98, en Coacalco de Berriozábal, Estado de México, con una inversión de 215.6 mdp; así como el HGR No. 2, de 142 camas, en Villa Coapa, Distrito Federal, con una inversión de 196.1 mdp, beneficiando a una población de 359,950 derechohabientes.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Por lo que respecta a las de tercer nivel, se concluyeron 2, destacando la UMAE Hospital de Especialidades No. 1 en León, Guanajuato, con una inversión de 31.6 mdp.

En el cuadro 3.7 DAED, se resumen las acciones realizadas en esta materia en el año 2011.

CUADRO 3.7 DAED,

ACCIONES REALIZADAS EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA EN 2011

OBRAS TERMINADAS EN 2011										
Nivel de Atención	No.	Delegación	Localidad	Tipo de Unidad 2	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Costo Total del Proyecto	Camas	Consult.	Población Beneficiada
Nuevas										
Primer nivel										
	1	Sinaloa	Culiacán	UMF - 10 CONSULT., UMAA	01-dic-04	25-oct-11	244,655,852	0	10	388,343
	2	Aguascalientes	Aguascalientes	UMF-10 CONSULT.	01-nov-10	31-oct-11	147,996,026	0	10	48,000
	3	Yucatán	Mérida	UMF - 10 CONSULT.	01-oct-10	31-jul-11	140,400,133	0	10	48,000
Total Primer nivel	3						533,052,010	0	30	484,343
Segundo nivel										
	1	Edo. de Méx. Ote.	Valle de Chalco	UMAA	01-jul-05	28-feb-11	91,576,125	0	0	192,940
	2	Jalisco	Tlajomulco de Zuñiga	HGR 265 CAMAS	09-jul-09	31-may-11	1,063,288,936	265	0	333,722
	3	Edo. de Méx. Ote.	Tecamac	HGR - 249 CAMAS	26-jun-09	31-ago-11	1,078,044,683	249	0	249,000
Total Segundo nivel	3						2,232,909,744	514	0	775,662
No médicas										
	1	Oaxaca	Huatulco	SUBDELEGACION	01-jun-10	31-mar-11	19,033,422	0	0	0
	2	Tabasco	Villahermosa	ALMACÉN	08-abr-10	31-mar-11	48,575,160	0	0	0
	3	Veracruz Norte	San Andrés Tuxtla	SUBDELEGACION	27-nov-10	31-dic-11	20,546,214	0	0	0
Total No médicas	3						88,154,797	0	0	0
Total Nuevas	9						2,854,116,551	514	30	1,260,005
Ampl. y/o Remod.										
Primer nivel										
	1	Baja California Sur	Guerrero Negro (Ejido Diaz O.)	CONSULT.AUX.MED.FAM. N	20-may-10	15-nov-11	5,837,198	0	1	4,800
	2	Jalisco	Atotonilco	UMF/H No.22	01-nov-10	31-dic-11	12,095,261	0	0	0
	3	Colima	Manzanillo	UMF No. 2	01-feb-06	30-oct-11	10,318,097	0	0	0
	4	Veracruz Norte	Veracruz	UMF No. 68	01-ago-08	28-feb-11	7,783,572	0	0	0
	5	Chihuahua	Jiménez	UMF/H No. 24.	01-may-10	28-feb-11	11,786,460	0	3	18,320
	6	Aguascalientes	Aguascalientes	UMF No.8	01-feb-11	30-abr-11	2,909,838	0	0	0
	7	San Luis Potosí	San Luis Potosí	UMF No.45	01-oct-10	15-ene-11	799,651	0	0	0
Total Primer nivel	7						51,530,077	0	4	23,120
Segundo nivel										
	1	Michoacán	Morelia	HGR No.1	01-sep-11	31-dic-11	11,588,069	0	0	0
	2	Jalisco	Puerto Vallarta	HGZ/MF No. 42 - 49 CAMAS	01-ago-04	30-jun-11	188,515,207	49	0	136,630
	3	Chiapas	Ocozacoautla	HR	01-jun-08	31-mar-11	110,138,836	0	0	0
	4	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ No. 1	01-abr-09	31-mar-11	64,416,043	0	0	0
	5	Hidalgo	Pachuca	HGZ/MF No. 1	01-sep-10	31-mar-11	20,622,812	0	0	0
	6	Edo. de Méx. Ote.	Chalco	HGZ No. 71	01-sep-09	31-dic-11	150,032,805	0	0	0
	7	Edo. de Méx. Ote.	Coacalco	HGZ No. 98	01-jul-09	31-ago-11	215,566,782	0	0	0
	8	Sur del D. F.	Villa Coapa	HGR No. 2 - 142 CAMAS	01-ago-10	30-nov-11	196,078,803	142	0	359,950
	9	Chihuahua	Hidalgo del Parral	HGZ/MF No. 23	01-may-10	31-may-11	26,843,698	0	0	0
	10	Baja California Sur	La Paz (Pueblo Nuevo)	HGZ/MF No. 1	20-sep-10	21-jun-11	9,383,562	0	0	0
	11	Campeche	Cd. del Carmen	HGZ/MF No. 4	01-abr-11	31-ago-11	2,490,000	0	0	0
	12	Nuevo León	San Nicolás de Los Garza	HGZ/MF No.6	01-jul-10	30-jun-11	54,594,012	0	0	0
	13	San Luis Potosí	San Luis Potosí	HGZ No.1	01-sep-10	31-jul-11	3,361,281	0	0	0
	14	Sinaloa	Culiacán	HGR No. 1	02-may-11	10-nov-11	3,500,000	0	0	0
	15	Sur del D. F.	Tizapan, La Hormiga	HGZ/MF No. 8	01-nov-11	31-dic-11	4,233,655	0	0	0
	16	Sonora	Navojua	HGZ No.3	12-nov-11	31-dic-11	1,317,126	0	0	0
	17	Norte del D. F.	San Juan de Aragón	HGZ/MF No.29	01-nov-11	31-dic-11	6,200,000	0	0	0
	18	Sur del D. F.	Condesa	HGZ/MF No.26	01-nov-11	31-dic-11	5,259,208	0	0	0
	19	Oaxaca	Oaxaca	HGZ No.1	01-oct-11	31-dic-11	3,465,420	0	0	0
	20	Norte del D. F.	Zaragoza	HGR No.25	01-nov-11	31-dic-11	2,362,874	0	0	0
	21	Sur del D. F.	Gabriel Mancera	HGR No.1	01-nov-11	31-dic-11	2,094,142	0	0	0
	22	Nayarit	Tepic	HGZ No. 1	08-oct-11	31-dic-11	2,537,438	0	0	0
Total Segundo nivel	22						1,084,601,772	191	0	496,580
Tercer nivel										
	1	Guanajuato	León	H.SPEC. No.1 UMAE	01-may-10	31-mar-11	31,640,593	0	0	0
	2	Norte del D. F.	Centro Médico la Raza	UMAE GINECO No.3	01-nov-11	31-dic-11	5,254,949	0	0	0
Total Tercer nivel	2						36,895,542	0	0	0
No médicas										
	1	San Luis Potosí	San Luis Potosí	GUARDERIA ORDINARIA No	02-ago-10	30-jun-11	1,933,593	0	0	0
	2	Veracruz Sur	Orizaba	CSS	01-ago-10	28-feb-11	9,962,384	0	0	0
	3	Puebla	Puebla	BIBLIOTECA	01-ago-11	30-nov-11	4,306,018	0	0	0
	4	Norte del D. F.	San Juan de Aragón	CSS (CAAN)	01-ene-11	30-sep-11	3,908,106	0	0	0
	5	Sur del D. F.	Centro Médico Siglo XXI	AREAS COMUNES	09-dic-11	31-dic-11	7,672,102	0	0	0
	6	Veracruz Sur	Rio Blanco	ALMACÉN	30-sep-11	31-dic-11	3,970,754	0	0	0
	7	Morelos	Oaxpetec	CENTRO VACACIONAL	01-nov-11	28-dic-11	3,509,908	0	0	0
Total No médicas	7						35,262,866	0	0	0
Total Ampl. y/o Remod.	38						1,208,290,257	191	4	519,700
Total 2011	47						4,062,406,808	705	34	1,779,705
Total Obras Terminadas 2006-2011	314						17,415,047,875	2,058	453	11,060,654

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

3.5.2 Abasto de medicamentos 2007 - 2011

El IMSS, como principal proveedor de servicios de salud en el país, ha implementado mecanismos que permiten la atención y bienestar de los usuarios del servicio médico,²⁷ debido a que suministra los bienes terapéuticos y servicios necesarios para atender a más de 52.3 millones de derechohabientes,²⁸ otorgando medicamentos a través de surtimiento de recetas.

Para ello, cuenta con la red de almacenaje y distribución de medicamentos más grande del país, la cual consta de 63 almacenes incluyendo la red fría de nivel central y 1,400 farmacias. Esta estructura tiene como finalidad principal surtir de medicamentos a la población usuaria de los servicios médicos a través de 1,495 unidades médicas de primer nivel, 266 unidades de segundo nivel y 25 unidades de alta especialidad, que corresponden al tercer nivel de atención médica.

Con el propósito de mantener el abasto de recetas completamente surtidas en niveles superiores a 96 por ciento, eliminar la caída cíclica en el abasto al cierre de cada año y optimizar los recursos presupuestales, se diseñaron nuevos esquemas de contratación y distribución de medicamentos como son: el modelo de Contrato Único y la Bolsa Única de Ofertas (BUO).

El Contrato Único se definió para la adquisición de medicamentos, material de curación, artículos de laboratorio y de aseo a través de una sola zona de contratación, permitiendo el abastecimiento de hasta tres proveedores simultáneos, en contraste con el modelo anterior donde se consideraban hasta tres zonas de contratación y dos fuentes de abasto. Con esta medida se incrementaron los niveles de atención de la proveeduría y se amplió la oportunidad de abastecimiento para los grupos de suministro incorporados a este modelo.

²⁷ Usuarios derechohabientes y adscritos al programa IMSS-Oportunidades.

²⁸ Fuente: INEGI, extraído de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&c=1879&e=>.

La estadística de "población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Por su parte, la BUO es una modalidad de adquisición de bienes de consumo terapéuticos por adjudicación directa que opera vía Internet. La BUO consiste en la publicación de los requerimientos de bienes y servicios derivados del incumplimiento por parte de proveedores previamente contratados. Este mecanismo permite que otros proveedores a nivel nacional conozcan los bienes que se planea comprar y registren sus ofertas de medicamentos vía Internet las 24 horas del día, los 365 días del año.

Los resultados de instrumentar las acciones para mejorar los esquemas de distribución de medicamentos han sido favorables. Con estas acciones, el porcentaje de surtimiento de medicamentos en el periodo 2007-2011 se mantuvo en promedios iguales o superiores a 96 por ciento.

En el mismo periodo, 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 2007 a 160.1 millones al cierre del ejercicio 2011. Esto significó un incremento en el presupuesto ejercido al pasar de 16,103 mdp en 2007 a 21,109 mdp al cierre de 2011 (cuadro 3.8 DAED). Con ello se hizo frente al aumento de 9.5 por ciento que tuvo la población derechohabiente adscrita a médico familiar durante el periodo 2007-2011.

CUADRO 3.8 DAED
INDICADORES DEL ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS,
2007-2011

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011
Recetas presentadas ^{1/}	133,580	128,872	143,200	147,280	160,102
Recetas surtidas ^{1/}	129,677	124,809	137,472	142,762	153,244
Recetas surtidas como (%) de recetas presentadas	97	97	96	97	96
Gastos de medicamentos ^{2/}	16,103	16,380	17,895	18,855	21,109

^{1/} Miles

^{2/} Millones de pesos corrientes

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

3.5.2.1 Acciones

- Se modificó el esquema de compra de medicamentos, y actualmente el de material de curación, aplicando la modalidad de Contrato Único, en donde la adquisición se realiza centralmente con entrega y pago en las delegaciones a partir del año 2009.
- La administración del Contrato Único estuvo a cargo de nivel central, lo cual permitió obtener mejores precios.
- En 2009 se inició el mecanismo de abasto complementario a través de compras por Bolsa Única de Ofertas, consistente en la adquisición de medicamentos derivados de incumplimiento en las entregas programadas y claves faltantes en los almacenes, mediante la utilización de una plataforma electrónica que permite asignar el precio más conveniente de adquisición para el Instituto.
- Se reforzó la supervisión mediante la realización de videoconferencias semanales, con los responsables delegacionales para verificar el cumplimiento de acuerdos y avances, así como la identificación de puntos de riesgos.

- Se realizó revisión periódica del Promedio de Consumo Mensual (PCM) con las áreas médicas y administrativas de las delegaciones y UMAE, con el objeto de evitar desequilibrio entre la planeación, la operación y la compra.

3.5.2.2 Resultados

- Se dio atención a las necesidades de los derechohabientes a través del surtimiento de recetas, con promedios del 96 por ciento.
- En 2007 se logró por primera vez abatir la caída del desabasto que cíclicamente se presentaba en el Instituto al iniciar y finalizar cada año.
- Al cierre de 2011, se emitieron 160.1 millones de recetas, que comparadas contra 147.3 millones en 2010, representan un incremento anual del 8 por ciento en la demanda total de recetas.
- Con la descentralización del Contrato Único se logró mejorar los precios en las compras consolidadas.

Derivado de lo anterior el IMSS estableció como indicador estratégico el nivel de surtimiento de medicamentos a través de recetas, el cual nos permite medir la eficacia en el suministro de medicamentos y en la planeación de necesidades.

Los beneficios económicos y sociales alcanzados con este indicador, contribuyen a que la atención directa y oportuna para el paciente sea una de las prioridades del IMSS, por esto, los servicios de atención médica que presta el Instituto son complementados con el surtimiento de medicamentos, que son necesarios para que el paciente lleve a cabo su tratamiento y recobre la salud; por lo tanto, asegurar un surtimiento de medicamentos suficiente a la población usuaria es un reto institucional, con impactos socioeconómicos directos hacia la Población Derechohabiente y Usuaria de los servicios de salud.

3.5.3 Integridad en el proceso de compras institucionales y combate a la colusión

En años recientes, las función de adquisición del Instituto se ha adecuado a una serie de cambios que han incidido en su actividad, como son el aumento de las obligaciones en materia de transparencia con las últimas reformas a la LFTAIPG realizadas en 2006 y 2010; una mayor presencia de los organismos fiscalizadores externos e internos; así como la modernización del marco regulatorio de los procesos de adquisiciones, fundamentalmente con las reformas en 2009 a la LAASSP y a la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas (LOPSR); así como las modificaciones realizadas en 2010 a sus reglamentos correspondientes.

En el periodo 2006-2011, el IMSS ha instrumentado diversas mejoras al proceso de adquisiciones: la instauración de los precios máximos de referencia a partir de los cuales los licitantes deberán ofrecer descuentos; las OSD (subasta en reversa), siendo el IMSS el primer organismo público en certificarse para la instrumentación de este tipo de procedimientos; las compras conjuntas con el sector salud de los medicamentos de patente; la participación de testigos sociales en los procesos de licitación a los que obliga la ley e incluyendo algunos cuyo monto sea menor al previsto por la misma pero que representen procedimientos de adquisición relevantes para el Instituto; el establecimiento de mesas de acompañamiento con la SFP; el fortalecimiento de las investigaciones de mercado y la puesta en marcha de un sistema de selección de personal para puestos con alto riesgo operativo, el cual considera en la evaluación elementos como la integridad, los valores institucionales, la confiabilidad y las competencias de los candidatos.

Más allá de las obligaciones legales en materia de transparencia, en 2011 el IMSS modificó su portal de compras con el objetivo fundamental de que la información pueda ser consultada de manera ágil y sencilla por el público en general, no sólo por los empleados del Instituto y los proveedores especializados; ahora puede consultarse la información sobre lo que el IMSS compró o va a comprar y los datos generales de los contratos celebrados, pero con mejores opciones de búsqueda.

Para consolidar las acciones realizadas, el IMSS firmó dos documentos con la OCDE, para que esta realizara, entre otras actividades, dos estudios basándose en dos documentos previamente elaborados por la OCDE, los cuales reúnen las mejores prácticas de los gobiernos de varios países en materia de compras públicas:

1. *Principios para Mejorar la Integridad en la Contratación Pública, y*
2. *Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas.*

3.5.3.1 Acciones realizadas

Los diálogos del IMSS con la OCDE para desarrollar los estudios iniciaron a finales de 2010 y los acuerdos de quedaron formalizados a principios de 2011:

1. Memorándum de entendimiento sobre la instrumentación de los Lineamientos para combatir la colusión entre oferentes en licitaciones públicas.

- 1.1. Firmado el 13 de enero de 2011, por el IMSS, la OCDE y la CFC, el documento establece como objetivo reconocer la cooperación entre los firmantes concerniente a la instrumentación en el IMSS de los “*Lineamientos para combatir la colusión entre oferentes en licitaciones*

públicas” emitidos por la OCDE. Asimismo la OCDE y CFC se comprometen a apoyar al IMSS con tres actividades fundamentales:

- a. Preparar un reporte que analice la legislación, regulación y prácticas actuales en materia de adquisición pública que rigen el proceso de adquisiciones en el IMSS;
- b. Emitir recomendaciones para realizar mejoras en la legislación, regulación y prácticas en materia de adquisición del IMSS en concordancia con los Lineamientos; y,
- c. Proporcionar capacitación a los funcionarios del IMSS para diseñar compras públicas que reduzcan los riesgos de colusión y les permitan identificar prácticas de ésta.

1.2. A partir de la firma del instrumento jurídico, el IMSS entregó a la OCDE los documentos, tanto internos como externos que forman el marco normativo en materia de adquisición que rige al IMSS.

1.3. En mayo de 2011, se desarrolló el taller denominado “Combatir la Colusión en Compras Públicas”, dirigido al personal del IMSS encargado de las adquisiciones e impartido por expertos de la OCDE y CFC.

1.4. En junio de 2011, el equipo de expertos en el combate a la colusión de la OCDE, entregó al IMSS un informe preliminar con 23 recomendaciones. Este informe consideraba la revisión de los procesos que el IMSS realiza en la función de adquisiciones.

1.5. En diciembre de 2011, se entregó al IMSS el informe final denominado *“Fighting Bid Rigging in Public Procurement in Mexico. A Secretariat report on IMSS’ procurement regulations and practices”*, contiene el análisis de la normatividad federal e institucional que rige al IMSS en material de compras y considera dos tipos de recomendaciones:

- a. 13 recomendaciones a la normatividad mexicana en materia de adquisiciones (específicamente a la LAASSP y la LOPSR), para apegarse a los lineamientos.

- b. 22 recomendaciones al IMSS para combatir la colusión en las adquisiciones.

2. Acuerdo interinstitucional para la revisión de la integridad en la adquisición pública del IMSS.

- 2.1. El IMSS y la OCDE firmaron este acuerdo el 4 de abril de 2011, con el objetivo de permitir a la OCDE llevar a cabo un estudio que comprenda: la revisión de las estrategias, sistemas y procesos de adquisiciones del IMSS; evalúe su desempeño e integridad; y proponga recomendaciones de mejora, en especial, en los aspectos de transparencia, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.
- 2.2. A partir de la firma del Acuerdo el IMSS entregó al equipo de la OCDE los documentos, tanto internos como externos que forman el marco normativo en materia de adquisición que rige al IMSS. Se realizaron también entrevistas con funcionarios de todas las áreas relacionadas con el proceso de adquisición, desde los que desarrollan requerimientos hasta aquellos involucrados en el proceso de pago a proveedores y seguimiento de sus contratos.
- 2.3. En abril de 2011, servidores públicos del IMSS participaron en la 43^a Reunión del Comité de Gobernanza Pública de la OCDE cuya agenda incluía, entre otros temas, la revisión del estudio que se estaba desarrollando al sistema de compras públicas de los Estados Unidos de América.
- 2.4. En septiembre de 2011, la OCDE entregó al IMSS el primer borrador del informe completo.
- 2.5. En noviembre de 2011, en la 44^a Reunión de este mismo Comité, se discutió por parte de funcionarios encargados de las compras públicas de algunos países miembros de la OCDE, una versión preliminar de los

principales hallazgos del estudio realizado al sistema de compras del IMSS.

2.6. Entre noviembre y diciembre de 2011, el equipo de expertos de la OCDE desarrolló el informe de los aspectos claves. Este informe extrae del documento completo, los hallazgos y las recomendaciones de las áreas que se consideraron más importantes: Estrategia de adquisiciones de la institución y gestión del desempeño; desarrollo de recursos humanos; estrategias de adquisiciones para necesidades específicas; relación y gestión de proveedores; e integridad y transparencia en el proceso de contratación.

3.5.3.2 Resultados relevantes

1. Memorándum de entendimiento sobre la instrumentación de los Lineamientos para combatir la colusión entre oferentes en licitaciones públicas.

- En el taller impartido en mayo de 2011, 220 funcionarios responsables de las adquisiciones a nivel central, así como de las Delegaciones y las UMAE fueron capacitados para: (i) diseñar las licitaciones para reducir el riesgo de colusión en compras públicas, (ii) identificar posibles casos de colusión en una fase temprana durante el proceso de compras públicas, y (iii) qué hacer cuando se descubre una colusión en esta etapa.
- Considerando las recomendaciones contenidas en el informe preliminar, fue posible realizar acciones para atender 11 recomendaciones en los procedimientos de adquisición para el ciclo de compras 2011.

2. Acuerdo interinstitucional para la revisión de la integridad en la adquisición pública del IMSS.

- En noviembre de 2011, el IMSS inició el desarrollo del programa de Mejora Integral de las Compras, en el cual se establecieron las acciones que el

Instituto realizará para atender las recomendaciones que la OCDE presenta en el informe de aspectos claves.

- Para enriquecer el programa de Mejora Integral de las Compras con comentarios y sugerencias de las áreas involucradas e interesadas, el 23 de noviembre de 2011 se realizó una mesa de trabajo con la participación de funcionarios de múltiples áreas del IMSS, el equipo de expertos de la OCDE, la SFP y diversos observadores externos, entre ellos, el Instituto Mexicano para la Competitividad y Transparencia Mexicana.

3.5.4 Nuevo portal de COMPRAS – IMSS

El IMSS, comprometido con la LFTAIPG, implantó entre 2001 y 2002 un Portal especial para el cumplimiento de dicho objetivo; en él se publicó todo lo referente a lo que el IMSS va a comprar y lo que el IMSS compró; así como todas las actas generadas en cada uno de los eventos licitatorios e información relevante para proveedores.

Las actividades realizadas desde 2002 correspondían al objetivo inicial de garantizar la transparencia de la información; sin embargo, hasta antes de 2010 no se dio un mantenimiento ni actualización representativa a la plataforma inicialmente diseñada; ello provocó que la información los sistemas para la consolidación de la documentación, no empatara con los nuevos desarrollos tecnológicos Institucionales y la creciente demanda de información por parte de la sociedad civil, siendo el Portal de Obligaciones de Transparencia del IMSS de los tres más visitados en toda la APF.

Aunado a lo anterior, la falta de mecanismos amigables de búsqueda y óptima visualización de la información almacenada, dio origen a una nueva estrategia por parte de la Dirección General del Instituto, para que la herramienta de



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

transparencia no sólo sirviera como concentradora de información, sino como un *medio de comunicación eficiente con la sociedad*.

Así, a principios de 2010 se iniciaron los trabajos de análisis y acercamiento con las áreas operativas que generan información de compras, con el objeto de reestructurar y llevar a cabo el relanzamiento del Portal de Compras y así poner al IMSS como la *primer Institución pública que transparente hasta el más mínimo detalle de los procesos de contratación a nivel nacional*, considerando las siguientes mejoras:

- **Fácil acceso:** La información va de lo general a lo específico.
- **Conveniencia:** La información referente a una compra se integra en sólo una ficha (Datos y documentos específicos). Así como información sobre la forma en que compra el IMSS, sus principales catálogos y normas en materia de adquisiciones.
- **Búsqueda interactiva:** Búsqueda avanzada, la función de autocompletar se construye de acuerdo a las búsquedas más frecuentes.
- **Información detallada de compras:** Por rubro, entidad federativa, tipo de procedimiento, tipo de adquisición (bienes, servicios, obra), montos y proveedor.
- **Mayor transparencia:** Cuadros comparativos de precios, gráficas detalladas, fichas de bienes, transmisión en vivo de las etapas relevantes de los procedimientos de compras y la disponibilidad de los archivos de video para consulta, así como una sección detallada de proveedores y calendarios de fácil interpretación de las próximas compras del IMSS.

En seguimiento a los objetivos planteados, a partir de 2010 se inician los trabajos para desarrollar el nuevo portal de compras. El desarrollo del nuevo portal está enfocado a los siguientes objetivos: i) difundir información clara y veraz sobre los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios; ii) dar a conocer

información sobre el cumplimiento y rescisión de contratos; iii) garantizar las mismas oportunidades de participación a las empresas interesadas en los distintos procesos de contratación; y iv) garantizar a la ciudadanía información confiable, transparente y con estricto apego a la ley respecto de los procesos de contratación realizados por el IMSS.

3.5.4.1 Desarrollo

Los esfuerzos que en 2010 y 2011 se realizaron, abarcaron las instancias directivas y operativas del Instituto, para así fortalecer la comunicación entre Nivel Central, Delegaciones y UMAE.

Como parte de las actividades iniciales para el relanzamiento del nuevo portal de compras, en 2010 se revisó la herramienta que desde 2001 fue implementada como mecanismo de transparencia por el IMSS. El principal obstáculo detectado para garantizar el acceso a la información, se presentó en la búsqueda poco funcional de la documentación por parte de los usuarios externos al IMSS o al propio procedimiento de contratación.

A partir de los primeros análisis se diseñaron los bosquejos de lo que sería el nuevo portal de compras. En Nivel Central se definieron las secciones que concentrarían la información normativa, operativa y de interés general para los usuarios, sin dejar a un lado el diseño de acceso amigable y de fácil uso.

De esta forma, como parte de las actividades para actualizar y alimentar al nuevo portal de compras, en el segundo semestre del 2011 se retomaron los trabajos de análisis y revisión de los sistemas de los que se extrae la información para el nuevo portal.

Al respecto, la DIDT detectó incompatibilidad entre el nuevo portal de compras con el sistema de transparencia para subir la documentación de los procesos

derivados de contrataciones (APDL), producto de documentos incompletos, falta de espacio en sistema y lentitud en la búsqueda de datos. Por tal motivo, se desarrolló el *Sistema para la Carga en Línea de Contratos*, a fin de actualizar la información que en el Portal se presenta.

Derivado de lo anterior y con el objetivo de poner a disposición del público en general la nueva herramienta antes del cierre 2011, se establecieron dos etapas de actualización.

En la primera etapa, y mediante el *Sistema para la Carga en Línea de Contratos*, se subieron todos los *contratos de los años 2009, 2010 y 2011*. Para este último año, el sistema considera las contrataciones hasta el 5 de noviembre. Al cierre de 2011, el avance en la carga de este tipo de documentos se ve reflejada en un nivel de atención del *98.8 por ciento*, como se muestra en el cuadro 3.9 DAED.

**CUADRO 3.9 DAED,
ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA PARA LA CARGA EN LÍNEA DE CONTRATOS, 2009-2011**

Delegación/UMAE	2009			2010			2011		
	Total contratos	Avance	% Avance	Total contratos	Avance	% Avance	Total contratos	Avance	% Avance
Delegaciones	31,341	30,645	97.78%	37,530	37,184	99.08%	24,542	24,535	99.97%
UMAE	10,122	9,589	94.73%	10,860	10,412	95.87%	6,841	6,800	99.40%
Global	41,463	40,234	97.0%	48,390	47,596	98.4%	31,383	31,335	99.8%

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

La segunda etapa comprende la actualización de la documentación soporte que respalda a los contratos previamente subidos al portal, así como aquellos formalizados en el cierre 2011.

En relación al proceso de estabilización del sistema, se contempla el diseño e implementación de una herramienta interna que permita una actualización más eficiente por parte de las áreas compradoras institucionales. De igual forma, en coordinación con la sociedad civil, definir la información que requiere ser redistribuida en formatos que permitan su explotación y consulta detallada.

En el mismo orden de ideas, se tiene el reto de fomentar el uso de la herramienta a través de su difusión a todos los sectores interesados. Asimismo, mantener la calidad y oportunidad de la información para que día con día la sociedad civil tenga presente que en el IMSS, se proporcionará información confiable, en el momento que lo requiera.

Finalmente, la Unidad de Administración es el enlace que la DAED ha designado para dar seguimiento al cumplimiento de las etapas antes señaladas.

La información del nuevo Portal de Compras cuenta con el visto bueno de las áreas centrales de compras, así como de los Titulares de las Delegaciones y UMAE, quienes darán continuidad a la actualización del micrositio, tanto con las áreas operativas que realizan los procesos de contratación, como en el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios dentro del ámbito de su competencia.

3.5.5 Programa de equipamiento oncológico

Los equipos oncológicos de radioterapia que dispone el IMSS, son Unidades de Cobalto, cuya vida media útil ha sido rebasada. En este tenor, la Comisión Nacional de Energía Nuclear y Salvaguardias ha inspeccionado estos equipos, solicitando su remplazo.

La modalidad de rayos X de un Acelerador Lineal (LINAC) presenta varias ventajas respecto de los rayos gamma del cobalto. Los primeros pueden ser mucho más intensos que los segundos, acortando el tiempo de tratamiento; debido a su alta energía son más penetrantes y depositan una dosis mayor en profundidad; su excelente definición geométrica permite proteger mejor las estructuras vitales vecinas al tumor.

Todo ello, aunado al mejor conocimiento de la historia natural de las neoplasias malignas y las ventajas del tratamiento con enfoque multidisciplinario, ha permitido un mayor índice de éxito en la calidad y mejor expectativa de vida de los pacientes.

La radio cirugía se concentra en la destrucción de poblaciones celulares, con el fin de detener su crecimiento o reducir su volumen, también se utiliza para provocar cambios tisulares u ocluir vasos en malformaciones arteriovenosas.

El Cyberknife es el único Sistema de radio cirugía robótico aprobado por la FDA, al reconocer que los tumores se desplazan incluso cuando hay movilización, el sistema CK emplea la imagen guiada continua durante todo el tratamiento, al combinar esta capacidad única con la movilidad robótica inherente al sistema, cada posición del haz de radiación es corregida automáticamente con el movimiento del blanco (tumor) sin intervención del usuario y sin interrupciones en el tratamiento.

Uno de los grandes avances en la radiocirugía incluye el desarrollo de aceleradores lineales (LINAC), que tienen en cuenta múltiples factores para irradiar volúmenes irregulares. La planeación se realiza por suma de esfera de tratamientos y combinaciones de arcos de giro, dosis y longitud de cada uno de los arcos, junto con una combinación de colimadores, que dan mayor versatilidad y adaptación a diferentes volúmenes.

Los LINAC de última generación utilizan colimadores multihojas que permiten crear cualquier forma de haz adaptable al perfil de la lesión desde cada una de las puertas de entrada. Igualmente, los LINAC modificados buscan un aumento en la tasa de dosificación, reducción del peso de la máquina y mayor precisión al direccionar de manera más directa el haz hacia el tejido.

El Cyberknife (CK) es un LINAC montado en un brazo robótico y una camilla que permite diversos puntos de entrada de la radiación al blanco, esta tecnología es de alta precisión espacial, ya que incorpora los avances en tecnología robótica y en procesamiento de imágenes computarizadas para realizar radio cirugía guiada por imagen.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el 29 de septiembre de 2011, dictó el ACDO.AS2.HCT.290910/270, autorizando la contratación plurianual para la adquisición de equipamiento oncológico durante el periodo 2011 - 2012, por un monto de 2,353.0 mdp, siendo los montos anuales como siguen: para el ejercicio fiscal de 2011, la cantidad de 1,398.0 mdp, y para el ejercicio fiscal de 2012, la cantidad de 955.0 mdp, con las siguientes ventajas:

- Eliminar la subrogación del servicio, generando ahorros sustantivos.
- Abatir considerablemente el rezago en la atención a los pacientes, ello procurará la atención y el tratamiento oportuno y eficiente.
- Reducir los tiempos de exposición a las radiaciones a los pacientes, evitando con ello daños colaterales en detrimento de la salud del paciente.
- Modernizar la infraestructura médica en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- Un mayor índice de calidad en los tratamientos y mejora en la expectativa de vida de los pacientes.

- Conocer con precisión el sitio, el tamaño y la extensión de la enfermedad a irradiar, el plan terapéutico puede realizarse con gran detalle y así concentrar la radiación en el volumen de tejido enfermo, reduciendo la dosis a los tejidos sanos.
- Rastreo continuo de la localización de la lesión mediante imágenes ortogonales. Precisión constante durante todo el tratamiento.

3.5.6 Centro automatizado de distribución de insumos terapéuticos (CADIT)

Como resultado de un diagnóstico realizado en hospitales del Instituto, en 2011 se da inicio al proyecto para homogeneizar y automatizar el proceso de suministro de insumos terapéuticos a servicios hospitalarios y su distribución a los pacientes mediante la implementación de un proceso optimizado que contemple, la organización, infraestructura, equipamiento, procedimientos y personal requerido.

El proceso optimizado se basa en las mejores prácticas encontradas en el diagnóstico y se apoya con tecnología reciente, que consiste en tres herramientas tecnológicas: una solución informática (SICADIT), un equipo para empaquetamiento de dosis unitarias de medicamentos sólidos orales y un sistema neumático de envíos.

En este esquema, los medicamentos se solicitan por paciente y turno desde los diferentes servicios hospitalarios de Unidades Médicas de segundo y tercer nivel de atención, las solicitudes electrónicas son atendidas en el CADIT por Enfermeras Generales que integran los paquetes de medicamentos por paciente y turno, en tanto que un Auxiliar de Farmacia se encarga de mantener abastecido el CADIT efectuando solicitudes colectivas de medicamentos a la farmacia del



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

hospital, recibiendo, registrando, acomodando los medicamentos y proporcionándolos a las Enfermeras. En esta etapa se consideran sólo hospitales de tercer nivel de atención médica.

Durante el primer semestre de 2011 se definió el proceso optimizado, se diseñó y desarrolló el SICADIT, llevándose a cabo una prueba piloto en un hospital de segundo nivel del Instituto.

En la prueba piloto, que se llevó a cabo de los meses de mayo a octubre del 2011, se observó una disminución neta en el consumo mensual de un 16 por ciento, se reducen las actividades administrativas del personal de enfermería, lo que se traduce en mayor calidad de atención al paciente, mantiene actualizado el inventario de los medicamentos, se elaboró el procedimiento normativo y se identificaron actividades críticas para considerar en el tema de la capacitación, entre los resultados más importantes.

En los meses de octubre a diciembre del mismo año, se realizaron y concluyeron las adecuaciones de espacios físicos para instalar los CADIT en 20 UMAE, ver cuadro 3.10 DAED, así como el equipamiento correspondiente, que consiste principalmente en 22 equipos de cómputo; 1 impresora láser; una máquina empaquetadora de dosis unitarias de medicamentos sólidos orales y el sistema neumático de envíos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.10 DAED, INSTALACIÓN DE CADIT EN UMAE

UMAE
Especialidades No. 71 Torreón
Especialidades CMN La Raza "Dr. Antonio Frago Mouret"
General CMN La Raza "Dr. Gaudencio González Garza"
Traumatología y Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez"
Gineco-Obstetricia No. 3 CMN "La Raza"
Especialidades CMN Siglo XXI "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez"
Pediatría CMN "Siglo XXI"
Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Oncología CMN "Siglo XXI"
Especialidades CMN de Occidente
Pediatría CMN de Occidente
Gineco-Obstetricia CMN de Occidente
Especialidades No. 25 CMN del "Noroeste"
Ginecología-Obstetricia No. 23 "Ignacio Morones Prieto"
Traumatología y Ortopedia No. 21 Monterrey
Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Especialidades CMN Puebla "General de División Manuel Avila Camacho"
Especialidades No. 2 CMN Ciudad Obregón "Luis Donald Colosio Murrieta"
Especialidades No. 14 CMN Veracruz "Adolfo Ruíz Cortines"
Especialidades No. 1 CMN Mérida

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

A las 20 UMAE mencionadas arriba, que constituyen la primera etapa de implementación, se les asignaron plazas de Enfermeras Generales y de Auxiliares de Farmacia para cubrir los tres turnos de operación. Con fecha 16 de diciembre del 2011 se designó al personal ocupante de las mismas y en ese mismo mes se realizó el proceso de capacitación de este personal, capacitando a un total de 360 trabajadores.



3.5.7 Programa de sustitución de ambulancias de traslados programados y ordinarios del IMSS

Uno de los servicios del IMSS es el traslado de pacientes. Para llevar a cabo este servicio el Instituto cuenta, entre otros recursos, con una plantilla de ambulancias para traslado de pacientes programados y ordinarios.

Es de desatacar que la demanda de este servicio se amplía constantemente ya que se incrementa el número de derechohabientes y crecimiento de la infraestructura hospitalaria, lo que repercute en problemas de atención, saturación de unidades, altos porcentajes de diferimientos de traslados y por consiguiente, elevación de los costos de operación, así como falta de unidades por la alta incidencia en descomposturas con costos elevados por mantenimiento al haber rebasado su rango de vida útil.

En el periodo que se informa, se logró cumplir con la demanda de traslados, en constante crecimiento por la apertura de nuevas clínicas y hospitales que demandan este servicio y de esa forma se coadyuvó a evitar la saturación de camas hospitalarias, que se afectaría de no cumplir al 100 por ciento la demanda de traslados.

Para ello, considerando las medidas de austeridad que se debieron observar por el Instituto, se hicieron sólo las adquisiciones más indispensables, de tal forma que las unidades adquiridas ejercicio 2006-2011, ascendieron únicamente a 702 a nivel nacional. En el cuadro 3.11 DAED, se describen las cantidades de los vehículos adquiridos y su distribución a nivel nacional.

CUADRO 3.11 DAED, DISTRIBUCIÓN DE AMBULANCIAS A NIVEL NACIONAL

Delegación/Unidad	2007	2008		2009		Total
		1ra. Etapa	2da. Etapa	1ra. Etapa	2da. Etapa	
Norte del Distrito Federal					2	2
Sur del Distrito Federal		2				2
Aguascalientes			3		2	5
Baja California Norte		10		4	6	20
Baja California Sur			5			5
Campeche			2	2	3	7
Chiapas			5		6	11
Chihuahua			17	2	8	27
Coahuila			26	17	3	46
Coahuila UMAE				1	1	2
Colima			2		1	3
Durango			5		5	10
Estado de México Oriente			19		4	23
Estado de México Poniente			8	8	2	18
Guanajuato			8	10	2	20
Guanajuato UMAE					2	2
Guerrero			4	1	3	8
Hidalgo			6	2	14	22
Jalisco		17		6	14	37
Michoacán		10		3	6	19
Morelos			4	4	2	10
Centro Vacacional Oaxtepec					1	1
Nayarit		2		3	6	11
Nuevo León			17	17	4	38
Oaxaca			5			5
Puebla			5	10	7	22
Querétaro			4	6	1	11
Quintana Roo			3	4	2	9
San Luis Potosí			4	5	7	16
Sinaloa			6	5	4	15
Sonora		12		1	8	21
Tabasco			5	1		6
Tamaulipas			9	6	4	19
Tlaxcala			3	5	1	9
Veracruz Norte			19	13	4	36
Veracruz Norte UMAE					1	1
Veracruz Sur		4	5	5	8	22
Yucatán			8	4	8	20
Zacatecas			3	4	6	13
Subtotal Delegaciones		57	210	149	158	574
Nivel Central		60		10	2	72
Total Régimen Ordinario		117	210	159	160	646
IMSS-Oportunidades	26		30			56
Total General	26	117	240	159	160	702

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

3.5.8 Reforzamiento de estándares de protección civil

El PND define a la protección civil, a la previsión y atención de desastres como una política prioritaria del desarrollo nacional, y para ello establece el programa nacional de protección civil como uno de los programas para ser instrumentados en la totalidad del país en los sectores social y privado.

Ante este marco la Estrategia Nacional de Mitigación planteada por la Coordinación General de Protección Civil, de la SEGOB, establece el compromiso para todas las dependencias de la APF, hacer de la protección civil una política pública que se anticipe integralmente a los riesgos y a los desastres, que retroalimente la autoprotección de la población, que establezca en la planeación y programación la mitigación a priori de los riesgos, y que incorpore la participación organizada de la población.

Por ello, con el fin de dar cumplimiento a dicha responsabilidad la citada dependencia envía los lineamientos para la implementación de programas internos de protección civil, los cuales deberán ser observados en cada uno de los inmuebles de las dependencias y entidades de la APF y del Sector Financiero.

Bajo esta política pública, el IMSS, establece su programa de actividades, el cual abarca acciones a realizar en las tres diferentes fases que componen la dinámica de afrontamiento en emergencias: Prevención (Difusión, Capacitación, Simulacros, Evaluaciones, Diagnósticos y Visto bueno a Proyectos Arquitectónicos), Auxilio (Apoyo a zonas siniestradas, con equipo de emergencia a través del Programa de Respuesta Institucional Inmediata ante Desastres y Evaluación de daños) y Recuperación (Visita a las zonas afectadas, apoyando en la evaluación de daños, para su reclamación), cumpliendo de este modo, con el requerimiento normativo establecido por la Dependencia reguladora de la Protección Civil a nivel nacional.

Acorde a lo anterior, el presente documento contiene las actividades relevantes en la materia, efectuadas durante el periodo diciembre 2006-noviembre 2011, siendo estas:

- Evaluaciones de programas internos de protección civil:
- Diagnósticos en materia de protección civil
- Elaboración de documentos técnicos
- Difusión de documentos técnicos-normativos
- Capacitación
- Simulacros
- Apoyo con equipo del Programa de Respuesta Institucional Inmediata ante Desastres (RIIAD)
- Participación con otras dependencias

3.5.8.1 Acciones

Diciembre 2006

- Realización del Procedimiento para la evaluación de programas internos de protección civil, cuyo objetivo es establecer los lineamientos para verificar el grado de avance en la implementación de los programas internos de protección civil, en las unidades del Instituto seleccionadas para ser evaluadas por la Dirección General de Protección Civil de la SEGOB.
- Evaluación y seguimiento de los programas internos de protección civil por la SEGOB a través de su Dirección General de Protección Civil, realizándose en este periodo las siguientes: HGZ No. 2 Aguascalientes y HGZ No. 1 Oaxaca.

Año 2007

- Realización de 7 visitas del programas internos de protección civil por SEGOB: Hidalgo (HGR/MF N. 1), Puebla (Planta de lavado), Querétaro (HGZ N. 3), Coahuila (HGZ N.2), Quintana Roo (Guardería Infantil No. 1), Campeche (Sede Delegacional).
- Evaluación de la conformidad de la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2000 “Prevención, protección y combate de incendios” a 5 UMAE 12 Hospitales de 2° y 3er Nivel, así como a 6 HR. En la Delegación Sur del D.F: HGZ No. 30, HGZ No. 32, HGZ No. 1 y UMAE HGO No. 4. En la Delegación Norte del D.F: HGZ/MF No. 29 y UMAE H. Ortopedia Magdalena de las Salinas. En la Delegación Regional Estado de México Oriente: HGR No. 72 y HGR No. 196. En la Delegación Regional Estado de México Poniente: HGR No. 194 y UMAE HTOLV. En la Delegación Estatal Morelos: HGR/MF No. 1. En la Delegación Estatal Hidalgo: HGR/MF No. 1. En la Delegación Estatal Puebla: HGR No. 36. En la Delegación Estatal Querétaro: HGZ No. 3. En la Delegación Estatal Guanajuato: UMAE No. 1. En la Delegación Regional Nuevo León: UMAE No. 25. En la Delegación Estatal Oaxaca: HRO Tlacolula. En la Delegación Estatal Tlaxcala: HGZ/MF No. 2. En la Delegación Estatal Coahuila: HRO Ramos Arizpe.
- Apoyo con equipo del RIIAD a las Delegaciones, Chiapas, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz, a través del envío de plantas potabilizadoras, ropa esterilizada, moto bombas fumigadoras y plantas de emergencia.
- Se efectuaron 17 cursos de combate de incendios a fuego real con un total de 643 asistentes, pertenecientes a las delegaciones: Distrito Federal Norte, Distrito Federal Sur, Estado de México Oriente y Estado de México Poniente.
- Jornadas regionales de protección civil organizadas por la SEGOB, participando el Instituto en la colocación de stand y muestra de equipo de

RIIAD (Quirófano móvil, planta de emergencia, planta potabilizadora y fumigadoras de alto flujo), en este tenor se participó en 6 eventos de esta índole, los cuales se efectuaron en las delegaciones: Chiapas, Coahuila, D.F. Norte, Estado de México Poniente, Guanajuato y Sonora.

- Se efectuaron 167 simulacros de evacuación a escala nacional, en los que participaron 35,766 empleados.

Año 2008

- Realización de 9 visitas del programas internos de protección civil por SEGOB: Michoacán (UMF No. 75), Baja California (Subdelegación Tijuana), Tabasco (H.G.Z. No. 46), Chiapas (HGZ No. 1), Veracruz (UMAE Veracruz), Zacatecas (HRO Villanueva), Estado de México Poniente (Sede Delegacional Toluca), Guerrero (Subdelegación Chilpancingo), Inmuebles Centrales (Durango 323).
- Se proporcionó la difusión de medidas preventivas y apoyo con equipo de RIIAD a las Delegaciones de Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas.
- En materia de combate de incendio a fuego real, se capacitaron 480 trabajadores de las Delegaciones siguientes: Distrito Federal Sur; Distrito Federal Norte; Estado de México Oriente y Estado de México Poniente.
- Se evaluaron siete Delegaciones en temas de Seguridad y Resguardo de Inmuebles, así como a seis unidades tipo en diferentes Delegaciones en materia de Protección Civil, relacionado con el Programa Interno de Protección Civil por parte de la SEGOB. Asimismo, se llevaron a cabo tareas de supervisión de los programas de Protección Civil en once unidades tipo de las Delegaciones de Puebla, Veracruz Norte, Querétaro, Guerrero, Estado de México Oriente, Distrito Federal Sur y Distrito Federal Norte.
- Se efectuaron 105 simulacros por el área de protección Civil, a escala nacional, evacuando a 28,450 empleados.



Año 2009

- Atención a la realización de 2 visitas de supervisión del programa interno de protección civil por SEGOB: a Nuevo León (UMAE H. Especialidades No. 25), y en el D.F. Norte (Guardería Infantil No. 12).
- En materia de combate de incendio a fuego real, se capacitaron 451 trabajadores de las Delegaciones del IMSS siguientes: Distrito Federal Sur; Distrito Federal Norte; Estado de México Oriente y Poniente.
- Capacitación a Directoras de Guarderías IMSS de las Delegaciones Distrito Federal Sur; Distrito Federal Norte; Estado de México Oriente y Poniente.
- Videoconferencia a nivel Nacional con el tema Elaboración e Instrumentación del Programa Interno de Protección Civil.
- Videoconferencia a nivel Nacional con el tema del Lineamiento Normativo Disposiciones en Materia de Seguridad y Protección Civil para Guarderías del IMSS.
- Elaboración y difusión del Lineamiento Normativo Disposiciones en Materia de Seguridad y Protección Civil para Guarderías del IMSS.
- Diagnóstico en materia de protección civil a las Guarderías de Régimen ordinario de las Delegaciones Distrito Federal Sur; Distrito Federal Norte; Estado de México Oriente y Poniente.
- Envío de documentos técnicos normativos a las diferentes Delegaciones y UMAES para la actualización de la elaboración de los Programas Internos de Protección Civil en base a los lineamientos establecidos por SEGOB.

Año 2010

- Evaluación documental de 927 Programas Internos de Protección Civil, de las 35 delegaciones, 25 UMAE e Inmuebles Centrales.
- Atención a 2 visitas de supervisión del programa interno de protección civil por SEGOB: Michoacán (HGR No. 1) y D.F. Sur (Subdelegación No. 6).

- Capacitación en combate de incendios a fuego real a 432 participantes, pertenecientes a las delegaciones D.F. Norte, D.F. Sur, Edo. Mex. Ote., Edo. Mex. Pte. e Inmuebles Centrales.
- Realización de 64 cursos de capacitación con los temas: programa interno de protección civil, formación de brigadas de emergencia, planeación, ejecución e evaluación de simulacros, para un total de 2,875 participantes.
- Envío de los siguientes documentos a las Delegaciones, UMAE y Nivel Central: Que hacer en caso de: sismo; Incendio, artefacto explosivo, ciclones tropicales, inundación, integración y funcionamiento de brigadas de emergencia, simulacros.
- Se coordinó la realización de 693 simulacros: 275 en unidades médicas y 418 en unidades no médicas.
- Se apoyó con equipo RIIAD a las Delegaciones: D.F. Norte, Puebla, Estado de México Oriente, Tabasco, Veracruz Norte y Veracruz Sur.
- Creación del banner de protección civil en el portal “Entérate”, subiendo a la página los siguientes temas: vulcanismo, ciclones tropicales, incendios forestales y sismos.
- Envío de documentos técnicos-normativos al interior de la república para la elaboración de los Programas Internos de Protección Civil en base a los lineamientos establecidos por SEGOB.
- Participación con diferentes dependencias en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Año 2011

- Evaluación documental de 528 Programas Internos de Protección Civil, de las 35 delegaciones, 25 UMAE e Inmuebles Centrales.

- Atención de 2 visitas de supervisión del programa interno de protección civil por SEGOB: Nayarit (U.M.F. No. 24) y Jalisco (U.M.F. No. 2).
- Coordinación en la realización de 16 cursos de combate de incendios a fuego real a 640 participantes, pertenecientes a las 35 Delegaciones, 25 UMAE y el Nivel Central.
- 44 cursos de capacitación con los temas: programa interno de protección civil, formación de brigadas de emergencia, planeación, ejecución e evaluación de simulacros, con un total de 3,191 participantes.
- Envío de los siguientes documentos a las Delegaciones, UMAE y Nivel Central: Qué hacer en caso de: sismo, incendio, artefacto explosivo, ciclones tropicales, inundación, integración y funcionamiento de brigadas de emergencia, simulacros.
- Se efectuaron 391 simulacros: 212 en Unidades Médicas y 179 en Unidades no Médicas.
- Apoyo con equipo RIIAD a las Delegaciones: D.F. Sur, Puebla, Edo. Mex. Ote., Tabasco, Puebla, Nivel Central y Veracruz Sur.
- Actualización del banner de protección civil en el portal “Entérate”, subiendo a la página los siguientes temas: vulcanismo, ciclones tropicales, incendios forestales y sismos.
- Participación en el Plan sismo (con el capítulo DAED).
- Envío de documentos técnicos-normativos para la elaboración de los Programas Internos de Protección Civil en base a los lineamientos establecidos por SEGOB.
- Participación con diferentes dependencias en la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM003-SEGOB-2011, Señales y Avisos para Protección Civil.- Colores, Formas y Símbolos para Utilizar.



3.5.9 Encuesta nacional de satisfacción a derechohabientes usuarios de servicios médicos (ENSAT)

El IMSS tiene como uno de sus objetivos centrales el brindar servicios de calidad; para ello, resulta indispensable contar con un Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de los Usuarios, que reúna información periódica y certera emanada de los usuarios, a fin de incorporar mecanismos de mejora en la gestión institucional y al mismo tiempo, fomentar el derecho de acceso a la información y la participación ciudadana.

La ENSAT forma parte de este Sistema y como instrumento de medición, permite conocer la percepción de los derechohabientes usuarios con respecto a los servicios médicos proporcionados por el IMSS en los tres niveles de atención.

Al mismo tiempo, permite identificar las percepciones de los usuarios de los servicios médicos con respecto a la calidad de la atención médica en los servicios que se brindan en cada nivel de atención, el trato recibido por parte del personal, las condiciones de las instalaciones y el equipo, la confianza en la Institución y el surtimiento de los medicamentos.

El precedente de la ENSAT fue la realización del estudio cualitativo con sesiones de grupos de enfoque con derechohabientes usuarios de servicios médicos en 2008, el cual evidenció que los prolongados tiempos de espera y el mal trato interpersonal eran las principales áreas de oportunidad para el Instituto, por lo que resultaba indispensable consolidar la cultura de servicio entre los trabajadores de las unidades médicas.

A partir de los hallazgos de la investigación cualitativa, y con base, en criterios utilizados por la OMS, mediciones sobre los sistemas de salud en el mundo y las directrices establecidas por las áreas normativas y ejecutivas del Instituto, se desarrolló la fase cuantitativa, mediante el diseño de la metodología y cuestionarios que dieron vida a la ENSAT.

En tal virtud, entre 2009 y 2011, se han realizado cinco levantamientos de la ENSAT, en los cuales han participado más de 140 mil derechohabientes (en el cuadro 3.12 DAED, se desglosan los tamaños de muestra por nivel de atención).

**CUADRO 3.12 DAED, NÚMERO DE DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS
POR NIVEL DE ATENCIÓN 2009 – 2011²⁹**

Nivel de atención	Dic. 2009	Jul. 2010	Dic. 2010	Jul. 2011	Dic. 2011
Primer Nivel	20,201	11,938	14,669	20,224	20,150
Segundo Nivel	9,205	4,141	5,661	10,922	10,618
Tercer Nivel		2,638		6,935	5,405
Total	29,406	18,717	20,330	38,081	36,173

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Una de las principales fortalezas con las que cuenta la ENSAT, es que desde diciembre de 2009, se cuenta con la observación externa y el acompañamiento por parte de una prestigiosa organización de la sociedad civil, Transparencia Mexicana.

El acompañamiento de Transparencia Mexicana resulta valioso porque ha permitido que esta organización supervise y valide, de manera externa e independiente, el diseño metodológico de la encuesta, el trabajo de campo y el análisis de los resultados, a lo largo de los cinco levantamientos de la ENSAT.

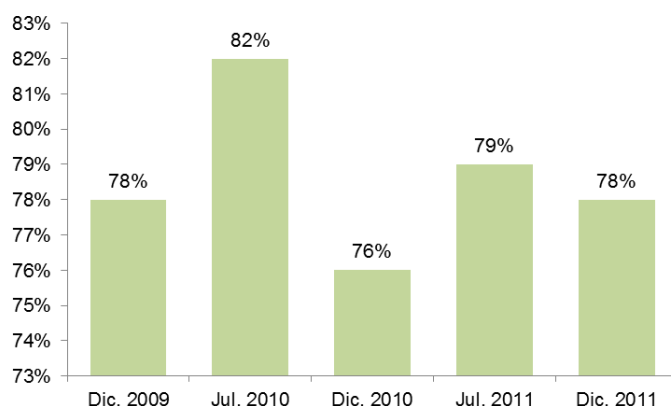
²⁹ En los levantamientos de diciembre de 2009 y diciembre de 2010 se abordó únicamente a derechohabientes usuarios de primer y segundo nivel de atención médica.

Cabe hacer mención, que los datos son recabados en campo por empresas independientes al Instituto, que se seleccionan a través de procedimientos de licitación pública.

Finalmente, al terminar la actividad en campo, se elaboran los reportes de resultados que se entregan a las áreas directivas, normativas, delegaciones, UMAE y al SNTSS; además, de publicarlos en el portal del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/servicios/Encuesta/>.

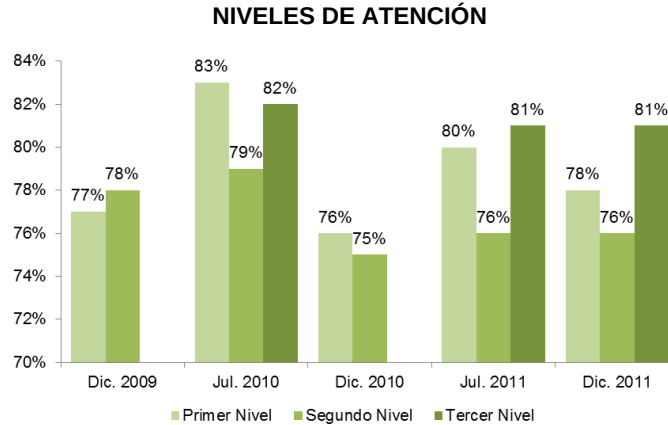
Así, en la gráfica 3.1 DAED, se observa que durante los 5 levantamientos, los niveles de satisfacción han sido superiores a 76 por ciento, con mejores resultados en los ejercicios de julio 2010 y julio 2011. En la misma línea, si se desglosa por nivel de atención (gráfica 3.2 DAED), se observa que los usuarios de los servicios médicos de las UMAE (tercer nivel) reportan porcentajes de satisfacción superiores al 80 por ciento.

GRÁFICA 3.1 DAED, PORCENTAJE DE DERECHOHABIENTES USUARIOS MUY SATISFECHOS O SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBE EN EL IMSS



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

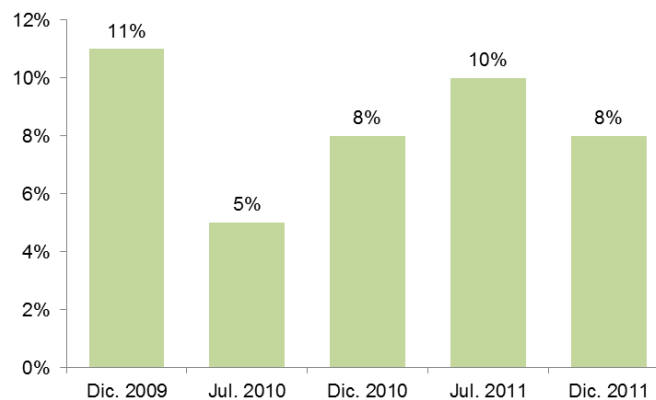
GRÁFICA 3.2 DAED, PORCENTAJE DE DERECHOHABIENTES USUARIOS MUY SATISFECHOS O SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBE EN EL IMSS



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Otro aspecto importante, por el impacto que genera en el cuidado de la salud de los derechohabientes, y por ser uno de los objetivos del PND, es el surtimiento de medicamentos. En tal sentido, en la gráfica 3.3 DAED, se observa que entre diciembre de 2009 y noviembre de 2011 disminuyó –con variaciones entre periodos- el porcentaje de derechohabientes que no recomendaría la unidad a la que asiste, por no haber recibido todos sus medicamentos.

GRÁFICA 3.3 DAED, PORCENTAJE DE DERECHOHABIENTES QUE NO RECOMENDARÍA LA UNIDAD A LA QUE ASISTE, POR NO HABER RECIBIDO SUS MEDICAMENTOS



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.



En conclusión, la ENSAT, es una moderna herramienta de la administración pública; la cual:

- Estimula la innovación de la Institución tomando en consideración las opiniones de los ciudadanos sobre la calidad de los servicios.
- Facilita la incorporación de la opinión de los usuarios en la de definición de Programas y Proyectos Institucionales.
- Contribuye a que la Institución considere en sus decisiones y evaluaciones, las demandas y percepciones reales de los derechohabientes usuarios.
- A través de la transparencia y publicidad de la información, fortalece los enlaces entre las organizaciones civiles, sindicales y patronales con las áreas institucionales, para el análisis de problemáticas relacionadas con los servicios y prestaciones que brinda el IMSS, además de facilitar la rendición de cuentas.
- Contribuye en el desarrollo de proyectos de mejora bajo una perspectiva de usuario.

3.5.10 Modelo de competitividad, efectividad y resultados institucionales (MOCERI)

El certamen institucional en su primera década, propició una cultura orientada a la preparación de las acciones en materia de calidad derivadas de las convocatorias publicadas en cada una de las versiones; se puede concluir que en los primeros meses de cada año, los directivos realizaron un ejercicio de orientación de acciones, procesos y sistemas en favor principalmente del usuario, establecieron esquemas de promoción de su liderazgo, mecanismos para medir los niveles de eficiencia y satisfacción del personal de su plantilla laboral, tomaron debida nota de los esfuerzos de mejora continua registrados en cada etapa anual

en los servicios a su cargo, desarrollaron al mismo tiempo una metodología de planeación estratégica y se dieron a la tarea de recabar, medir y evaluar los resultados de su desempeño organizacional.

3.5.10.1 Acciones realizadas

Año 2007

Se desarrolló un Planteamiento Estratégico para la Mejora de la Gestión que partía de un esquema de revisión y mejora de los procesos sustantivos del Instituto y el fortalecimiento de la gestión directiva a través de metodologías orientadas a gestar una cultura de calidad, la eficiente y oportuna prestación de servicios y generación de beneficios para los usuarios, el abordaje del citado planteamiento se observa en la gráfica 3.4 DAED.



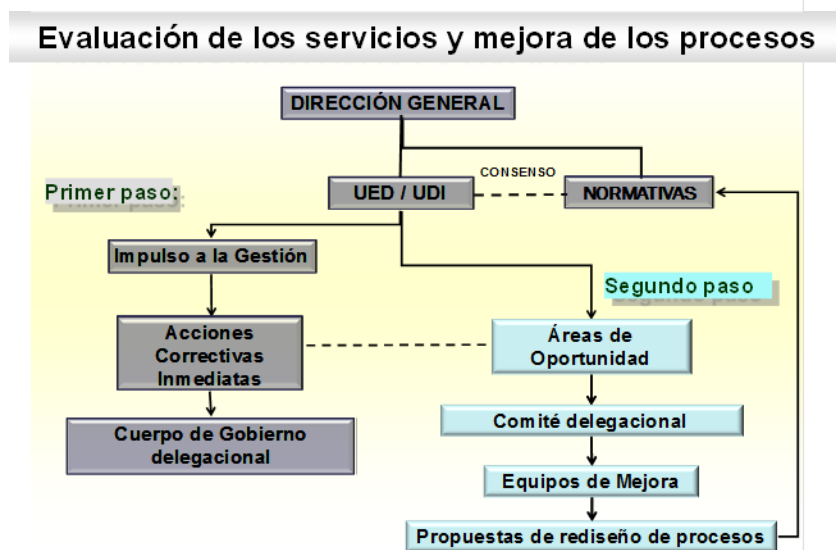
Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Esta gráfica, aunada a la siguiente de Evaluación de los Servicios y Mejora de los Procesos se implementó en las 35 Delegaciones del Instituto, con un enfoque de atención en dos grandes pasos:

El primero de ellos, partiendo de un enfoque de impulso a la gestión alineado a las estrategias institucionales, incluía la detección de problemática integral o sistémica, la generación de acciones correctivas que la resolvieran en el corto plazo con el involucramiento del cuerpo de gobierno delegacional.

El segundo paso, se alineó a las prioridades ya determinadas, identificando las áreas de oportunidad detectadas por el Comité Delegacional e integrando equipos para atenderlas, así como las propuestas de mejora a los procesos revisados como se puede apreciar en la gráfica 3.5 DAED.

GRÁFICA 3.5 DAED



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Las acciones registrados como relevantes al 3er. Trimestre del 2007, se muestran en la gráfica 3.6 DAED.

GRÁFICA 3.6 DAED
Despliegue de la Mejora en Delegaciones
Avance al mes de agosto 2007



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Año 2008

Se adoptó el MOCERI cuyo enfoque consistía en la alineación estratégica de la Dirección General, el análisis y control de los procesos, el abordaje a través de equipos de mejora y el impulso en la prestación de los servicios de las unidades del IMSS para la garantizar el 80 por ciento de satisfacción de los usuarios buscando posicionarlas dentro de las dos primeras bandas de madurez del modelo, esto es, inicial y/o de desarrollo, ver gráfica 3.7 DAED.

GRÁFICA 3.7 DAED



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Lo anterior, bajo el siguiente diagrama de implantación (ver gráfica 3.8 DAED), compuesto por cuatro fases que iniciaba con una de:

1. **Preparación**, que evolucionaba en el tiempo una vez que el modelo evoluciona a norma.
2. **Inicio**, que continuaba con la prueba piloto, análisis y ajustes, la integración de un catálogo de factor humano calificado, la metodología para la mejora y la estructura del modelo.
3. **Generalización** que consistió en la difusión e implementación de la norma, la certificación como sistema de gestión y la documentación de la información resultante en línea.

4. **Consolidación** que incluyó la evaluación y mejora del modelo, la documentación de las experiencias directivas y el desarrollo del capital intelectual en esta materia.

GRÁFICA 3.8 DAED



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

El MOCERI quedó integrado en ocho criterios, similares a los que en ese momento consideraba el Premio IMSS de Calidad, y al mismo tiempo conservó su alineación al Premio Nacional de Calidad que cada año convoca la Secretaría de Economía, en el ámbito de sus facultades.

Año 2009

Se continuó el desarrollo de las cuatro estrategias para impulsar el avance de Unidades institucionales, en las dos primeras bandas del modelo, orientando las tareas en brindar asesoría relativa al MOCERI por la estructura normativa y delegacional.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el tercer trimestre del año, se generó una estrategia adicional de Automedición bimestral sobre 21 indicadores de procesos en las 254 UMF de 10 y más consultorios en todo el sistema, aplicándose en el mes de octubre una medición previa de ajuste del instrumento, para iniciar su aplicación en el mes de diciembre del 2009.

El 21 de septiembre de 2009, quedó como parte del marco normativo institucional, la Norma que establece las Disposiciones para la Implantación del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales "MOCERI".

De forma paralela, se brindó asesoría para la implementación de proyectos de mejora en áreas operativas del IMSS, estableciéndose 61 proyectos en las 9 líneas de acción inmediata y con enfoque a las estrategias de la Dirección General.

Por otro lado, se certificaron ante el Consejo de Salubridad General, 24 Unidades Médicas 3 Hospitales, 20 UMF y 1 Hospital Psiquiátrico, además se registró una participación de 46 trabajadores IMSS como evaluadores del Premio, al tiempo de participar en auditorías del Consejo de Salubridad General para otras Instituciones, lo que representó 1,080 horas hombre auditor en esta materia.

Año 2010

El procedimiento del Certamen "Premio IMSS de Calidad" fue integrado al catálogo normativo el 11 de enero de ese año.

Se autorizó el pago de los recursos económicos de las unidades ganadoras de versiones anteriores del Premio que se encontraban pendientes.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En 2009 con 620 unidades, se alcanzó en promedio 279 puntos, lo que se tradujo en unidades ubicadas en la parte baja del nivel de Desarrollo y una moda de 200 puntos para la parte alta de la banda Inicial.

Para el certamen 2010, con un universo superior en 72 unidades (692 unidades), se superó el promedio anterior al obtenerse un promedio de 290 y una moda de 200 puntos con los mismos niveles.

Año 2011

Se obtuvo información sobre los resultados de la autoevaluación y las estrategias definidas en las 35 delegaciones, para el avance en la implantación del MOCERI, tanto en las unidades consideradas como objetivo, como aquellas consideradas no prioritarias, pero incluidas en el ejercicio de mejora continua, como las UMF de menos de 10 consultorios.

En términos globales se presentaron resultados de la autoevaluación de 748 Unidades operativas del Instituto, contra 692 y 620 del 2010 y 2009 respectivamente, las Unidades del 2011, representaron el 35 por ciento del universo susceptible.

Con respecto a su propio universo, los resultados de la autoevaluación en UMF representaron el 29 por ciento, en Hospitales el 53 por ciento, en las UMAE el 87 por ciento, en las Guarderías el 63 por ciento, CSS el 32 por ciento y las Subdelegaciones en un 66 por ciento.

El MOCERI, como evolución del certamen del Premio IMSS de Calidad, ha contribuido al fortalecimiento de la cultura organizacional de calidad y competitividad en el Instituto.

Este modelo ha impulsado a la gestión de los Cuerpos de Gobierno de las Unidades para implantar un liderazgo participativo, fortalecer el trabajo en equipo, promover una cultura de mejora continua de los sistemas y procesos, todo ello en beneficio de los usuarios y del personal.

A través del MOCERI se han apoyado las estrategias e iniciativas siguientes:

- La formación de un total de 231 equipos de mejora los cuales desarrollaron 61 proyectos relacionados con las nueve líneas de la Dirección General.
- La generación en el 2009 de cuatro ranqueos bimestrales de auto medición de indicadores que reflejaron el desempeño integral de procesos y servicios de 261 UMF de 10 o más consultorios, mismos que servían de referencia en las visitas de la Dirección General a las Delegaciones, con las siguientes cifras globales: Febrero: 78.78 por ciento, Abril: 83.44 por ciento, Agosto: 83.07 por ciento, Noviembre: 84.56 por ciento.
- El mapeo de procesos y trámites en las tres áreas sustantivas (Incorporación y Recaudación, Prestaciones Médicas y Prestaciones Económicas y Sociales, obteniendo 334 Mapas, que buscaron contribuir al análisis e identificación de áreas de oportunidad para la generación de programas y proyectos de mejora.
- La certificación de Unidades de Atención Médica, que ha sido una de las estrategias de asesoría que utilizó el MOCERI para garantizar un nivel mínimo de calidad en la atención y adicionalmente la seguridad del paciente, por lo que en 2007 fueron certificadas 37 Unidades Médicas, en 2008 se certificaron 24, en 2009 se certificaron 31, en 2010 se certificaron 16 y en 2011 fueron certificadas 21 unidades médicas del Instituto.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El certamen del Premio IMSS de Calidad en sus 12 años de vigencia ha reconocido a 62 unidades como ganadoras, que se describen en el cuadro 3.13 DAED.

**CUADRO 3.13 DAED, NÚMERO DE UNIDADES GANADORAS
DEL PREMIO IMSS DE CALIDAD**

Unidades	Cantidad
Unidades de Medicina Familiar	21
Hospitales	21
UMAE	10
Guarderías	4
Subdelegaciones	2
Delegaciones	1
Hospitales Rurales	1
Centros Vacacionales	1
Velatorios	1

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

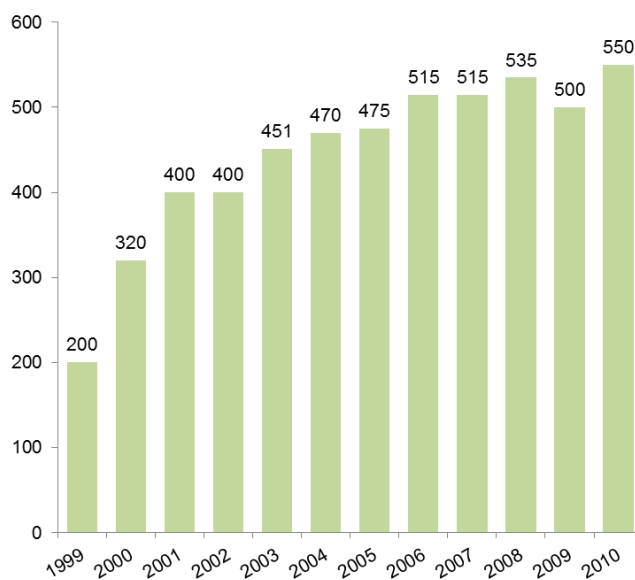
El HGZ No. 17 de Monterrey, Nuevo León ganador en dos ocasiones del Premio IMSS de Calidad, demostró la efectividad del MOCERI, al ser galardonado en el 2008 también con el Premio Nacional de Calidad, máximo reconocimiento a nivel nacional.

De igual manera la UMAE, Hospital de Especialidades CMN de Puebla, ganador también en dos ocasiones del premio IMSS de Calidad, se hizo acreedor en el 2010, al Premio Nacional de Calidad en Salud, que lidera la SS.

En el 2010, en la cuarta Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) se decide tomar como referencia el MOCERI del IMSS como guía para el Premio Nacional de Calidad en Salud, que impulsa la SS, situación que fue citada en el informe del 2010 del C. Presidente de la República y significa un reconocimiento institucional.

En la siguiente gráfica 3.9 DAED, se puede notar que en los dos primeros años, las unidades se encontraban en la parte media de la banda de madurez inicial, mientras que para los años subsecuentes alcanzaron niveles de madurez de desarrollo y confiabilidad.

GRÁFICA 3.9 DAED



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Desde el año 2007 la SS ha invitado al IMSS a participar en los Foros Nacional e Internacional de Calidad en Salud que realiza anualmente. En ellos, las unidades ganadoras del Premio IMSS de Calidad reciben del Secretario de Salud y autoridades del Sistema Nacional de Salud un reconocimiento por este logro.

3.5.11 Simplificación y control de la normatividad

En el marco de la “Norma que establece las disposiciones para la Elaborar, Autorizar y Registrar los Manuales de Organización de los Órganos Administrativos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”; de la “Norma que



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

establece las disposiciones para la elaboración, autorización e implantación de normas en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, y la “Norma que establece las disposiciones para la elaboración, autorización e implantación de procedimientos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, se ha venido trabajando en la simplificación y actualización del marco normativo del IMSS.

En este contexto, se diseñaron y aplicaron los programas de actualización de manuales, normas y procedimientos durante 2007 y 2008; asimismo, durante el mes de julio de 2008 y derivado de un análisis realizado al Catálogo Normativo Institucional, se implementó el Programa de Simplificación Normativa, que consideró la adopción de criterios tendientes a la eliminación y consolidación de documentos inscritos en dicho Catálogo.

Aunado a lo anterior y de acuerdo con el PMG en la APF 2008-2012, durante 2009 se dio continuidad a la implantación de acciones tendientes a simplificar el marco normativo interno de este Instituto, mediante las medidas de simplificación y actualización normativa adoptadas. Para 2010 y 2011 se trabajó con los programas de actualización normativa los cuales se basaron en criterios de “Regulación Base Cero” y “Veda Regulatoria”, mismos que definieron cada una de las Direcciones Normativas y Áreas de Apoyo a la Dirección General del Instituto.

Al cierre del ejercicio 2006, el Catálogo Institucional se integraba por 997 documentos, de los cuales 927 correspondían a procedimientos, guías, instructivos y otros documentos (planes, lineamientos, seguimientos, informes y criterios), los cuales se consideran como documentos no normativos, y 70 a normas, los documentos no normativos representaban el 92.9 por ciento de la totalidad de documentos registrados en el IMSS. Por el lado de los Manuales de Organización y de Integración y Funcionamiento de Comités, se contaba con 27 Manuales de Organización y 5 de Integración y Funcionamiento de Comités.

Para el cierre del ejercicio 2007, el Catálogo Institucional se conformó por 1,139 documentos, de los cuales 1,066 correspondían a documentos no normativos y 73 a normas, los documentos no normativos representaban el 93.59 por ciento de la totalidad de documentos registrados en el IMSS. Asimismo, se contó con 30 Manuales de Organización y 8 de Integración y Funcionamiento de Comités.

En julio de 2008, derivado del análisis de la conformación del Catálogo Institucional, se pudo apreciar que existía una excesiva regulación en lo referente a procedimientos, guías, instructivos y otros documentos. Algunos de estos documentos generaban duplicidades y confusión al interior de las áreas del Instituto, por lo cual se decidió llevar a cabo un proceso de simplificación normativa que favoreciera, en primera instancia, la eliminación de documentos obsoletos y/o duplicados, y en una segunda fase, la mejora y consolidación de los mismos.

Asimismo, se identificó un problema de índole normativo que principalmente se traducía en la falta de normas que regularan los procesos sustantivos de las áreas, toda vez que una importante cantidad de las normas emitidas no atendían al establecimiento de disposiciones que definieran los procesos de manera integral, sino que por el contrario, atendían un subproceso.

Esta carencia de marco normativo ocasionaba que en una gran parte de los procedimientos, se pretendiera erróneamente establecer disposiciones normativas, excediéndose el alcance de este tipo de documentos.

En ese sentido, como parte de las acciones tendientes a la construcción de un marco normativo simple y oportuno, que promoviera la simplificación de la regulación interna y el cumplimiento de las obligaciones que en materia de mejora regulatoria interna establecen, la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y los lineamientos para la emisión del PMG, en su área estratégica denominada

“Mejora Regulatoria”, el Instituto decidió implementar el Programa de Simplificación Normativa, a través de los criterios establecidos en las Directrices Generales para la Implantación del Programa de Simplificación Normativa en el IMSS, mediante la aplicación de 3 fases:

3.5.11.1 Primera fase: Eliminación de documentos

Se eliminan aquellos documentos que se ubiquen con alguno de los siguientes criterios:

- a. Que contravienen disposiciones normativas de más alto nivel.
- b. Que no cuenten con elementos básicos de fundamentación (*basados en la LSS, RIIMSS, Acuerdos HCT, Leyes de la APF, entre otros*).
- c. Que se encuentren en obsolescencia (*inaplicables por motivo de modificación a estructuras, marco legal, reingeniería de procesos, entre otros factores*).
- d. Que carecen de sentido estratégico (*no resultan indispensables para el cumplimiento de las atribuciones*).
- e. Que indebidamente pretenden establecer disposiciones normativas.
- f. Que presenten algún tipo o grado de duplicidad (*documentos que describen actividades previamente contenidas en instrumentos normativos internos o externos*).
- g. Que carecen de actores (*documentos que describen actividades donde solo interviene un responsable*).
- h. Instructivos de Operación que no emanen de procedimientos.

3.5.11.2 Segunda fase: Consolidación por proceso/subproceso

Se consideran sujetos a consolidación aquellos documentos que cumplen con los siguientes criterios:

- a. Que normen procesos similares en diferentes ámbitos de aplicación (*procedimientos destinados a describir actividades para procesos del nivel delegacional y otros para nivel central*).
- b. Que describen actividades de un mismo proceso o subproceso de manera fragmentada. (Documentos fraccionados o desagregados).
- c. Que formen parte de grupos de documentos correspondientes a conceptos específicos, pero que en realidad atienden a un mismo proceso.

Asimismo, en las citadas Directrices se estableció que a partir de julio de 2008 y hasta el 31 de diciembre de 2009, con la finalidad de complementar la revisión de los documentos inscritos en el Catálogo Institucional, que permitiera la reordenación, planeación, evaluación y depuración de dichos instrumentos, los órganos de nivel central deberían abstenerse de emitir normas, procedimientos, guías técnicas, guías de servicio e instructivos de operación de nueva elaboración salvo en los casos siguientes:

- Cuando resulten indispensables para la atención de programas Institucionales.
- Cuando se busque evitar un daño inminente o bien atenuar o eliminar un daño a la salud pública o al bienestar de la población.
- Cuando la obligación de elaborarlos emane de disposiciones legales vigentes.
- Cuando aseguren una mejora directa o indirecta en la atención a derechohabientes.
- Cuando con su elaboración se permita transitar a una estrategia de normar procesos generales (en este caso, será indispensable que el documento que se proponga elaborar abrogue documentos que correspondan al mismo proceso previamente registrados).

- Cuando a criterio de la DAED derivado del análisis a la justificación que al efecto presente la Dirección Normativa encargada de la elaboración del documento, se determine que los beneficios aportados por la regulación serán notorios para cumplir con la misión del Instituto.

Por lo anterior, al cierre del ejercicio 2008 en el Catálogo institucional, se eliminaron netamente 201 documentos, lo que significó el 17.65 por ciento de disminución. Por el lado de los Manuales de Organización, se cerró el ejercicio con 31 Manuales de Organización y 10 Manuales de Integración y Funcionamiento de Comités.

3.5.11.3 Tercera fase: Programas de simplificación normativa

A partir de 2009 y hasta 2011, se estableció de manera anual un Programa de Simplificación Normativa, que dio seguimiento a los procesos de actualización, consolidación y eliminación de documentos normativos con el propósito de lograr un catálogo normativo eficiente y moderno, apegado a las directrices normativas y regulatorias aplicables.

3.5.11.4 Programa de simplificación normativa 2009

Derivado del Programa de Simplificación normativa 2009 y con base en las directrices de simplificación normativa establecidas en 2008, el Catálogo Institucional se redujo a 806, eliminándose 132 documentos, lo que significó una reducción del 14.07 por ciento al cierre de 2009. En cuanto a Manuales, se contó con 26 Manuales de Organización y 10 de Integración y Funcionamiento de Comités.

3.5.11.5 Programa de actualización normativa con tendencias de regulación base cero 2010

En cumplimiento a la instrucción presidencial de reducir toda la normatividad que no resulta indispensable para la operación cotidiana de las Dependencias, el Instituto efectuó las tareas para el cumplimiento del Programa de Regulación Base Cero, en materia de Normas Internas Sustantivas (DIR, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), DPM y DJ en materia Jurídica) en el mes de enero de 2010 y por lo que respecta a las Normas Internas Administrativas (DAED, DF, DIDT, Coordinación de Comunicación Social y DJ en materia de Transparencia) a partir del 15 de julio de 2010.

El Catálogo Institucional se redujo a 685 documentos, eliminándose 121, lo que significó una reducción neta del 15.01 por ciento al cierre de 2010, desglosándose de la siguiente manera:

- En materia de Normas Internas Sustantivas durante 2010 se realizaron las siguientes acciones: 134 eliminaciones, 51 creaciones y la incorporación de 18 documentos provenientes del marco normativo de administración al marco normativo sustantivo, logrando una disminución acumulada del 14.54 por ciento; asimismo, el Catálogo Institucional contó con 382 documentos vigentes a esa fecha.
- En lo concerniente a Normas Internas Administrativas durante 2010 se realizaron 45 eliminaciones, 7 creaciones y la desincorporación de 18 documentos que pasaron a formar parte del marco normativo sustantivo, logrando una disminución acumulada del 15.60 por ciento; asimismo, el Catálogo Institucional contó con 303 documentos vigentes a esa fecha.
- En lo relativo a Manuales, al cierre del ejercicio, se contó con 34 Manuales de Organización y 9 de Integración y Funcionamiento de Comités.

3.5.11.6 Programa de actualización normativa con tendencias de regulación base cero 2011

Continuando con el mandato presidencial del Programa de Regulación Base Cero, el Catálogo Institucional se redujo a 669 documentos, eliminándose 16, lo que significó una reducción neta del 2.33 por ciento al cierre de 2011, desglosándose de la siguiente manera:

- En materia de Normas Internas Sustantivas durante 2011 se realizaron las siguientes acciones: 32 eliminaciones, 34 creaciones, logrando un aumento acumulado del 0.52 por ciento; asimismo, el Catálogo Institucional contó con 384 documentos vigentes a esa fecha.
- En lo concerniente a Normas Internas Administrativas durante 2011 se realizaron 20 eliminaciones, 2 creaciones, logrando una disminución acumulada del 5.94 por ciento; asimismo, el Catálogo Institucional contó con 285 documentos normativos vigentes a esa fecha.
- En el rubro de Manuales, al cierre del 2011 se contó con 36 Manuales de Organización y 10 de Integración y Funcionamiento de Comités.

En los cuadros 3.14 y 3.15 DAED, se muestra la evolución del Catálogo Institucional de 2006 a 2011:

CUADRO 3.14 DAED, EVOLUCIÓN DEL CATÁLOGO INSTITUCIONAL DE 2006-2011

Documento normativo	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Guía	24	33	30	22	9	8
Instructivo	74	81	37	34	8	8
Norma	70	73	71	67	67	62
Otros instrumentos no normativos	12	13	8	8	1	1
Procedimiento	817	939	792	675	600	590
Total	997	1,139	938	806	685	669

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

CUADRO 3.15 DAED, EVOLUCIÓN DEL CATÁLOGO INSTITUCIONAL POR DIRECCIÓN NORMATIVA Y ÁREAS DE APOYO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE 2006 A 2011

Unidad Administrativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Secretaría General	0	0	0	1	1	1
Dirección Jurídica	15	22	35	20	19	19
Dirección de Prestaciones Médicas	210	248	249	220	169	172
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	89	108	106	123	104	98
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	28	27	12	11	11	3
Dirección de Incorporación y Recaudación	11	147	107	104	91	94
Coordinación de Comunicación Social	5	5	3	3	2	2
Dirección de Finanzas	119	137	116	79	79	77
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones	420	445	310	245	209	203

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

3.5.11.7 Documentos normativos

De manera general se logró una disminución neta al Catálogo Institucional del 33 por ciento, toda vez que de 997 documentos al cierre del ejercicio de 2006, se cerró con 669 documentos al 31 de diciembre de 2011.

3.5.11.8 Manuales

En el cuadro 3.16 DAED, se muestra la evolución de los manuales durante el período de 2006 a 2011.

CUADRO 3.16 DAED, EVOLUCIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN DE 2006 A 2011

Documento normativo	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Manuales de Organización de nivel central	11	11	11	11	11	11
Manuales de Organización de nivel delegacional	12	12	12	12	12	12
Manuales de organización de los órganos de operación administrativa desconcentrada y operativos	4	7	8	3	11	13
Manuales de integración y funcionamiento	5	8	10	10	9	10
Total	32	38	41	36	43	46

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Al 31 de diciembre de 2006 se tenían 32 manuales, lo que significó un aumento de 14 documentos a finales de 2011, representando el 30 por ciento más con respecto a 2006. Este incremento obedece a que en el proceso de análisis y actualización de los documentos normativos, se identificaron áreas que no tenían registrados sus Manuales de Organización, asimismo, se identificaron los comités que justificaban su creación y funcionamiento para quedar registrados. El proceso de actualización de Manuales de Organización sigue en curso, esperando completar la actualización de éstos para finales del presente año.

3.5.12 Optimización de recursos humanos

Los recursos humanos son un factor fundamental para que el IMSS cumpla su mandato de proveer seguridad social a la población derechohabiente a nivel nacional, por lo que a fin de optimizar los mismos y satisfacer las necesidades de cobertura de plazas, se generaron diversas acciones a efecto de asegurar el uso adecuado de dichos recursos para ofrecer los servicios institucionales con eficiencia y calidad.

Durante el ejercicio 2006 - 2011, se instrumentaron una serie de medidas para optimizar los recursos humanos y así cumplir con las políticas y objetivos institucionales, a pesar de la situación financiera por la que ha atravesado el Instituto.

No obstante, se desarrollaron diversas acciones a fin de garantizar la cobertura de las plazas derivadas de equipamiento médico y de la renovación o construcción de unidades médicas y hospitalarias, así como los niveles de ocupación dentro del Instituto, asegurando en todo momento el servicio al derechohabiente.

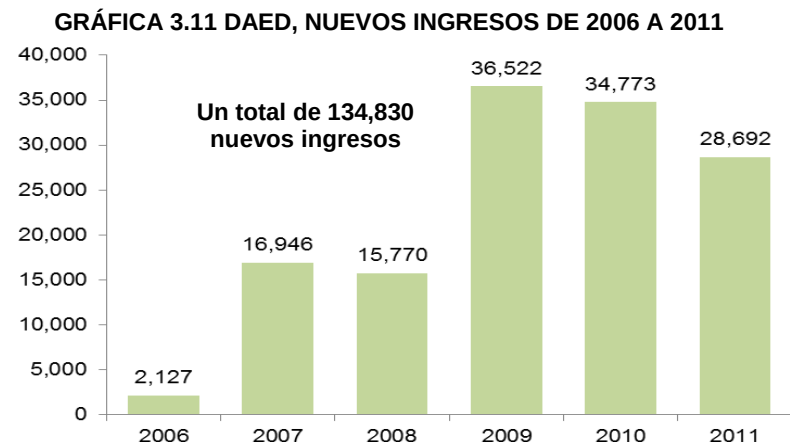
Del año 2006 al cierre del año 2011, se presentó un crecimiento de 33,212 plazas, como se observa en la gráfica 3.10 DAED.

GRÁFICA 3.10 DAED, EVOLUCIÓN DE LA OCUPACIÓN 2006-2011



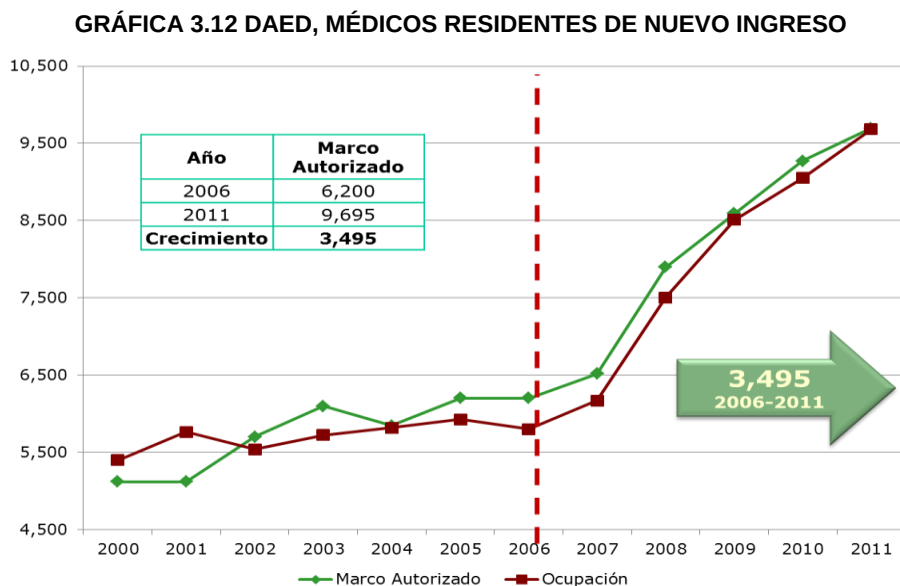
Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Durante el periodo que se informa, se ha efectuado la contratación de 134,830 trabajadores de nuevo ingreso, de los cuales el 39 por ciento corresponde a médicos y enfermeras, categorías de alta prioridad para el Instituto, ver gráfica 3.11 DAED.



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Ante la insuficiencia de médicos especialistas, a partir del año 2007 se autorizó el incremento de médicos residentes de nuevo ingreso, lo que representa un crecimiento de 3,495 plazas como se detalla en la gráfica 3.12 DAED.



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

3.5.12.1 Programas institucionales

La creación de nuevas plazas se enfocó a la cobertura de programas prioritarios para la atención al derechohabiente, lo que ha permitido reforzar la labor institucional, como se describe a continuación:

3.5.12.2 Programa de infraestructura

Con el propósito de mejorar la oferta de los servicios, se asignaron 16,314 nuevas plazas para el inicio de operación de 56 unidades médicas nuevas (Hospitales y UMF), así como para cubrir las necesidades de personal derivadas de 43 ampliaciones o remodelaciones.

3.5.12.3 Programas médicos

Los programas médicos y de equipamiento son considerados de alta prioridad, toda vez que tienen un impacto directo en la población derechohabiente, por lo que durante el periodo 2006 – 2011 se han asignado 8,748 plazas.

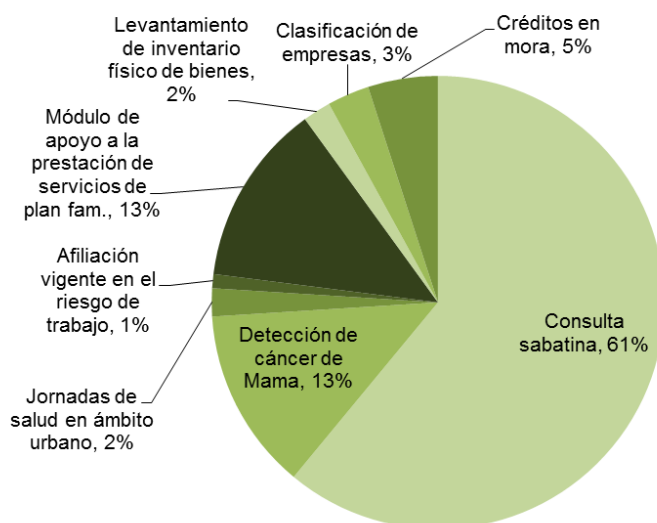
Los programas médicos y de equipamiento a destacar son: Redes Zonales en apoyo a los Servicios de Urgencias en primero y segundo nivel de atención, Residentes de Especialidad de Rama, Equipos de Imaginología, Resonancia Magnética Abierta, Tomografía Axial Computarizada, Aceleradores Lineales, Cyberknife, Hospital Sin Ladrillos, Mejora de la Atención de Urgencias, DIABETIMSS, PREVENIMSS, Centro Automatizado de Insumos Terapéuticos (CADIT), Donación y Trasplante Renal, entre otros.

3.5.12.4 Ejercicio de tiempo extraordinario

Una de las estrategias para el reforzamiento de la fuerza de trabajo en la cobertura de programas especiales prioritarios relacionados con actividades médicas y de recaudación; es el pago de tiempo extraordinario, el cual coadyuva al fortalecimiento de los servicios y contención del gasto.

Dentro de la asignación de presupuesto para tiempo extraordinario en la gráfica 3.13 DAED, se destacan los siguientes programas:

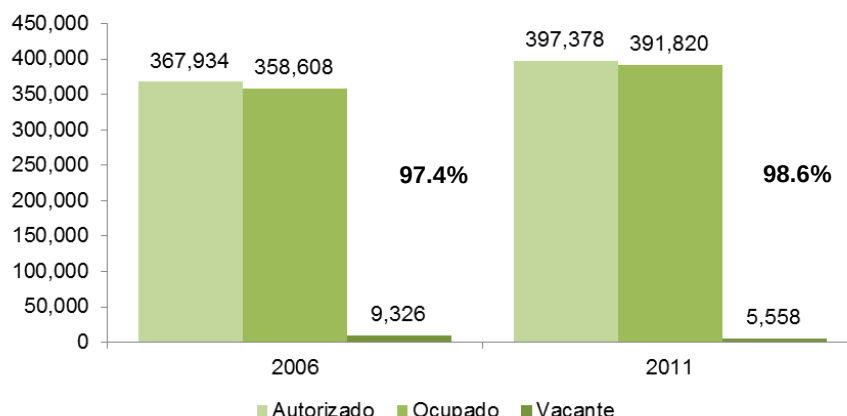
GRÁFICA 3.13 DAED, ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA TIEMPO EXTRAORDINARIO



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Actualmente se realiza un monitoreo y control mensual de la ocupación de plazas de nueva creación derivadas de los diversos programas autorizados por la Dirección General del Instituto, a fin de efectuar la asignación del marco presupuestal conforme a la ocupación, evitando de esta forma la subutilización de los recursos, ver gráfica 3.14 DAED.

GRÁFICA 3.14 DAED, APROVECHAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE PLAZAS



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

3.5.13 Registro de asistencia de los trabajadores del Instituto por medio de dispositivos biométricos de huella digital

El IMSS y el SNTSS estipularon en el CCT, a través del Reglamento Interior de Trabajo, que todo trabajador deberá registrar su entrada y salida durante su jornada laboral.

Históricamente el control de asistencia de los trabajadores del Instituto se había efectuado mediante el uso de Tarjetas de Asistencia, Puntualidad y Sustitución (APS) y relojes marcadores. Toda la información contenida en las tarjetas de cada trabajador se capturaba manualmente cada quincena en el SIAP, para posteriormente procesar y calcular la nómina de los trabajadores.

Actualmente los avances tecnológicos ofrecen alternativas para el registro de asistencia mediante el uso de identificación biométrica, basada en las características físicas estáticas del individuo, como el iris, la huella digital, la palma de la mano, así como patrones faciales, entre otros.

De entre todas estas tecnologías, la huella digital es el tipo de reconocimiento biométrico más utilizado y accesible en el mercado. Esto se debe principalmente a que los patrones de huella digital son únicos e irrepetibles, perduran a través del tiempo y su captación no es intrusiva para el individuo.

3.5.13.1 Implementación a nivel nacional

Dentro de los acuerdos derivados de la revisión del CCT, contenidos en el convenio respectivo suscrito por el Instituto y el SNTSS, el 10 de octubre de 2009, se modificó el Artículo 27 del Reglamento Interior de Trabajo, contenido en el CCT, estipulando lo que se indica a continuación:

“Los trabajadores registrarán su entrada por medio de tarjetas en los lugares en donde exista reloj marcador, en el dispositivo biométrico o en el libro de asistencias a falta de aquellos...”

El registro de asistencia bajo este nuevo mecanismo tuvo un alcance inicial de 2,311 Unidades de Servicio a nivel nacional, distribuidas en 3 regiones, las cuales se componen como se muestra en el cuadro 3.17 DAED.

CUADRO 3.17 DAED, IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO POR REGIONES

Región 1 (norte)	Región 2 (centro)	Región 3 (sur)
Aguascalientes	Colima	Campeche
Baja California	Oficinas Centrales	Chiapas
Baja California Sur	Guanajuato	Guerrero
Coahuila	Hidalgo	Michoacán
Chihuahua	Jalisco	Morelos
Durango	Estado de México Oriente	Oaxaca
Nayarit	Estado de México Poniente	Puebla
Nuevo León	D.F. Sur	Quintana Roo
Querétaro	D.F. Norte	Tabasco
San Luis Potosí		Tlaxcala
Sinaloa		Veracruz Norte
Sonora		Veracruz Sur
Tamaulipas		Yucatán
Zacatecas		

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

La normatividad vigente de APS especifica que los trabajadores de Confianza, Base, Temporales y Sustitutos deben realizar su registro de asistencia, motivo por el cual fueron estos trabajadores los que se consideraron para incluirlos como parte del proyecto, los cuales representan el 94.6 por ciento de toda la población activa del Instituto.

Asimismo, se consideró:

- Instalación de la Solución para el Registro de Asistencia.
- Capacitación técnica, funcional y operativa de la solución.
- Garantía y soporte técnico durante 36 meses.
- Soporte presencial para atención de software de 200 horas.

3.5.13.2 Inicio de registro de asistencia

Una vez que la Solución fue instalada y configurada en las Unidades de Servicio, se inició de manera formal el Registro de Asistencia mediante Dispositivos Biométricos. A partir del 16 de Agosto de 2011 el 100 por ciento de las Unidades de Servicio consideradas en el Proyecto están registrando su asistencia mediante Dispositivos Biométricos.

En el cuadro 3.18 DAED, se muestran las fechas de inicio de registro de asistencia por medio de dispositivos biométricos de huella digital a nivel nacional por Delegación.

**CUADRO 3.18 DAED, FECHAS DE INICIO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
CON DISPOSITIVOS BIOMÉTRICOS**

Delegación	Inicio de registro durante 2011							
	Abril 16	Mayo 1	Mayo 16	Junio 1	Junio 16	Julio 1	Julio 16	Agosto 1
Hidalgo								
Querétaro								
Morelos								
Tlaxcala								
Baja California								
Jalisco								
Nuevo León								
Aguscalientes								
Campeche								
Guanajuato								
Nayarit								
Tabasco								
Coahuila								
Colima								
Estado de México Poniente								
Michoacán								
Oaxaca								
Chihuahua								
Puebla								
San Luis Potosí								
Sinaloa								
Sonora								
Veracruz Norte								
Yucatán								
Baja California Sur								
Nivel Central								
Quintana Roo								
Veracruz Sur								
Zacatecas								
Chiapas								
Durango								
Guerrero								
Estado de México Oriente								
Tamaulipas								
Norte del D. F.								
Sur del D. F.								

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

3.5.13.3 Resultados obtenidos

3.5.13.3.1 Beneficios del Proyecto

Como resultado de la implementación de la Solución, el Instituto está obteniendo múltiples beneficios, entre los cuales destacan:

- a) Garantía de identidad del trabajador al momento de registro.
- b) Agilización del registro de asistencia automatizada.
- c) Reducción del tiempo de captura de registros de asistencia por parte del personal operativo del APS en las unidades.
- d) Aumento de los niveles de seguridad de la información de las incidencias diarias del personal.
- e) Beneficios financieros provenientes de las deducciones y percepciones aplicadas a la nómina de los trabajadores.

3.5.13.3.2 Beneficios financieros

El uso de los dispositivos biométricos para el registro y administración de la asistencia de los trabajadores del Instituto ha generado un ahorro desde el inicio de su operación hasta la primera quincena de febrero de 2012, por un importe de 112.0 mdp, con respecto al uso de las tarjetas de APS. Es importante señalar que el uso generalizado de los biométricos se dio a partir de la segunda quincena de agosto de 2011.

El ahorro referido en el párrafo que antecede, se calculó acumulando las diferencias entre la última quincena pagada mediante tarjeta de APS y cada una de las quincenas pagadas mediante dispositivo biométrico, considerando:

- a) El ahorro acumulado obtenido a partir del descuento en las percepciones referentes a los conceptos de estímulos por puntualidad y asistencia, para lo cual se consideran los siguientes conceptos de nómina:
 - 1. Estímulo a la asistencia.
 - 2. Estímulo a la puntualidad.
- b) El ahorro acumulado obtenido a partir de los descuentos referentes a los conceptos de puntualidad y asistencia, considerando los siguientes conceptos de nómina:
 - 1. Licencia sin sueldo
 - 2. Faltas injustificadas
 - 3. Pases de salida
 - 4. Retardos
 - 5. Salidas anticipadas

El proyecto de implementación de la Solución para el Registro de Asistencia de los Trabajadores del Instituto por medio de Dispositivos Biométricos de Huella Digital fue uno de los esfuerzos más grandes y significativos que emprendió el Instituto con el objetivo de modernizar y eficientar el insumo principal para el cálculo de la nómina del Instituto, las incidencias de los trabajadores (registros de entrada y salida).

En un periodo de seis meses, el proyecto abarcó la instalación en 2,298 Unidades de Servicio distribuidas a nivel nacional, la capacitación de cuando menos un responsable por cada Unidad de Servicio en el uso del dispositivo biométrico y el software para administrarlos, con un total de 6,250 trabajadores capacitados.

Una vez que la Solución estuvo instalada, configurada y en funcionamiento, se procedió a enrolar mediante la captación de la huella digital a más de 400,000 trabajadores, que representan el 94.6 por ciento del total de trabajadores del Instituto.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Para poder cumplir con el reto que significaba la implementación de este nuevo esquema de registro de incidencias en la institución de seguridad social más grande de América Latina, fue necesaria la adopción de tecnología de punta, además el apoyo y participación de las Delegaciones que fueron sumándose al esfuerzo paulatinamente, aportando ideas y soluciones a los problemas y riesgos que la ejecución de un proyecto de esta magnitud representaba en cada etapa.

La incorporación de tecnología a nuestros procesos, también nos obliga a emprender acciones de mejora continua, que nos permitan explotar, ampliar, mejorar y maximizar el resultado de nuestros esfuerzos e inversiones, es así que se plantea incorporar mejoras tecnológicas al modelo actual, encaminadas a la automatización en la entrega de servicios a los trabajadores, con el objetivo de alinear cada vez más los servicios de personal de cara a las necesidades de nuestros trabajadores y con apego a la exigencia social de transparencia.

3.6 Innovación y Desarrollo Tecnológico

3.6.1 Prestaciones Médicas

3.6.1.1 Hospital digital

Contar con información digitalizada de los pacientes para un diagnóstico y evaluación ágil y eficiente, integrando todos los procesos operativos mediante sistemas informáticos y herramientas tecnológicas, que hagan posible que la información requerida fluya en tiempo real hacia quien lo requiere sin el uso del papel.

- **Acciones**

En 2006 se inauguró el primer Hospital Digital en Lagos de Moreno Jalisco, su proyecto fue avalado por el H. Consejo Técnico, y verificado en conjunto por la DIDT y la DPM y la participación de distintas empresas líderes en la provisión de tecnologías de la información con la incorporación de dispositivos inalámbricos, tarjetas de identificación inteligentes, localizadores por radio frecuencia, sistemas de información de consulta externa, hospitalización, imaginología y dietas, infraestructura electromecánica civil y de comunicaciones, servicios de consultoría para la logística, integración y puesta en marcha de los componentes de capacitación y administración del cambio, beneficiando a más de 164 mil derechohabientes cada año.

A los médicos se les dotó de dispositivos móviles (Tablet, PC y PDA's) lo que les facilita desplazarse dentro del hospital y obtener en todo momento los resultados de laboratorio, imágenes de tomografías, radiografías, signos vitales, en resumen, todo el historial médico de los pacientes en tiempo real para un mejor diagnóstico y evaluación. La conectividad es inalámbrica, se usan localizadores y



lectores de radiofrecuencia, voz IP para colaboración de voz, datos y video con los diferentes niveles de atención: médicos, administrativos, de educación o investigación en salud, además se encuentra conectado a la red nacional del IMSS lo que les permite el intercambio de imágenes médicas.

Durante 2007 y 2008 se dio la mejora de los Sistemas de Información Hospitalaria (SICEH, IMSS Imaginología e IMSS VISTA), se implementaron soluciones como tableros digitales de control, tablets y PDA's para enfermería, TAG's para ubicación y localización de pacientes y equipo médico, entre otros, con la finalidad de contar con una Unidad digitalizada al 100 por ciento.

Cabe destacar que durante este periodo se brindó el soporte necesario a los sistemas y el monitoreo de los procesos que integran el Hospital Digital.

- **Beneficios**

Se demostró que el concepto de hospital digital es viable y representa ventajas sobre el modelo tradicional de los hospitales, quedaron establecidas las bases para poder replicar el modelo y se abre la posibilidad de Implementar parte o toda la nueva tecnología empleada para la versión del ECE del IMSS que pudiera aplicarse a todas las áreas de atención médica dentro de las unidades médicas del país.

Asimismo se han obtenido los siguientes resultados: ahorros en insumos de impresión y recetarios en 80 por ciento, en insumos de imaginología en 90 por ciento; disminución de errores de prescripción en 50 por ciento y en reacciones adversas a medicamentos en 15 por ciento; es decir, operación de un modelo de atención en salud con calidad y calidez con menor costo de operación y mayor productividad.

3.6.1.2 Sistema “SIMF”

Es una herramienta a través de la cual los médicos registran de forma electrónica, los datos asociados a los eventos de consulta externa en las UMF “Unidades de Primer Nivel de Atención Médica”. Además, permite la interacción con el sistema de Vigencia de Derechos para el otorgamiento de los servicios médicos, la verificación de existencias de medicamentos en el Sistema de Farmacias y la emisión de una receta electrónica, así como el registro y validación de información relativa a Incapacidades temporales.

El propósito del SIMF es el de sustituir en las UMF el expediente clínico manual y consolidarlo como un sistema que permita contar con registros más confiables que faciliten al personal médico y paramédico mejorar el control de sus pacientes y obtener información relevante que se elabora una sola vez, además de facilitar el manejo de los datos y con una amplia información para la toma de decisiones médicas.

Adicionalmente, este sistema añade controles y contribuye a la eficiencia del pago y expedición de incapacidades temporales para el trabajo, así como la realización del proceso de dictaminación de riesgos de trabajo en invalidez.

○ Acciones

Al cierre del 2005 SIMF operaba en 818 UMF, y en el periodo abril a diciembre del año 2006 se llevó a cabo la implantación de 368 Unidades más, con lo cual se llegó a una cobertura del 99 por ciento , de las reconocidas en el Inventario Físico de Unidades, llegando a un acumulado de 1,186 UMF.

En el año de 2007, se estableció conjuntamente con la DPM los procesos para que las UMF de reciente apertura o con condiciones tecnológicas para recibir



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

SIMF se incorporaran, ese esfuerzo dio como resultado que 6 Unidades adicionales comenzaran a operarlo para un acumulado de 1,192.

Durante 2008, se liberó la versión SIMF 4.1 con lo cual fue posible iniciar el uso del módulo de PREVENIMSS, así como disfrutar los ajustes a la interfaz con el Sistema de Abasto Institucional-Farmacias (SAIF) para la expedición de receta electrónica, incluyendo la receta resurtible y la receta de transcripción; ajustes a la interfaz con el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud, actualizaciones de catálogos y ajustes, en general a módulos como Estomatología, Salud en el Trabajo, Nutrición y Dietética, Hojas de Control, Urgencias, y los correspondientes a Salud Reproductiva.

A finales del año de 2008 y durante el primer trimestre del 2009 se implantó la versión 4.1 del SIMF, con lo cual casi 3,000 trabajadores de salud que ofrecen servicios en los módulos de PREVENIMSS comenzaron a registrar las acciones preventivas que aplicaron a los derechohabientes, con lo cual se contribuyó a fortalecer la estrategia institucional.

A continuación se listan cronológicamente las distintas versiones de SIMF, describiéndose brevemente la funcionalidad de cada una de estas:

- En 2008, SIMF 4.1: Introducción de Hojas de Control para Pacientes Diabéticos e Hipertensos, de Receta Resurtible y de Receta de Transcripción.
- En 2010, SIMF 4.2: Habilitación de Agenda de Sexto y Séptimo Día, Aumento de Elementos de Seguridad en Incapacidades, y enlace con el Registro Nominal de Derechohabientes con Discapacidad.
- Durante el año 2011 se liberaron:
 - i. SIMF 4.3: Habilitación de cambios en la Agenda de Citas para la interacción con el SICEH, así como cambios en la recetas

electrónicas para poner con letra las dosis en cantidades fraccionarias (media tableta, en lugar de 0.5 tableta).

- ii. SIMF 4.4: Habilidad de cambios en las recetas electrónicas en la interacción con el (SAIF) para el apartado de medicamentos en farmacia, la sumarización de demanda no atendida, y la sugerencia de medicamentos sustitutos en caso de no existencia de algún medicamento.

- **Beneficios**

Al cierre del 2011, el SIMF en su versión 4.4., se instaló en 1,222 UMF, consolidándose como una herramienta de trabajo para el personal involucrado en la provisión de los servicios médicos en las UMF y ha hecho más eficientes las labores de otras áreas como afiliación, farmacia y pago de subsidios.

Se tienen registradas poco más de 400 mil atenciones médicas, casi 500 millones de recetas electrónicas y 30 millones de incapacidades electrónicas, los más de 38 millones de derechohabientes que reciben atención médica en el primer nivel de atención cuentan con ECE en las bases de datos del SIMF.

3.6.1.3 Sistema de información hospitalaria (IMSS-VISTA) – imaginología

Automatizar las funciones de los procesos de Hospitalización, Urgencias/ Admisión Continua y Cirugía de las Unidades Hospitalarias del IMSS, lo que facilitará el trabajo del personal, reducirá el uso de tiempo en la realización de trámites, permitirá al Cuerpo de Gobierno ejercer un control más eficiente y obtener los indicadores de desempeño necesarios, elevar la calidad de la atención médica y en consecuencia la satisfacción de los derechohabientes.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

De igual forma, para la atención hospitalaria y de Urgencias/Admisión Continua, IMSS Imaginología, permite el almacenamiento y distribución de diferentes tipos de estudios radiológicos, reduciendo el tiempo de interpretación, eliminando la necesidad de repetir estudios, almacenamiento por tiempo indefinido, entre otros.

○ **Acciones**

Para 2006 se dio la finalización de la primera etapa de desarrollo y piloto del sistema IMSS Imaginología en Unidades de Segundo y Tercer Nivel de Atención; por su parte el IMSS VISTA se implantó en una etapa inicial en 9 Unidades de Tercer Nivel de Atención y posteriormente en 42 Unidades de Segundo y Tercer Nivel de Atención.

En 2007 se dio continuidad al desarrollo y mejoras al IMSS VISTA, así como la implantación de mesa de servicio para la atención de incidencias derivadas del proceso de despliegue y operación del Sistema. En lo que corresponde a IMSS Imaginología, una vez finalizado el piloto, la implantación se desarrollo en las Unidades que se describen en el cuadro 3.1 DIDT.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.1 DIDT, IMPLANTACIÓN DEL (IMSS-VISTA) – IMAGINOLOGÍA

Delegación	Unidad
D.F. Norte	Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas
D.F. Norte	Hospital de Especialidades La Raza
D.F. Norte	Hospital de Gineco Obstetricia 3 La Raza
D.F. Norte	Hospital General La Raza
D.F. Sur	Hospital de Oncología S XXI
D.F. Sur	Hospital de Pediatría S XXI
D.F. Sur	Hospital de Cardiología S XXI
D.F. Sur	Hospital de Especialidades S.XXI
D.F. Sur	UMAE Gineco Obstetricia 4 San Ángel
México Poniente	Hospital de Traumatología Lomas Verdes
Coahuila	HES 71
Nuevo León	UMAE 34
Nuevo León	HES 25
Nuevo León	HTO 21
Guanajuato	HES 1
Jalisco	HPED
Jalisco	HES
Jalisco	Lagos de Moreno
Puebla	HES Puebla
Veracruz Norte	HES 14
Baja California	Tijuana

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Para 2008 se dio continuidad el desarrollo del sistema IMSS Imagenología, incluyendo funcionalidad de Visor fuera de línea, compresión de imágenes, entre otras acciones de mejora, así como la atención de incidencias derivadas del uso del mismo en las Unidades.



En 2009, 2010 y 2011 se continuó con el soporte a la Sistema y particularmente en 2009 se migró la información de las notas médicas del IMSS VISTA al ECE.

- **Beneficios**

Facilitar el trabajo del personal, reducir el uso de tiempo innecesario en la realización de trámites, permitir al Cuerpo de Gobierno ejercer un control más eficiente y obtener los indicadores de desempeño necesarios, elevar la calidad de la atención médica y en consecuencia la satisfacción de los derechohabientes.

3.6.1.4 Sistema SICEH

Automatizar las funciones del proceso de Consulta Externa de Especialidades principalmente de las Unidades Hospitalarias del IMSS (Segundo y Tercer Nivel de Atención Médica), lo que facilitará el trabajo del personal, reducirá el uso de tiempo en la realización de trámites, permitirá al Cuerpo de Gobierno ejercer un control más eficiente y obtener los indicadores de desempeño necesarios, para elevar la calidad de la atención médica y en consecuencia la satisfacción de los derechohabientes.

- **Acciones**

Para 2006 se Implantó el Sistema SICEH 4.0 en 71 Unidades entre Segundo y Tercer Nivel de Atención a modo de ampliar la cobertura del SICEH del ECE, anteriormente se había implantado en 20 Unidades, para un acumulado de 91. En cuanto a funcionalidad el sistema contaba con:

- Agenda de Citas.
- Nota Médica.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento.
- Agenda de Procedimientos.
- Anatomía Patológica.
- Contrareferencia.
- Formato 4 30 6.
- Orden de Internamiento.
- Enlace SICEH Sistema de Información Médico Operativo (SIMO).

En 2007 y 2008 se continuó con el soporte a la operación del sistema para asegurar su correcto funcionamiento; se les dio seguimiento a los diferentes puntos donde el sistema se encuentra en producción, dando solución a las incidencias de tipo operativo (funcional) y técnico, así como la asesoría o capacitación en línea que se solicitaba por parte de los usuarios. De esta forma se aseguró el correcto funcionamiento y continuidad de la atención en salud de los derechohabientes a través del Sistema.

Para 2009 se realizó la actualización a la versión 4.1 en 7 Unidades de Segundo y Tercer Nivel de Atención, que se describen en el cuadro 3.2 DIDT, la cual incluía la siguiente funcionalidad:

- Módulo agenda de citas.
 - Agenda de fines de semana.
 - Citas de Primera vez y Subsecuentes.
 - Nueva cita de paciente en otro servicio.
 - Delegación y Unidad de Adscripción (Para ST e incapacidades).
 - Consulta de citas.
 - Bloqueos parciales.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Módulo atención integral.
 - PORTADA.
Formato 4.30.6, impresión fuera de horario.
 - NOTA MÉDICA.
Guardado de Nota Completa (botón siguiente).
Nota hecha por un residente.
 - INCAPACIDADES.
Expedición.
Cancelación y reposición.
 - REFERENCIA.
Cancelación y reposición.
- Módulo administrativo.
 - Generación del archivo PSM (Para Incapacidades).
 - Configuración de SIH fines de semana.
 - Configuración de oferta de servicio (enlace agendas 1ro, 2do y 3er Nivel).
 - Enlace SICEH – SIMO.
 - Catálogo de usuarios, tipo de vista por servicio.
 - Relación Consultorio-Turno-Horario.
- Índice.
 - Catálogo de días festivos, ampliación.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.2 DIDT, ACTUALIZACIÓN A LA VERSIÓN 4.1 EN UNIDADES HOSPITALARIAS

Delegación	Hospital
Baja California	HGR No. 1 Tijuana HGR No. 20 Tijuana
D.F. 2 Noreste	HGO 3 CMN la Raza
D.F. 3 Suroeste	Hospital de Pediatría CMN SXXI
Estado de México Poniente	HTO Lomas Verdes
Jalisco	HGZ No. 7 Lagos de Moreno
Tamaulipas	HGZ No. 13 Tamaulipas

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Posteriormente a la implantación de las pruebas piloto de la nueva versión 4.1, se estableció esta versión en 9 Unidades más, logrando una cobertura entre las dos versiones (4.0 y 4.1) de (91) Unidades.

Para 2010, se llevó a cabo la actualización de las 62 Unidades de la versión 4.0 a la versión 4.1 y se continuó con el soporte al Sistema.

Para 2011 el Sistema siguió en operación en un acumulado de 91 Unidades y se brindó el soporte a la operación; monitoreando los diferentes puntos donde el sistema se encontró en producción, dando solución a las incidencias de tipo operativo (funcional) y técnico, así como la asesoría o capacitación en línea que se solicitaba por parte de los usuarios. De esta forma se aseguró el correcto funcionamiento y continuidad de la atención en salud de los derechohabientes a través del Sistema.

○ **Beneficios**

Facilitar el trabajo del personal, reducir el uso de tiempo innecesario en la realización de trámites, permitir al Cuerpo de Gobierno ejercer un control más eficiente y obtener los indicadores de desempeño necesarios, elevar la calidad de la atención médica y en consecuencia la satisfacción de los derechohabientes.

3.6.2 Incorporación y Recaudación

3.6.2.1 Sistema de incorporación y recaudación (DELTA)

El proyecto denominado Diseño Detallado Proyecto MARFIL & Construcción de la Gestión Patronal, cambió de nombre por el de Sistema de Incorporación y Recaudación (DELTA), a través del Control de Cambio No. 4 de fecha 11 de enero de 2010 como a continuación se detalla:

Con el objetivo de lograr una mayor adopción y sentido de pertenencia de los usuarios de la DIR para con el proyecto, se identificó la necesidad de crear una nueva imagen al mismo, la cual consiste en un nuevo nombre seleccionado por la propia DIR por lo cual se cambiara el nombre del Proyecto MARFIL por Proyecto DELTA. Sistema de Incorporación y Recaudación, siendo necesario el cambiar en todos los documentos, productos de trabajo y presentaciones en donde aparecía el antiguo nombre por el nuevo apoyando su adopción y la comunicación unificada.

○ Alcances

Contar con mejor información de los patrones y derechohabientes, disminuir los trámites presenciales y brindar mayores canales de accesibilidad, facilidad de otorgar seguimiento y transparencia en el proceso de atención durante el trámite, disminución de costos en la gestión de los trámites, mejora en la eficiencia de los procesos de registro de los derechohabientes y de certificación de vigencia para el otorgamiento de las prestaciones en el área del Instituto que lo requiera, así como mejorar la supervisión, evaluación y control de la gestión, entre otros.

○ Actividades realizadas

Basado en el análisis de cobertura-brecha de la solución de la fase 1, el área técnica determinó la arquitectura de la solución para los procesos de incorporación, recaudación y fiscalización, la cual se integra con los componentes ETM y Siebel (Herramientas de ORACLE), así como con desarrollos de aplicaciones en lenguajes de cuarta generación.

El área técnica ha considerado necesario iniciar la presente fase con un concepto de gobierno de datos, donde se administrará la integración de las diferentes fuentes de información de incorporación, recaudación y fiscalización, para contar con una base de datos única en tecnología ORACLE, aplicando las reglas de auditoría, diagnóstico y unificación definidas en los documentos validados en la fase 1 del proyecto. (Ver gráfica 3.1 DIDT).

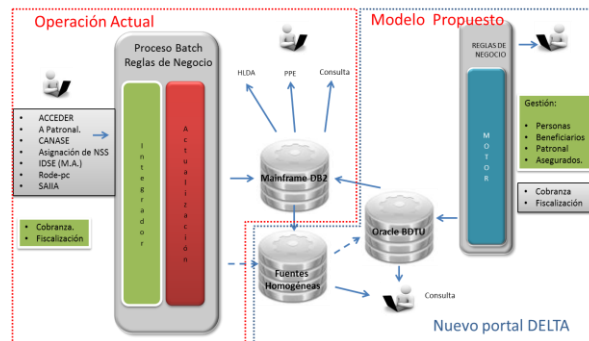


Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

La estrategia de liberación de las funcionalidades de los macroprocesos de incorporación, recaudación y fiscalización se realizará a través de un esquema de convivencia de los aplicativos que actualmente soportan la operación de las áreas

de la DIR y las funcionalidades nuevas definidas en los documentos de la fase 1 del proyecto. (Ver gráfica 3.2 DIDT).

GRÁFICA 3.2 DIDT,
Modelo de Convivencia



Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

○ Número de Usuarios por Año

El sistema proporcionará trámites y servicios a los aproximadamente 60'000,000 de derechohabientes y 1'000,000 de patrones a través de Internet.

○ Acciones

Durante el 2008 se inició, de acuerdo a la metodología de implementación utilizada por el Instituto, la etapa de análisis de los procesos de negocio actuales de la Dirección de Incorporación y Recaudación (AS / IS).

Durante 2009, se concluyó la fase cero del proyecto, en el que se realizó el análisis de la situación que guardaban los procesos de la DIR, así como la identificación de las brechas de los procesos de negocio respecto de la solución tecnológica adquirida, se diseñó la arquitectura conceptual requerida por el proyecto MARFIL, ahora DELTA y se definió el programa estratégico para su implementación.

Durante 2010 se hizo una revisión integral de la aplicación y se han registrado avances principalmente en cuatro procesos de negocio: gestión de patrones, gestión de derechohabientes-beneficiarios, gestión de casos de fiscalización y gestión de pago, así como en la limpieza de los datos contenidos en las bases de patrones, asegurados y en los catálogos institucionales.

Para 2011 se reprogramaron las fases de construcción, capacitación y despliegue, reiniciando los trabajos, así mismo se concluyó la definición de las reglas de los cuatro procesos de negocio descritos en el párrafo anterior necesarias para el desarrollo y construcción de los módulos del Proyecto. Este proyecto DELTA se encuentra en la fase de construcción con un avance como se detalla en el cuadro 3.3 DIDT.

CUADRO 3.3 DIDT, AVANCES DEL PROYECTO DELTA

Módulo	% Avance
Liberación del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) CC	99
Implementación del sistema AcceDer para Segundo y Tercer Nivel a nivel nacional. 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
Desarrollo de la conectividad con el SIARA de la CNBV, pruebas, capacitación y liberación.	50
Desarrollo, pruebas piloto, capacitación a nivel nacional y liberación del Sistema de Bienes Adjudicados.	50

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

○ **Beneficios**

- Optimizar la operación de las áreas de incorporación, recaudación y fiscalización, entre otras.
- Aumentar las facilidades para el cumplimiento de las obligaciones obrero patronales.
- Contar con servicios en línea para facilitar trámites que ofrece la DIR.
- Proporcionar a los patrones servicios en línea como pagos de cuotas IMSS, RCV e INFONAVIT, obtener estados de cuenta oportunos, realizar aclaraciones, etc.
- Mejorar el control de las operaciones del Instituto y hacer más eficientes sus procesos administrativos y operativos.
- Contar con una solución integral que permita consolidar la información de las diferentes áreas de la DIR para proporcionar información completa, oportuna y confiable para la adecuada toma de decisiones.
- Coadyuvar a priorizar la cultura de la calidad y la excelencia en la atención al derechohabiente.
- Disponer de un nuevo sistema informático de fiscalización que apoye directamente los procesos operativos de selección de patrones, permita gestionar eficientemente los procesos de auditoría, corrección y determinación, además de contar con herramientas para administrar los perfiles de riesgo de los patrones.
- Facilitar a los patrones actualizar los movimientos, acortar significativamente los tiempos de gestión y reducir los costos derivados de la operación.

3.6.2.2 IMSS desde su Empresa (IDSE)

El sistema IDSE es utilizado como medio de transmisión de movimientos afiliatorios vía Internet, teniendo como beneficio principal una reducción significativa en los costos de transacción. De igual forma, este medio simplifica los procedimientos, reduciendo el número de errores, y permitiendo una actualización eficiente y eficaz de las bases de datos institucionales.

Actualmente es posible, vía el IDSE, realizar movimientos afiliatorios, consultar y descargar la EMA. Con ello, tanto los patrones como el propio Instituto reducen costos, al distribuir la emisión de una forma más económica y sencilla, sin la necesidad de contratar personal notificador para estos fines.

○ Acciones

En el año 2006, para soportar el incremento de accesos a la aplicación y proporcionar alta disponibilidad en las transacciones realizadas por los patrones, se llevó a cabo una migración en la infraestructura de hardware y software, incluyendo la reingeniería de algunos módulos, esta nueva versión se implementó y permitió proporcionar el servicio en alta disponibilidad favoreciendo el uso del sistema entre las empresas.

En 2007, se llevó a cabo la implantación de la aplicación informática para ligar la firma digital de patrones sucursales a la del patrón matriz. Lo que permitió a los patrones hacer trámites desde sus sucursales ante el IMSS, así como, se integró el Módulo de Recepción de la Determinación de la Prima de Riesgo de Trabajo, para facilitar al sector patronal la presentación de este trámite.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En 2008 se implementó en IDSE el trámite no presencial de Adhesión de Registro Patronal Único, lo que permitió disminuir los tiempos de los trámites ante el IMSS al incorporar en un solo registro los asociados.

Para dar cumplimiento al acuerdo publicado en el DOF, en 2009 se integraron al portal IDSE los Módulos de Contratos e Incidencias para que las empresas prestadoras de servicios comunicaran trimestralmente en forma oportuna la información a que están obligadas.

Un trámite que se realizaba en ventanillas del IMSS, con un tiempo de respuesta mayor a 7 días, eran las Autorizaciones Permanentes, por lo que en el año 2010, se integró un Módulo a IDSE que permite a lo patrones enviar éstos movimientos, por lo que el tiempo de respuesta se redujo a minutos.

En 2011 se implementó el uso de la FIEL para el registro de movimientos de asegurados.

○ **Beneficios**

- Facilitar que los patrones efectúen trámites con seguridad y rapidez.
- Facilitar la presentación de las obligaciones patronales ante el IMSS, reduciendo tiempos y ahorro en papel.
- Disminución de los costos de los procesos manuales.

○ **Estatus actual**

- El sistema se encuentra en operación.
- Se encuentra en actualización de componentes en la infraestructura.
- Se está llevando a cabo la migración de bases de datos.

3.6.2.3 Programa de Primer Empleo PPE

Dar cumplimiento al PPE, que tiene por objeto apoyar a las personas físicas o morales, en la generación de nuevos empleos de carácter permanente, a través del otorgamiento de un subsidio, a partir de la recaudación calculada en el SUA y la generación de los importes estimados de pago.

Este Sistema se utiliza para la inscripción de Patrones y Trabajadores al PPE validando y cumpliendo lo establecido en el Decreto. Cálculo de cuotas a subsidiar a partir de la recaudación del SUA y los importes estimados de pago.

Evaluar a los patrones y trabajadores, con los Lineamientos establecidos en dicho Programa para determinar si son sujetos a solicitar el pago de subsidio, recepción de solicitudes de pago de subsidio, envío de montos a depositar al patrón aclarar las incidencias presentadas a partir de los procesos de movimientos afiliatorios.

○ Acciones

En 2006 se desarrolló y se puso en producción el Sistema del PPE en la página de Internet del Instituto, que cumple con lo dispuesto en el Decreto Presidencial. En esta primera fase, se contemplaron los módulos de Inscripción de Patrones y Registro de Trabajadores aplicando las reglas definidas en los lineamientos del programa y la consulta correspondiente a estimación, la cual permitiría conocer la proyección del gasto conforme a los trabajadores registrados al Programa, así como el cruce de información con la recaudación recibida, para estimar el pago de subsidios.

En 2007 de acuerdo a lo establecido en el Decreto Presidencial, y una vez puesto en operación la primera fase del mismo, se desarrolló y se liberó el Módulo

de Pago de Subsidios del PPE, aplicando las reglas definidas en los lineamientos del programa, así como el desarrollo y liberación del módulo de cartas promoción para estimar el pago de subsidios y aclaraciones. Permitiendo a los patrones aclarar la situación de los trabajadores registrados en dicho programa y no perder los derechos del reclamo del subsidio.

En 2008 conforme a las modificaciones al Decreto del 19 de diciembre de 2006, que establece como fecha de inicio el 15 de enero de 2008, se implementó un procedimiento semiautomático que permitió a los Patrones recibir en un menor tiempo el cobro del subsidio, y a su vez, les dio la posibilidad de incrementar el número de trabajadores para recibir el beneficio de este Programa.

Por lo que respecta a los años 2009, 2010 y 2011, se ha brindado el soporte para la operación y mantenimiento al sistema.

- **Beneficios**

- Inscripción de patrones y trabajadores al programa.
- Pago del subsidio a los patrones que cumplen con los requisitos para ser acreedores a un subsidio.

- **Estatus**

- Actualizar el sistema que se encuentra liberado, en producción y en operación sin incidencias, realizar el soporte ejecución mensual de cálculo de subsidio, web services y proceso batch.
- Se está en espera de que el usuario indique los campos que serán integrados en la parte del domicilio para cumplir con la norma técnica de domicilios geográficos.

3.6.2.4 Alta patronal e inscripción en el SRT presencial – SE SARE

Facilitar el registro al sector patronal a través del Portal www.tuempresa.gob.mx en apoyo al proyecto de iniciativa federal de facilitar al emprendedor la “Apertura Rápida de Empresas” con el fin de recibir y emitir citas de solicitudes derivadas de trámites realizados en la Secretaría de Economía.

○ Acciones

Durante 2008 se inició el proyecto Apertura Rápida de Empresas (SARE) por iniciativa del Gobierno Federal, fungiendo como rector la SE. Este sistema contempla unificar el trámite del registro de una empresa en las dependencias a nivel federal.

Se realizó el análisis, desarrollo e implementación de un servicio web dentro del Instituto que recibiría la información capturada a través del portal de Economía, el alcance de este proyecto fue el otorgar una cita al solicitante para concluir el trámite en ventanillas de las subdelegaciones del Instituto y le sea asignado un Número de Registro Patronal.

Para 2009 se liberó la aplicación del SARE y estuvo operando sin cambios durante ese año y 2010.

En 2011 a solicitud de la DIR y la normatividad aplicable, se desarrolló el módulo de alta patronal no presencial para personas morales, en el que se incluía la implementación de la FIEL, lo que permitirá:

- Fortalecer el proceso de alta patronal ante el IMSS al reducir el tiempo de respuesta de 7 días a un máximo de 20 minutos promedio.
- Proporcionar al Patrón confianza, integridad y privacidad de la información y evitar falsificación de la misma.

3.6.3 Prestaciones Económicas y Sociales

3.6.3.1 Sistema de información y administración de guarderías (SIAG)

Contar con una herramienta tecnológica para apoyar los procesos operativos de las guarderías tanto de prestación directa como indirecta con base a su normatividad actual, y con la finalidad de mejorar el servicio y dar transparencia al cumplimiento de obligaciones de los prestadores de servicios.

Durante el periodo 2006-2011 se desarrollaron entre otros, los siguientes módulos:

- Expediente Electrónico.- Módulo donde se concentra la información de guarderías relativa a su expediente electrónico.
- Visor.- Sitio de Internet que muestra la información de guarderías relevante y de interés para la sociedad. Esta información se consulta de la contenida en el Expediente Electrónico.
- PLACA-SIAG.- Otorgar el servicio de alimentación en las guarderías del IMSS a los niños usuarios a fin de ofrecer a través de una dieta suficiente, completa, equilibrada, adecuada, variada e inocua que cubra los requerimientos específicos de acuerdo a la edad para alcanzar un nivel óptimo de crecimiento y desarrollo y así prevenir enfermedades crónico degenerativas.
- Trámite de Inscripción por Internet.- Brindar a los trabajadores asegurados con derecho al servicio de guardería una herramienta que les permita realizar su solicitud de inscripción a través de Internet de una forma ágil y expedita.

- **Servicios que presta y funcionalidad**

- Expediente Electrónico.- Permite al usuario final contar con una herramienta electrónica que le apoye a la consulta y la administración de la información del expediente electrónico de cada guardería.
- Visor.- Es una página de acceso público en la cual la sociedad pueda consultar la información de las guarderías.
- PLACA-SIAG
 - Es un módulo del sistema SIAG que es Cliente-Servidor el cual se tiene instalado en cada una de las guarderías tanto de prestación directa como indirecta.
 - Será operado por el personal del servicio de alimentación de las guarderías.
 - Generará los menús diarios que servirán para la preparación de alimentos de los menores de guarderías.
 - Generará documentos que permitirán llevar un mejor control de la adquisición de víveres para las guarderías de prestación directa.
 - Generará los reportes ejecutivos que apoyen la toma de decisiones.
- Trámite de Inscripción por Internet.- Sistema WEB: Un sistema que permita al trabajador asegurado con derecho al servicio, realizar el trámite de la Solicitud de Inscripción a través de Internet por medio de una herramienta de búsqueda que considera diferentes criterios.
-

- **Acciones**

Años 2006 y 2007

Durante este período se continuó con el mantenimiento y estabilización de los sistemas; SIAG Smart Client instalado en las guarderías tanto de prestación



directa como de indirecta, y el sistema central SIAGC el cual es de uso únicamente para el personal de la Coordinación de Guarderías, mismos que fueron puestos en producción a finales del año 2004.

Año 2008

En este año se llevó a cabo el análisis de los proyectos de:

- Guarderías Integradoras: Módulo que permite que se administre la información de los menores con discapacidad que asisten a guarderías integradoras.
- Planeación y Control de Alimentos para las Guarderías (SOPA): Módulo que permite realizar la planeación de compras de los alimentos y raciones diarias entregadas a los menores que concurren a las guarderías. Control de alimentos desde la programación de adquisición de alimentos hasta su preparación y distribución en las guarderías.

Año 2009

A finales de julio de 2009 se liberó en el Portal IMSS el Visor de Guarderías, sitio en Internet que concentra la información de las Guarderías de Prestación Indirecta, con el propósito de dar transparencia al cumplimiento de obligaciones de los prestadores de servicio indirecto en las guarderías.

En el Visor, es posible consultar no sólo los contratos y quiénes son los socios de las guarderías en operación, sino también los resultados de las verificaciones de seguridad que se han realizado en cada una de ellas y, próximamente, los resultados de las visitas de padres de familia a las guarderías de sus hijos.



En el periodo comprendido de septiembre de 2009 a febrero de 2010 se realizaron diversos proyectos enfocados a la detección de áreas de oportunidad de mejora para los diferentes ámbitos del Sistema de Guarderías del IMSS, temas enfocados a normatividad, operación, herramientas tecnológicas y procesos, dando como resultado una serie de iniciativas conocidas como:

I. Cultura de Seguridad Integral para las Guarderías (adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades, así como integración de medidas y prácticas de seguridad).

- Estrategia de implementación y plan de comunicación del Modelo de Cultura de Seguridad Integral.

II. Diagnóstico Integral del Sistema de Guarderías.

- Revisión del Modelo Nacional de Guarderías del IMSS con respecto a otros modelos nacionales e internacionales.
- Mapeo de procesos que comprende el análisis detallado de los procesos y subprocesos de las guarderías.
- Planteamiento de iniciativas de operación, normatividad y de incorporación de prácticas de referencia al Sistema de Guarderías del IMSS, como resultado del diagnóstico elaborado.

Asimismo, se han realizado acciones para implementar mecanismos de seguridad más robustos al incorporar lectores de huellas dactilares que permiten identificar tanto a los papás de los niños al entregar o recoger a los menores, como al personal de la guardería.

III. Implementación de Acciones a Nivel Delegacional.

Para reforzar el papel de las Delegaciones en el seguimiento de la norma de operación de guarderías se captura la información de lo siguiente:

- Identificación de áreas de oportunidad de las Delegaciones.
- Portafolio de propuestas de mejora de las áreas de oportunidad identificadas.
- Planes de acción de las mejoras.
- Plan de implementación de las iniciativas factibles a desarrollar a corto plazo.

IV. Expediente Electrónico.

Como otra iniciativa se trabajó en centralizar toda la información en una sola fuente de datos y se desarrolló una aplicación denominada Expediente Electrónico, la cual permite almacenar todos los documentos vigentes e históricos del expediente de las guarderías en el SIAGC.

Año 2010

Se llevó a cabo el desarrollo de la Fase II del Expediente Electrónico, donde se mejoraron aspectos de usabilidad para el usuario final.

Se inició con el desarrollo de la versión 2.0.0.00 del sistema SIAG, la cual implementó el uso de un sistema de huella digital para la toma de asistencia de los menores que asisten a guarderías. Así mismo, se incorporó el Módulo de Evaluación del Desarrollo del Menor, mismo que apoya al control y seguimiento del desarrollo de los menores. Esta versión fue puesta en producción a nivel nacional durante el último trimestre de año.

Se trabajó en conjunto con la organización Transparencia Mexicana, el sitio conocido como Mecanismo de Participación Social, con el objetivo de fomentar la participación de los padres de familia en las visitas que se realizan a las guarderías con el fin de que ellos mismos también puedan observar las condiciones en las que operan las guarderías a las que asisten sus hijos, así mismo reportar cualquier cosa que ellos consideren no es la adecuada.

Año 2011

Complementando el sistema con la finalidad de brindar un mejor servicio, se continúa con el desarrollo e incorporación al sistema SIAG en su versión 2.0.0.01, los siguientes módulos, mismos que se liberaron a nivel nacional en septiembre de 2011.

- Evaluación del Desarrollo Fase II: Módulo de control y seguimiento del desarrollo del menor que asiste a guardería.
- Inmunizaciones: Módulo que permite tener el expediente de vacunas de cada menor actualizado. A fin de detectar vacunas faltantes y con esta información trabajar conjuntamente con los padres a fin de que los menores cuenten en todo momento con un esquema de vacunación actualizado acorde a su edad.
- Peso y Talla: Módulo que permite llevar un control y seguimiento del peso y talla del menor, con el fin de detectar desviaciones que pudieran poner en riesgo la salud del menor y así mismo tomar las acciones pertinentes en conjunto con los padres.
- Seguridad de la Base de Datos: Incrementar el nivel de seguridad de las bases locales que operan en cada guardería, para que solo el personal autorizado tenga acceso a las mismas.



Adicionalmente se llevó a cabo el desarrollo y liberación de Planeación de la Supervisión Fase I, la cual contempla únicamente la generación del calendario anual de supervisiones a las guarderías.

- **Cobertura**

- Expediente Electrónico.- Toda la Coordinación de Guarderías del IMSS que cuente con red institucional.
- Visor.- Cualquier persona con acceso a Internet que tenga interés en el tema de guarderías del IMSS.
- PLACA-SIAG.- Todas las guarderías del IMSS y las guarderías que prestan servicios conocidas como guarderías subrogadas.
- Trámite de Inscripción por Internet.- Derechohabientes del Instituto que cuenten con acceso a internet.

3.6.3.2 Sistema de prestaciones sociales institucionales (SIPSI)

Automatizar los procesos de Prestaciones Sociales, tales como la Programación y Seguimiento Mensual de Actividades, Control de Cuotas por Cursos y Uso de Instalaciones, proporcionando apoyo a los distintos niveles jerárquicos que intervienen en la prestación de este servicio, compartiendo información con otras áreas y generando información para la toma de decisiones.

- **Servicios que presta y funcionalidad**

El SIPSI apoya al área de Prestaciones Sociales dependiente de la DPES en la administración, gestión y control de los cursos, actividades complementarias (tales como: campañas, talleres, pláticas, ligas deportivas, eventos, servicios) y actividades teatrales que presta el IMSS, los cuales benefician y están disponibles para toda la población en general.



Entre los procesos principales del sistema, es el de Programación Anual de Actividades (PAA) el cual permite al área de Prestaciones Sociales a través de las UOPSI, programar con antelación y en base a los Criterios de Programación, las actividades y eventos que se impartirán por el Instituto en las instalaciones del mismo y en los Centros Extensionales de Conocimiento (CEC's) durante el siguiente año.

Asimismo, interviene en el proceso de inscripción y credencialización, mediante el cual los aspirantes y/o referidos del área médica reservan un lugar en alguna actividad o evento. Este proceso también controla el pago de las cuotas de recuperación pero sólo en el caso de los aspirantes, ya que los referidos del área médica están exentos de estos pagos.

El proceso denominado pagos y conciliación, el cual administra y controla las cuotas de recuperación obtenidas por el proceso anteriormente mencionado, tiene la finalidad de cotejar los pagos reportados tanto por el SIPSI, como por los bancos que es donde se realizan físicamente los pagos.

El SIPSI mediante el proceso de Seguimiento Mensual de Actividades (SMA), permite dar puntual seguimiento de lo programado con antelación por las OUPSI contra lo realizado por éstas mes a mes durante el año en curso, lo que permite medir el avance de las metas, proporcionando así, información relevante y de suma importancia, lo que permite detectar posibles desviaciones y los factores de riesgo, del día a día, dando posibilidad a realizar los ajustes necesarios en todo momento y con miras al logro de las metas en el año.



○ **Acciones**

2006 a 2008

Con la finalidad de actualizar tecnológicamente el SIPS y contar con nueva funcionalidad, se inició el desarrollo de un nuevo SIPSI el cual se desarrolló en una plataforma Cliente Servidor de manera local en cada una de las UOPSI (Smart Client).

A finales de 2008 se realizó la fase de Inicio y Elaboración del proyecto: Rediseño del SIPSI, la cual tuvo como finalidad el análisis y elaboración de los Casos de Uso de los módulos solicitados por la Coordinación de Prestaciones Sociales como son:

- Catálogos.- Información básica del área usuaria para la operación del sistema.
- Cursos.- Actividades que son impartidas dentro de las instalaciones del IMSS.
- Centros Extensionales de Conocimiento – CEC's.- Actividades que se imparten en instalaciones ajenas al IMSS.
- Ligas Deportivas.- Eventos deportivos que se organizan en las instalaciones del IMSS y éstas pueden ser internas o externas.
- Teatros.- Modulo para el Control del aforo de los eventos que se realizan en ellos.
- Uso de Instalaciones.- Permite llevar el control de la renta de las instalaciones de prestaciones sociales.
- Pacientes Referidos.- Permite llevar el seguimiento y control de los pacientes que son derivados del área médica para rehabilitación.
- Eventos Especiales.- Programación de actividades multitudinarias organizadas por el Instituto.
- Actividades Complementarias.- Programación, seguimiento y control de actividades complementarias que presta el IMSS tales como campañas,

pláticas, etc.

- Programa Anual de Actividades – PAA.- Programación de las actividades que se quieren llevar a cabo durante el año que inicia en las diferentes instalaciones del IMSS.
- Inscripción y Credencialización.- Proceso de registro de los participantes a los diversos cursos y actividades, así como la emisión de la credencial para acceso y uso de las instalaciones.
- Seguimiento Mensual de Actividades – SMA.- Seguimiento mensual del cumplimiento de las metas programadas en el PAA.
- Pagos y Conciliación.- Proceso informático que se ejecuta de manera automática y que permite la conciliación entre los pagos registrados en el sistema por los participantes a los cursos y actividades contra lo recibido por el banco.
- Datamart.- Base de datos para emisión de información estratégica para una buena toma de decisiones.
- Promociones.- Proceso de difusión de las actividades que realizará el Instituto.

En el año 2009

Se puso en productivo una tercer plataforma en WEB (PAA y SMA), con la finalidad de actualizar su funcionalidad y tecnologías de información paulatinamente, de acuerdo a las necesidades del área usuaria. Estas tres plataformas permitían cubrir la operación de los procesos del PAA, Inscripción y Credencialización, SMA y Pagos.

Se concluyó el PAA 2010, que permite la adecuación de criterios con base en la estructura programática vigente para la distribución del presupuesto asignado a las Unidades Operativas a nivel nacional.

Se concluyó el desarrollo de SMA Centralizado, que busca sustituir el sistema



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

actual obsoleto por un Sistema centralizado que brinde información en tiempo real y en línea de las actividades mensuales en el área de Prestaciones Sociales.

Se redujo en 15 días el tiempo del proceso de cierre de Seguimiento Mensual y la entrega de la información a Planeación de Recursos Institucionales (PREI), anteriormente se realizaba en promedio en un mes aproximadamente.

Se creó el Módulo de Registro de Asistencias por Socio alumno para disminuir el proceso de registro en las Unidades Operativas y tener la información real de metas de forma confiable y actualizada en una base de datos centralizada.

Se generaron reportes de ingresos por alumno con base en convenios, adeudos y pagos, con el fin de darle seguimiento a los ingresos reportados en las Unidades Operativas a nivel nacional.

A finales de 2009, se optimizaron procesos y se establecieron mejoras al Módulo de Servicios de Enlace para el seguimiento a los pacientes referidos del área médica en actividades de mayor beneficio para controlar sus padecimientos.

Durante 2010

Se dio de baja el SIPS, quedando sólo en operación el SIPSI, logrando así, eliminar la dependencia de la Coordinación Delegacional de Informática y reduciendo los tiempos de entrega de información.

En el año de 2011

Se dio inicio a la fase de Construcción del proyecto Rediseño del SIPSI y Criterios del Programa Anual 2012.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se desarrollaron los siguientes módulos, así como también se realizaron pruebas de usuario.

- Catálogos;
- Cursos;
- Centros Extensionales de Conocimiento – CEC's;
- Pacientes Referidos;
- Programa Anual de Actividades – PAA;
- Inscripción y Credencialización;
- Seguimientos Mensual de Actividades – SMA, y
- Pagos y Conciliación.

Cabe mencionar que dichos módulos se liberarán el 3 de enero de 2012 y se tiene contemplado desarrollar los módulos siguientes:

- Ligas Deportivas;
- Teatros;
- Uso de Instalaciones, y
- Eventos Especiales.

La cobertura a nivel nacional es de 146 UOPSI, obteniendo los siguientes beneficios para el IMSS, usuarios y/o población en general.

- Permite al público en general y aspirantes reservar su lugar y participación en cualquier actividad o evento ofrecido por el Instituto mediante el área de prestaciones sociales, desde cualquier parte y estado del país. Además le permite reservar una o varias actividades o eventos a los que desea participar.
- A los usuarios les brinda la automatización en los principales procesos operativos, permitiéndoles tener el control, tanto de la información gestionada en el sistema como del sistema mismo al no depender de otras áreas de servicio dentro del Instituto, logrando con ello, minimizar el tiempo de procesamiento y entrega de Información.

- Como mayor beneficio tanto para el Instituto, como para los usuarios y la población en general es necesario contar con una herramienta de TI de última tecnología, la cual permite brindar un mejor servicio.

3.6.3.3 Sistema de tiendas

Mejorar la operación de las tiendas apoyándolos con la automatización de sus procesos, así como eficientar sus sistemas actuales.

○ **Acciones**

De 2006 a 2008 se proporcionó soporte técnico para lograr una operación estable y se desarrollaron mejoras, tales como la interfaz de trámite de pago al sistema PREI y generación de póliza contable como apoyo al cierre mensual.

De mayo de 2009 a junio de 2010 se continuó con el desarrollo de mejoras a los procesos y tareas operativas de acuerdo con las estrategias definidas por el Normativo Central, con el objetivo de mejorar la calidad en el servicio y automatizar procesos de las Tiendas.

- **Resurtido Automático.**
 - Automatización de la compra de la mercancía, basada en la información de las ventas que genera el sistema punto de venta.
 - Implementación con 217 proveedores.
 - Surtido de productos acorde con la demanda.
- **Sistema de Gestión de Proveedores y Ofertas V 1.0:**
 - Simplificación y automatización del proceso de alta de proveedor y catalogación de sus productos.
 - Análisis y toma de decisiones más expedito de los movimientos que presentan los proveedores.



- Alta de proveedores.
- Ampliaciones de línea.
- Incremento de precios y ofertas.

Adicionalmente y como apoyo a las Tiendas, de octubre de 2009 a mayo de 2010 se realizó el proceso de adquisición e implementación de puntos de venta en las Tiendas que no estaban automatizadas.

De las 136 Tiendas que tiene el IMSS, 23 ya se encuentran automatizadas desde 2003 con equipos obsoletos y 113 Tiendas formaron parte del proyecto de implantación de puntos de venta, donde se instalaron 150 terminales de punto de venta.

Durante el 2011 se contó con el soporte y mantenimiento para los puntos de venta de las Tiendas. Así mismo, se inició a mediados de año el desarrollo del Sistema de Administración de Tiendas (SATI), el cual pretende actualizar la plataforma tecnológica de SIPRO.

3.6.3.4 Sistema Centros Vacacionales

Contar con una nueva solución integral para la administración hotelera de los Centros Vacacionales y la Central de Reservaciones, con la finalidad de modernizar y facilitar la administración de estas instalaciones.

- **Acciones**

Debido a que el Sistema de Administración Hotelera (FRONTSUITE) con el que operan los Centros Vacacionales de Metepec, Trinidad y Malintzi desde antes de 2006, no se contaba con el soporte técnico, a 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, con la finalidad de modernizar y facilitar la administración de estas instalaciones, llevándose la adquisición a cabo en diciembre de 2010, por lo que en ese mismo año el proveedor entrega las licencias y se inicia la implementación del nuevo Sistema de Administración Hotelera (OFIMATICA), en Enero de 2011 en el Centro Vacacional Oaxtepec.

Así mismo, para el segundo semestre de 2009 se llevó a cabo la actualización de la documentación de los procesos operativos de los Centros Vacacionales y la estandarización de dichos procedimientos.

Cabe mencionar que los Centros Vacacionales de Trinidad, Malintzi y Metepec continúan trabajando con el Sistema de Administración Hotelera anterior (FRONTSUITE); sin embargo, durante 2012 se llevará a cabo la implementación del nuevo SAH en estos Centros.

3.6.3.5 Sistema Velatorios

Mejorar la funcionalidad del Sistema de Información y Administración Contable de Velatorios (SIACOV)

- **Acciones**

Durante el año 2006 se realizaron algunas mejoras al sistema para el control de procesos, así como para la administración de los vehículos que utilizan los velatorios.

Para el segundo semestre de 2009 se llevó a cabo la actualización y estandarización de la documentación y de los procesos operativos de los Velatorios.

Así mismo, en el periodo comprendido de mayo de 2009 a junio de 2010 se realizaron diversas mejoras operativas al SIACOV que incluyeron:

- Ajustes al proceso de alta de costos para los servicios de traslados.
- Optimización al proceso de sincronización de información a la base de datos centralizada.
- Reportes de ingresos y servicios.
- Proceso de facturación a persona moral para un grupo de contratos de previsión funeraria.

3.6.3.6 Sistema del programa de estadísticas y resultados sobre encuestas organizacionales (PERSEO PRO)

Administrar las encuestas enfocadas a medir el nivel de surtimiento de recetas médicas y brindar claridad sobre el nivel de abasto de medicinas en las farmacias del Instituto a nivel nacional.

○ Acciones

Para 2009 se dio apoyo a la operación del Sistema principalmente en la descarga y aseguramiento de la consistencia de la información capturada en cada campaña de medición. Se autorizó la modernización del PERSEO a través del desarrollo del Sistema PERSEO PRO.

Para principios de 2010 se inicia el desarrollo del Sistema de Procesamiento y Captura de Encuestas Institucionales de Monitoreo de Surtimiento de Medicamentos (Perseo Pro) que tiene como objetivo proporcionar información confiable y oportuna, mejorar tiempos de procesamiento de encuestas y

resultados de la información, permitiendo el registro “fuera de línea”, integrar las nuevas reglas de negocio, como son: tamaño de muestra, y encuestador; permitir la sincronización de los catálogos de UMF, Hospitales y claves de medicamento; corregir las fallas operativas del PERSEO actual, permitiendo más volúmenes y mejores cifras de control.

Para finales de 2010 se da la integración de un nuevo requerimiento del usuario con la estratificación de Unidades Médicas permitiendo agrupar las unidades con otro criterio. Se modifica la fórmula y la pantalla donde se ingresan los valores de la muestra para que la estimación de muestra sea por Delegación y Niveles.

Año 2011, se integraron requerimientos del usuario, los cuales consistieron en:

- Incluir el valor de No respuesta dentro de la fórmula para la generación de muestra. En el cuestionario se adicionaron dos preguntas que ayudarán a medir Calidez y Cultura del Servicio y la Tasa de No Respuesta. Se generan los reportes correspondientes.
- Desarrollo de una aplicación que permita realizar la captura de cuestionarios fuera de línea a través de un dispositivo móvil (desarrollo en Android) con las mismas validaciones con las que cuenta actualmente la funcionalidad de captura fuera de línea en la PC. Se Incluyen en el cuestionario (captura en línea, fuera de línea en PC y captura fuera de línea en dispositivo móvil) cuatro preguntas retrospectivas.
- Para la captura del cuestionario se incluyó un catálogo de encuestadores que permite realizar su búsqueda por Nombre, Apellido Materno y Apellido Paterno, proporcionando nombre y número de encuestador asignado al sistema. (Cambio para captura en línea y fuera de línea).
- Se adicionó el “Módulo Estatus” que permitió realizar cambios de estatus para autorizar captura o modificaciones, aunque ya no se encuentre dentro del plazo establecido.

- Se adicionó el “Módulo Recetas” que permitió agregar y/o eliminar números de recetas (manuales) válidos para las unidades en levantamiento.
- Se incluyó en las preguntas de Trato y Satisfacción la opción de respuesta 03 Regular en el desarrollo de la encuesta de surtimiento de medicamentos en el dispositivo móvil.

Para Septiembre de 2011 se obtuvo la aprobación del usuario y liberación del Sistema Perseo Pro a Producción en su primera versión y a finales de 2011 resultado del Primer y Segundo levantamiento de la encuesta de surtimiento de medicamentos, se optimizó el proceso de carga del dispositivo móvil a la PC, lo que permitió que sea posible realizar la carga directa de las encuestas capturadas a través del dispositivo móvil al sistema en línea, mediante el “Proceso de Carga Directa” y el “Proceso de Carga por Envío”, en este último caso, anteriormente las encuestas eran enviadas a un repositorio de datos antes de ser cargadas al sistema en línea.

En esta misma etapa se creó un nuevo Módulo “Registros Rechazados” que permitió realizar la modificación de los registros rechazados y se incluían mensajes de validación para conocer el motivo de rechazo de los registros. Con esta funcionalidad el usuario ya puede identificar las fallas en la carga de los registros y corregirlas.

3.6.3.7 Sistema para la comprobación de supervivencia de los pensionados

Proveer un sistema que permita agilizar de forma estandarizada el tiempo del trámite de comprobación de supervivencia para asegurar que el pago de las pensiones se realice dentro de lo estipulado en la LSS-73.

○ **Acciones**

El Sistema de Control de Supervivencia se desarrolló y liberó en el año 2007. Actualmente se encuentra en operación.

A finales del 2011 se inicia las negociaciones y trabajos para implementar el programa de Comprobación de Supervivencia de titulares de pensiones en vida a través de su asistencia a consulta en PREVENIMSS.

○ **Beneficios**

- Se logró que en todo el país se eliminara la forma de realizar la supervivencia de manera manual y con criterios independientes a una forma homologada la cual redujo el tiempo promedio del trámite de 20 minutos por persona a un promedio de 2 minutos actualmente.
- Se eliminó el proceso masivo de impresión semestral de volantes de pago, para implementar la funcionalidad que permite la impresión de los volantes bajo petición del interesado, ahorrando millones de impresiones.
- Se facilitó el trámite de comprobación de supervivencia del pensionado, ya que anteriormente este trámite sólo se podía realizar en la UMF que le correspondía, actualmente se puede realizar en todo el país dentro de cualquier centro de comprobación de supervivencia, eliminando al mismo tiempo las restricciones de comprobar forzosamente la supervivencia cada seis meses y en fechas específicas, para hacerlo ahora dentro de un periodo máximo de cada seis meses. Lo anterior permite distribuir el volumen de gente que antes se concentraba dos veces al año, eliminando así largas filas para este trámite.

3.6.3.8 Sistema de trámite de pensiones (SISTRAP)

Automatizar el trámite de solicitud de pensión que se realizaba de manera manual en las UMF de todo el país.

○ Acciones

Año 2008

Se inició la construcción del SISTRAP, el cual tiene por objetivo automatizar las solicitudes de pensión que se realizaban de manera manual en las UMF de todo el país.

La primera versión de SISTRAP con propuestas de mejora recopiladas en todo el país, incluía lo siguiente:

- Transferencia de la captura de solicitudes de pensión de las Subdelegaciones a las UMF, proporcionando mayor transparencia en la atención al habilitar un sistema en las ventanillas donde se puede consultar el estado que guardan las solicitudes.
- Inclusión del enlace con el Sistema de Salud en el Trabajo (SISAT) para la recepción de los dictámenes electrónicos de invalidez, riesgos de trabajo y beneficiario incapacitado.
- Automatización del envío de órdenes de pago y recepción de respuestas de la nómina de pensionados para depósito en cuenta y pago en ventanilla.
- Liberación del SISTRAP V1 a nivel nacional en más de 870 UMF, 133 Subdelegaciones y 35 Delegaciones del país.



Año 2010

- Se liberó la segunda versión de SISTRAP (SISTRAP V2), la cual en términos generales incluía, nuevas validaciones de campos existentes, inclusión de nuevos campos y optimización de los flujos de captura que permiten reducir el tiempo para ingresar información en la operación de Prestaciones Económicas.
- Se inició el desarrollo de la primera versión del módulo de SISTRAP-SINDO que tenía por objeto automatizar el proceso de certificación de derechos. El desarrollo del módulo se concluyó con una primera versión a finales del año 2011.
- En Marzo se liberó el enlace con PROCESAR (Procesadora de la Base de Datos Nacional del SAR-Sistema de Ahorro para el Retiro) para validación en línea de las cuentas individuales y la implementación del retiro programado en el otorgamiento de pensiones por el ramo de SRCV de la LSS de 1997.
- En abril inició el proyecto “Optimización de Alta de Pensión”, el cual tiene por objetivo optimizar el flujo en el trámite, análisis y el alta de las solicitudes de pensión.
- A finales del año se incluyó y liberó la funcionalidad para el otorgamiento de Préstamos V1 a cuenta de pensión.

Año 2011

- Se liberó el servicio de Pre captura de Solicitud de Pensión a través del Portal del IMSS en Internet.
- Se integró la versión tres de SISTRAP que complementó requerimientos que le permite a la operación de Prestaciones Económicas realizar modificaciones de forma más sencilla sobre la información.
- Se liberó la versión 2 del módulo de Préstamos la cual permite la cancelación y modificación de préstamos en la operación de Prestaciones Económicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Se desarrolló la versión 2 de “Optimización de Alta de Pensión” que incluyó diversas mejoras como resultado de las pruebas que se realizaron conjuntamente con personal de la operación de Prestaciones Económicas.

○ **Beneficios**

- Permitir la medición, evaluación y control del proceso de acuerdo a los lineamientos establecidos por COFEMER.
- Optimizar la atención al derechohabiente al acercar los servicios a los pensionados, permitiéndoles acudir a cualquier UMF del país para solicitar el trámite de pensión.
- Permitir la publicación de servicios que permiten a la población derechohabiente acceder a información de primera mano referente a su pensión (estado de la solicitud, estado de su pensión, próxima fecha de comprobación de supervivencia, impresión de los informes de pago y estado del pago de pensiones con entidades bancarias).
- Contar con múltiples puntos de contacto, tales como: Portal IMSS, el Call Center del IMSS (CCIMSS), o bien mayores servicios en las ventanillas de prestaciones económicas a lo largo del país.
- Validar en línea de la cuenta individual permitió reducir el tiempo trámite a dos días para todos los derechohabientes sin incidencias de ningún tipo y a ocho días para los casos con algún tipo de incidencia en la cuenta individual.
- Permitir acelerar el resto del trámite en ventanilla de Prestaciones Económicas.
- Otorgar préstamos al momento de presentar la solicitud en ventanilla en lugar de esperar hasta tres días por una respuesta.
- Permitir la modificación y cancelación de préstamos otorgados, así como la generación y obtención de reportes operativos.

3.6.3.9 Sistema de administración de ofertas y resoluciones (SAOR)

Proporcionar la información referente a las opciones con las que cuenta el derechohabiente, al momento de elegir el régimen de elección para una pensión o renta vitalicia, accediendo a las opciones económicas que tanto el Instituto como las Aseguradoras ofrecen. Lo cual permite transparentar las opciones que mejor convengan al futuro pensionado.

- **Acciones**

El IMSS y el ISSSTE, en conjunto con la CNSF, implementaron, a partir del mes de agosto de 2009 el proceso de subastas para prospectos de pensión LSS de 1997 dentro del SPES. Lo anterior podrá proporcionar al solicitante de una pensión información suficiente comparativa sobre las ofertas de cuantías por régimen y aseguradora, permitiendo así transparentar el proceso de elección de régimen para realizar una mejor toma de decisión.

3.6.4 Administración y Finanzas

3.6.4.1 Sistema planeación de recursos institucionales PREI

Asegurar el registro y control de la información financiera, a través de una sola plataforma tecnológica, que garantice su integridad y seguridad, logrando constituirse como una fuente única, actual e histórica disponible, brindando consistencia y oportunidad en los procesos de análisis y toma de decisiones.



○ **Servicios que presta y funcionalidad**

Apoyar en forma eficiente y oportuna el registro y control de la información financiera referente a los módulos de Inversiones Financieras, Contabilidad, Presupuesto, Cuentas por Pagar, Tesorería, Activo Fijo y Control de Compromisos.

○ **Cobertura**

El PREI cuenta con una cobertura Nacional al operar en los tres niveles Institucionales atendiendo a las siguientes instancias:

• Central Normativo	• CSS
• Delegaciones	• Centros de Artesanías
• UMAE	• Centros Vacacionales
• Hospitales de 2º Nivel	• Unidades Deportivas
• UMF	• Teatros
• Farmacias	• Tiendas
• Almacenes Delegacionales y Central	• Velatorios
• Subdelegaciones	• Plantas de Lavado
• Guarderías	• HR
	• UMR de IMSS-Oportunidades

○ **Estatus**

Derivado del proceso de Innovación Tecnológica emprendido por el IMSS, en 2011 se realizó la actualización del módulo de Inversiones Financieras en PeopleSoft versión 9.1; se tiene contemplado en 2012, la preparación de la documentación, mediante la cual se efectuará la realización de la siguiente fase.

De 2006 a la fecha, el Instituto cuenta con el sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI) utilizando un ERP PeopleSoft versión 8.8, de clase mundial.

En 2007, se realizaron las actividades de mapeo de procesos y evaluación de las adecuaciones y desarrollos no nativos de PeopleSoft, con la finalidad de identificar el flujo de operación de cada uno de los procesos utilizados en el área de Inversiones Financieras y las necesidades que surgieron de la operación cotidiana.

En 2008, se realizaron las actividades siguientes:

- Se desarrolló el diseño y parametrización de prototipo para prueba de instrumentos del módulo de Inversiones Financieras.
- Se realizó la propuesta de descostumización del módulo de Inversiones Financieras de PeopleSoft, con el fin de implantar una solución sin adecuaciones o modificaciones al código de origen.
- Se analizaron y evaluaron los módulos de finanzas y presupuesto, teniendo como objetivo el mapeo de procesos y como principales premisas, integrar, analizar y definir necesidades.

En 2009, se llevaron a cabo las actividades siguientes:

- Se realizó el diseño integral de las aplicaciones de finanzas y presupuesto a ser implantadas en el Instituto, incorporando las mejores prácticas del mercado en cuanto a procesos de negocios a través de la ejecución del proyecto *“Actualización PeopleSoft FSCM & EPM v. 9.1 Fase de Prediseño y Finalización”*.
- Se logró la integridad de la información generada de los procesos operativos de todas las Coordinaciones de la Unidad de Inversiones Financieras dentro del Sistema Institucional (ERP– PeopleSoft Enterprise versión 8.8) a través de la ejecución del proyecto *“PeopleSoft Inversiones Financieras - Fase 2”*.

En 2010, se realizaron las actividades siguientes:

- Se dio continuidad al proyecto “*Actualización PeopleSoft FSCM & EPM v. 9.1 Fase de Prediseño y Finalización*”, dejando las bases para dar inicio a la construcción e implementación.
- Se incorporó la funcionalidad para atender el proceso de Recepción y Emisión de Factura Electrónica para comprobantes fiscales digitales (CFD) y comprobantes de fiscales digitales por internet (CFDI), en cumplimiento a las disposiciones del Sistema de Administración Tributaria.

En 2011, se realizaron las actividades siguientes:

- Se dio inicio a la Fase I de la Implementación y Puesta en Marcha Finanzas PeopleSoft versión 9.1, logrando la actualización del módulo de Inversiones Financieras.
- Se integró la funcionalidad que permite el cumplimiento a lo establecido por la Ley General de Contabilidad Gubernamental.
- De forma paralela se continuó dando soporte a la versión 8.8 de PeopleSoft.

○ **Beneficios**

- a) Obtener información confiable, veraz y oportuna para la toma de decisiones.
- b) Dar transparencia de operaciones y auditabilidad.
- c) Tener control del PEF.
- d) Integrar y controlar el ciclo de egresos.
- e) Reducir el tiempo de procesos.
- f) Contar con registros únicos, eliminando recaptura de datos y conciliaciones.
- g) Contar con Estados Financieros e Informes de la Cuenta Pública en tiempo.
- h) Modernizar los servicios financieros del Instituto a Clase Mundial.

La integración de los procesos sustantivos y áreas normativas operando en la misma plataforma tecnológica, ha permitido mejorar la gestión administrativa y financiera, eficientando el control interno del Instituto.

3.6.4.3 Sistema de abasto institucional (SAI)

Este sistema, se encuentra desarrollado en una plataforma distribuida de cliente – servidor, a la cual se le integró la administración de los siguientes procesos: Requisición, Licitación, Contratación, Adquisición, Almacenamiento y Distribución de la Dirección de Administración y de Evaluación de Delegaciones. El sistema inició su implantación en diciembre de 1998, en la actualidad opera exitosamente en Unidades Médicas, Almacenes, Delegacionales y Nivel Central, lo que permitirá, entre otros:

- Garantizar el registro y control de la información referente a los sistemas de abasto, cadena de suministros, adquisiciones e inventarios, presentar información con rapidez y en un formato que facilite su interpretación y aprovechamiento en cada nivel del Instituto.
- Contar con datos actuales, oportunos que puedan ser consultados por quienes toman decisiones o definen estrategias institucionales (Nivel Central, Delegacional, UMAE y Unidad Operativa).
- Operar en una sola plataforma tecnológica, que garantice la integridad y seguridad de la información.
- Poseer una fuente única de información –actual e histórica– que esté disponible para toda la Institución. En ese sentido, el sistema brinda consistencia y oportunidad en los procesos de análisis de información y toma de decisiones.



○ Cobertura

El SAI cuenta con una cobertura Nacional al operar en los tres niveles Institucionales atendiendo a las siguientes instancias: Central Normativo; Almacenes Delegaciones y Central; UMAE; Hospitales de 2º Nivel y UMF.

○ Estatus

El IMSS ha decidido realizar una transformación de sus procesos de Cadena de Suministros (SCM) para mejorar su desempeño aprovechando la mejores prácticas a nivel internacional haciendo uso de la plataforma tecnológica PeopleSoft, con la finalidad de crear el modelo operativo para el futuro, las estructuras organizacionales y el plan de acción necesario para lograr y mantener un desempeño óptimo en la cadena de suministros del IMSS, mediante el procesos de migración de la versión 8.8 a la versión 9.1, mismo que se encuentra en etapa de preparación, a través de la integración de la documentación de las bases de Licitación Pública, mediante la cual se efectuará la contratación para la Implementación y puesta en marcha de la Cadena de Suministro del IMSS PeopleSoft Versión 9.1, con base a las siguientes actividades:

- Elaborar el Anexo Técnico para el proyecto.
- Elaborar el documento de los Términos y Condiciones.
- Efectuar el Diseño del Método de evaluación de propuestas.
- Dar seguimiento al proceso de Licitación.

○ Acciones

En 2006, se llevó a cabo la Homologación de Clasificación Presupuestal con PREI (Unidad de Información y Centro de Costos), tanto en Unidades Médicas como en las Delegaciones/UMAE.

En 2007, se realizaron las actividades siguientes:

- Se analizó, desarrollo y liberó el Repositorio de información Nacional.
- Se implementó el cálculo y grabado del PRECIO NETO en Contratos Abiertos y Cerrados en Delegaciones.
- Se implementó el cálculo de Penas Convencionales por incumplimiento total o parcial de órdenes de reposición del proveedor sin exceder el porcentaje de Fianza, en SAI- Delegación.

En 2008, se realizaron las actividades siguientes:

- Se incorporó al ambiente productivo la aplicación de Bolsa Única de Ofertas, contemplando compras emergentes con entrega a Delegación/UMAE para medicamentos en el sitio Bolsa Única de Ofertas.
- Se modificaron los Sistema y Bases de Datos de Unidades Médicas para el manejo de transacciones y la eliminación de tablas temporales.
- Se efectuó el análisis, desarrollo, liberación y mantenimiento de la nueva funcionalidad del Contrato Único Central.
- Se llevó a cabo la ejecución del proyecto “Visión estratégica de incorporación de los procesos de abasto al ERP”, con la finalidad de describir, a tercer nivel, la situación actual del Instituto respecto a los Procesos de Abasto, para poder realizar un análisis de brechas de los mismos respecto a las aplicaciones Oracle-PeopleSoft Enterprise.

En 2009, se realizaron las actividades siguientes:

- Se inició la ejecución del proyecto “Levantamiento de Procesos a Tercer, Cuarto y Quinto Nivel para el Diseño de la Solución de Punto de Uso de Farmacias”, con la finalidad de obtener el mapeo a detalle los procesos de Abasto, referentes a la Transcripción de Medicamentos considerando su ciclo completo de operación, así como las interfaces con los sistemas en operación y efectuar un análisis de tiempos y movimientos del surtido de medicamentos en farmacias, que permita identificar pasos clave y/o críticos en las áreas de Abasto Delegacional.
- Se llevó a cabo la ejecución del proyecto “Propuesta To Be para la implementación de la cadena de suministros del IMSS”, con la finalidad de obtener el diseño de un modelo operativo de cadena de suministro que incorpore las mejores practicas y que permita cumplir con los niveles de servicio de suministro que se requieren en el Instituto.
- Se llevó a cabo la ejecución del proyecto “Modelado de los Procesos de Negocio de la Coordinación Técnica de Administración de Activos”, definiendo los procesos que serán objeto de Modelado de Negocio de la Coordinación Técnica de Administración de Activos, para que estos procesos sirvan como sustento para la identificación de flujos de trabajo, sistemas que utilizan y requerimientos internos por parte de esta Coordinación.
- Se realizó la ejecución del proyecto “Mapeo de procesos de construcción del área de inversión física”, para obtener el mapeo de los procesos y elaborar un reporte de evaluación para un Sistema Integral para la administración de Obra Pública y Proyectos de Construcción, que cubra las necesidades de información de los principales procesos del negocio.
- Se realizó el “Mapeo de los procesos en la Coordinación de Control de Abastos de la División de Evaluación y Seguimiento al gasto de

adquisiciones de bienes”, a fin de conjuntar información para analizar y definir las necesidades y características del modelado de los procesos.

- Se llevó a cabo la ejecución del proyecto “Sistema Ejecutivo de Información de Abasto (SEI)”, permitiendo contar con un proceso automatizado para la extracción de información destinada a áreas normativas, obteniendo una mayor apertura y transparencia en la generación de Cubos de Información dentro de la Coordinación de Sistemas de Abasto.

En 2010, se realizaron las actividades siguientes:

- Se concluyó con la Propuesta To Be para la implementación de la cadena de suministros del IMSS, dejando las bases para dar inicio al proyecto de construcción e implementación.
- Se concluyó el proyecto “Levantamiento de Procesos a Tercer, Cuarto y Quinto Nivel para el Diseño de la Solución de Punto de Uso de Farmacias”.
- Se llevó a cabo el proyecto “PeopleSoft Versión 9.0 Optimización de los Procesos de Licitación, Contratación y Seguimiento Financiero de Obras Fase de Pre-Diseño y Finalización”, con la finalidad de contar con el diseño futuro de la cadena de Licitación, Contratación, Control y Seguimiento, Ejecución y Finiquito de los proyectos de Obra Pública para la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria y realizar el análisis de brechas del modelo futuro respecto a las soluciones Oracle PeopleSoft Enterprise.

En 2011, se realizaron las actividades siguientes:

- Se llevaron a cabo compras emergentes en unidades médicas en modalidad piloto a diversos grupos de suministro como: Papelería, Artículos de Aseo, Consumibles de Equipo Médico y Laboratorio, Material de Mantenimiento de Inmuebles, Refacciones de Equipo Médico y de Laboratorio en el sitio Bolsa Única de Ofertas.

- Se efectuó mantenimiento y mejoras al esquema de Extracción y carga de Información al Sistema Ejecutivo de Información.
- Se implementó el Tablero de Control del Abasto e Informes Directivos del Sistema Ejecutivo de Información de Abasto.
- Se construyeron indicadores de recetas a nivel directivo, se crearon reportes centrales para el proceso de prescripción por transcripción en Delegaciones, Unidades Médicas y Nivel Central.
- Se implementó el proceso de Validación de Órdenes de Reposición antes del publicarlas al proveedor.

De forma paralela a las actividades anteriores, a solicitud de las área usuarias y/o requerimientos gubernamentales, y se continua dando soporte a la Versión 8.8 de PeopleSoft en los módulos de Compras y Proyectos para bienes de inversión y obras.

○ **Beneficios**

- Obtener información confiable, veraz y oportuna para toma de decisiones.
- Contar con transparencia de operaciones y de auditabilidad.
- Reducir tiempo de procesos.
- Contar con registros únicos, eliminando recaptura de datos y conciliaciones.

Lo que permitirá la integración de los procesos sustantivos y áreas normativas operando en la misma plataforma tecnológica, mejorando la gestión de la cadena de suministros, hacer eficiente la planeación, así como la realización de procedimientos de adquisición con un soporte financiero adecuado, logrando mejoras en el control interno del Instituto.

3.6.4.4 PeopleSoft Versión 9.0 optimización de los procesos de licitación, contratación y seguimiento financiero de obras fase de pre-diseño y finalización

Realizar el diseño futuro de los procesos de Licitación, Contratación, Control, Seguimiento, Ejecución y Finiquito de los proyectos de Obra Pública para la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria en coordinación con el Sistema de PeopleSoft FSCM V 9.0 en su forma nativa y realizar el análisis de brechas del modelo futuro respecto a las soluciones Oracle PeopleSoft Enterprise.

En esta fase del proyecto, se estableció el alcance siguiente:

- Analizar y definir la solución de cada uno de los requerimientos autorizados en el Documento de Situación Actual (As-Is) y diseñar la solución del Modelo de Situación Futura (To-Be) de PeopleSoft FSCM versión 9.0.
- Identificar las Brechas (Fit-Gap) del Modelo de Situación Futura respecto a la solución nativa de PeopleSoft Enterprise FSCM Versión 9.0.

Después de la implantación y puesta en marcha, este sistema prestará los servicios y funcionalidad siguiente:

- Integrar al ERP PeopleSoft Enterprise V 9.0 todos los procesos de Licitación, Contratación, Control, Seguimiento, Ejecución y Finiquito de los proyectos de Obra Pública que puedan ser cubiertos de forma nativa o adaptada, aprovechando las bondades y herramientas del mismo.
- Automatizar procesos: El cual identifica cuales serían los procesos que permitirán mejorar el tiempo y esfuerzo de la operación del flujo actual.
- Registrar y controlar la información a través de los procesos de negocio configurados en la aplicación.

- Acceder oportunamente a información clave como es el caso de Licitaciones, Contratos, Pagos de Estimaciones, Autorizaciones electrónicas, entre otras.
- Tener controles presupuestarios en línea.
- Reducir tiempos en la ejecución de los procesos.

○ **Estatus**

El Instituto ha decidido realizar una transformación de sus procesos de registro, control y seguimiento de los procesos de licitación, contratación y seguimiento financiero para los bienes de inversión y obra; se tiene contemplado en 2012, la preparación de la documentación de bases de Licitación Pública, mediante la cual se efectuará la contratación de la fase de *“Implementación y puesta en marcha de Bienes de Inversión y Obras en el IMSS PeopleSoft Versión 9.1”*, con base a las siguientes actividades:

- Elaborar el Anexo Técnico para el proyecto.
- Elaborar el documento de los Términos y Condiciones a considerar en la contratación.
- Efectuar el Diseño del Método de evaluación de propuestas.
- Dar seguimiento al proceso de Licitación.

○ **Acciones**

En 2010, se inició y concluyó la ejecución del proyecto *“PeopleSoft Versión 9.0 Optimización de los Procesos de Licitación, Contratación y Seguimiento Financiero de Obras Fase de Pre-Diseño y Finalización”*, dejando las bases para dar inicio al de *“Implementación y puesta en marcha de Bienes de Inversión y Obras en el IMSS PeopleSoft Versión 9.1”*.

3.6.4.5 Actualización del SIAP

Apoyar de forma eficiente y oportuna la administración y control de los recursos humanos, con la finalidad de cumplir en tiempo y forma con los pagos y prestaciones del personal de acuerdo al CCT y Ordenamientos de Ley.

- **Servicios que presta y funcionalidad**

- Gestión de la estructura organizacional de recursos humanos del IMSS; elaboración de la nómina de empleados; control y registro para la selección y contratación de personal; ejecución del presupuesto de control de gastos derivados de la administración de personal.

- **Cobertura**

El Sistema es utilizado en las 35 delegaciones y en nivel central, atendiendo las funciones sustantivas de la DAED en materia de servicios personales. Se manejan tres tipos de nóminas: Trabajadores Activos, Jubilados, Pensionados y Funcionarios Públicos. Contiene 12 distintos tipos de contratación: Confianza, Base, Temporales, Sustitutos, Residentes, Becarios y Becados, Estatuto, Funcionarios de Mando, Jubilados y Pensionados (Régimen Actual y Anterior), Trabajadores contratados por Tiempo Determinado. Control de 4 tipos de pago de nómina: Depósito Bancario, Cheque, Efectivo y Pago Referenciado.

- **Acciones**

En 2006, se llevó a cabo la modernización de la base de datos donde opera el sistema de nómina, la cual incluyó modificaciones a 309 funciones.

Se actualizó la infraestructura en el que operaba la nómina y la plataforma tecnológica; Fue implantado el módulo de Bolsa de Trabajo a nivel nacional; se modificaron varios productos para ser generados en impresoras laser y fue incorporado un nuevo esquema de seguridad en la base de datos en el sistema operativo de los servidores y en la misma aplicación, agregando mecanismos de cifrado en las cuentas de acceso.

En 2007, se utilizaron herramientas más actualizadas para el desarrollo de los sistemas, aplicando dichos cambios en el sistema de nómina del Instituto; se puso en marcha un control de archivos y monitoreo de la base de datos, ejecución de respaldos e impresión de Cheques, unificando estas funciones en un solo sistema denominado Sistema de Apoyo a la Operación en Delegaciones y se impulsó con mayor fuerza los desarrollos en plataforma WEB, liberando en ambiente productivo el Portal del SIAP y desarrollando ya en esta tecnología los nuevos requerimientos de las áreas usuarias.

En 2008, se inició el proyecto del Nuevo Modelo de Recursos Humanos y Nómina, concluyendo la fase de análisis; se liberaron para el SIAP los módulos de Finiquitos y Pasajes y se colaboró con la DAED para la prueba piloto del proyecto de inclusión de dispositivos biométricos para el control de asistencia.

En 2009, se desarrolló la fase dos del *“Nuevo Modelo de Recursos Humanos y Nómina”*, concluyendo con la etapa de prediseño y finalización, dejando las bases para dar inicio a la construcción e implementación; se elaboró la *“Sistematización del Proceso de Capacitación”* y se desarrolló el análisis y construcción del *“Sistema de Nómina para los Trabajadores contratados por Tiempo Determinado”*, quedando pendiente la utilización de tres de sus módulos por parte del área solicitante.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se realizó el Análisis de información SIAP como insumo del Sistema de Acceso a Derechohabientes para Trabajadores y Jubilados del Instituto.

En 2010, se realizó el proyecto para la sistematización del cálculo para el Estímulo a la Calidad y Eficiencia; se inició la fase tres del Nuevo Modelo de Recursos Humanos denominada de Construcción e Implementación, llevando a cabo la presentación de arranque del proyecto con la Unidad de Personal; se otorgó el apoyo solicitado por la Coordinación de Prestaciones Económicas para desarrollar el mecanismo tecnológico de cálculo de ISR para jubilados no IMSS y finalmente, la base de datos de la nómina de Funcionarios Públicos de Mando fue actualizada a una plataforma más reciente.

En 2011, se dio continuidad al proceso de mejora del sistema para soportar la operación de la nómina en las nuevas versiones del sistema operativo Windows de los equipos donde operaba a nivel nacional, se desarrollaron modificaciones de compatibilidad del sistema. Así mismo, se liberó a producción el módulo de Evaluación del Personal de Mando, el módulo de Evaluaciones Psicométricas para personal de nuevo ingreso o sujeto a promoción y finalmente, de acuerdo a la iniciativa de la Dirección General se desarrolló el Sistema de Orden y Limpieza. Todos los módulos anteriormente descritos fueron desarrollados en tecnología para uso en el Internet.

○ **Estatus**

- Se encuentra en proceso la incorporación de la nueva funcionalidad y modificaciones de mejora a los procesos, tanto en Base de Datos como en Aplicación.
- Se encuentra en actualización tecnológica de los módulos desarrollados en tecnología web a nuevas versiones de la plataforma utilizada.
- El Sistema está en constante optimización y mejora tecnológica.

3.6.4.6 Software intermedio, bases de datos y sistemas operativos

En el periodo de 2007 a 2011 con la contratación de los diversos productos de software intermedio y de base de datos de Oracle y su correspondiente servicio de actualización y soporte técnico, se logró la administración de manera eficaz y eficiente, optimizando en todo momento la operación y manejo de datos asegurando su máxima disponibilidad y accesibilidad, optimizando de manera importante su uso para beneficio de los sistemas sustantivos del Instituto.

En 2007 se llevó a cabo la contratación del Servicio de Licenciamiento de Productos Adicionales y Reforzamiento de Servicios del Manejador de Base de Datos (RDBMS) ORACLE.

En 2008 se realizó la adquisición de Licenciamiento de Productos Adicionales y Reforzamiento de Servicios del Manejador de Base de Datos (RDBMS) ORACLE.

En 2008 se realizó la adquisición de Licenciamiento, Soporte y Actualización de las herramientas de SW que complementaron la Arquitectura de Datos.

En 2009 se realizó la contratación del Servicio de Soporte Técnico y Actualización de Licencias para el RDBMS de ORACLE y sus Complementos.

En 2010 se realizó la contratación del Servicio de Soporte Técnico, Actualización de Licencias para el Motor de Base de Datos (RDBMS) de ORACLE y sus Complementos Hyperion, BEA, y Servicios Asistidos de Soporte.

En 2011 se llevó a cabo la contratación del Servicio de Soporte Técnico, Actualización de Licencias de los productos ORACLE (Licencias para el RDBMS de ORACLE y sus complementos, BEA y Peoplesoft) y Servicios Asistidos de Soporte.

Se ha focalizado en atender las necesidades tecnológicas de las Direcciones Normativas del Instituto, de manera que se automaticen los procesos facilitando y agilizando la atención a derechohabientes y patrones, logrando un mejor control de los mismos.

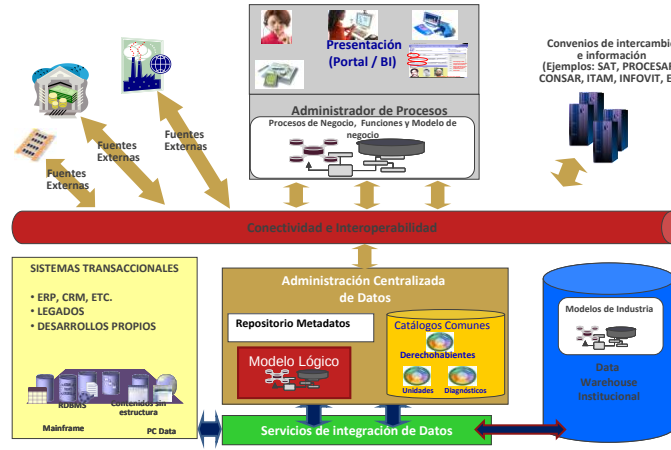
En específico, para la DF y la DAED, se trabajó en optimizar los procesos de Finanzas, Abasto y Recursos Humanos, implantando las últimas versiones de la Plataforma Tecnológica del Sistema de Planeación de Recursos Empresariales (ERP) de ORACLE PeopleSoft.

3.6.4.7 Base de datos única (BDU)

Asegurar la Interoperabilidad entre los sistemas de información del IMSS mediante:

- Una Arquitectura Orientada a Servicios.- Servicios de acceso a los datos en las cuales los sistemas de información del Instituto puedan utilizar los datos del Repositorio de la Base de Datos Única.
- Un Repositorio Único de Datos (Datos Maestros).- Repositorio de datos principales (Datos Maestros) de una entidad de negocio (Ej. Asegurado: NSS, Nombre del Asegurado, Domicilio, Unidad de Adscripción, etc.) mediante la cual los sistemas de información accedan y utilicen dichos datos en una sola ubicación. Ver gráfica 3.3 DIDT.

GRÁFICA 3.3 DIDT,



Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

○ Acciones

En el año de 2008, se dio inicio a la iniciativa de “Base de Datos Única del IMSS” con el proyecto “Modelo de Gobierno de la Base de Datos Única”, con la finalidad de proveer un marco de criterios y procedimientos para la gestión, diseño, mejora continua y documentación de las estructuras y contenidos de la BDU que aseguren el cumplimiento de los objetivos de ésta.

Se continuó con el Diseño Lógico de la Base de Datos Única con el objetivo de estudiar los procesos y reglas de negocio y aplicativos del IMSS, y con base en mejores prácticas de gestión de datos y de ciclo de vida de la información diseñar la arquitectura.

En 2009 se realizó el Diseño Físico de la Base de Datos Única, con el objetivo de generar la definición y diseño técnico con base en estándares y mejores prácticas del mercado.

En 2010 se llevó a cabo la primera implantación productiva de la BDU con los datos maestros (DM) de los padrones de Patrones y Asegurados; así mismo se realizó una carga de los datos de los padrones de Patrones y Asegurados.

3.6.4.8 Sistema de seguimiento de casos jurídicos (SSC)

Llevar el registro, control y supervisión de los asuntos relacionados con Investigaciones y Juicios Laborales, Fiscales e Inconformidades.

○ Acciones y Resultados

- En 2006 se dio la puesta en operación del SSC, que ayuda a la DJ del Instituto y a las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos (JDSJ), en el registro, control y supervisión de los asuntos relacionados con Investigaciones y Juicios Laborales, Fiscales e Inconformidades.
- Entre 2007 y 2008 se inició con el mapeo de procesos que la ASF solicitó a la DJ automatizar e integrar al SSC, los cuales consistieron en incluir los Recursos y Juicios de Amparo.
- Entre 2009 y 2011 se concluyó la documentación de los diagramas de los seis procesos con la finalidad de automatizarlos e incrementar la funcionalidad del mencionado sistema. Asimismo, se incluyeron al módulo de juicios laborales, las rutinas para que, conforme a la acción, de manera automática se establezca el importe estimado del juicio.

Este Mapeo de Procesos quedó documentado, revisado y aprobado por parte del personal de la citada Dirección.



Se inició la fase de levantamiento de requerimientos para dar continuidad a la automatización de los seis procesos documentados, correspondientes al mapeo de los subprocesos relativos a juicios administrativos federales, recurso de revisión y amparos indirectos cuando el IMSS es actor.

Se dio Soporte y Mantenimiento al SSC para realizar las adecuaciones necesarias al sistema conforme a las leyes o normatividades que sufren cambios. Actualmente dicha aplicación se le da mantenimiento y está en operación.

3.6.4.9 Sistema de información para el proceso administrativo de responsabilidades (SIPAR)

Permitir el seguimiento diario del estado procesal de los expedientes de responsabilidades administrativas, así como evaluar el desempeño de las Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades (AAQR).

○ Acciones

En 2009 se concluyó la fase de análisis generando 50 casos de uso y se inició en el mes de septiembre de 2009 la construcción del Sistema.

En el periodo de 2010 a 2011 se continuó con la construcción del Sistema, con base en los casos de uso especificados durante la etapa de análisis, se logró terminar la automatización del mismo.

Para mediados de 2011 se liberó y se puso en producción para que pudiera ser utilizado por las áreas usuarias.

A finales de 2011 se dio atención a nuevos requerimientos del usuario y modificaciones al sistema resultado de cambios en los procedimientos internos del Área y se reflejaron en la herramienta tecnológica solicitada.

- **Beneficios**

El SIPAR permite reducir tiempos y recursos en la atención de los expedientes que administra el área de Responsabilidades del OIC al contar con procesos automatizados de evaluación y monitoreo oportunos.

3.6.4.10 Sistema de información delegacional para el desarrollo institucional (SIDDI)

Medir el desempeño de las Unidades Médicas y Administrativas del Instituto, derivado de las visitas de evaluación que realiza la Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED), para una mejor toma de decisiones de Alta Dirección.

- **Acciones**

En el año 2009 se desarrolló la funcionalidad “fuera de línea” que permite a los evaluadores la captura de información sin tener que estar en comunicación permanente con el servidor y descargar posteriormente, cuando estén conectados a la red, las evaluaciones de desempeño.

En 2010 se buscó la aceptación de la funcionalidad fuera de línea con el usuario, se plantearon algunas actividades como la de realizar una revisión y actualización de indicadores, instalación del módulo fuera de línea en equipos de la UED, para comenzar una prueba de funcionalidad en conjunto con el Área Normativa.

3.6.4.11 Modelo de operación a los servicios de administración y soporte de aplicaciones de cómputo (MOSASA)

Definir la metodología que determina la interacción entre el IMSS, la fábrica de software del proveedor y los servicios de aseguramiento de calidad, y generar ahorros por hora de desarrollo y operación de las aplicaciones del Instituto.

- **Acciones**

En el 2008 se definieron los procesos.

En el 2009, se inició la capacitación de los procesos y se empezó a usar en los proyectos nuevos y en los mantenimientos orientados al desarrollo de software, dando origen a una nueva versión y a una nueva capacitación, así mismo, como parte del apoyo en su uso, se dio soporte continuo y revisiones periódicas y se integraron los proyectos de mejora y consultoría en el uso de los procesos.

En el 2010 se generó una nueva versión y capacitación, de igual forma se apoyó en su uso, se dio soporte continuo y revisiones periódicas.

En el año 2011, se celebró un nuevo contrato con el cual se opera bajo un esquema basado en prácticas estándares de la industria. El modelo contempla la definición de la metodología que determina la interacción entre el IMSS, la fábrica de software del proveedor y los servicios de aseguramiento de calidad, así mismo se llevaron a cabo actividades de soporte y asesoría.

De igual forma, en este modelo se define un nuevo proceso de atención de solicitudes para el desarrollo de aplicaciones, la habilitación del aseguramiento de la calidad de los servicios de la DIDT y el diseño y ejecución del diagnóstico integral de procesos de la DIDT con base en los principales marcos internacionales de referencia.



Con respecto a la metodología, ésta se empezó a definir en mayo del 2008 y finalizó en enero del 2011 la cual determina la interacción entre el IMSS, la fábrica de software del proveedor y los servicios de aseguramiento de calidad; estuvo conformada por 13 procesos que dieron origen al PROMEP (Programa Organizacional de Mejora de Procesos).

Como conclusión, del 2009 al 2011 se logró capacitar a un 80 por ciento de la población de la DIDT, tanto recursos internos como externos, se utilizó la metodología en casi todos los proyectos que en su momento se estaban ejecutando, se ejecutaron revisiones y se generaron versiones de PROMEP.

3.6.4.12 Centro de continuidad de negocio (CCN)

Monitorear, administrar eventos, descubrir componentes, administrar la configuración, administrar del desempeño y administrar el impacto al negocio para la Gestión de los Servicios de Tecnologías de la Información.

- **Acciones**

Durante 2006 a 2011 se llevó a cabo la adquisición de herramientas de monitoreo, administración de eventos, descubrimiento de componentes, administración de la configuración, administración del desempeño y administración del impacto al negocio para la Gestión de los Servicios de Tecnología de Información.

○ **Beneficios**

- Se implementó el monitoreo de la infraestructura tecnológica que soporta el servicio (servidores web, servidores de base de datos, servidores de aplicaciones, entre otros) del Cenati Monterrey, Cenati México y delegaciones.
- Se capacitó al personal de la Mesa de Servicio Institucional con la finalidad de contactar al área técnica de los servicios de la DIDT en caso de una falla o degradación de sus servicios.

3.6.4.13 Establecimiento de mejores prácticas operativas

Estandarizar los procesos de operación de Tecnologías de la Información (TI) del Instituto con el objeto de ofrecer servicios más eficientes y optimizar la operación.

○ **Acciones**

Estandarizar los procesos de operación de TI del Instituto con el objeto de ofrecer servicios más eficientes y optimizar la operación basado en las mejores prácticas internacionales para Operación de Servicios de TI llamado ITIL, adaptado a las necesidades del IMSS.

Desde 2006 y hasta 2011 se diseñaron 8 procesos y se trabaja en su implementación. Los principales productos que se han obtenido son:

- Catálogo de Servicios de TI.
- Mapa de componentes de infraestructura de los servicios.
- Marco Normativo y Plan de Madurez de Procesos definidos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Procesos de Gestión de Incidentes, Problemas, Configuraciones, Cambios, Niveles de Servicio, Continuidad de Servicios de TI, Gestión de Catálogo de Servicios de TI y Atención de Requerimientos.

La implementación de dichos procesos se lleva a cabo de acuerdo a la estrategia de incorporar los servicios de TI a los procesos. Las actividades que se realizaron son las siguientes:

- Diseño de los Procesos de Gestión del Catálogo de Servicios, Atención de Solicitudes Operativas, Gestión de Niveles de Servicio y Gestión de Continuidad de Servicios de TI.
- Inicio de implementación de los procesos de Gestión de Configuraciones y Gestión de Cambios.
- Elaboración del Marco Normativo y Modelo de Madurez de los procesos de Gestión de Configuraciones, Cambios, Problemas, Incidentes y Catálogo de Servicios.
- Material de Capacitación de Conceptos de ITIL v3 capacitando a 59 personas de la DIDT para la certificación “Fundamentos de Administración de Servicios de TI (ITIL v3)”.

○ **Beneficios**

Implementación de los procesos y actualización de acuerdo a los lineamientos del MAAGTIC: Catálogo de Servicios de TI; Procesos de Gestión de Incidentes; Problemas; Configuraciones; Cambios; Niveles de Servicio; Continuidad de Servicios de TI y Atención de Requerimientos.

3.6.5 Optimización de infraestructura

3.6.5.1 Licencia electrónica Code Charge Studio 4.3 Inglés marca Yes Software

La herramienta Code Charge, se utiliza para otorgar el soporte y mantenimiento correspondiente al seguimiento del proceso de administración del Sistema Everest.

- **Funcionalidad**

- Entorno integrado de desarrollo para plataformas web.
- Herramientas de publicación incluidas para ambientes de producción y pruebas, Soporte a múltiples bases de datos, en diseño y producción.
- Autocompletado de etiquetas HTML y funciones nativas del lenguaje de programación.
- Soporte a múltiples lenguajes de programación.

BMC Soluciones 1: BMC Atrium Dashboarad and Analytics; BMC Atrium Service Level Management; BMC Remedy Asset Configuration Management- Floating; BMC Remedy Asset Configuration Management- User Add On; BMC Remedy Change Management – Floating; BMC Remedy Change Management - User Add On; BMC Remedy IT Service Management Suite; BMC Remedy Self Service; BMC Remedy Service Desk – Floating; BMC Remedy Service Desk - User Add On y BMC ProactiveNet Performance Management.

- **Descripción**

Herramienta que automatiza los siguientes grupos de procesos del MAAGTIC:

- Administración de Servicio



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Administración del portafolio de servicios de TIC
- Diseño de servicio de TIC
- Nivel Ejecución/Entrega

Transición y Entrega

- Administración de cambios
- Liberación y entrega
- Transición y habilitación de la operación
- Administración de la Configuración

○ **Funcionalidad**

Herramienta que permite monitorear Bases de Datos, Servidores, Servidores Web, así como de adaptadores, facilita correlación de eventos, genera reportes y da notificación de la degradación de los sistemas.

BMC Soluciones 2: BMC ProactiveNet Performance Management - Application, DB Md; BMC ProactiveNet Performance Management - Third Party System; BMC Performance Manager Express for Servers; BMC Performance Manager for Business Applications; BMC Performance Manager for Database; BMC Performance Manager for Internet Servers y BMC Performance Manager for Server.

○ **Funcionalidad**

Herramienta que permite monitorear Bases de Datos, Servidores, Servidores Web, así como de adaptadores, da correlación de eventos, genera reportes y da notificación de la degradación de los sistemas.

BMC Soluciones 3: BMC Performance Manager for BEA Tuxedo; BMC Performance Manager for Business Applications; BMC Performance Manager for Databases; BMC Performance Manager for Servers y BMC Performance Manager for Web Application Servers.

- **Funcionalidad**

Dar monitoreo de los componentes de infraestructura el PREI, establece correlación de eventos, genera reportes y notificación de la degradación de los sistemas en Bases de Datos, Servidores, Servidores Web, así como tuxedo para People Soft del PREI.

BMC Soluciones 4: BMC Configuration Discovery for Clients; BMC Configuration Discovery for Servers; BMC Event Manager - Enterprise Base; BMC Foundation Discovery; BMC Impact Explorer; BMC Impact Integration for Tivoli; BMC Impact Portal; BMC Performance Assurance for Servers; BMC Performance Manager Express for Servers; BMC Performance Manager for Business Applications; BMC Performance Manager for Internet Servers; BMC Performance Manager for Servers; BMC Performance Manager Portal; BMC Remedy AR System Server; BMC Remedy Flasboards Applications; BMC Server Impact Manager Managed Server; BMC Service Impact Manager Base; BMC Server Level Management; BMC Service Level Management Flt y BMC Topology Discovery.

- **Funcionalidad**

Dar Monitoreo de infraestructura sin agentes (Bases de Datos, Servidores, Servidores Web, así como de adaptadores), descubrimiento de atributos de infraestructura para su integración con la CMDB de ARS Remedy, Modelado de Impacto de Componentes de Infraestructura.

3.6.5.2 Centro de atención telefónica-centro de contacto (CALL CENTER)

El Centro de Contacto IMSS nace en el año 2006 ante la necesidad de brindar servicios de atención, orientación e información, así como para gestionar servicios a patrones y demás sujetos obligados, derechohabientes, jubilados y público en general, en la República Mexicana, con el propósito de acercar los servicios del Instituto a la población en general, a través de medios electrónicos de comunicación.

- **Objetivo**

Otorgar los servicios de atención, orientación, información y asesoría, en materia de seguridad social, gestionar servicios a patrones, derechohabientes, jubilados y público en general, promocionar campañas para acercar los servicios del Instituto a la población en general, así como encuestas telefónicas con usuarios del Instituto para conocer sus puntos de vista y el grado de satisfacción existente con los servicios que el Instituto proporciona, y del mismo servicio, a través de la contratación de una empresa calificada en el manejo y administración de Centros de Contacto.

- **Fines del centro de contacto**

- a. Mejorar y optimizar los servicios de atención, información, orientación, asesoría y gestión de patrones, derechohabientes, jubilados y público en general, mediante múltiples canales de comunicación directa y acceso expedito, sobre los trámites, las gestiones administrativas y los servicios que en materia de seguridad social ofrece dicha institución.
- b. Promocionar sus campañas institucionales de imagen y para dar a conocer y acercar los servicios y prestaciones económicas, médicas y sociales a la población.

- c. Mejorar el servicio de soporte técnico que se proporciona a los patrones mediante los sistemas IMSS: IDSE, SUA, Firma Digital, entre otros servicios vía web para contribuyentes, mediante el uso de herramientas de automatización y colaboración (Co-Browsing).
- d. Conocer las opiniones, puntos de vistas y grados de satisfacción existentes en la población usuaria, con respecto a los servicios médicos, asistenciales, económicos y sociales que el Instituto proporciona, así como de la calidad del servicio mismo del Centro de Contacto mediante encuestas telefónicas.
- e. Consolidar al Centro de Contacto como punto único de contacto para la atención ciudadana.

Es importante señalar que las acciones emprendidas por parte del Instituto respecto al servicio del Centro Telefónico han sido las siguientes:

Llevar a cabo una cobertura a Nivel Nacional de la campaña de Cita Médica Telefónica, dicho servicio ha tenido un incremento importante ya que en el año 2010 se recibieron 823,032 llamadas, para el año 2011 se recibieron un total de 1'358,672 llamadas.

De manera constante se trabaja con las diferentes áreas del Instituto para liberar diferentes campañas informativas, por ejemplo la de “Mexicanos en el extranjero”, con el objetivo de brindar asesoría a todos los connacionales; asimismo, se han realizado diferentes encuestas telefónicas en las cuales se busca conocer los diferentes puntos de vista y opiniones de las personas que han hecho uso de los servicios del IMSS.

De igual forma se está por implementar la Mesa de Servicios Institucional a través del Centro de Contacto, con el fin de atender las observaciones emitidas por la SFP respecto al servicio que se brinda actualmente.

3.7 Jurídica

El IMSS, en términos de la LSS, tiene el carácter de organismo público descentralizado, administrador del servicio público de carácter nacional denominado Seguro Social, así como de organismo fiscal autónomo. También tiene el carácter de patrón, en términos de la Ley Federal del Trabajo (LFT).

Derivado de lo anterior, en su gestión cotidiana, el IMSS realiza actos de diversa naturaleza jurídica, que pueden ser combatidos por quienes se consideren afectados por ellos en su esfera jurídica.

Por otra parte, cuando es el Instituto quien considera afectados sus derechos por la actuación de terceros, ya sea entidades públicas o particulares, tiene el derecho y la obligación de hacer valer los medios previstos en las leyes, para la protección de sus intereses.

En este contexto, hay una diversidad de asuntos contenciosos en que el Instituto es parte y cuya atención es una de las responsabilidades fundamentales de las JDSJ y de la DJ, respecto de aquellos que por su importancia y trascendencia son atraídos por la misma.

La DJ, en el ámbito de sus atribuciones, dicta y encauza el criterio jurídico institucional, desahoga consultas y proporciona asesoría y apoyo legal a las diversas áreas institucionales; dirige la defensa jurídica de los intereses institucionales en los juicios o procedimientos de distinto orden en que el Instituto es parte; practica las investigaciones administrativas de actos que pudieran ser constitutivos de delitos establecidos en la LSS y, en su caso, presenta las denuncias o querellas procedentes, así como, lleva a cabo las investigaciones

laborales en términos de lo que establece el CCT que rige las relaciones laborales entre el Instituto y sus trabajadores. Asimismo, tiene entre sus atribuciones la de realizar los actos necesarios para legalizar las operaciones relacionadas con el patrimonio inmobiliario del Instituto.

3.7.1 Programa nacional de atención y control de juicios (PNACJ)

Al inicio de la gestión de la actual DJ (2002), se observó que los servicios jurídicos en las Delegaciones estaban demeritados en su eficiencia, eficacia y oportunidad y, lo más grave, se preveía que de no tomar medidas inmediatas para detener esa tendencia, resultarían seriamente afectados los intereses institucionales.

La mayor parte de los juicios se perdían por parte del Instituto, entre otras razones, por la desmesurada carga de trabajo de los abogados disponibles para realizar las tareas relacionadas a los asuntos que se presentaban, así como la deficiente actualización de ellos, en cuanto al marco legal, y la poca o nula disponibilidad del instrumental legal actualizado para la defensa de los asuntos, y en materia fiscal, la falta de fundamentación y motivación en la emisión de los actos administrativos de las áreas operativas.

En la estructura de la DJ y de las jefaturas de servicios jurídicos en las Delegaciones, no se contaba con áreas especializadas para la atención de los juicios laborales, por lo que éstos, no obstante su volumen y costos para el Instituto, formaban parte de las funciones a cargo de la Coordinación Contenciosa en el nivel central y de los Departamentos Contenciosos en las Delegaciones.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Aunado a lo anterior se observaba insuficiencia de personal para atender de forma oportuna las demandas, así como las demás fases del proceso; falta de análisis situacional de las jefaturas de servicios jurídicos y acercamiento con éstas para unificar criterios de atención para los juicios laborales; deficiencia en la integración de documentos que sustentaran la defensa en los juicios; excesivo diferimiento de audiencias, duración prolongada de los juicios, y numerosas resoluciones desfavorables a los intereses del Instituto.

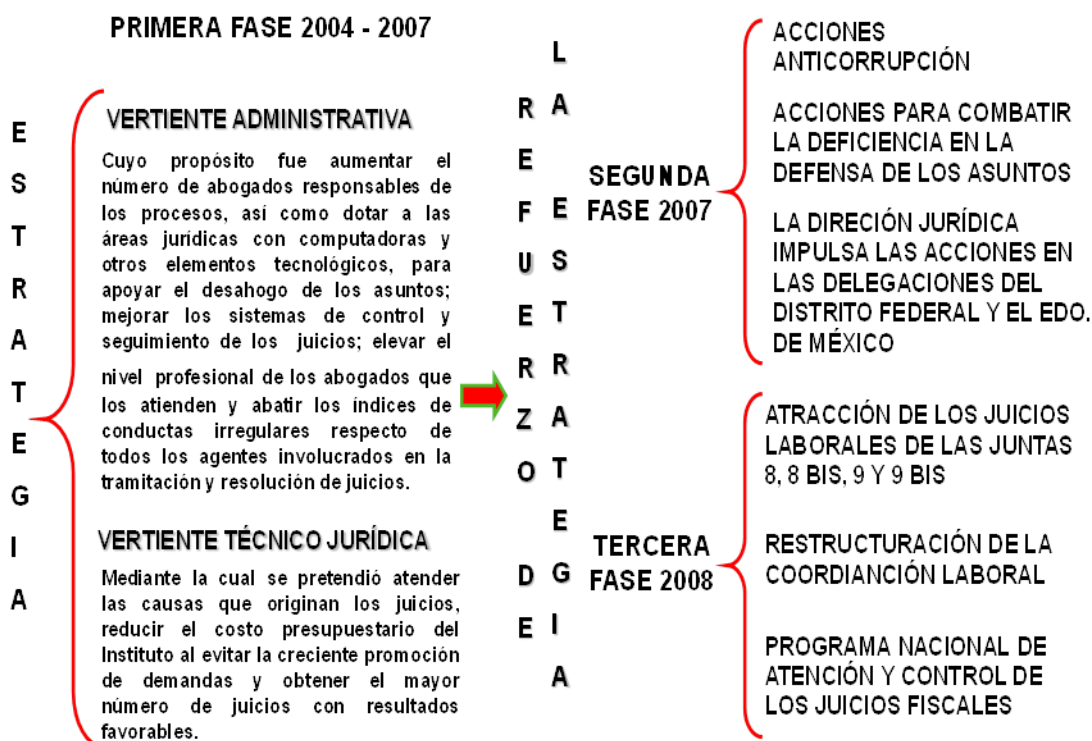
Fuera del ámbito de competencia del Instituto, también se detectaron causas de incremento sostenido y cada vez más significativo del número de los juicios laborales en trámite; la principal de dichas causas consistía en la insuficiente capacidad de las autoridades laborales, para atender y resolver, cada año, al menos igual número de juicios que los iniciados en el mismo período.

Este factor, ajeno a las responsabilidades y atribuciones del Instituto, se constituía entonces y prevalece actualmente, como se demostrará más adelante, como una causa determinante del rezago observado.

A fin de afrontar y resolver la problemática institucional reseñada, se implementó, a partir de marzo de 2004, el PNACJ, que se diseñó en base al diagnóstico situacional de las JDSJ, identificando las principales causas generadoras de juicios de carácter laboral promovidos por asegurados y por trabajadores del Instituto. Ver cuadro 3.1 DJ.

CUADRO 3.1 DJ, EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA 2004-2008

Programa Nacional de Atención y Control de Juicios.



Fuente: Dirección Jurídica.

Adicionalmente, para lograr un mejor control del proceso de juicios laborales, se gestionó la autorización del establecimiento de la Coordinación Laboral en el Nivel Central y los Departamentos Laborales en las Delegaciones.

Por otra parte, la función de realizar las Investigaciones Laborales pasó de la entonces Dirección de Desarrollo de Personal y Organización, a la DJ, y en las Delegaciones, a las JDSJ.

3.7.1.1 Principales Acciones realizadas para mejorar la defensa de los juicios laborales y disminuir las causas de su presentación

- Se estableció la Coordinación Laboral en el Nivel Central y los Departamentos y/o Oficinas de lo Laboral en las Delegaciones.
- Se transfirió la función de llevar a cabo las investigaciones laborales de la entonces Dirección de Desarrollo de Personal y Organización, a la DJ; y en las Delegaciones, a las JDSJ.
- Se designaron coordinadores-supervisores ante las Juntas Especiales números 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la JFCA en las que se concentraba el mayor número de juicios en trámite a nivel nacional, para supervisar el correcto desarrollo de audiencias.
- Se conformaron grupos de trabajo normativos y delegacionales para precisar las estrategias de defensa, revisión de asuntos más antiguos y costosos a efecto de concluirlos.
- Se realizó la depuración de expedientes a nivel delegacional.
- Se implementaron controles de agendas para la atención de audiencias a fin de evitar el diferimiento de las mismas.
- Se implementó el análisis de laudos a fin de consentirlos cuando estuvieran apegados a derecho y evitar la promoción de amparos improcedentes.
- Se creó un sistema de control de pagos, que permite el correcto cumplimiento del Instituto y prevenir actos de corrupción.
- Se supervisó directamente a las JDSJ, a efecto de constatar el cumplimiento a la normatividad y la defensa del interés institucional, generando las acciones que en materia laboral, administrativa y penal procedan, y al mismo tiempo, proporcionar la asesoría y orientación que requieran en casos en específicos.

- Se estableció la coordinación necesaria con las áreas institucionales para prevenir, abatir y atender adecuadamente los juicios laborales en especial en aquellos casos en que no se cuentan con elementos para defender los juicios.
- Se replanteó el funcionamiento de las mesas de trámite que operan en delegaciones, para una mejor integración de expedientes, y se establecieron los mecanismos delegacionales para dar cumplimiento a condenas y convenios.
- Se establecieron grupos de trabajo con las áreas normativas, para precisar las principales causas que originan la interposición de juicios, así como realizar propuestas para su solución.
- Se contó con la colaboración de la DPM y la autorización del Consejo Técnico, para la implementación por esa normativa, del “Programa Anual de Contratación por Honorarios de Personas Físicas”, que permitió contratar a médicos con experiencia en Medicina del Trabajo, para fungir como peritos médicos en la atención de demandas laborales. en las Delegaciones que a Nivel Nacional, tenían mayor índice de demandas y juicios con laudos condenatorios en contra del Instituto. (En el apartado correspondiente a Prestaciones Médicas, se proporcionan cifras de los resultados obtenidos).
- Se gestionó la instalación del Módulo Médico Jurídico en la Delegación Estado de México Oriente, que cuenta con el mayor número de demandas de asegurados a nivel nacional, lo que permitió dar atención a una mayor cantidad de juicios, reduciendo los plazos para la revisión de los actores.
- Se dio continuidad al Convenio de colaboración con la PROFEDET a través de reuniones de trabajo en las que participan JFCA, STPS, PROFEDET e IMSS, para atender asuntos sobre riesgos de trabajo e invalidez, instalación de mesas de conciliación, así como la celebración de eventos para la actualización del personal jurídico y médico de dichas instituciones.

- Se realizaron visitas a los Tribunales Colegiados, con el objeto de impulsar la modificación de los criterios que han afectado los intereses del Instituto.

3.7.1.2 Atracción de los juicios laborales y reestructuración de la Coordinación Laboral

En junio de 2008, se realizó un diagnóstico de los resultados obtenidos en materia laboral con motivo de la instrumentación del PNACJ. Dicha evaluación interna mostró aspectos positivos en las principales variables del proceso de atención de juicios laborales, tales como: incremento en la proporción de resoluciones favorables al interés institucional; contención del aumento registrado anualmente en el número de nuevas demandas laborales; reducción en el porcentaje de audiencias diferidas por causas imputables al Instituto; mejor coordinación con otras áreas administrativas para la entrega de documentos e información que sustentan la defensa legal; disminución del tiempo requerido para el desahogo de la fase de instrucción ante la autoridad laboral, entre otros aspectos.

Sin embargo, hizo evidente que subsistían inercias operativas; deficiencias en el control y confidencialidad de la información; deficiencias en el control de los pagos solicitados y realizados: insuficiente atención de asuntos en riesgo de prescribir; problemas organizacionales y cargas de trabajo inequitativas; insuficiente participación de las áreas médicas y administrativas delegacionales en el trámite y desahogo de pruebas; falta de supervisión de los juicios laborales de trascendencia; falta de registro y actualización del SSC, así como prácticas irregulares por parte de los agentes que intervienen en el mismo, tanto trabajadores del Instituto como abogados de la parte actora y funcionarios de los tribunales administrativos laborales.

Para enfrentar esta situación, con la autorización de la Dirección General, se determinó reforzar la estrategia institucional, para lo cual, en el mes de septiembre

de 2008 se determinó ejercer la facultad de atracción, para llevar a cabo su trámite por conducto de la Coordinación Laboral, de los juicios laborales que representan pasivos contingentes para el Instituto, que se encontraban en curso, radicados en el Distrito Federal, concretamente en las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis, de la JFCA, y bajo la responsabilidad de las JDSJ de las delegaciones Norte y Sur en el Distrito Federal, así como las delegaciones Oriente y Poniente en el Estado de México, lo que constituyó una de las acciones de mayor importancia realizadas en el contexto del citado Programa.

Esta medida implicó ejercer la facultad de atracción sobre el equivalente al 42.8 por ciento del total de los 96,237 juicios laborales que en esa época se encontraban en trámite a nivel nacional.

Por lo que se refiere a las delegaciones foráneas, la DJ incrementó su apoyo a través de las revisiones de control, asesoría técnica, así como en el seguimiento de los asuntos de importancia y trascendencia, ejerciendo, en su caso, la facultad de atracción de aquellos que por sus características se considerara necesario hacerlo.

Para llevar a cabo las acciones señaladas, el 5 de marzo de 2009, con efectos a partir del día 1 del mismo mes y año, se autorizó a la DJ la modificación de la estructura orgánica de la Coordinación Laboral, transformándose las anteriores Divisiones Normativas de Juicios Laborales y Amparos Laborales a las nuevas Divisiones “A” y “B” de Juicios Laborales, respectivamente, pasando sus funciones a ser de carácter eminentemente operativo, y la División Normativa de Investigaciones Laborales, conservó sus funciones y estructura, cambiando sólo su denominación por la de División de Investigaciones Laborales.

Cabe mencionar, que la conformación de las Divisiones “A” y “B” de Juicios Laborales, se realizó con parte de los recursos humanos, presupuestarios y materiales, de las anteriores Divisiones Normativas de Juicios Laborales y de

Amparos Laborales, así como de los Departamentos Laborales de las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal y de la Delegación Regional Estado de México Oriente, y con los recursos mencionados correspondientes a la Zona Naucalpan, de la Delegación Regional Estado de México Poniente.

Asimismo, se llevó a cabo la actualización del Manual de Organización de la DJ, de acuerdo a la restructuración de la Coordinación laboral, sin que hubiese necesidad de modificar el RIIMSS.

3.7.1.3 Principales Acciones realizadas para mejorar la defensa de los juicios fiscales y disminuir las causas de su presentación

Ante el considerable número de juicios en trámite y el sentido desfavorable para el Instituto de las sentencias dictadas por el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa (TFJFA), en marzo de 2008 la DJ determinó impulsar un Programa Nacional de Atención y Control de Juicios Fiscales (dentro del PNACJF), teniendo como objetivos: desalentar la interposición de demandas mediante la legal emisión de los actos de naturaleza fiscal del Instituto, y una atención de mayor eficiencia y calidad por parte de las JDSJ, a los juicios fiscales interpuestos en contra de este Instituto; incrementar las resoluciones favorables al IMSS y coadyuvar a elevar la recaudación fiscal.

Para tales efectos, se estableció a Nivel Central un Comité de Seguimiento del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios Fiscales (CSPNACJF), así como de comités delegacionales.

El 12 de noviembre de 2009, se formalizó la integración del CSPNACJF en Nivel Central, quedando conformado por servidores públicos de las coordinaciones de Asuntos Contenciosos, de Legislación y Consulta, de Investigación y Asuntos de Defraudación, y la Coordinación Normativa Homóloga, por parte de la Dirección Jurídica (DJ), en conjunto con servidores públicos de las coordinaciones de

Cobranza, de Corrección y Dictamen, de Fiscalización y de Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos, por parte de la DIR.

Asimismo, la Coordinación de Asuntos Contenciosos, mediante oficio número 0952174100/0282, de fecha 20 de octubre de 2009, solicitó a las Delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal, integrar el respectivo Comité Delegacional de Seguimiento del PNACJF, señalando los objetivos, integrantes y funcionamiento del mismo, así como, el diseño del Acta que deberán levantar mensualmente en las sesiones celebradas.

A continuación se enuncian algunas de las acciones más destacadas, que se han derivado de la actuación del CSPNACJF:

- Se determinaron las causas de impugnación más frecuentes de los actos que emiten las Delegaciones Regionales, Estatales y del D.F., a fin de que sean subsanadas. Esto implicó la revisión de 3,174 expedientes de juicios de nulidad en trámite y 1,349 sentencias en las delegaciones Sur y Norte del D.F., y en el Estado de México Oriente, que concentran el 52.4 por ciento de los juicios de nulidad en trámite.
- Se comunicaron a la DIR las deficiencias identificadas en los diversos actos fiscales impugnados.
- Se revisaron conjuntamente con la DIR, y se modificaron: 21 formatos de citatorio y acta de notificación de cédulas de liquidación; 67 formatos relativos a la práctica de visita domiciliaria; 4 de cédulas de liquidación de aportación de seguridad social; 17 formatos relativos al procedimiento administrativo de ejecución; 5 de resoluciones de rectificación de clasificación de empresas y prima del seguro de grado de riesgo de trabajo; 40 modelos relativos al procedimiento de reconocimiento de adeudos fiscales y autorización de prórroga para el pago a plazos, en parcialidades o

de forma diferida; 40 sobre la revisión de dictamen de Contador Público Registrado, y 15 de cédulas de liquidación de créditos fiscales por concepto de capitales constitutivos.

- Se promovió la Contradicción de Sentencias dictadas en el expediente 22701/07-17-01-2 y OTRO/1075/10-PL-07-01, con base en la jurisprudencia 2ª./J.202/2007, de la SCJN, cuyo rubro es “ESTADOS DE CUENTAS INDIVIDUALES DE LOS TRABAJADORES. SU CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL TIENE VALOR PROBATORIO PLENO, POR LO QUE ES APTA PARA ACREDITAR LA RELACIÓN LABORAL ENTRE AQUELLOS Y EL PATRÓN”. El Pleno de la Sala Superior del TFJFA al resolver la contradicción de sentencias planteada, consideró que la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), fue clara al interpretar que las cuentas individuales certificadas por el Instituto, tienen valor probatorio pleno para acreditar la relación laboral, entre aquellos y el patrón, sin ser necesario exigir el perfeccionamiento de esas constancias con la exhibición, entre otros documentos, de los avisos de afiliación presentados por el patrón.
- Se orientó a los JDSJ, a efecto de que en contra de las sentencias desfavorables al Instituto, en las que se considere que las certificaciones de las cuentas individuales de los trabajadores, expedidas por el Instituto, no hacen prueba plena para acreditar la relación laboral entre el patrón y el trabajador, interpongan recurso de revisión, haciendo valer que es procedente dicho recurso de conformidad con el artículo 63, fracción II, de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, toda vez que la Sala del conocimiento omitió aplicar debidamente la Jurisprudencia emitida por la Segunda Sala de la SCJN que es obligatoria en términos de lo dispuesto en el artículo 192, de la Ley de Amparo.

- El Pleno de la Sala Superior, del TFJFA, en sesión del 10 de noviembre de 2010, resuelve la contradicción de sentencias 250/07-15-01-7 y 765/08-03-01-3, aprobando la Jurisprudencia No. 2a./J.209/2010, de rubro: “SEGURO SOCIAL. LOS SUBDELEGADOS DE ESE INSTITUTO ESTÁN FACULTADOS PARA EXPEDIR CERTIFICACIONES DE LA INFORMACIÓN CONSERVADA EN MEDIOS MAGNÉTICOS DIGITALES, ELECTRÓNICOS, ÓPTICOS, MAGNETO ÓPTICOS O DE CUALQUIER OTRA NATURALEZA, EN RELACIÓN CON EL REGISTRO DE PATRONES Y DEMÁS SUJETOS OBLIGADOS, INSCRIPCIÓN, MODIFICACIÓN DE SALARIO Y BAJA DE TRABAJADORES Y DEMÁS SUJETOS DE ASEGURAMIENTO.”
- En sesión del 31 de agosto de 2011, por mayoría de 10 votos a favor, se aprobó el proyecto de la Magistrada Ponente, en la Contradicción de Sentencias 634/09-01-02-8 y OTROS 2/226/11-PL-08-01, en el cual se autorizaron tres tesis de jurisprudencia, favorables al Instituto, cuyos rubros son los siguientes:
 - ESTADOS DE CUENTA INDIVIDUALES DE LOS TRABAJADORES EXPEDIDOS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.- PARA VINCULAR LAS IMPRESIONES CERTIFICADAS DEL INSTITUTO CON EL PATRÓN ACTOR, QUE NIEGA LA RELACIÓN LABORAL, SÓLO ES NECESARIO QUE CONSTE SU NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL O SU NÚMERO PATRONAL DE IDENTIFICACIÓN ELECTRÓNICA.
 - ESTADOS DE CUENTA INDIVIDUALES DE LOS TRABAJADORES EXPEDIDOS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.- LA ONCEAVA POSICIÓN DEL NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL ES UN DÍGITO VERIFICADOR, CUYA OMISIÓN EN SUS IMPRESIONES CERTIFICADAS NO IMPLICA QUE SEA UN

REGISTRO PATRONAL DISTINTO AL ASENTADO EN LAS CÉDULAS DE LIQUIDACIÓN IMPUGNADAS.

- ESTADOS DE CUENTA INDIVIDUALES DE LOS TRABAJADORES EXPEDIDOS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.- LAS SALAS DEL TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA FISCAL Y ADMINISTRATIVA ÚNICAMENTE PUEDEN EXAMINAR SI EL NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL ASENTADO EN SUS IMPRESIONES CERTIFICADAS CORRESPONDE O NO AL ANOTADO EN LAS CÉDULAS DE LIQUIDACIÓN SI ES PLANTEADO POR EL PATRÓN ACTOR.

3.7.2 Resultados del PNACJ en el periodo 2006 - 2011

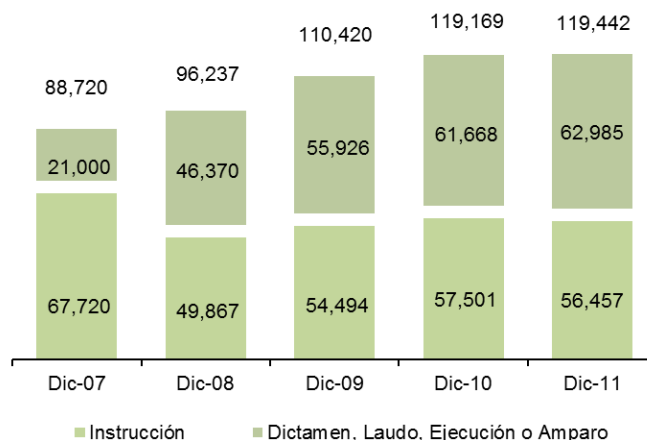
3.7.2.1 En materia Laboral

3.7.2.1.1 Juicios en trámite

A partir de 2007, la DJ consideró conveniente identificar los juicios laborales en trámite, por fases procesales, con el objeto de focalizar los asuntos que dependen del impulso de las partes litigantes, y aquellos cuya actividad procesal recae exclusivamente en la autoridad laboral.

En la gráfica 3.1 DJ, se observan los resultados obtenidos en el periodo comprendido de 2007 a 2011, en el impulso procesal de los juicios laborales, a partir de que en el año 2007 el 76.3 por ciento de juicios en trámite se encontraban en la fase de instrucción (es decir, que su impulso procesal dependía de las partes), y el 23.7 por ciento en dictamen, laudo, amparo o ejecución (cuyo impulso compete a la autoridad laboral).

GRÁFICA 3.1 DJ, JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE, 2007-2011



Fuente: Dirección Jurídica.

Lo anterior, como resultado de las estrategias establecidas para impulsar los procedimientos en los que se observaba una inactividad prolongada, 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.

Como se puede observar, en el año 2011, el 47.3 por ciento de los asuntos en trámite (56,457) se encuentran en fase de instrucción y el 52.7 por ciento (62,985) 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.

3.7.2.1.2 Demandas notificadas al IMSS

Uno de los resultados importantes del PNACJ, fue la disminución del número de demandas notificadas cada año al IMSS a partir del 2008, a pesar de que en el 2009 y siguientes se observa que:

- I. Se elevó el número de demandas que se presentaron en contra del IMSS, demandando 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 reclaman prestaciones novedosas como son:
 - El pago de diferencia de 38 días por año³⁰ laborado en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio, y
 - El pago de la diferencia de 5 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.

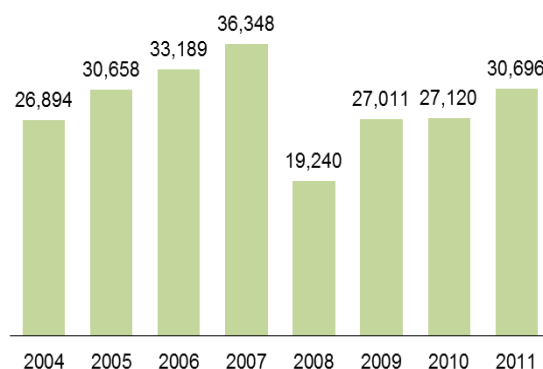
Para solucionar esta situación, la DJ recomendó a la Unidad de Personal del Instituto, que instruyera a las áreas operativas a nivel nacional, para que a partir del mes de enero de 2011, los conceptos de estímulos por asistencia y por puntualidad fuesen incluidos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad de los trabajadores a los que se otorgue jubilación por años de servicio.

Los otros casos señalados, son producto de la estrategia de los abogados que litigan en contra del IMSS, que buscan formas y argumentos novedosos para que sus clientes reclamen al Instituto prestaciones de dudosa procedencia, con el propósito de incrementar sus ingresos.

³⁰ En el periodo 1970-1972 la prima de antigüedad equivalía a 50 días por año. A partir de 1973, la LFT, dispuso que por esa prestación se pagaran sólo 12 días por año. En la actualidad, las personas que están reclamando esta prestación pretenden que se les paguen los 50 días, en vez de los 12 que la Ley vigente concede, es decir, hay una diferencia de 38 días.

De esta forma, el promedio anual de demandas notificadas en el periodo que comprende de 2008 a 2011 es de 26,016, que comparado con el promedio del periodo de 2004 a 2007, que fue de 31,772, representa una disminución del 18.8 por ciento. En la gráfica 3.2 DJ, se muestra la evolución del número anual de demandas en el periodo comprendido de 2004 a 2011.

GRÁFICA 3.2 DJ, DEMANDAS NOTIFICADAS A NIVEL NACIONAL, 2004-2011

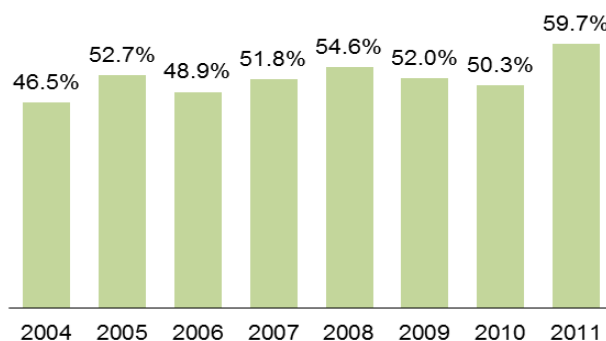


Fuente: Dirección Jurídica.

3.7.2.1.3 Laudos favorables al IMSS

No obstante el incremento referido en el número de demandas, se han obtenido mejores resultados en cuanto a laudos favorables, ya que se pasó del 46.5 por ciento en el 2004, al 59.7 por ciento en el 2011, como se muestra en la gráfica 3.3 DJ.

GRÁFICA 3.3 DJ, LAUDOS FAVORABLES A NIVEL NACIONAL, 2004-2011



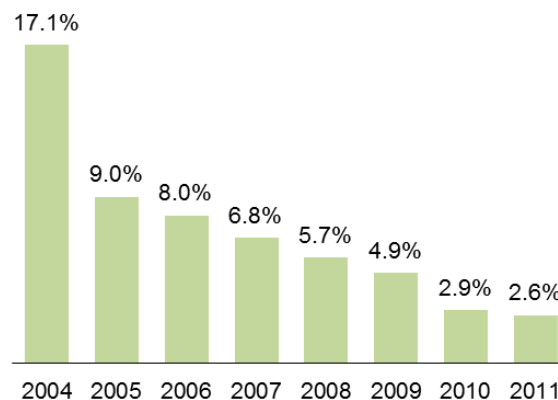
Fuente: Dirección Jurídica

3.7.2.1.4 Diferimiento de audiencias

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 3.4 DJ, se muestra cómo ha ido disminuyendo el porcentaje de audiencias diferidas por causas imputables al IMSS, de un 17.1 por ciento en 2004, a un 2.6 por ciento en 2011.

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.

GRÁFICA 3.4 DJ, AUDIENCIAS DIFERIDAS A NIVEL NACIONAL, 2004-2011



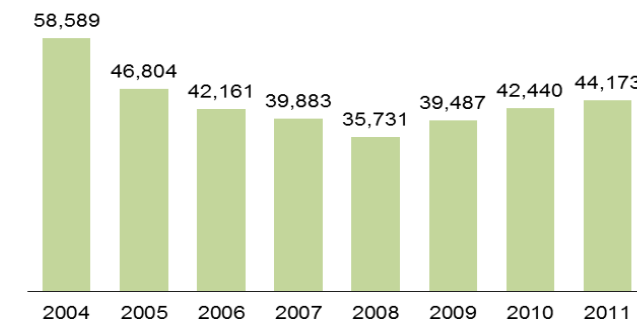
Fuente: Dirección Jurídica

3.7.2.1.5 Resultados de la facultad de atracción

Los resultados alcanzados con motivo de la atracción de los juicios laborales de pasivo contingente radicados en las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis, de la JFCA, han sido positivos. Así, los juicios en trámite bajo responsabilidad de la DJ por conducto de la Coordinación Laboral han disminuido, como se puede apreciar

en la gráfica 3.5 DJ; no obstante que en los años de 2009, 2010 y 2011 aumentaron como efecto del incremento de las demandas presentadas por las causas que se mencionaron en el apartado de “Demandas notificadas al IMSS”.

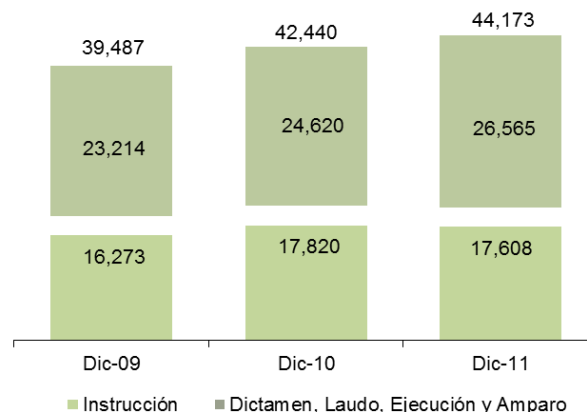
GRÁFICA 3.5 DJ, JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE, RADICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JFCA 2004-2011



Fuente: Dirección Jurídica

Por esta situación, de igual manera a lo que se señaló anteriormente respecto a los juicios en trámite a nivel nacional, como resultado de las estrategias implementadas se agilizó el desahogo de los asuntos en fase de instrucción y se acortaron los tiempos de la secuela procesal, como se observa en la gráfica 3.6 DJ.

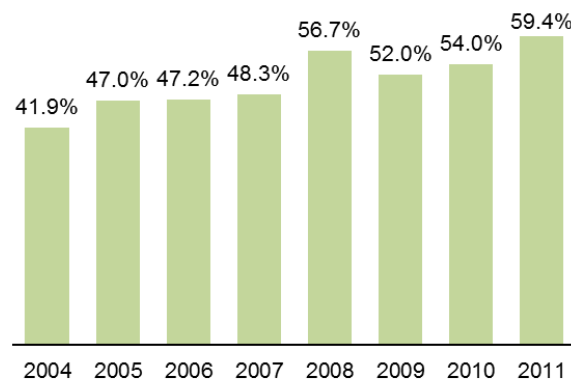
GRÁFICA 3.6 DJ, JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE, RADICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JFCA, 2009-2011



Fuente: Dirección Jurídica.

Como se puede apreciar, en el año 2011 el 39.9 por ciento de los asuntos en trámite (17,608) se encuentran en fase de instrucción y el 60.1 por ciento (26,565) en las demás fases, lo que revela que es la autoridad laboral la que debe agilizar los procedimientos que están a su cargo. En lo que se refiere a laudos favorables, la tendencia ha ido en aumento, como se muestra en la gráfica 3.7 DJ.

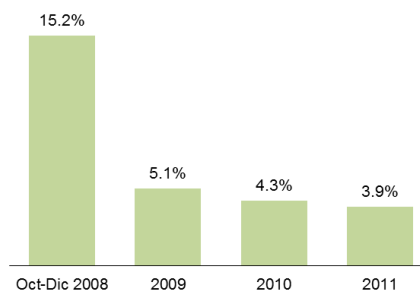
**GRÁFICA 3.7 DJ, LAUDOS FAVORABLES NOTIFICADOS POR LAS JUNTAS ESPECIALES
8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS, DE LA JFCA, 2004-2011**



Fuente: Dirección Jurídica.

Por lo que se refiere al indicador de audiencias diferidas por razones imputables al Instituto, 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. Ver gráfica 3.8 DJ.

**GRÁFICA 3.8 DJ, AUDIENCIAS DIFERIDAS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS
DE LA JFCA. 2008-DICIEMBRE 2011**



Fuente: Dirección Jurídica.

3.7.2.1.6 Seguimiento a los juicios ante la SCJN

Mediante el seguimiento a las contradicciones de tesis consideradas de trascendencia e importancia para el Instituto, ante la SCJN, se han generado criterios jurisprudenciales en materia laboral, cuya aplicación genera mayor certeza jurídica para las partes, destacando los siguientes:

CUADRO 3.2 DJ

Rubro	Origen
1. PRIMA DE ANTIGÜEDAD. SU MONTO DEBE DETERMINARSE CON BASE EN EL SALARIO QUE PERCIBÍA EL TRABAJADOR AL TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL	JURISPRUDENCIA
2. SEGURO SOCIAL. PROCEDE LA INSCRIPCIÓN RETROACTIVA DE UN TRABAJADOR AL RÉGIMEN OBLIGATORIO, AUN CUANDO YA NO EXISTA EL NEXO LABORAL CON EL PATRÓN DEMANDADO	JURISPRUDENCIA
3. AVISO PARA CALIFICAR UN PROBABLE RIESGO DE TRABAJO CONTENIDO EN LAS FORMAS EXPEDIDAS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. ES SUFICIENTE PARA ACREDITAR EL ACCIDENTE DE TRABAJO EN TRÁNSITO, RESPECTO DE LOS OCURRIDOS ANTES DEL 22 DE MAYO DE 2002	JURISPRUDENCIA
4. PENSIÓN POR INVALIDEZ. LAS ASIGNACIONES FAMILIARES Y AYUDA ASISTENCIAL SE OTORGARÁN CUANDO SE CUMPLAN LOS REQUISITOS LEGALES CORRESPONDIENTES	JURISPRUDENCIA
5. IMSS. EL SUELDO NOMINAL REFERIDO EN LA CLÁUSULA 107 DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, PARA EL PAGO DE AGUINALDO, CORRESPONDE A LA CUOTA MENSUAL ASIGNADA AL TRABAJADOR EN EL TABULADOR DE SUELDOS (BIENIOS 2001-2003, 2005-2007 Y 2007-2009)	JURISPRUDENCIA
6. ANTIGÜEDAD GENÉRICA Y DE CATEGORÍA. LOS CONFLICTOS EN LOS QUE SE RECLAME SU RECONOCIMIENTO SE RIGEN POR EL PROCEDIMIENTO ESPECIAL PREVISTO EN EL ARTÍCULO 892 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.	JURISPRUDENCIA
7. PROCEDIMIENTOS ESPECIAL U ORDINARIO EN EL JUICIO LABORAL. SU TRAMITACIÓN EN LA VÍA INCORRECTA CONSTITUYE UNA VIOLACIÓN PROCESAL QUE DA LUGAR A LA REPOSICIÓN DEL PROCEDIMIENTO POR AFECTAR LAS DEFENSAS DE LAS PARTES Y TRASCENDER AL RESULTADO DEL LAUDO.	JURISPRUDENCIA
8. SEGURO SOCIAL. RÉGIMEN TRANSITORIO DEL SISTEMA DE PENSIONES ENTRE LAS LEYES DEL SEGURO SOCIAL DEROGADA Y VIGENTE. SUS DIFERENCIAS.	JURISPRUDENCIA
9. CUOTA SOCIAL. ES IMPROCEDENTE SU ENTREGA AL TRABAJADOR, AL RECIBIR UNA PENSIÓN DERIVADA DEL PLAN DE PENSIONES COMPLEMENTARIO A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL PREVISTO EN UN CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, AL AMPARO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DEROGADA (CONTRATOS COLECTIVOS DEL IMSS Y DE TELMEX).	JURISPRUDENCIA
10. SEGURO SOCIAL. EL INSTITUTO RELATIVO NO ES AUTORIDAD PARA EFECTOS DEL JUICIO DE AMPARO, AL RESOLVER EL RECURSO DE INCONFORMIDAD EN EL QUE SE RECLAMAN PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, BASTANDO ESE MOTIVO PARA LA IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN CONSTITUCIONAL.	JURISPRUDENCIA
11. AVISO DE RESCISIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL. EL HECHO DE QUE EL TRABAJADOR SE NIEGUE A FIRMAR POR SU RECIBO, OBLIGA AL PATRÓN A AGOTAR EL PROCEDIMIENTO PARAPROCESAL.	JURISPRUDENCIA
12. INVALIDEZ. LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PENSIONADOS BAJO LA VIGENCIA DE LA LEY DEROGADA, CONFORME AL RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, NO TIENEN DERECHO A LA ENTREGA DE LOS RECURSOS ACUMULADOS EN LA SUBCUENTA DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.	JURISPRUDENCIA
13. JUICIO LABORAL. NO ES LA VÍA IDÓNEA PARA SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE CANTIDADES QUE EL PATRÓN RETUVO POR CONCEPTO DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA AL PAGAR LAS PRESTACIONES DERIVADAS DE LA TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO.	JURISPRUDENCIA
14. FONDO DE AHORRO. EL PAGO QUE RECIBEN LOS JUBILADOS Y PENSIONADOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DEBE CALCULARSE CONFORME A LO QUE ESTABLEZCA LA CLÁUSULA 144 DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO VIGENTE AL MOMENTO DE REALIZARLO.	JURISPRUDENCIA
15. CERTIFICADO DE DERECHOS EXPEDIDO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. VALORACIÓN DE AQUEL EN QUE SE ESTABLECE QUE EL TRABAJADOR FUE DADO DE ALTA PARA UN DETERMINADO PATRÓN, COTIZÓ CERO SEMANAS Y NO SE ASIENTA LA FECHA DE BAJA.	JURISPRUDENCIA
16. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. LA PENSIÓN POR INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE PREVISTA EN EL ARTÍCULO 40. TABLA C DEL RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL CONTRATO COLECTIVO, DEBE CALCULARSE CONSIDERANDO ÚNICAMENTE EL NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIOS Y EL PORCENTAJE QUE PARA CADA UNO DE ELLOS ESTABLECE LA TABLA RESPECTIVA.	JURISPRUDENCIA
17. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. NO TIENE EL CARÁCTER DE AUTORIDAD PARA EFECTOS DEL AMPARO, CUANDO SE RECLAMA LA OMISIÓN DE DAR RESPUESTA A UNA SOLICITUD FORMULADA EN EJERCICIO DEL DERECHO DE PETICIÓN QUE DEBE RESPONDERSE EN SU CARÁCTER DE ENTE ASEGURADOR.	JURISPRUDENCIA
18. "SEGURO SOCIAL. LA ENTREGA DE FONDOS DE LA SUBCUENTA DE RETIRO, EN LOS RAMOS DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ, AL GOBIERNO FEDERAL, PREVISTA EN EL ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO TRANSITORIO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, NO VIOLA LA GARANTÍA DE AUDIENCIA	JURISPRUDENCIA

Fuente: Dirección Jurídica.

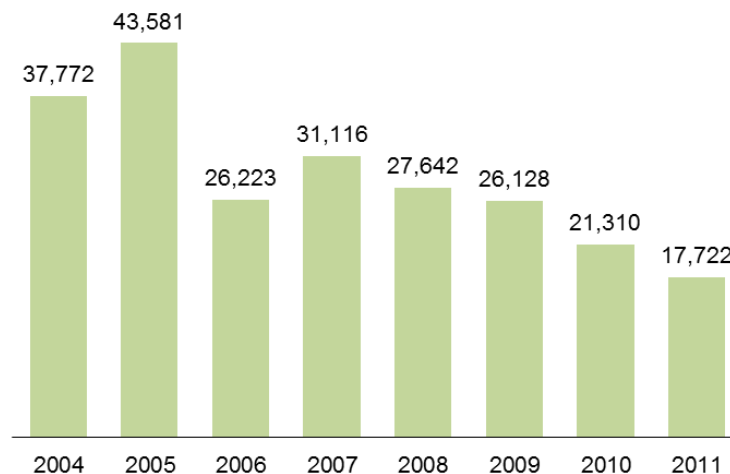
3.7.2.2 En materia Fiscal

3.7.2.2.1 Demandas notificadas

A nivel nacional se ha observado una tendencia a la disminución del número de las demandas notificadas al Instituto. De esta forma, en 2008 se alcanzó un decremento del 11.2 por ciento de las demandas notificadas con respecto de las presentadas en 2007 ante el TFJFA, toda vez que en 2007 fueron notificadas 31,116 y para 2008 la cantidad se redujo a 27,642. Por lo que respecta al año 2009, se interpusieron 26,128, lo que representa un decremento del 5.5 por ciento, con respecto a las ingresadas en 2008.

Durante el período enero-diciembre de 2010, se interpusieron 21,310, lo que representa un decremento del 18.4 por ciento con respecto a las ingresadas en 2009, y en 2011, se notificaron a este Instituto 17,722 demandas de juicios fiscales, lo cual representa un decremento del 16.8 por ciento comparado con el año 2010. Lo anterior se muestra en la gráfica 3.9 DJ.

**GRÁFICA 3.9 DJ, DEMANDAS DE JUICIOS FISCALES NOTIFICADAS
AL INSTITUTO A NIVEL NACIONAL**

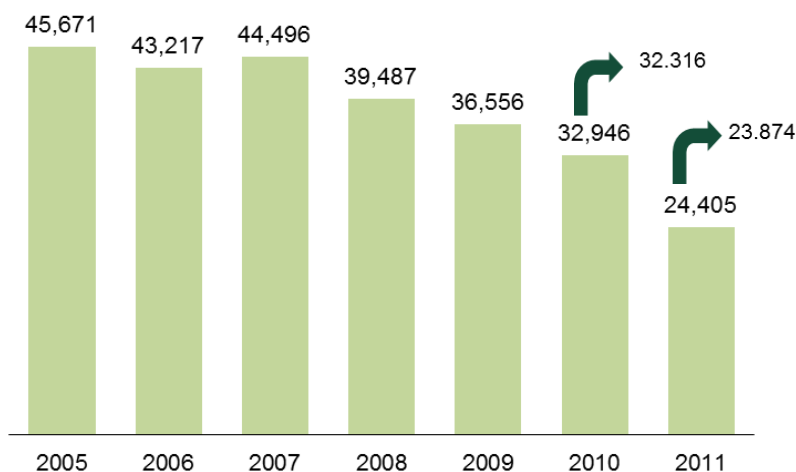


Fuente: Dirección Jurídica.

3.7.2.2.2 Juicios 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 también es favorable al Instituto, que es acorde a la tendencia a la baja que se ha venido observando en la presentación de demandas en contra de este Organismo. De 2006 a diciembre de 2011 el número de juicios en trámite, incluyendo aquellos en los que el IMSS es actor, disminuyó en un 43.5 por ciento, como se muestra en la gráfica 3.10 DJ.

GRÁFICA 3.10 DJ, JUICIOS FISCALES EN TRÁMITE, A NIVEL NACIONAL, 2005-2011



Nota: A partir de 2010 se consideran los juicios fiscales en los que el IMSS es Actor.

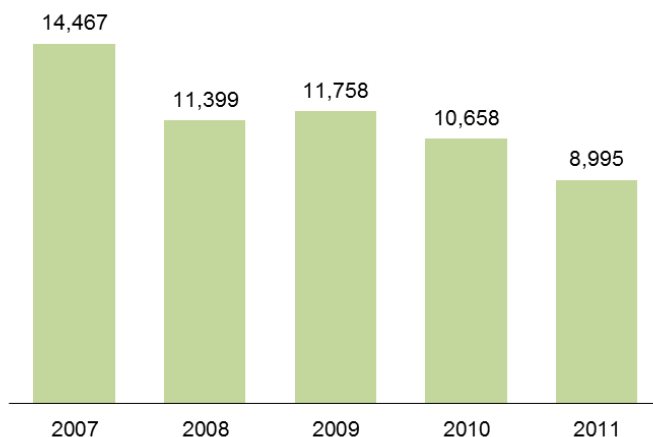
Fuente: Dirección Jurídica.

Es de señalar que en el dato de 32,946 juicios en trámite al cierre del año 2010, se incluyen 630 que corresponden a juicios en los que el IMSS es actor, por lo que la cifra de juicios en que el Instituto tiene carácter de demandado, se ubicó en 32,316. Asimismo, por lo que hace a 2011, de los 24,405 juicios en trámite al cierre de diciembre, 531 son juicios en que el IMSS es actor, de tal suerte que la cifra de juicios en contra del Instituto fue de 23,874.

3.7.2.2.3 Sentido de las sentencias dictadas por el TFJFA

En el año 2008, el número de sentencias en las que se decretó la nulidad lisa y llana de los actos impugnados, presentó a nivel nacional un decremento del 21.2 por ciento con respecto de las sentencias emitidas en 2007 por el TFJFA. En 2009, el número de este tipo de sentencias fue de 11,758 lo que representó un incremento del 3.1 por ciento respecto al año 2008. En el año de 2010, se notificaron a este Instituto, 10,658 sentencias en las que se declaró la nulidad lisa y llana, lo cual representa un decremento del 9.4 por ciento respecto al año 2009, en el año 2011 se notificaron 8,995 sentencias en las que se decreta la nulidad lisa y llana, lo que representa un decremento de 15.6 por ciento, con respecto al año 2010. En la gráfica 3.11 DJ, se observa la tendencia establecida:

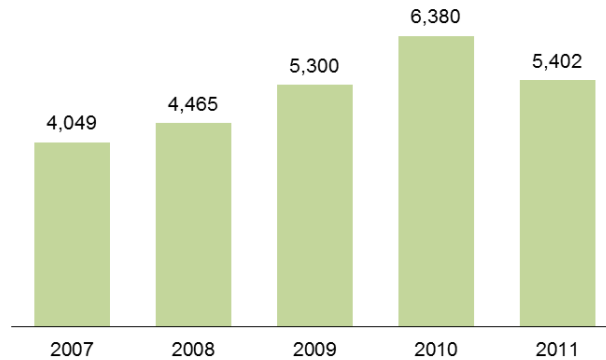
GRÁFICA 3.11 DJ, SENTENCIAS EN LAS QUE SE DECLARÓ LA NULIDAD LISA Y LLANA



Fuente: Dirección Jurídica.

En cuanto al número de juicios en que las sentencias dictadas por el TFJFA declaran la validez de los actos impugnados, al 31 de diciembre de 2011 se incrementaron en un 21 por ciento con respecto a 2008, como se observa en la gráfica 3.12 DJ.

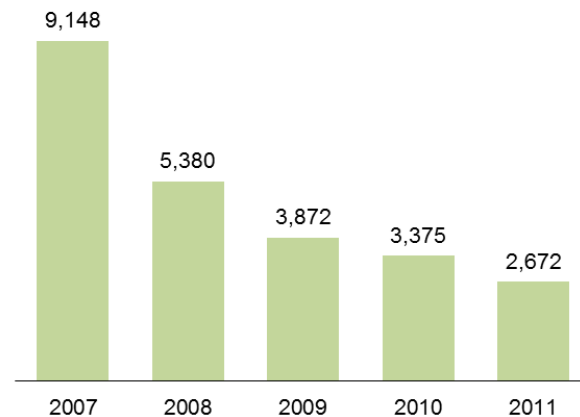
**GRÁFICA 3.12 DJ,
SENTENCIAS QUE RECONOCEN LA VALIDEZ DEL ACTO IMPUGNADO**



Fuente: Dirección Jurídica.

En este mismo sentido, las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados, han disminuido a diciembre de 2011, en un 50.3 por ciento con respecto a 2008, tal como se muestra en la gráfica 3.13 DJ.

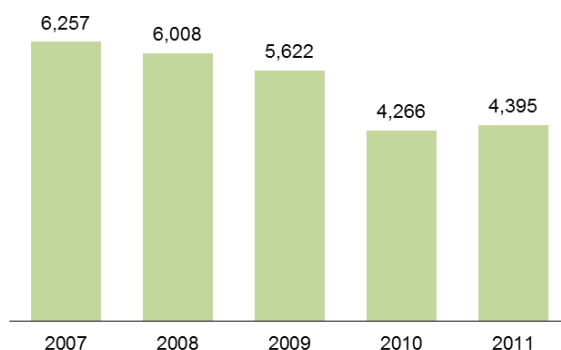
**GRÁFICA 3.13 DJ,
SENTENCIAS EN LAS QUE SE DECLARÓ LA NULIDAD PARA EFECTOS**



Fuente: Dirección Jurídica.

Por lo que se refiere a las sentencias que decretan el sobreseimiento de los juicios, éstas han disminuido a diciembre de 2011 en un 26.9 por ciento con respecto a 2008, tal como se muestra en la gráfica 3.14 DJ.

GRÁFICA 3.14 DJ, SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECRETA
EL SOBRESEIMIENTO DEL JUICIO



Fuente: Dirección Jurídica.

3.7.3 Juicios fiscales relevantes promovidos por el IMSS como actor

3.7.3.1. En materia de cobro de contribuciones

El artículo 254 de la LSS, 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 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.

No obstante lo anterior, las autoridades fiscales del Distrito Federal, y de los Estados de México, Campeche, Guerrero, Guanajuato, Morelos, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Veracruz, así como las autoridades fiscales federales (SAT), han pretendido cobrar al IMSS diversos impuestos, como son: Impuesto sobre Nóminas, Impuesto Sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal, e Impuesto sobre Servicios de Hospedaje, razón por la cual este Instituto ha promovido varios juicios, destacando por su cuantía los siguientes:

3.7.3.1.1 Impuesto sobre nóminas

Distrito Federal

En septiembre de 2002, se notificó al Instituto la orden de visita IL/02-01242, para revisión del ejercicio fiscal 2001 y de enero a agosto de 2002, del impuesto sobre nóminas, por lo que este Instituto interpuso el Juicio de nulidad II-4886/2002, en el que se dictó sentencia el 3 de febrero de 2003, declarando la nulidad de la orden de visita citada, misma que fue apelada por las autoridades y que por sentencia de 28 de septiembre de 2005, emitida por la Sala Superior del Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Distrito Federal (TCADF), reconoce la validez de dicha orden de visita y declara que el artículo 254 de la LSS, quedó derogado en virtud de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Ingresos de la Federación, para el ejercicio fiscal de 1985.

En contra de la sentencia dictada por la Sala Superior, el Instituto interpuso juicio de amparo expediente 63/2006, en el que por sesión de 23 de mayo de 2006, el Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, otorga el amparo y protección de la Justicia Federal a este Organismo.

En octubre de 2003, se determinó a este Instituto un crédito por 4,407.3 mdp, por concepto de impuesto sobre nóminas, por el año de 2001 y de enero a agosto de 2002, por lo que este Organismo interpuso el Juicio de nulidad II-1686/04, mismo que por sentencia del 31 de enero de 2007, dictada por la Sala Superior del TCADF, dejó firme la sentencia del 21 de agosto de 2006, favorable a este Instituto, en la que se declaró la nulidad del crédito.



Estado de Campeche

Se promovió juicio de amparo número 81/2007, en contra del Decreto de la Ley de Hacienda del Estado de Campeche, publicado el 21 de diciembre de 2006, en el Periódico Oficial del Estado, concretamente de los artículos 12 al 19, y Segundo, Tercero, y Quinto Transitorios. Dicho juicio concluyó mediante sentencia de 15 de mayo de 2007, que concedió el amparo y protección de la Justicia Federal al IMSS, para el efecto de que las autoridades responsables consideren a este Organismo como no sujeto del pago del impuesto sobre nóminas, y por ende, la no aplicación en lo sucesivo de los artículos declarados inconstitucionales.

Por otra parte, se combatió la notificación, emisión y cobro de la resolución que determina un crédito por el período comprendido de enero de 1993 a agosto de 1996, actualizaciones, recargos y multas, por un importe total de 84 mdp, por concepto de impuesto sobre nóminas, culminando con el juicio de amparo directo número 183/2009, resuelto por ejecutoria de 4 de febrero de 2010, que concede el amparo al IMSS, por lo que se dejó insubsistente la sentencia de 22 de febrero de 2010, y se ordena emitir otra en la que se resuelva que la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, no acreditó la legalidad del crédito fiscal que se impuso al Instituto.

Estado de Guanajuato

En sesión de 18 de junio de 2009, el Pleno de la SCJN resolvió el amparo directo en revisión número 1014/2006, derivado del juicio de amparo directo 32/2006, interpuesto por el la Delegación Estatal Guanajuato en contra de la sentencia de 31 de octubre de 2005, que declaraba la validez del oficio número 3272/05, que contiene el requerimiento de Inscripción al Registro Estatal de Contribuyentes del impuesto sobre nóminas, con motivo de la publicación de la Ley de Hacienda para el Estado de Guanajuato, en el Diario Oficial del Estado el



27 de diciembre de 2004. La resolución fue en el sentido negar el amparo y protección de la justicia federal a este Instituto, por considerar que sólo el Congreso Estatal que establece el impuesto puede otorgar exenciones sobre dicho impuesto.

Estado de Guerrero

La Secretaría de Finanzas local ha interpretado su legislación fiscal, considerando al IMSS, como sujeto obligado del pago del Impuesto Sobre Nóminas.

Por consiguiente, en febrero de 2006, se requirió a este Instituto el pago de un crédito por 373.3 mdp por concepto de impuesto sobre remuneración al trabajo personal subordinado, correspondiente al período de 1993 al 31 de octubre de 1997, en contra del cual este Organismo interpuso el Juicio Contencioso Administrativo TCA/SRA/II/396/2006, resuelto por sentencia firme notificada el 28 de febrero de 2008, dictada por la Segunda Sala Regional Acapulco, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Estado de Guerrero, favorable a este Instituto, en la que se declaró la nulidad de los actos.

En marzo de 2006, la Secretaría de Finanzas del Estado, practicó a este Instituto visita domiciliaria con el propósito de comprobar el cumplimiento de las obligaciones, en materia de impuesto sobre remuneraciones al trabajo personal, por lo que este Instituto interpuso el Juicio Contencioso Administrativo TCA/SRA/II/684/2006. Por sentencia firme de 12 de noviembre de 2008, se declaró la nulidad lisa y llana de la orden de visita, en cumplimiento de la ejecutoria del juicio de amparo directo 129/2008, en la que se determinó que el IMSS no es sujeto del impuesto sobre nóminas, conforme al artículo 254 de la LSS. En consecuencia, se sobreseyó el diverso juicio TCA/SRA/II/1466/2007, interpuesto en contra del crédito por 264.9 mdp, por el período del 1° de marzo de 2001 al 28 de febrero de 2006.



Estado de Puebla

Mediante el oficio número 787071, de fecha 2 de octubre de 2006, emitido por el Subsecretario de Ingresos de la Secretaría de Finanzas y Administración en Puebla, se requirió al IMSS llevara a cabo su inscripción en el Registro de Contribuyentes del Impuesto Sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal. En contra de dicho requerimiento, se promovió Recurso de Revocación y posteriormente juicio de amparo número 428/2007, resuelto por sentencia del 23 de agosto de 2007, que concedió el amparo y protección de la Justicia Federal al IMSS, para el efecto de no obligarle a inscribirse en el Registro Estatal de Contribuyentes del Impuesto Sobre Erogaciones por Remuneraciones al Trabajo Personal, toda vez que se reconoció que el Instituto no es sujeto del pago de impuestos federales, estatales y municipales.

Estado de Querétaro

La Ley de Hacienda del Estado de Querétaro, en particular los artículos 49-A, 49-B, 49-C, así como los Artículos Primero y Quinto transitorios, establecen el impuesto sobre nóminas, en términos que afectan al IMSS, por lo que se promovió el juicio de amparo número 151/2005-I, en el que se obtuvo sentencia favorable que concedió el amparo y protección de la Justicia Federal, por considerar que conforme al artículo 254 de la LSS, el Instituto no es sujeto de dicho impuesto.

Estado de Veracruz

Se promovieron juicios de amparo en contra de sentencias definitivas que confirman la validez de los créditos fiscales por el periodo 2002 a 2005, por concepto del pago de impuesto sobre nóminas. La cantidad total de estos juicios suma 547.7 mdp. Se concedió el amparo y protección de la Justicia Federal, en virtud de que el IMSS no es sujeto de contribuciones conforme al Artículo 254 de

la LSS. Inconforme la Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz, interpuso recursos de revisión, que fueron desechados por la SCJN, en sesiones del 30 de septiembre y 25 de noviembre de 2009 y 20 de enero de 2010, quedando totalmente concluidos con resultados favorables al Instituto.

3.7.3.1.2 Impuesto sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo personal prestado bajo la dirección y dependencia de un patrón (federal), vigente hasta 1993

En 2003 la SHCP practicó una auditoría a este Instituto y como resultado de la misma, determinó un crédito por 4,771.6 mdp, por lo que este Organismo interpuso el Juicio de nulidad número 27365/06-17-09-3. Agotados los medios de defensa, por sentencia del 27 de mayo de 2008, el TFJFA declaró la validez del crédito principal y la nulidad de las multas impuestas. La SCJN confirmó la sentencia, por lo que el SAT emitió nueva resolución el 28 de enero de 2009, en la que se determina en cantidad menor de 4,041.2 mdp, disminuyendo por tanto el crédito, en 730.3 mdp, el cual fue impugnado en el diverso juicio 10054/09-17-02-2, el 16 de abril de 2009.

Mediante sentencia del 28 de febrero de 2011, la Segunda Sala del TFJFA reconoció la validez de la resolución impugnada, por lo que el 26 de abril de 2011 se promovió juicio de amparo, pendiente de resolución en el Décimo Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, expediente D.A 737/2011. Asimismo, se encuentran pendientes 2 recursos de queja, interpuestos por este Instituto.



3.7.3.1.3 Impuesto sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo personal

Estado de México

El Gobierno del Estado de México, ha determinado créditos fiscales por concepto de Remuneraciones al Trabajo Personal, al ubicar al IMSS, como sujeto obligado en su legislación fiscal local.

Las sentencias dictadas por los Magistrados del Tribunal de lo Contencioso Administrativo en el Estado de México, han declarado la invalidez de las determinantes de crédito fiscal por dicho impuesto, siendo congruentes con los criterios jurídicos expuestos en defensa de este Instituto.

Por resolución del 4 de agosto de 2010, expedida por la Dirección General de Fiscalización, del Estado de México, se determinó un crédito fiscal por el ejercicio fiscal de 2004, en cantidad de 7,445.5 mdp, en contra de la cual este Instituto interpuso el Juicio de nulidad 485/2010, y por sentencia firme de 31 de marzo 2011, dictada por la Segunda Sala Regional Naucalpan del Tribunal de lo Contencioso Administrativo en el Estado de México, se declaró la invalidez lisa y llana, evitando así la afectación de las finanzas institucionales.

Por resolución del 1 de junio de 2011, emitida por el Gobierno del Estado de México, se determinó a cargo del IMSS, un crédito fiscal por los meses de abril, mayo y junio de 2009, en cantidad de 13,744 mdp, por lo que este Instituto interpuso el Juicio de nulidad 515/2011, y por sentencia firme del 17 de octubre de 2011, dictada por la Segunda Sala Regional Naucalpan del Tribunal de lo Contencioso Administrativo en el Estado de México, se declaró la invalidez lisa y llana de la resolución impugnada.



3.7.3.1.4 Impuesto sobre servicios de hospedaje

Estado de Puebla

En contra de la resolución número SFA-DAJ-F-(37)-3029/07, que resuelve el recurso administrativo de revocación en el sentido de confirmar el requerimiento de presentación del Aviso de Inscripción en el Registro de Contribuyentes, contenido en diversos oficios, todos del 7 de junio de 2007, se promovió el juicio de amparo número 1474/2007, resuelto por sentencia de 28 de enero de 2008, que concede el amparo al IMSS, al considerar que el artículo 254 de la LSS, lo exenta del pago de impuestos federales, estatales y municipales.

Estado de Morelos

En contra del Decreto de la Ley General de Hacienda del Estado de Morelos, publicado el 05 de julio de 2006, concretamente de los artículos 23, 24, 25, 26, 27 y 28, Primero, Segundo, Tercero, Quinto y Sexto Transitorios, así como los requerimientos de los pagos del citado Impuesto, del 10 de diciembre de 2008, al IMSS Centro Vacacional Oaxtepec, por el periodo comprendido de enero de 2003 a octubre de 2008, se promovió juicio de amparo número 499/2009, resuelto por ejecutoria de 26 de diciembre de 2009, en la que se desecha el recurso de revisión interpuesto por la Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado, y se confirma la sentencia que concede el amparo al IMSS, para el efecto de que se dejen insubsistentes los requerimientos al declarar inconstitucional el artículo 24 de la Ley General de Hacienda del Estado de Morelos.

3.7.3.2 Defensa jurídica del IMSS en juicios de amparo promovidos por particulares en contra de reformas a la LSS y sus Reglamentos

En contra de los Decretos emitidos por el Congreso de la Unión en el período que se informa, a través de los cuales se reforman, adicionan y derogan diversas

disposiciones de la LSS, los patrones y sujetos obligados han interpuesto diversos juicios de amparo, argumentando, principalmente, que las disposiciones legales contenidas en los mismos son violatorias, entre otras, de la garantía de igualdad prevista en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como de las garantías de legalidad y seguridad jurídica previstas en el artículo 16 Constitucional, y del principio de legalidad tributaria establecido en el artículo 31 fracción IV, Constitucional. A continuación se enuncian los Decretos impugnados.

3.7.3.2.1 Decreto por el que se reforman diversos artículos de la LSS, publicado en el DOF el 16 de enero de 2009.

Mediante este Decreto se reformaron: la fracción XVIII, del artículo 5 A; el primer párrafo del artículo 27; los párrafos primero, segundo y tercero del artículo 272; el cuarto párrafo del artículo 277 A; el primer párrafo del artículo 277 E y el artículo 277 F, de la LSS.

De dichas reformas se impugnaron las relativas a los artículos 5 A, fracción XVIII, y 27, que establecen la integración del SBC, mediante la cual se evitó que los patrones continuarán impugnando la inconstitucionalidad del texto anterior del artículo 5 A fracción XVIII, vigente hasta el 16 de enero de 2009, como violatorio del artículo 72, inciso h), Constitucional, dado que su adición se presentó como cámara de origen ante la Cámara de Senadores. Conforme a la reforma, que tuvo como origen a la Cámara de Diputados, a partir del 17 de enero de 2009, los patrones deben determinar el pago de sus aportaciones de seguridad social, conforme a lo previsto en el artículo 27 de la LSS, que establece los conceptos que integran el SBC.

Al respecto, se controversió la constitucionalidad de la LSS, argumentando que se violan los principios de legalidad tributaria y seguridad jurídica, y la garantía de igualdad, porque el artículo 27 de la LSS, que establece cómo se integra el SBC

es ambiguo en la expresión “cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo”

Realizada la defensa institucional, en los juicios de amparo que se promovieron en contra de esta reforma, se obtuvo como resultado que el Poder Judicial de la Federación emitiera en el período que se informa, varias tesis y jurisprudencias que establecen que los artículos 5 A, fracción VIII, y 27, de la LSS, no violan las garantías de legalidad y seguridad jurídica, porque se otorga mayor certeza en la definición del SBC al ubicarlo dentro del título relativo a “las bases de cotización y de las cuotas”.

3.7.3.2.2 Decreto por el que se reforman diversos artículos de la LSS, publicado en el DOF el 9 de julio de 2009.

Mediante este Decreto se reformaron: la fracción VIII, del artículo 5-A, las fracciones XX y XXI, del artículo 304 A y, la fracción IV, del artículo 304-B; se adicionaron los párrafos tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo, con lo que el actual tercero pasa a ser noveno, del artículo 15-A; el párrafo segundo del artículo 75, y la fracción XXII del artículo 304-A, de la LSS.

De esta reforma se impugnaron, principalmente, las adiciones realizadas al artículo 15 A, cuyo objeto consistió en fortalecer la figura de la responsabilidad solidaria, ante las prácticas observadas en materia del denominado “Outsourcing”, al señalar como responsable solidario al beneficiario de los servicios o trabajos que realizan los trabajadores de un patrón que proporciona a aquél servicios de “Outsourcing”, por lo que será responsable del cumplimiento de las obligaciones que la LSS impone a dicho patrón, siempre y cuando este último sea requerido por el Instituto ante el incumplimiento de sus obligaciones y no atienda ese requerimiento.

En contra de este Decreto se interpusieron 50 juicios de amparo, en los que se argumentó que se violaban las garantías de igualdad, legalidad y seguridad jurídica consagradas en los artículos 1º, 14 y 17 constitucionales.

Realizada la defensa institucional en los juicios de amparo referidos, se obtuvo como resultado el sobreseimiento en 24 de ellos y en los restantes 26 se negó el amparo solicitado. Asimismo, derivado de estos juicios, el Poder Judicial de la Federación emitió en el período que se informa, varias tesis y jurisprudencias que establecen que las reformas de la LSS no violan las garantías de seguridad jurídica, legalidad e igualdad.

CUADRO 3.3 DJ

Rubro	Origen
SEGURO SOCIAL. ARTÍCULO 27 DE LA LEY RELATIVA, AL UTILIZAR LA EXPRESIÓN "CUALQUIERA OTRA CANTIDAD O PRESTACIÓN QUE SE ENTREGUE AL TRABAJADOR POR SU TRABAJO", NO TRANSGREDE LOS PRINCIPIOS DE LEGALIDAD TRIBUTARIA Y SEGURIDAD JURÍDICA.	Tesis Aislada CXXXIV/2009
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 27, PRIMER PÁRRAFO, DE LA LEY RELATIVA, AL UTILIZAR LA EXPRESIÓN "CUALQUIERA OTRA CANTIDAD O PRESTACIÓN QUE SE ENTREGUE AL TRABAJADOR POR SU TRABAJO", NO VIOLA LOS PRINCIPIOS DE LEGALIDAD TRIBUTARIA Y SEGURIDAD JURÍDICA.	Jurisprudencia 55/2010
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 27, PÁRRAFO PRIMERO, DE LA LEY RELATIVA, VIGENTE A PARTIR DEL 17 DE ENERO DE 2009, QUE ESTABLECE LA BASE DE COTIZACIÓN POR LA QUE SE CUBRIRÁN LAS APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS SOCIOS COOPERATIVISTAS, NO TRANSGREDE EL PRINCIPIO DE LEGALIDAD TRIBUTARIA (DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 16 DE ENERO DE 2009).	Tesis Aislada LXXXIII/2010
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 5 A, FRACCIÓN VIII, DE LA LEY RELATIVA, NO VIOLA LA GARANTÍA DE LEGALIDAD.	Tesis Aislada LXXXVIII/2010
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 15 A DE LA LEY RELATIVA NO VIOLA LA GARANTÍA DE SEGURIDAD JURÍDICA.	Tesis Aislada LXXXIX/2010
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 15 A DE LA LEY RELATIVA NO VIOLA LA GARANTÍA DE IGUALDAD.	Tesis Aislada XC/2010
LEY DEL SEGURO SOCIAL. LA FRACCIÓN VIII DEL ARTÍCULO 5 A Y LOS PÁRRAFOS TERCERO, CUARTO, QUINTO, SEXTO, SÉPTIMO Y OCTAVO DEL ARTÍCULO 15 A, DE LA LEY RELATIVA, REFORMADOS Y ADICIONADOS POR DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 9 DE JULIO DE 2009, SON NORMAS DE CARÁCTER HETEROAPLICATIVO, POR LO QUE ES IMPROCEDENTE EL AMPARO EN EL QUE SE IMPUGNAN DICHS ARTÍCULOS COMO AUTOAPLICATIVOS.	Tesis Aislada I.7o.T.93 L
BENEFICIARIOS DE TRABAJOS O SERVICIOS. EL ARTÍCULO 15 A DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, ADICIONADO POR DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 9 DE JULIO DE 2009, QUE LES ASIGNA LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA EN EL CUMPLIMIENTO DE DEBERES DE SEGURIDAD SOCIAL, ES CONSTITUCIONAL.	Tesis Aislada 2a.LXXXVI/2010
RESPONSABILIDAD SOLIDARIA EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL. SUS CARACTERÍSTICAS.	Tesis Aislada 2a. LXXXIX/2010
SEGURO SOCIAL. LOS ARTÍCULOS 5-A Y 15-A, DE LA LEY RELATIVA, REFORMADOS Y ADICIONADOS, RESPECTIVAMENTE, POR DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 9 DE JULIO DE 2009, SON DE NATURALEZA AUTOAPLICATIVA, CON EXCEPCIÓN DE LOS PÁRRAFOS TERCERO Y CUARTO DEL SEGUNDO NUMERAL CITADO.	Jurisprudencia 2a./J.138/2010
BENEFICIARIOS DE TRABAJOS O SERVICIOS. EL ARTÍCULO 15 A DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, ADICIONADO POR DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 9 DE JULIO DE 2009, QUE LES ASIGNA LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA EN EL CUMPLIMIENTO DE DEBERES DE SEGURIDAD SOCIAL, ES CONSTITUCIONAL.	Jurisprudencia 2a./J. 1/2011
BENEFICIARIOS DE TRABAJOS O SERVICIOS. EL ARTÍCULO 15-A DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, ADICIONADO POR DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 9 DE JULIO DE 2009, NO LOS PRIVA DE LOS MEDIOS LEGALES PARA COMBATIR LA DETERMINACIÓN QUE SOBRE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES REALICE EL IMSS.	Tesis Aislada 2a. XV/2011
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 5 A, FRACCIÓN VIII, DE LA LEY RELATIVA, NO VIOLA LA GARANTÍA DE LEGALIDAD.	Jurisprudencia 1a/J. 46/2011
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 15 A DE LA LEY RELATIVA NO VIOLA LA GARANTÍA DE SEGURIDAD JURÍDICA.	Jurisprudencia 1a/J. 47/2011
SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 15 A DE LA LEY RELATIVA NO VIOLA LA GARANTÍA DE IGUALDAD.	Jurisprudencia 1a/J. 48/2011

Fuente: Dirección Jurídica.

3.7.4 Juicio en Línea del TFJFA

Mediante Decretos publicados en el DOF, con fechas 12 de junio de 2009 y 10 de diciembre de 2010, se reformaron y adicionaron diversas disposiciones de la Ley Federal del Procedimiento Contencioso Administrativo (LFPCA), a través de las cuales se establecen el Juicio en Línea y el Juicio en la Vía Sumaria ante el TFJFA, cuya vigencia inició el 7 de agosto de 2011.

El Sistema de Justicia en Línea, implica que el juicio contencioso administrativo federal sea tramitado a través de Internet, mediante la página Web del TFJFA, cuando los particulares demandantes opten por presentar su demanda utilizando ese Sistema, en cuyo caso éste será obligatorio para la autoridad demandada. Asimismo, cuando la autoridad tenga el carácter de actor, estará obligada a utilizar el Juicio en Línea, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 13 de la LFPCA.

Asimismo, el Artículo Quinto Transitorio del Decreto de Reformas a la LFPCA, publicado el 12 de junio de 2009, establece que las autoridades cuyos actos sean susceptibles de impugnarse ante el TFJFA (entre las que se encuentra el IMSS), deberán instrumentar y mantener permanentemente actualizados los mecanismos tecnológicos, materiales y humanos necesarios para acceder al Juicio en Línea, a través del Sistema de Justicia en Línea.

Por lo anterior, se implementaron las siguientes acciones para su puesta en operación dentro del Instituto:

- Se mantuvo comunicación permanente con el personal jurídico y técnico del TFJFA, responsable del desarrollo e instrumentación de Sistema de Justicia en Línea.

- Se mantuvieron informadas a las JDSJ, sobre los lineamientos publicados por el TFJFA, a fin de que realizaran tiempo y forma los trámites de obtención de la FIEL, el registro de las direcciones de los correos electrónicos institucionales y la obtención de claves de acceso para juicio en línea, para el personal del IMSS que participaría en el trámite de los juicios en línea.
- Asimismo, se llevó a cabo el registro ante el TFJFA de 396 Autoridades o Unidades Administrativas de este Instituto, que emiten actos susceptibles de ser impugnados a través del Sistema de Justicia en Línea.
- Se estableció un correo electrónico para cada una de las 35 JDSJ, así como para la Coordinación de Asuntos Contenciosos, destinados exclusivamente a la operación del Sistema.
- Se proporcionó un total de 253 computadoras, 129 impresoras y 139 multifuncionales, destinados a la operación del Sistema, a nivel nacional.
- Con el apoyo de la DIDT se instaló la salida a Internet a las computadoras destinadas a la operación del Sistema, que cubren además todos los requerimientos tecnológicos, establecidos en los Lineamientos Técnicos y Formales para la Sustanciación del Juicio en Línea.
- Además, se reforzó la plantilla de recursos humanos de las áreas jurídicas a nivel nacional, mediante la contratación de 91 abogados y 66 técnicos en informática, para atender el Sistema a nivel nacional.

3.7.5 Convenios con el SNTSS

3.7.5.1 Revisiones integrales y salariales del CCT

Revisión salarial 2007-2008

El 12 de septiembre de 2006, se notificó al Instituto el Pliego Petitorio con Emplazamiento a Huelga presentado por el SNTSS, para la revisión de los salarios tabulares integrados al CCT, que regirían en el periodo 2007-2008.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El 14 de septiembre de 2006 se presentó ante la Junta Especial número 9 bis, de la JFCA, la contestación del pliego de peticiones con emplazamiento a huelga, y se manifestó la disposición del Organismo al diálogo y la negociación de buena fe, comprometido siempre con los superiores intereses de la Seguridad Social, a buscar respuestas satisfactorias para ambas partes, en la medida de lo que a derecho corresponda y dentro de las posibilidades financieras de la Institución.

Como resultado de la negociación se acordó incrementar el Tabulador de Sueldos del CCT, en un 3.5 por ciento, así como 1.75 por ciento por concepto de ayuda para pago de renta de Casa-Habitación, prevista en el inciso b) de la Cláusula 63 Bis del CCT. En tal virtud, el 13 de octubre de 2006, el Instituto y el SNTSS suscribieron los instrumentos jurídicos correspondientes, mismos que se presentaron para su ratificación y depósito ante la JFCA, siendo aprobados en sus términos por dicha autoridad laboral, desistiéndose ante ella el SNTSS lisa y llanamente del Pliego Petitorio respectivo, quedando así legalmente concluido en definitiva el conflicto laboral.

Revisión integral 2007-2009

El 7 de agosto de 2007, se notificó al IMSS el Pliego de Peticiones con Emplazamiento a Huelga presentado por el SNTSS para la revisión integral del CCT y de los tabuladores de los salarios contractuales para todas las ramas, así como para todos los jubilados y pensionados, que se encuentra incorporado a dicho pacto laboral.

El Director General del Instituto, en su carácter de Representante Legal, presentó el 8 de agosto de 2007 ante la autoridad laboral la respuesta al Pliego Petitorio, señalando la improcedencia del objeto de la huelga en los términos planteados en el Pliego Petitorio, al dejarse de observar la situación financiera y presupuestaria, manifestando sin embargo en forma reiterada la disposición del



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Instituto de obtener, a través del diálogo y la concertación, respuestas que razonablemente satisfagan a ambas partes, invariablemente dentro del ámbito legal aplicable y de conformidad con los recursos financieros autorizados disponibles.

Agotadas las negociaciones bilaterales, 15 de octubre de 2007, representantes del SNTSS y del Instituto, denunciaron ante la Secretaría Auxiliar de Emplazamientos a Huelga de la JFCA, el convenio de esa misma fecha, por el cual se dio por concluido el conflicto dirimido en dicha contienda, que contiene el acuerdo de conclusión de la revisión integral del CCT entre el SNTSS y el IMSS, además la determinación del incremento otorgado del 4 por ciento al tabulador de sueldos y un 2 por ciento a prestaciones a todas las categorías del tabulador de sueldos que forma parte de dicho contrato, con lo que se dio por concluido en definitiva el conflicto laboral.

Revisión salarial 2008-2009

El 8 de septiembre de 2008 el Instituto fue notificado del Pliego de Peticiones con emplazamiento a Huelga por revisión salarial del CCT, presentado por el SNTSS ante la JFCA, para el periodo anual 2008-2009.

Con fecha 11 de septiembre de 2008, el Director Jurídico dio contestación al pliego de peticiones con emplazamiento a huelga haciendo notar la imposibilidad del Instituto para atender en los términos solicitados la pretensión sindical, así como manifestando la situación financiera del Instituto y su disposición al diálogo para la concertación de propuestas factibles dentro de lo legalmente procedente y financieramente posible.

En esta ocasión, las negociaciones permitieron llegar al acuerdo de incrementar el tabulador de sueldos en un 4.0 por ciento, así como en un 2.5 por ciento por

concepto de ayuda para pago de renta de Casa-Habitación, prevista en el inciso b) de la Cláusula 63 Bis, por lo que el 13 de octubre de 2008 se suscribió con el SNTSS el convenio respectivo y en la misma fecha, los apoderados designados por cada parte comparecieron ante la JFCA, a efecto de ratificar y depositar el convenio respectivo, y una vez aprobado por dicha autoridad laboral, el SNTSS se desistió del pliego de peticiones con emplazamiento a huelga, con lo cual se dio por concluido en definitiva el conflicto.

Revisión integral 2009-2011

El 11 de agosto de 2009 el SNTSS presentó ante la JFCA el Pliego Petitorio con emplazamiento a Huelga, para la revisión integral del CCT a regir en el período 2009-2011, mismo que fue notificado por la citada autoridad laboral al IMSS, el 12 de agosto de 2009.

El Director General del Instituto, en su carácter de Representante Legal, dio respuesta al Pliego petitorio, mediante escrito presentado ante la Autoridad Laboral antes mencionada, el 14 de agosto de 2009.

En esta ocasión, el Pliego Petitorio, consideraba solicitudes relativas a:

- Modificación de 69 cláusulas del CCT (14 de ellas transitorias);
- Modificación a 13 Reglamentos integrantes dicho pacto laboral, afectando un total de 39 artículos;
- Establecimiento de 12 Programas Especiales, y
- Aumento del 10 por ciento al tabulador de sueldos del Instituto.

Como resultado de las negociaciones realizadas se acordó:

- Modificar y adicionar 26 cláusulas del CCT;
- Modificar 24 artículos de 12 Reglamentos, y



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Otorgar un aumento de 3.9 por ciento al Tabulador de Sueldos, y del 2.2 por ciento a la cláusula 63 Bis, inciso b) “ayuda para el pago de renta para casa habitación”.

Para tales efectos, el 10 de octubre de 2009, el Instituto y el SNTSS suscribieron los instrumentos jurídicos correspondientes, mismos que se presentaron para su ratificación y depósito ante la JFCA, siendo aprobados en sus términos por dicha autoridad laboral, y desistiéndose ante ella el SNTSS lisa y llanamente del Pliego Petitorio respectivo, quedando así legalmente concluido en definitiva el conflicto laboral.

Revisión salarial 2010-2011

El 18 de agosto de 2010 se notificó al IMSS el Pliego Petitorio con Emplazamiento a Huelga, presentado por el SNTSS con motivo de la revisión del tabulador de salarios inserto al CCT, para regir en el periodo 2010-2011.

El 20 de agosto de 2010 el Director Jurídico dio contestación al pliego de peticiones destacando la situación financiera del Instituto y reiterando su mejor disposición para encontrar a través del diálogo y la concertación, una respuesta razonablemente satisfactoria para ambas partes, en la medida de lo legalmente procedente y financieramente posible.

El 13 de octubre de 2010, el Director General del IMSS y el Secretario General del SNTSS, celebraron el convenio por el que se acuerdan los incrementos de 3.0 por ciento de incremento al Tabulador de Sueldos, así como el 3.4 por ciento de aumento a la cláusula 63 Bis, inciso b) “ayuda para el pago de renta para casa habitación”, así como dar por concluida la revisión salarial del CCT, para el periodo 2010-2011.



Para tal efecto, el 14 de octubre de 2010 comparecieron ante la JFCA apoderados del Instituto y del SNTSS, quienes ratificaron y depositaron el convenio respectivo, desistiéndose el sindicato del pliego de peticiones con emplazamiento a huelga con lo cual la autoridad laboral ordenó el archivo del expediente como asunto concluido por carecer de materia el conflicto.

Revisión integral del CCT para el bienio 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 en relación con el periodo 2011-2013.

Con fecha 5 de agosto de 2011 el Director Jurídico del Instituto, en su carácter de Representante Legal, presentó en tiempo y forma ante la Autoridad Laboral antes mencionada la respuesta al Pliego Petitorio correspondiente.

El Pliego Petitorio contenía las solicitudes y planteamientos del SNTSS correspondientes a:

- Modificación de 33 cláusulas del CCT;
- Modificación a 10 Reglamentos de dicho pacto laboral, afectando 23 artículos;
- Establecimiento de 6 Programas Especiales, y
- Aumento del 10 por ciento a los tabuladores de sueldos contractuales.

Como resultado de la revisión y negociación de dicho Pliego se acordó:

- Modificar 9 cláusulas de contenido económico, incluida la 63 Bis, inciso b) “Ayuda para el pago de renta para casa habitación”;
- Modificar 9 cláusulas de contenido administrativo;

- Otorgar incrementos de 3.0 por ciento al Tabulador de Sueldos, y del 2.5 por ciento en prestaciones, y
- Modificar 10 artículos que afectan a 7 Reglamentos.

Con base en lo anterior, el 10 de octubre de octubre de 2011 se celebró 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 contractuales para la anualidad 2011-2012, y en la misma fecha comparecieron ante la JFCA apoderados del Instituto y del SNTSS, a efecto de ratificar y depositar dicho convenio, quedando de esa forma concluida dicha revisión.

3.7.5.2 En relación con aspectos específicos del CCT

Con independencia de las revisiones contractuales bianuales, durante el periodo que se informa, con el propósito de modificar aspectos específicos del CCT, el Instituto y el SNTSS celebraron los convenios que a continuación se enuncian:

- Convenio del 26 de febrero de 2009, mediante el cual el Instituto se compromete a aportar el 50 por ciento de la prima del seguro de responsabilidad civil contratado por el SNTSS en favor del personal con categoría de Médico Familiar, Médico No familiar, Estomatólogo, Médico General y Cirujano Maxilofacial, a fin de que cuenten con la protección de ese seguro para el caso de reclamos que les lleguen a dirigir en lo individual, derechohabientes insatisfechos con la atención proporcionada en su carácter de servidores públicos del IMSS.
- Convenio del 3 de noviembre de 2009, mediante el cual se modifican los artículos 29, 30 Bis y 84 del Reglamento Interior de Trabajo, para regular el registro de asistencia de los trabajadores a través de equipos con medios identificación biométricos, así como el artículo 31, del Reglamento de

Guarderías para hijos de trabajadores del IMSS, ambos insertos al CCT, por los cuales se modifican los requisitos de la 2ª Categoría Trabajador Social Clínico, del Escalafón de Trabajo Social incorporado al CCT, a fin de suprimir el requisito 51, referente a la aprobación de cursos de capacitación.

- Convenio del 9 de junio de 2010, por el que el IMSS se compromete a aportar el cincuenta por ciento de la prima del seguro de responsabilidad civil que el SNTSS contrate en favor de los trabajadores de base de las ramas de puericultura, para el caso de reclamos que se les lleguen a dirigir en lo individual, por parte de derechohabientes insatisfechos con la atención proporcionada en su carácter de servidores públicos del IMSS.
- Convenio del 16 de agosto de 2010, relativo a la creación de la nueva categoría denominada Citotecnólogo en HR. Categoría Autónoma, que se incorporó al Capítulo X. Trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades y al Tabulador de Sueldos para el Personal de Base del Programa IMSS-Oportunidades del CCT.
- Convenio del 16 de agosto de 2010, relativo a la conformación del Escalafón en Nutrición y Dietética, con las categorías de: Nutricionista Dietista como pie de rama; Especialista en Nutrición y Dietética como segunda categoría escalafonaria y una nueva categoría de Nutriólogo Clínico Especializado, como tercera categoría escalafonaria.

3.7.5.3 En relación con el RJP

3.7.5.3.1 Convenio adicional para las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de base de nuevo ingreso

En el contexto de la revisión del RJP, inserto al CCT, y con el propósito de encontrar alternativas a la problemática para la contratación de nuevos

trabajadores que se derivó de las reformas a los artículos 277 D y 286 K, de la LSS, que entraron en vigor el 11 de agosto de 2004, el 14 de octubre de 2005 el Instituto y el SNTSS suscribieron el denominado “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, en el que se establecieron las condiciones y requisitos para tener derecho a jubilaciones y pensiones, que regirían a los trabajadores de nuevo ingreso al servicio del Instituto.

En dicho convenio se ratificó que los trabajadores que al iniciar la vigencia del mismo se encontraban jubilados y pensionados, mantendrían los beneficios establecidos en el RJP y los trabajadores que a la fecha de la entrada en vigor del Convenio se encontraban en activo, también mantendrían los beneficios del RJP y con respecto a estos últimos, se establecieron los porcentajes de las aportaciones adicionales que realizarían para el financiamiento del RJP de los trabajadores de nuevo ingreso, el cual se les incrementaría en un punto porcentual en cada revisión anual del CCT a partir de 2006, hasta alcanzar en total una aportación al RJP del 10 por ciento sobre los conceptos señalados en los incisos del a) al n) del artículo 5 del RJP y, además, el mismo porcentaje del fondo de ahorro, cuya aportación sería anual en la fecha de su pago.

Por su parte los trabajadores que ingresaran al servicio del IMSS a partir del 16 de octubre de 2005, se estipuló que obtendrán el derecho a la jubilación a partir de los 60 años de edad, con 35 años de servicio los varones y 34 años de servicio las mujeres, debiendo efectuar para el financiamiento del RJP, aportaciones iniciales del 4 por ciento, que se incrementarían a partir de 2006 en un punto porcentual en cada revisión salarial o contractual, hasta alcanzar una aportación del 10 por ciento del salario señalado en el artículo 5 del RJP.

Por otra parte, se estableció la creación de una comisión paritaria y un comité mixto para la administración y valuación actuarial del RJP, para hacer sustentables

los acuerdos del Convenio, evaluarlo en su integridad y encontrar fórmulas idóneas para el futuro, que en su caso ambas partes se comprometieron a atender.

Este Convenio forma parte integral del CCT que entró en vigor el 16 de octubre de 2005.

3.7.5.3.2 Convenio para dar cumplimiento a la cláusula seis segunda del convenio adicional para las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de base de nuevo ingreso

Continuando el proceso de revisión de alternativas para resolver la problemática del RJP, el 27 de junio de 2008, se suscribió por el IMSS y el SNTSS el Convenio que para dar cumplimiento a la Cláusula Seis Segunda del similar de fecha 14 de octubre de 2005, denominado “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, se ratificó y depositó en esa misma fecha, ante la Secretaría Auxiliar de Conflictos colectivos de la Junta Especial número 9 Bis, de la JFCA.

Dentro de las estipulaciones de este convenio destacan las siguientes:

- Los trabajadores de base, sustitutos y confianza “B”, incluyendo los registrados en bolsa de trabajo hasta el 15 de octubre de 2005, mantendrán definitivamente, sin limitación, todos los beneficios establecidos en el RJP. Asimismo, los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de ese año, conservarán las condiciones estipuladas en el convenio del 14 de octubre de 2005.
- El nuevo esquema de jubilaciones y pensiones para los trabajadores de la “Nueva Generación”, se constituirá con aportaciones del IMSS en su calidad de patrón y del Estado, en el primer caso por concepto de cuotas

obrero patronales y para el segundo en cuotas y cuota social al SRCV, establecidas en la LSS; una aportación del IMSS para cubrir las cuotas obreras del ramo de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; una aportación del trabajador, inicial del 7 por ciento, la que se incrementará año con año hasta llegar al 15 por ciento sobre el salario base, así como del Fondo de Ahorro; los fondos de la subcuenta de vivienda como aportación del patrón al INFONAVIT que no hubiesen sido aplicados al otorgamiento de un crédito al trabajador, cuando así lo solicite éste, así como los rendimientos que produzcan las inversiones y aportaciones mencionadas.

- El IMSS se obliga a informar al SNTSS el mecanismo de descuentos de las aportaciones obligatorias y complementarias de retiro a cargo de los trabajadores, así como informar trimestralmente el monto del saldo acumulado en la subcuenta 2 de la Cuenta Especial para el RJP, en la que se depositan las aportaciones excedentes al 3 por ciento de los trabajadores en activo hasta antes del 16 de octubre de 2005; además, se obligar a entregar anualmente una copia del presupuesto de egresos autorizado con el desglose detallado de las plazas de base de nueva creación, así como las ampliaciones que se autoricen para este fin; además, el IMSS se obligó a constituir un fondo para establecer y financiar un programa de incentivos a la eficiencia, con un monto de 700 mdp, a más tardar el 1 de enero de 2009, manteniendo al inicio de cada ejercicio el importe referido, mismo que se evaluaría y en su caso incrementaría en la revisión integral del CCT que corresponda.
- Dicho convenio podrá ser revisado y, en su caso, modificado en cualquier tiempo a través del convenio respectivo, a fin de buscar las mejoras opciones para la prestación del servicio del IMSS, así como de los derechos en favor de los trabajadores, y que en virtud de que se incrementaría de forma importante el número de trabajadores IMSS, se acordó aumentar el número de préstamos hipotecarios para el fomento a la habitación y de

préstamos de adquisición de automóvil de las cláusulas 81 y 146 del CCT, respectivamente.

3.7.5.3.3 Convenio modificadorio del convenio para dar cumplimiento a la cláusula seis segunda del convenio adicional para las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de base de nuevo ingreso

El día 13 de octubre de 2009 apoderados del IMSS y del SNTSS comparecieron en la Secretaría Auxiliar de Conflictos Colectivos de la Junta Especial número 9 Bis, de la JFCA, a efecto de ratificar y depositar el convenio que modifica la Cláusula Cuarta del Convenio que para dar cumplimiento a la cláusula seis segunda del similar de fecha catorce de octubre de dos mil cinco, denominado “convenio adicional para las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de base de nuevo ingreso”, de fecha 27 de junio de 2008.

En dicha cláusula cuarta, se establecía originalmente que el IMSS constituiría un fondo para crear y financiar un programa de incentivos a la eficiencia, con monto de 700 mdp, a más tardar el 1 de enero de 2009, manteniendo al inicio de cada ejercicio fiscal el importe referido. Asimismo, se pactaba evaluar el monto del fondo en las revisiones integrales del CCT.

En virtud de la modificación pactada por las partes, el Instituto se comprometió que al inicio de cada ejercicio fiscal, aportaría una cantidad por lo menos igual a los 700 mdp, salvo por lo que se refería al ejercicio fiscal 2010, durante el cual se aportarían las cantidades acordes a la disponibilidad presupuestaria del Instituto, con el objeto de proveer estabilidad y certidumbre en beneficio de los trabajadores y del IMSS. Dicho fondo sería evaluado en las revisiones integrales del CCT, y también se acordó que serían elegibles a este programa de incentivos todos los

trabajadores de base, sustitutos y de confianza “B” del IMSS, sin importar su fecha de ingreso.

3.7.6 Regularización jurídica de inmuebles

Durante el periodo que se informa, se ha concretado la regularizaron jurídica de 75 inmuebles destinados a los servicios del régimen ordinario a nivel nacional, lo que brinda seguridad jurídica a las inversiones institucionales realizadas en dichos predios, contribuyendo asimismo a la expansión de los servicios, principalmente de carácter médico y a la cobertura de un mayor número de población derechohabiente. Entre los inmuebles regularizados destacan los siguientes:

- Predio ubicado en carretera Miguel Alemán, a la altura del Camino a la Barreta, en el Municipio de Apodaca, Nuevo León, con superficie de 25,000.00 metros cuadrados, destinado a HGZ, valuado en el año 2005 en 8.7 mdp.
- Predio ubicado en calle Primer acceso a Santa Anita número 500, Colonia Maclovio Herrera, Municipio de Tecate, Baja California, con superficie de 25,730.76 metros cuadrados, en el cual se encuentran construidas una UMF y un Hospital, valuado en el año 2007 en 6.9 mdp.
- Predio ubicado en Sierra Madre y Av. Cerro de las Campanas s/n, Fraccionamiento “Colonias del Padre”, Tercera Sección, Municipio de Zacatecas, en el Estado de Zacatecas, con superficie de 12,003.30 metros cuadrados, en el cual se ubica una UMF, valuado en el año 2007 en 13.6 mdp.
- Predio ubicado en Av. Portero San Fernando, en el Fraccionamiento “Campestre San Antonio”, Municipio de Ciudad Frontera, Coahuila, con

superficie de 27,698.00 metros cuadrados, destinado a Bodega de Bienes Embargados por las Oficinas para Cobros, valuado en 8.8 mdp.

- Predio ubicado en Prolongación Av. Presidente Carranza, Fraccionamiento La Joya, en Torreón, Coahuila, con superficie de 20,000.00 metros cuadrados, destinado a una Unidad de Medicina Ambulatoria, valuado en 4 mdp.
- Predio ubicado en el Km. 15 de la Carretera Morelia - Jiquilpan, tramo Morelia - Quiroga, en el poblado de Tacícuaró, Fraccionamiento Hacienda Real de la Mina, Municipio de Morelia, Michoacán, con superficie de 24,143.62 metros cuadrados, valuado en el año 2008 en 7.8 mdp.
- Predio ubicado en la Calle Vinculación 005 Lote 001, Manzana 009, Supermanzana 075, en Playa del Carmen, Municipio de Solidaridad, Quintana Roo, con superficie de 30,004.86 metros cuadrados, destinado a HGZ (en proyecto), valuado en 10.5 mdp.
- Lote 60, Manzana 940, del Desarrollo Urbano “El Laurel”, perteneciente a la Delegación La Presa Abelardo L. Rodríguez, en el Municipio de Tijuana, Baja California, con superficie de 23,973.49 metros cuadrados, destinado a una UMF, valuado en 12.9 mdp.
- Cerro de la Galaxia, antes Ejido Banderilla, ubicado en la calle 1 Norte s/n, Colonia Unidad del Bosque, en la zona norte del Municipio de Xalapa, Veracruz, con superficie de 40,000.00 metros cuadrados, destinado a un HGZ de 72 Camas, valuado en 41.3 mdp.
- Predio ubicado en el Ejido Jesús María, del Municipio de Jesús María, en el Estado de Aguascalientes, con una superficie de 35,000.00 metros cuadrados, destinado al HGZ número 3, valuado en abril del año 2010 en 18.2 mdp.

- Predio denominado “El Chorizo”, ubicado en Tapachula, Chiapas, con una superficie de 59,315.25 metros cuadrados, destinado a Conjunto Médico Administrativo, consistente en un HGZ de 144 camas.
- Predio ubicado en el Polígono 2, de la Manzana 27, actualmente Boulevard Dámaso Rodríguez González número 951, del Nuevo Centro Metropolitano, en el Municipio de Saltillo, Coahuila, con una superficie de 31,539.29 metros cuadrados, destinado a la construcción de un HGZ, valuado en junio del año 2009 en 27 mdp.
- Predio ubicado en Avenida Vicente Guerrero número 2801, Colonia Las Lomas, en el Municipio de Ojinaga, Chihuahua, con una superficie de 10,000.00 metros cuadrados, destinado para la construcción de una UMF, valuado en agosto de 2009 en 1.4 mdp.
- Predio ubicado en Avenida Siglo XXI, por la calle Décima, del Fraccionamiento Siglo XXI, en el Municipio de Campeche, Campeche, con superficie de 25,053.42 metros cuadrados, que será utilizado para la construcción de un HGZ de 72 camas, valuado en mayo del 2010 en 7.8 mdp.
- Predio ubicado en Boulevard Padre Jorge Vértiz Campero No. 2125, en la Colonia San Miguel de Rentería, en la Ciudad de León, Guanajuato, también denominado “San Miguel o Rentería” conocido de igual forma como “El porvenir” o Fraccionamiento “Hacienda Santa Fe”, con superficie de 46,389.29 metros cuadrados, destinado a la construcción de un HGR de 243 camas, valuado en enero de 2009 en 21.8 mdp.
- La donación que realizó el Gobierno del Estado de Tlaxcala en favor de este Instituto, de los inmuebles innominados ubicados en los Municipios que al calce se detallan, todos en el Estado de Tlaxcala, destinados a la construcción de Unidades Deportivas y que constan en Escritura Pública No.527, de fecha 30 de marzo del 2001, pasada ante la fe del Titular de la

Notaría Pública número 1 del Distrito Judicial de Hidalgo, Estado de Tlaxcala, en la que se hizo constar:

- San Cosme Xalostoc, con superficie de 70,671.77 metros cuadrados.
- Santa Ana Chiautempan, con superficie de 49,612.18 metros cuadrados.
- Tzompantepec, con superficie de 38,591.23 metros cuadrados.
- Amaxac de Guerrero, con superficie de 14,052.66 metros cuadrados.
- Tocatlán, con superficie de 46,905.44 metros cuadrados.
- Predio localizado en Av. Tres Marías, del Ejido de “La Goleta”, Municipio de El Charo, Michoacán, compuesto por cuatro Parcelas Nos. 298 Z-1 P1/2, 310 Z-1 P1/2, 320 Z-1 P1/2, y 319 Z-1 P1/2, con superficie de 60,710.95 metros cuadrados, destinado para la construcción de un HGR de 250 camas y una UMF.
- Predio identificado como Polígono 1, ubicado en el Circuito Universidades, Segunda Etapa s/n, (parcela 54 Z-3 P1/1), Ejido La Purísima, en el Municipio de El Marqués, Querétaro, con superficie de 50,000.00 metros cuadrados, destinado para la construcción de un Hospital General de 250 camas, valuado en diciembre del 2010 en 27.9 mdp.
- Formalización de la compraventa entre el IMSS y la SS, del predio en el que se ubica el Hospital Juárez.

Mediante Acuerdo de desincorporación de fecha 07 de abril de 1987, publicado en el DOF el 06 de mayo del mismo año, este Organismo obtuvo la autorización para enajenar a título oneroso dos superficies de terreno pertenecientes al conjunto denominado “Magdalena de las Salinas”, por un total de 61,474.61 metros cuadrados., enajenado a la Federación con destino a la SS (Actualmente se ubica ahí el Hospital Juárez de México). Con fechas 16 y 20 de diciembre de 2010, el IMSS y la SS suscribieron respectivamente la escritura número Uno, del protocolo especial del Patrimonio Inmobiliario Federal, pasada ante la fe del Notario Público número 222 del Distrito Federal y del Patrimonio Inmobiliario



Federal, por la que se ratifica y formaliza el contrato de compraventa y de transmisión de la propiedad, debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad Federal (RPPF) y en trámite de inscripción en el Registro Público de la Propiedad del D.F.

Acciones para la formalización de la operación relacionada con el inmueble en donde se ubica la Escuela Preparatoria número 9 de la UNAM, ubicado en Av. Insurgentes Norte número 1698, Colonia Magdalena de las Salinas, Fracción “K”, Delegación Gustavo A. Madero, en una superficie de 20,687.84 metros cuadrados.

Existen antecedentes de que en 1973, hubo intención por parte del Director General del IMSS de donar dicha superficie a la UNAM; sin embargo, dicho acto jurídico no se llevó a cabo en razón de existir un juicio reivindicatorio, el cual finalmente se resolvió a favor del IMSS. Cabe mencionar que al fallecer la persona que lo otorgaría, su sucesión involucró a la Asamblea de Barrios de la Ciudad de México, A.C., a través de una supuesta cesión de derechos, por lo que dicha asociación intentó la recuperación del terreno a pesar de ser cosa juzgada.

Es de señalarse, que con la intervención de la UNAM, se cuenta con planos topográficos y en general una mejor integración del expediente, siendo necesario, la subdivisión del predio y el dictamen de no utilidad que le correspondería realizar a la División de Optimización de Activos. Contando con dicha documentación, se considera factible:

- La donación a título oneroso, estableciendo obligaciones al donatario, acorde a sus fines.
- La enajenación siempre que el avalúo ampare una cantidad razonable para la UNAM.

Mediante oficios números 095217614200/507 y 095217614200/1523, de fechas 21 de febrero y 30 de mayo de 2011, se solicitó a la Coordinación Técnica

de Administración de Activos, gestionar el avalúo actualizado del inmueble de referencia, el cual deberá contener el valor del terreno y de las edificaciones adheridas al mismo. Para tales efectos, mediante oficio número 095217614200/2704, del 6 de octubre del 2011, se remitió a la Coordinación mencionada, copia de 27 planos arquitectónicos del conjunto y estructura del inmueble, a fin de que esté en posibilidad de gestionar dicho avalúo.

Con oficio número 095217614200/3549, del 19 de diciembre del 2011, se solicitó a la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la UNAM, proporcionar el dictamen estructural de la edificación destinada a la operación de la Escuela Preparatoria No. 9, para efecto de integrar debidamente la solicitud del avalúo requerido que se gestiona ante el INDAABIN.

3.7.7 Registro del patrimonio inmobiliario institucional

Con el objeto de consolidar la regularización jurídica de los inmuebles del IMSS, en el periodo que se informa se dio inicio a la implementación del registro del patrimonio inmobiliario institucional, que tiene el propósito de contar en el Nivel Central con copia de los títulos de propiedad y datos generales de los inmuebles que posee el Instituto en todo el país.

En este contexto se ha establecido coordinación por parte de la DJ con la Coordinación de Tesorería a efecto de obtener la información de los documentos con los que cuenta esa área, que amparan la propiedad de los inmuebles del Régimen Ordinario. Asimismo, se está en comunicación con la Dirección del RPPF, así como la Subdirección de Inventario dependiente de la misma, para obtener la información de los inmuebles registrados ante dicha dependencia, del citado Régimen Ordinario.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El Programa de Trabajo elaborado, considera los aspectos relevantes siguientes:

Objetivos

- Consolidar la información inmobiliaria, promoviendo entre las áreas involucradas, la unificación de parámetros y controles.
- Determinar la situación jurídica de los inmuebles propios, los que se encuentran en proceso de regularización, y pendientes de formalizar, para la toma de decisiones.
- Obtener los documentos que amparan la propiedad o, en su defecto, la posesión de los inmuebles a favor del Instituto, a fin de proporcionar a las áreas competentes el ejemplar respectivo, 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, con el objeto de contar con elementos jurídicos oponibles ante terceros, en su caso.
- Promover la correcta integración y clasificación de los expedientes jurídicos inmobiliarios, de acuerdo a la LFTAIPG.

Metas

- Definir y mantener actualizado el universo inmobiliario:
- Llevar a cabo las acciones jurídicas tendientes a regularizar el 100 por ciento de los inmuebles.
- Formalizar al 100 por ciento los documentos que amparan la propiedad y, en su defecto, la posesión de los inmuebles a favor del Instituto.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Integrar el 100 por ciento de los expedientes jurídicos inmobiliarios de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Acciones Iniciales

- Unificar métodos de trabajo en las JDSJ.
- Homogeneizar criterios de regularización y formalización.
- Gestionar certificados y constancias para definir situación jurídica de los inmuebles.
- Uniformar criterios para la correcta Integración de los expedientes jurídicos inmobiliarios.

Seguimiento al Programa

- Obtención y análisis de información
- De las JDSJ sobre avances en la regularización, formalización e integración de expedientes.
- Del RPPF sobre la información contemplada en inventario y que refleje avances de las acciones implementadas.

Acercamiento con áreas involucradas

- Con el RPPF y el INDAABIN, para determinar en su caso acciones a seguir de manera conjunta.
- Con las JDSJ mediante visitas y reuniones de apoyo, a efecto de dar seguimiento, atender consultas e intercambiar información y experiencias.

Situación Actual

1. La información corresponde a diversas fuentes que se complementan, a saber:
 - Los inmuebles dados de alta en el “inventario” por la Coordinación Técnica de Administración de Activos, responsables inmobiliarios institucionales ante la SFP y el Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal. Dichos inmuebles pueden estar a nombre de personas físicas o morales diversas al Instituto, incluso, a favor de la Federación o Ayuntamientos. La justificación para incorporarlos es que este Organismo se encuentre en el uso y disfrute de ellos, para el cumplimiento de sus fines.
 - Los datos que se actualizan, corrigen o incorporan de conformidad con la documentación que para su registro se remite por parte de dicha Coordinación, en especial, los títulos que amparan la propiedad del inmueble.
2. La información proporcionada se encuentra dividida en inmuebles cuyo usuario es “Instituto Mexicano del Seguro Social” e “IMSS Solidaridad”, con las cifras siguientes:

2,259 registros del IMSS, y se equiparan a los inmuebles del régimen ordinario, distribuidos en la forma que se indica en el cuadro 3.4 DJ.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 3.4 DJ, INMUEBLES DADOS DE ALTA EN EL INVENTARIO DEL RPPF

Número	Entidad Federativa	No. de casos
1	Aguascalientes	13
2	Baja California	48
3	Baja California Sur	29
4	Campeche	27
5	Chiapas	53
6	Chihuahua	85
7	Coahuila	96
8	Colima	20
9	Distrito Federal	173
10	Durango	53
11	Guanajuato	59
12	Guerrero	29
13	Hidalgo	48
14	Jalisco	112
15	México	121
16	Michoacán	184
17	Morelos	29
18	Nayarit	46
19	Nuevo León	73
20	Oaxaca	66
21	Puebla	68
22	Querétaro	28
23	Quintana Roo	20
24	San Luis Potosí	120
25	Sinaloa	66
26	Sonora	76
27	Tabasco	41
28	Tamaulipas	102
29	Tlaxcala	29
30	Veracruz	223
31	Yucatán	75
32	Zacatecas	47
Total		2,259*

* No incluye IMSS-Oportunidades

Fuente: Dirección Jurídica.

3,042 registros a nombre de IMSS Solidaridad, y se equiparan a los afectos al Programa IMSS-Oportunidades. Las inconsistencias en la captura de la información no permiten establecer con precisión un desglose similar al punto anterior

3. La Subdirección de Inventario del RPPF señaló que una vez que cuenta con el título de propiedad de los inmuebles afectos al Programa IMSS-



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Oportunidades, de manera oficiosa los clasifica en el rubro de IMSS, por lo que la cifra de 2,259 antes indicada, se modifica de manera continua.

- Existen 1,939 registros cuyo usuario es IMSS, en los que la información del inventario determina que los documentos amparan la propiedad del inmueble a favor del Instituto y cuentan con folio real del RPPF y RPP de la localidad, por lo que se consideran regularizados. Ver cuadro 3.5 DJ.

CUADRO 3.5 DJ, PROPIEDAD DEL INMUEBLE A FAVOR DEL IMSS

Entidad Federativa	Escritura pública	Decreto expropiatorio	Resolución judicial	Título SAR	Total
Aguascalientes	7	0	0	0	7
Baja California	37	6	0	2	45
Baja California Sur	22	0	2	1	25
Campeche	18	0	0	4	22
Chiapas	31	3	0	10	44
Chihuahua	58	3	0	18	79
Coahuila	72	3	0	14	89
Colima	13	0	0	0	13
Distrito Federal	131	17	0	0	148
Durango	26	8	0	16	50
Guanajuato	51	6	0	0	57
Guerrero	20	6	0	0	26
Hidalgo	34	2	0	0	36
Jalisco	75	13	0	1	89
México	87	3	4	0	94
Michoacán	72	11	1	75	159
Morelos	24	2	0	0	26
Nayarit	23	9	0	10	42
Nuevo León	56	0	0	0	56
Oaxaca	40	4	0	15	59
Puebla	50	6	2	0	58
Querétaro	25	0	0	0	25
Quintana Roo	9	2	0	0	11
San Luis Potosí	77	2	0	37	116
Sinaloa	51	6	0	1	58
Sonora	49	11	0	0	60
Tabasco	29	7	0	0	36
Tamaulipas	49	4	0	42	95
Tlaxcala	14	4	0	0	18
Veracruz	120	16	2	70	208
Yucatán	66	0	0	0	66
Zacatecas	22	0	0	0	22
Total	1,458	154	11	316	1939*

* No incluye IMSS-Oportunidades

Fuente: Dirección Jurídica.

Avances

- Se ha verificado la integración y elaboración de certificación de 800 títulos de propiedad, así como igual número de constancias de folios reales, lo que da un total de 1,600 documentos.
- Se cuenta con 400 títulos de propiedad a favor del IMSS debidamente integrados con su respectivo folio real del RPPF, lo que se traduce en 800 documentos.

- Se encuentran pendientes de integración y elaboración de certificación 1,139 títulos de propiedad, así como sus respectivas constancias de folio, lo que asciende a 2,278 documentos.
- Existen 136 registros cuyo usuario es IMSS, reflejan la existencia de documentos que amparan la propiedad del inmueble y que no cuentan con folio real del RPPF, por lo que se consideran pendientes de regularizar, ver cuadro 3.6 DJ.

CUADRO 3.6 DJ, PENDIENTES DE REGULARIZAR

Entidad Federativa	Escritura pública	Decreto expropiatorio	Total
Aguascalientes	4	0	4
Baja California	1	0	1
Baja California Sur	2	0	2
Campeche	2	0	2
Chiapas	2	0	2
Coahuila	5	0	5
Colima	5	0	5
Distrito Federal	21	0	21
Durango	3	0	3
Guanajuato	0	1	1
Guerrero	1	0	1
Hidalgo	6	0	6
Jalisco	5	0	5
México	10	0	10
Michoacán	4	1	5
Morelos	2	0	2
Nayarit	1	0	1
Nuevo León	7	0	7
Oaxaca	6	0	6
Puebla	5	0	5
Querétaro	1	0	1
Quintana Roo	1	0	1
San Luis Potosí	4	0	4
Sinaloa	2	1	3
Sonora	4	1	5
Tamaulipas	3	0	3
Tlaxcala	2	5	7
Veracruz	13	1	14
Yucatán	3	0	3
Zacatecas	1	0	1
Total	126	10	136

* No incluye IMSS-Oportunidades

Fuente: Dirección Jurídica.

5. 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



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

para recabar y analizar los mismos, a fin de verificar si situación jurídica real y establecer las acciones a seguir. Ver cuadro 3.7 DJ.

**CUADRO 3.7 DJ, INMUEBLES CON DOCUMENTACIÓN
QUE ACREDITA LA POSESIÓN**

Número	Entidad Federativa	No. de casos
1	Aguascalientes	2
2	Baja California Norte	2
3	Baja California Sur	2
4	Campeche	3
5	Chiapas	7
6	Chihuahua	6
7	Coahuila	2
8	Colima	2
9	Distrito Federal	4
10	Durango	0
11	Guanajuato	1
12	Guerrero	2
13	Hidalgo	6
14	Jalisco	18
15	México	17
16	Michoacán	20
17	Morelos	1
18	Nayarit	3
19	Nuevo León	10
20	Oaxaca	1
21	Puebla	5
22	Querétaro	2
23	Quintana Roo	8
24	San Luis Potosí	0
25	Sinaloa	5
26	Sonora	11
27	Tabasco	5
28	Tamaulipas	4
29	Tlaxcala	4
30	Veracruz	1
31	Yucatán	6
32	Zacatecas	24
Total		184*

* No incluye IMSS-Oportunidades

Fuente: Dirección Jurídica.

3.7.8 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 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE), que abrogó a la publicada el 27 de diciembre de 1983.

La nueva Ley, cuya vigencia inició el 1 de abril de 2007, crea un sistema nacional de seguridad social con cobertura nacional, en el que los trabajadores tendrán plena certidumbre y flexibilidad para hacer efectivos sus derechos a la seguridad social.

Entre otros aspectos, este nuevo ordenamiento 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, quienes podrán transitar en su actividad laboral, entre el sector público y el privado, acumulando en su cuenta individual los recursos para el financiamiento de su pensión, así como el registro de los períodos cotizados en uno y otro régimen de seguridad social, sin perder las aportaciones que ellos mismos y sus patrones hayan realizado.

Acorde a lo anterior, de conformidad con lo previsto en los artículos 76, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147 y 148, de la nueva LISSSTE, se derivan diversas obligaciones a cargo del IMSS en los rubros de servicio médico y de pensiones.

Para instrumentar el cumplimiento de las disposiciones de la nueva LISSSTE, un grupo de trabajo conformado por la DIR, la DPM, la DPES y la DF, llevaron a cabo reuniones de trabajo con las áreas homólogas del ISSSTE, a fin de acordar las acciones a realizar en su respectivo ámbito de atribuciones. Derivado de este proceso deliberativo se elaboró el proyecto del Convenio de Colaboración Interinstitucional que se formalizó por ambos organismos de seguridad social, con fecha 17 de febrero de 2009, en el que se destaca:

- a. Determinar los criterios, lineamientos, términos, condiciones, mecanismos y procedimientos de coordinación y colaboración, conforme a los cuales se dará cumplimiento a las obligaciones previstas en el Título Segundo, Capítulo VIII, Sección I, de la LISSSTE.
- b. Establecer el ámbito de aplicación para los trabajadores sujetos a los regímenes de seguridad social de “EL IMSS” cualquiera que sea la fecha de su ingreso a ese régimen o de “EL ISSSTE” que se encuentren bajo el sistema de cuentas individuales que coticen al fondo del SRCV.
- c. Determinar a que Instituto le corresponde atender a petición del trabajador, la transferencia de los derechos de los periodos de cotización o, en su caso, de los recursos acumulados en la cuenta individual de los trabajadores.
- d. Prestar la asistencia médica al pensionado, de acuerdo a la quién le dirija la solicitud dicho pensionado.
- e. Fijar los mecanismos para la transferencia de los recursos que corresponda derivados de la asistencia médica.
- f. Establecer el compromiso de diseñar y desarrollar sus sistemas de ECE, de tal manera que sean compatibles y funcionales para la transferencia de información.
- g. Establecer los mecanismos alternos de intercambio de información y la obligación de mantener la confidencialidad de ésta, de conformidad con lo



establecido en la LFTAIPG, su reglamento y demás disposiciones aplicables.

Asimismo, en forma conjunta el IMSS y el ISSSTE, por conducto de las áreas sustantivas competentes y el apoyo de las respectivas áreas jurídicas, en la revisión de los aspectos legales, elaboraron cuatro Anexos Técnicos que forman parte integrante del Convenio de Colaboración Interinstitucional y dan operatividad al mismo, que a continuación se enuncian:

- “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.”
- “Anexo Técnico 4. Transferencia de Reservas para proporcionar Servicios de Atención a la Salud de Pensionados y sus Familiares Derechohabientes.”

Con lo anterior quedó establecido el marco de colaboración dentro del cual el IMSS y el ISSSTE darán trámite y resolverán las solicitudes que presenten los trabajadores que se ubiquen en los supuestos previstos en la LISSSTE, 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 SRCV, así como para recibir atención médica de ambos organismos en el caso de trabajadores en activo que coticen simultáneamente ante el IMSS y el ISSSTE.

3.7.9 Atención de los aspectos jurídicos derivados del siniestro que afectó a la Guardería ABC

El 05 de junio de 2009 ocurrió un incendio en una bodega arrendada por la Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado de Sonora, en la calle de Mecánicos esquina Ferrocarrileros, Colonia Y Griega, en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, contigua al mismo inmueble ocupado por la Guardería ABC, que prestaba servicios de guardería a este Instituto, provocando la pérdida de la vida de 49 niños, lesiones a otros, y daños materiales.

De acuerdo a lo señalado por seis peritajes realizados (cinco por expertos nacionales y uno por expertos de los Estados Unidos de América), el incendio se inició en la bodega contigua a la guardería, donde fueron hacinadas grandes cantidades de papel, procedente de documentos de archivo muerto perteneciente al Gobierno del Estado de Sonora, el cual hizo fuego una vez que encontró punto de ignición derivado de un corto circuito proveniente de un aparato de aire acondicionado (“cooler”).

En la bodega que albergaba ese archivo, los peritos no encontraron evidencias de la existencia en la misma, de medidas de seguridad en materia de prevención y sistemas contra incendio, cuyas condiciones fueron consideradas como de riesgo excesivo por los peritos de la Dirección General de Protección Civil de la SEGOB, en dictamen respectivo, situación que fue permitida por las diferentes administraciones de los Gobiernos Estatal y Municipal, que autorizaron el almacenamiento y acumulación de papel en la bodega aledaña a la guardería, además de omitir la debida supervisión de las condiciones del inmueble utilizado por la guardería, en contravención de las leyes y reglamentos locales vigentes en la materia.



El IMSS, de manera inmediata y prioritaria se enfocó a la atención médica requerida por los infantes y sus familiares afectados por el siniestro, y en el aspecto jurídico, a proporcionar, con toda oportunidad y transparencia, la colaboración requerida por las autoridades estatales y federales competentes para determinar las causas del incendio y, en su caso, de las responsabilidades de los involucrados en los hechos.

3.7.9.1 Investigación administrativa del IMSS

Ante los hechos descritos, el Director General del IMSS ordenó se procediera a hacer una investigación administrativa de los hechos basada en la documentación e información de la Delegación Estatal en Sonora, a través de las Jefaturas de Prestaciones Económicas y Sociales y de Servicios Jurídicos, así como de la Coordinación de Guarderías, adscrita a la DPES, además de obtener la normatividad institucional y diversas disposiciones jurídicas federales, estatales y municipales aplicables en la materia, a fin de rendir un informe sobre las condiciones en las que la Guardería ABC, S.C., prestaba el servicio de guardería infantil al momento de ocurrir los lamentables sucesos mencionados.

En cumplimiento de esta encomienda, el DJ se trasladó a la Ciudad de Hermosillo, Sonora, para llevar a cabo la investigación ordenada, así como brindar apoyo a la Delegación Estatal Sonora, a sus Jefaturas de Prestaciones Económicas y Sociales y de Servicios Jurídicos, en la atención de los diversos aspectos jurídicos derivados del siniestro, entre ellos, la atención de los requerimientos de los órganos de procuración de justicia estatal y federal.

Como resultado de la investigación administrativa, el DJ presentó el informe correspondiente, en el que expuso las condiciones bajo las que operó la prestación de servicios a cargo de la Guardería ABC, S.C., desde su primera contratación en agosto de 2001 por parte de la Delegación Estatal en Sonora, hasta el contrato que se encontraba vigente el 05 de junio de 2009, cuando ocurrió

el incendio en la bodega arrendada por la Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado de Sonora.

Dicho informe fue entregado por el Instituto a la SFP a la que se solicitó realizar una investigación en su ámbito de competencia a fin de deslindar responsabilidades; a la Procuraduría General de la República (PGR) y al OIC en el IMSS.

3.7.9.2 Atención de requerimientos de los órganos federal y local de procuración de justicia

El 6 de junio de 2009, la Procuraduría General de Justicia del Estado de Sonora (PGJES) hizo diversos requerimientos a la Delegación del Instituto en esa entidad, en virtud de la Averiguación Previa Penal NÚMERO C.P.1206/09, abierta con motivo de los hechos acontecidos el día anterior (5 de junio).

Asimismo, la PGR solicitó a la Delegación Estatal en Sonora diversa información y documentación, dentro de la Averiguación Previa A.P./PGR/SON/HER-V/690/2009, abierta con motivo del siniestro ocurrido el 5 de junio en la Guardería ABC.

Los requerimientos de ambos órganos de procuración de justicia fueron atendidos por el Instituto, por conducto del Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos en Sonora, entregando la documentación requerida de acuerdo a lo siguiente:

3.7.9.2.1 Requerimientos realizados por la PGJES

- El 6 de junio, se entregó la normatividad institucional relacionada con la prestación de los servicios de guarderías.

- El 9 de junio se entregó la relación de los empleados registrados ante el IMSS por ese prestador de servicios, en respuesta a los oficios números 020-2734/2009 y 020-2779/2009.
- Con fecha 10 de junio, se proporcionó copia certificada del expediente formado con motivo de la contratación de la Guardería ABC, formulado mediante oficios 020-2733/2009 y 020-2781/2009, así como, de la documentación existente en el Departamento de Guarderías de esa Delegación, correspondiente a la Unidad del Esquema Vecinal Comunitario Único U-263, administrada por la persona moral denominada Guardería ABC, S.C.
- El 11 de junio, se entregó copia certificada de la documentación proporcionada por la Coordinación de Guarderías, dependiente de la DPES.
- Con fecha 17 de junio, se entregó documentación consistente en: Organigrama de la Delegación Estatal en Sonora; relación de trabajadores de confianza con nómina ordinaria y relación de trabajadores de confianza de nómina de mando; relación de jefes de prestaciones económicas y sociales, de 2001 a la fecha, y relación del personal de confianza de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales.

3.7.9.2.2 Requerimientos realizados por la PGR

- El 10 de junio se entregó copia certificada del expediente relacionado con la Guardería ABC, y de la documentación existente en el Departamento de Guarderías de esa Delegación, correspondiente a la Unidad del Esquema Vecinal Comunitario Único U-263, administrada por la persona moral denominada Guardería ABC, S.C.
- El 11 de junio se entregó copia certificada de la documentación proporcionada por la Coordinación de Guarderías, dependiente de la DPES.

- El 15 de junio se proporcionaron los domicilios particulares de diversos servidores y ex servidores públicos del Instituto, que habitan fuera de la ciudad de Hermosillo, a efecto de que se les citara a comparecer en sus localidades de referencia.
- El 16 de junio se proporcionó el original del oficio número 23180, suscrito por el Jefe de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, dirigido al representante legal de Guardería ABC, S.C., referente a la situaciones encontradas durante la supervisión a la Guardería ABC, así como original de la Minuta de Visita de Obra, respectiva.
- El 17 de junio se proporcionaron en respuesta al oficio número 1506/2009, copia del Acuerdo Número 112/2006, del Comité Institucional de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y del Acta de la Sesión Ordinaria número 24/2006, relativos a la autorización del procedimiento de adjudicación directa, del contrato de prestación de servicios a favor de la Guardería ABC y documentación relativa a las designaciones de diversos funcionarios y trabajadores de la Delegación Estatal en Sonora, así como sus domicilios particulares registrados. Adicionalmente, se entregó copia de actas del H. Consejo Consultivo Delegacional relativas a la toma de posesión de los dos últimos titulares como Delegados en Sonora, a la fecha del siniestro.
- El 18 de junio se proporcionó también en respuesta al oficio 1506/2009, copia certificada de la documentación que acredita la calidad de diversos servidores públicos y copia certificada del nombramiento de la Jefa del Departamento de Guarderías de la Delegación Estatal en Sonora que se encontraba en funciones a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, se coordinó la entrega por parte del Titular de la JDSJ del IMSS en Sonora, de diversos documentos e informes requeridos en diferentes fechas por las autoridades ministeriales dentro de las indagatorias mencionadas.



A fin de facilitar el curso de las investigaciones de ambas procuradurías, se instruyó la separación de sus cargos, del Delegado Estatal en Sonora, del Jefe de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, de la Jefa del Departamento de Guarderías, de las Supervisoras Zonales de Guarderías, así como del Delegado Regional en Veracruz Norte, quien anteriormente fungió como Titular de la Delegación Estatal en Sonora.

Como resultado de las investigaciones llevadas a cabo tanto por la PGJES, como por la PGR, se consignaron ante autoridades judiciales a seis servidores públicos de la Delegación Estatal Sonora.

Por último, como ya se ha mencionado, con fecha 13 de julio de 2009 el Director General del IMSS remitió al C. Agente del Ministerio Público de la Federación, Titular de la Mesa Investigadora número V, de la Delegación de la PGR en el Estado de Sonora, el informe de la investigación administrativa realizada por la DJ, para un mejor proveer, de la integración del expediente abierto con motivo de la A.P./PGR/SON/HER-V/690/2009.

3.7.9.3 Atención a órganos de fiscalización

3.7.9.3.1 Informe al OIC en el IMSS

El día 8 de junio, mediante oficio número 0952190500/0428, el Director General del IMSS solicitó a la SFP, ordenara una auditoría integral a las áreas de guarderías de este Instituto, a nivel nacional, en particular, a los aspectos relacionados con la operación del esquema de contratación de los servicios de guarderías y, en su caso, deslindar y fincar las responsabilidades que en derecho procediesen.

En respuesta, por oficio SP/100/209-BIS/2009 del 9 de junio, el Secretario de la Función Pública informó al Director General del IMSS, que el OIC de dicha

dependencia abrió un proceso de auditoría a la DPES, desde el 23 de febrero de 2009, con el propósito de verificar que los procedimientos empleados en los procesos para la adjudicación de los contratos de servicios de guarderías estén apegados a la normatividad y legislación vigente en la materia.

En ese contexto, el Director General mediante oficio número 0952190500/456 de fecha 9 de julio de 2009 determinó entregar al Titular del OIC en el IMSS, copia del informe relativo a la investigación administrativa llevada a cabo por el DJ, solicitando, que derivado de las facultades que tiene encomendadas ese órgano fiscalizador, procediese a deslindar y en su caso fincar las responsabilidades que en derecho procedieran.

En respuesta, el 21 de diciembre de 2009, mediante oficio 00641/30.15/6088/2009, el Titular del Área de Responsabilidades del OIC en el IMSS, comunicó al Director General del Instituto las resoluciones pronunciadas dentro del expediente administrativo de responsabilidades, en el que determinó la imposición de las sanciones administrativas consistentes en la inhabilitación y sanción económica para tres funcionarios de la Delegación Estatal en Sonora y una ex servidora pública de la DPES; asimismo, la destitución, inhabilitación y sanción económica para dos funcionarias de la Delegación Estatal en Sonora.

3.7.9.3.2 Desahogo de observaciones de la ASF

El 5 de enero de 2010 la ASF dio a conocer al IMSS los resultados finales y las observaciones preliminares de la revisión número 1115 denominada “Regulación y Supervisión de Guarderías”, relativa a la Cuenta Pública 2008. En los resultados identificados con los números 3, 8 y 9, la autoridad fiscalizadora afirma que el H. Consejo Técnico del Instituto carecía de atribuciones para autorizar la contratación de terceros para la prestación del servicio de guarderías, y que el Director General del IMSS no tenía atribuciones para suscribir los respectivos contratos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En respuesta a dichas observaciones, se elaboró y rindió el “Informe de la Coordinación de Guarderías, sobre las facultades del H. Consejo Técnico y del Director General, para llevar a cabo la contratación de prestadores del servicio de Guarderías”, que fue entregado a esa entidad fiscalizadora.

En dicho documento se exponen las atribuciones legales que tiene el H. Consejo Técnico para emitir las disposiciones conforme a las cuales habrá de prestarse el servicio de guarderías, incluyendo la participación de sociedades y asociaciones civiles u otros proveedores, conforme a lo establecido en la LFT, la LSS, el RIIMSS y el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guarderías. Asimismo se exponen y sustentan las facultades legales del Director General para suscribir los contratos correspondientes, en cumplimiento a las resoluciones del Órgano de Gobierno del Instituto.

En este sentido, el 16 de abril de 2010, el OIC solicitó un informe circunstanciado, debidamente razonado y justificado a los Titulares de la Secretaría General y a la Titular de la Coordinación de Guarderías, relativo a la Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria 08-9-00GYR-06-1115-08-001 y 08-9-00GYR-06-1115-08-002, respectivamente, efectuadas por la ASF con motivo de la revisión de la Cuenta Pública 2008. La DJ coadyuvó con las áreas solicitadas en la integración de las respuestas, mismas que fueron presentadas en tiempo y forma.

El 4 de mayo de 2010 el Titular del OIC en el IMSS, a través de su oficio 00641/30.1/0415/2010, dirigido al ASF, comunicó a ese órgano fiscalizador la improcedencia de iniciar algún procedimiento de responsabilidad administrativa, respecto de la Promoción de Responsabilidades Administrativas Sancionatorias 08-9-00GYR-06-1115-08-002, toda vez que a solicitud del propio OIC, el Instituto proporcionó, con fundamento en sus facultades, la interpretación de los artículos 203, 213 y 237-A de la LSS, señalando que éste se encuentra facultado para



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

prestar indirectamente los servicios de guardería mediante particulares, distintos a los referidos en los artículos 213 y 237-A de dicha ley.

Cabe mencionar que en el Informe de Resultados de Revisión de la Cuenta Pública 2009, se realizó al Instituto la Auditoría Especial 09-1-00GYR-06-0270 “Regulación y Supervisión de Guarderías (IMSS)”, en la cual obra como antecedente, el siguiente texto:

“En el Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización de la Cuenta Pública 2008 se incluyó la auditoría núm. 1115 denominada “Regulación y Supervisión de Guarderías (IMSS – ISSSTE)”, cuyo objetivo consistió en “verificar el cumplimiento de los procesos de contratación, subrogación, regulación, supervisión y vigilancia de los servicios de guardería que se prestan a los trabajadores.”

“Como resultado de la auditoría, para el IMSS se determinaron 12 recomendaciones y seis Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria. Respecto de las recomendaciones, dos de ellas están relacionadas con la facultad del Director General para contratar el servicio de guarderías con particulares, las cuales se dieron por atendidas, ya que la Suprema Corte de Justicia de la Nación concluyó que el modelo o esquema de subrogación deriva de un marco constitucional legal y aplicable; nueve de ellas han sido atendidas en virtud de que el instituto realizó las acciones recomendadas y en una la información remitida ha resultado insuficiente para considerarla como atendida.”

“En cuanto a las Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria se turnaron al OIC, el cual señaló que en dos casos determinó improcedente iniciar los procedimientos, y en los cuatro restantes las investigaciones y acciones fueron iniciadas.”

3.7.9.4 Informes la CNDH

La CNDH con fecha 8 de junio de 2009, requirió al Instituto la adopción, entre otras, de las siguientes medidas precautorias:

- Brindar todo el apoyo legal y documental relacionado con el otorgamiento de los contratos de subrogación de guarderías, a las autoridades que se encuentren investigando los hechos ocurridos en la Guardería ABC.
- Establecer una comisión para revisar el contrato de subrogación bajo el cual operaba la Guardería ABC, y verificar las condiciones en las que ésta prestaba el servicio de guardería infantil al momento de ocurrir los hechos.
- Revisar las condiciones físicas y legales en que operan las guarderías subrogadas a nivel nacional, así como en aquéllas en las que el servicio se presta de manera directa por el Instituto.

En cuanto a la primera medida señalada, se informó a la CNDH las acciones correspondientes llevadas a cabo por el Instituto por conducto de la Delegación Estatal en Sonora, que han quedado referidas con anterioridad.

Por lo que se refiere a la segunda medida precautoria, se comunicó a la CNDH que en el periodo comprendido del 6 al 24 de junio de 2009, servidores públicos de la DPES, y de la DJ, determinaron las condiciones en las que operaba la Guardería ABC de acuerdo al expediente que obra en la Delegación Estatal en Sonora. Asimismo, se informó a esa Comisión, que el informe respectivo fue entregado por la Dirección General del Instituto al Titular del OIC, mediante oficio 0952190500/458, de fecha 9 de julio de 2009.

En cuanto a la tercera medida precautoria, el Instituto contrató a una empresa especializada a fin de hacer una revisión de las condiciones físicas en que operaban las guarderías del esquema Vecinal Comunitario, a nivel nacional. Así

mismo, se giraron instrucciones a todas de las delegaciones, a fin de que hicieran la revisión documental de cada uno de los expedientes de las guarderías contratadas y subrogadas.

Con fecha 11 de junio del mismo año, es decir, dentro del término de 3 días naturales concedidos por la CNDH, el Coordinador de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (CAQOD) del IMSS, dio respuesta en tiempo y forma a la CNDH, enviando a ese organismo las constancias que acreditaron las instrucciones giradas para la adopción de las medidas precautorias solicitadas.

Con fecha 10 de junio de 2009, el Director General de la Primera Visitaduría General de la CNDH, solicitó la atención de 6 puntos petitorios de información y documentación relativos a los hechos ocurridos el 5 de junio en Hermosillo, Sonora, que se describen a continuación, así como la forma en se atendió esa solicitud.

1. Informe detallado y completo sobre los hechos constitutivos del caso

Se remitió a la CNDH los oficios número 170 de la Delegación Estatal de Jalisco y oficio sin número de la Delegación Estatal de Sonora; 1410 de la Coordinación de Asesores y 1760 de la Coordinación de Guarderías, en los que dichas áreas informaron que:

- La Guardería ABC, S.C., no participó en ningún proceso de licitación.
- Las medidas adoptadas en materia de seguridad y protección civil.
- Se envió el contrato de prestación de servicios.
- Aspectos como son: licencia de uso de suelo, aviso de funcionamiento y designación de responsable, dictamen de supervisión aprobatorio 2004 y 2006, simulacro de evacuación 1/2007, bases para la subrogación de servicio de guardería, entre otros.

2. Medidas adoptadas por el Instituto derivadas de los hechos ocurridos

- Se envió el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.100609/126.P.DG del H. Consejo Técnico, mediante el cual se determinó adoptar como medidas la atención médica y psicológica a los afectados en el siniestro, el pago de gastos funerarios de los menores fallecidos, el pago por concepto de ayuda solidaria, gastos relativos a hospedaje, alimentación y traslados, entre otros.
- Con oficios números 275 y 276 de la DPM; 204 y 206 de la DF; 1510 de la Delegación Estatal en Jalisco y 1760 de la Coordinación de Guarderías, informaron, respectivamente, que los menores que fueron hospitalizados por el accidente, fueron valorados por los Servicios de Salud en el Trabajo, emitiendo oficios los días 16 y 19 de junio, en los que se consideraron los daños sufridos durante el accidente, se determinaron los porcentajes de valuación de acuerdo a lo contenido en el artículo 514 de la LFT; así como los lineamientos que se deberán observar para la aplicación de la ayuda por equidad.

3. Especificar si el Instituto cuenta con algún programa de verificación y supervisión de las condiciones de operación de las guarderías subrogadas a nivel nacional

- Se enviaron a la CNDH los oficios con número 170 de la Delegación Jalisco, oficio sin número de la Delegación Sonora y 1760 de la Coordinación de Guarderías, a través de los cuales se comunicó, respectivamente, sobre la aplicación de diversas medidas relativas a la supervisión de guarderías.

4. Indicar si el personal de las guarderías subrogadas por el Instituto a nivel nacional, cuenta con la capacitación necesaria para atender casos de emergencia como el ocurrido el 5 de junio de 2009

- Se remitió oficio 1760 de la Coordinación de Guarderías, en el que dicha área informó que en el contrato de prestación de servicios se estableció conforme a la normatividad cómo sería la capacitación, que le correspondió al prestador de servicios; así como el cumplimiento con lo determinado en el Programa de Protección Civil de cada Entidad.

5. Señalar si los hechos ocurridos el día 5 de junio de 2009, se hicieron del conocimiento de alguna autoridad para su investigación correspondiente

- Se informó que con oficio número 328 la DJ comunicó sobre el apoyo legal y documental proporcionado por la JDSJ en Sonora a la PGJES, así como a la PGR.

6. Proporcionar la declaración o el informe que rindan los servidores públicos involucrados con relación a los hechos

- En lo concerniente a este punto, se informó a la CNDH que las declaraciones de los servidores públicos involucrados se estaban realizando ante las autoridades investigadoras competentes y se encontraban dentro de las indagatorias A.P./PGR/SON/HER-V/690/2009, y A.P.-143/209.

Con fecha 7 de julio de 2009, el Director General de la Primera Visitaduría General de la CNDH solicitó información y documentación adicional, como se describe a continuación:

1. Copia legible completa y certificada del expediente integrado con motivo del contrato de la prestación de servicios subrogados

- Se enviaron los oficios 739 y 740, anexando tres tomos en copias legibles, completas y certificadas, del expediente integrado con motivo de la contratación de la prestación de servicios con la Guardería ABC, S.C., desde el año 2001 hasta el 2009.
- 2. Un informe detallado y completo en el que se indique si las instalaciones de la Guardería ABC en Hermosillo, Sonora, cumplían con todos los requisitos legales para su funcionamiento**
- Se envió el documento denominado “Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social, sobre las Condiciones Legales en que operaba el servicio prestado por la Guardería ABC, S.C., en Hermosillo, Son.”, que contiene los resultados de la investigación administrativa realizada por el Instituto y sus 153 documentos anexos.
- 3. Aclarar si el IMSS tenía conocimiento del uso de suelo existente en la zona donde se ubicó la Guardería ABC**
- Se remitió el documento que contiene la licencia de uso de suelo, otorgada mediante oficio con número de folio DUYOP/3995/2001, de fecha 2 de agosto de 2001, emitido por el Director General de Desarrollo Urbano y Obra Pública del H. Ayuntamiento de Hermosillo, Sonora; asimismo se enviaron constancias integradas a fojas 20 y 21 del Informe citado en el numeral que antecede, constancias en las que se precisa que el inmueble no fue construido ex profeso para el servicio de guarderías.
- 4. Indicar si de acuerdo al contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, el Instituto corroboró que las instalaciones de la guardería de referencia, así como el personal que labora en la misma, reunían los requisitos contemplados en esa norma**

- Se enviaron las constancias integradas a fojas 22, 74 y 160 del Informe al que se hace referencia en el segundo párrafo del numeral 2, en las que se indica que las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 son de aplicación obligatoria para los prestadores de servicios contratados por el IMSS, y que corresponde a la SS y a los gobiernos estatales vigilar su correcta aplicación.

5. Especificar si ese Instituto contaba con algún programa de verificación y supervisión de las condiciones de operación de la Guardería ABC

- Se remitieron oficios 2108 y 23180 suscritos por el Titular de la División de Normatividad y Convenios de la Coordinación de Guarderías del Instituto, en los cuales se indica que el programa de supervisión de las guarderías del IMSS lo realiza la Jefatura del Departamento Delegacional de Guarderías de conformidad a la normatividad; así como lo relativo a las recomendaciones derivadas de las visitas realizadas a la Guardería ABC.

Asimismo se enviaron los informes de supervisión correspondientes.

6. Mencionar si dentro de la normatividad aplicable a los servicios subrogados que contrata el IMSS, se prevé el tipo de capacitación que se debe proporcionar al personal, para el efecto de atender casos de emergencia como el ocurrido el 5 de junio de 2009

- Se envió oficio 2108, relativo a las “Disposiciones para la Operación del Servicio de Guardería”, en el cual se precisa que dicha normatividad dispone que al prestador de servicios le corresponde cumplir con lo determinado en el Programa de Protección Civil, incluyendo la capacitación.

Asimismo se acompañó un disco compacto conteniendo en archivos electrónicos la normatividad aplicable en materia de servicio de guarderías.

7. Señalar si derivado de los acontecimientos sucedidos el 5 de junio del año en curso [2009] en la guardería de referencia, se dio intervención al OIC

- Se remitió oficio 1958, emitido por la Coordinación de Guarderías, mediante el cual se envió al OIC, la documentación y normatividad relativa al caso; quien integró el expediente DE/422/09/SON.

8. Remitir copia de los expedientes clínicos de los menores que resultaron lesionados en la contingencia de la Guardería ABC

- Se enviaron copias de 20 certificados de defunción de menores que fallecieron en la Guardería ABC de Hermosillo, Sonora el día de los hechos, por no existir en estos casos expedientes clínicos; así como el expediente clínico de los pacientes que ameritaron atención hospitalaria.

9. Remitir copia de los expedientes clínicos de los menores trasladados a las ciudades de Sacramento y Cincinnati

- Se remitieron 6 expedientes clínicos de menores que inicialmente fueron hospitalizados en Sonora y Jalisco, y después fueron trasladados, respectivamente, a los Hospitales Shriners of Children de Sacramento, California y Cincinnati, Ohio en Estados Unidos.

10. La declaración o el informe que rindan los servidores públicos involucrados con relación a los hechos que se mencionan

- Se envió acta circunstanciada suscrita por el Jefe de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal en Sonora, en la cual informa lo relativo a las declaraciones de los servidores públicos del Instituto, involucrados en los hechos que nos ocupan.

3.7.9.5 Intervención de la SCJN

3.7.9.5.1 Informe a la SCJN sobre las diligencias realizadas con motivo del siniestro ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Sonora, en cumplimiento al requerimiento formulado, con motivo de la solicitud de ejercicio de la facultad de investigación 1/2009

Padres de niños afectados por el incendio originado en la bodega del Gobierno del Estado de Sonora, que se extendió a las instalaciones de la Guardería ABC, solicitaron a la SCJN, el ejercicio de la facultad de investigación prevista en el segundo párrafo del artículo 97 constitucional.

En sesión de 13 de julio de 2009, el Tribunal Pleno de la SCJN resolvió desechar las solicitudes referidas, bajo la consideración de que los promoventes carecían de la legitimación necesaria para formular solicitudes de esa naturaleza; asimismo, tuvo al Ministro Sergio A. Valls Hernández, legitimando como propia dicha petición.

Como consecuencia de lo anterior, por auto de 15 de julio de 2009, el Presidente de la SCJN admitió a trámite la solicitud referida, registrándola con el número 1/2009, ordenando el envío de los autos al Ministro Sergio Salvador Aguirre Anguiano.

El Ministro Sergio Salvador Aguirre Anguiano, mediante proveído de 15 de julio de 2009, requirió al Procurador General de la República, al Director General del

IMSS y al Presidente de la CNDH, a efecto de que formularan un informe en el que hicieran referencia a todas y cada una de las diligencias que, en el ámbito de su competencia, hubieren llevado a cabo en relación concreta con el siniestro ocurrido en la Guardería ABC, ubicada en la Ciudad de Hermosillo, Sonora.

A fin de satisfacer el requerimiento del Ministro Ponente, se elaboró y rindió el documento denominado: “Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social que se rinde a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sobre las diligencias realizadas con motivo del siniestro ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Son., en cumplimiento al requerimiento formulado, con motivo de la solicitud de ejercicio de la Facultad de Investigación 1/2009.”

El Informe citado se acompañó con 37 anexos y fue presentado mediante comunicado de fecha 31 de julio de 2009, complementado a través del diverso de fecha 3 de agosto del mismo año.

3.7.9.5.2 Atención a la comisión investigadora designada por la SJCJN, con motivo de la solicitud de ejercicio de la facultad de investigación 1/2009 (la Comisión)

El Pleno de la SCJN en su sesión celebrada el día 6 de agosto de 2009, al resolver la Solicitud de Ejercicio de la Facultad de Investigación 1/2009, que hizo suya el señor Ministro Sergio A. Valls Hernández respecto de los hechos acaecidos en la Guardería ABC, de Hermosillo, Sonora, entre otras medidas, determinó que la referida investigación tendría como objetivos:

1. Analizar el marco jurídico Federal, Estatal y Municipal, relativo al origen, establecimiento, operación y funcionamiento de los servicios de guardería; y, analizar cuales son los alcances y grados de responsabilidad que existían entre las diversas autoridades encargadas de implementar la

política pública de guarderías en razón de tratarse de un beneficio de los niños y niñas en el ejercicio del derecho a la salud y de los derechohabientes.

2. Investigar el origen y situación actual de los convenios de subrogación celebrados por el IMSS con patrones que tienen instaladas guarderías en sus establecimientos.
3. Investigar el origen y situación actual de los convenios de subrogación celebrados por el IMSS con particulares no patrones para la prestación del servicio de guarderías.
4. Determinar el origen, contenido y cumplimiento del convenio de subrogación celebrado entre el IMSS y los particulares que prestaban el servicio en la Guardería ABC.
5. Especificar qué autoridades administrativas del IMSS celebraron dicho convenio y su competencia, así como el procedimiento que se observó para su otorgamiento (cumplimiento con la normatividad relativa al funcionamiento como guardería).
6. Investigar si las autoridades competentes realizaban visitas de inspección y con qué periodicidad, para verificar las condiciones del funcionamiento de la Guardería ABC, y en caso de hacer observaciones, si se vigilaba el cumplimiento de las mismas.
7. Esclarecer la intervención de las autoridades del Municipio de Hermosillo y del Estado de Sonora, en relación con el otorgamiento del permiso de uso de suelo y licencia de funcionamiento como guardería, así como los demás otorgados respecto del mismo inmueble y de los inmuebles aledaños.
8. Analizar si con la conducta de acción y omisión de los funcionarios encargados del buen funcionamiento de guarderías, las consecuencias del accidente de fecha cinco de junio de dos mil nueve, en la Guardería ABC, pudieron evitarse y con ello, se hubiera podido salvaguardar la vida e integridad de los menores que se encontraban en la misma.



9. Identificar los actos de negligencia medica posteriores al suceso.
10. Identificar a las personas que participaron en los hechos calificados como graves violaciones a las garantías individuales, tanto del IMSS como del Municipio de Hermosillo y del Estado de Sonora, y demás que resulten.

La Comisión y el IMSS determinaron establecer un enlace único por parte del Instituto para la atención integral de los requerimientos y solicitudes de dicha Comisión. Para tal efecto, el Director General del IMSS ordenó la integración de un Grupo de Trabajo, designando para ello al DJ, quién además tendría a su cargo la coordinación de las labores respectivas y fungiría como enlace con la Comisión; así como, al DPM; al Titular de la Unidad de Vinculación; a un Asesor de la Dirección General; al Titular de la CAQOD, y al entonces Encargado del Despacho de la Coordinación de Guarderías.

En el desempeño de sus funciones, al mes de diciembre de 2009 la Comisión formuló diversos requerimientos al Instituto, de tal manera que éste por conducto de la DJ cumplió en tiempo y forma con los siguientes:

Requerimientos realizados por la Comisión y su atención

1. El 1 de septiembre de 2009 se solicitó al Director General del IMSS, al Gobernador del Estado de Sonora y al Presidente Municipal de Hermosillo, Sonora, un informe sobre los hechos ocurridos el 5 de junio de 2009 en la Guardería ABC. Asimismo, se solicitó al Director General del IMSS la remisión, en copia certificada, de los convenios celebrados con patrones y con particulares con respecto a la prestación de los servicios de guardería, sus anexos y actualizaciones.

Este requerimiento fue cumplimentado por el IMSS, dentro de los quince días establecidos por la Comisión, en la forma siguiente:



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Mediante oficio número 09 52 17 4000/518, del 10 de septiembre de 2009, se rindieron los informes siguientes:
 - Informe del IMSS, sobre el origen, procedimiento para su otorgamiento, formalización, contenido y cumplimiento del "convenio de subrogación" celebrado con los particulares que prestaban el servicio en la Guardería ABC, S.C., en Hermosillo, Sonora. Este informe se acompañó de 129 anexos, comprendiendo 462 fojas útiles debidamente certificadas.
 - Informe sobre el marco jurídico del IMSS relativo al origen, establecimiento, operación y funcionamiento de los servicios de guardería. Este informe se acompañó de 24 anexos, en dos carpetas, la primera, de 193 fojas útiles y, la segunda, de 100 fojas útiles debidamente certificadas.

Adicionalmente, como soporte documental del anexo 9, se acompañó una carpeta de 161 fojas útiles certificadas; como soporte documental del anexo 23, se acompañaron treinta nueve carpetas con 18,560 fojas útiles debidamente certificadas; como soporte documental del anexo 24, se adjuntaron ocho carpetas con 2,917 fojas útiles debidamente certificadas, y por último, se exhibió copia certificada del expediente de la Guardería ABC, en 3 tomos, con 1,241 fojas útiles debidamente certificadas.

- A través del oficio número 09 52 17 4000/534, del 21 de septiembre de 2009, se hizo entrega de 182 cajas, conteniendo un total de 1,481 expedientes de las guarderías a las que corresponden los 1,494 contratos de subrogación celebrados por este Instituto con patrones que tienen instaladas guarderías en sus establecimientos, así como los formalizados con particulares no patrones para la prestación del servicio de guardería, comprendiendo un total de 931,729 fojas útiles, certificadas por Notario Público.

2. El 7 de septiembre de 2009 se solicitó al Director General del IMSS, remitir un listado que contuviera el número, nombre y ubicación de los tipos de guarderías denominados "Madres IMSS", "Ordinarias" y "Vecinal Comunitarias".

Este requerimiento fue cumplido en tiempo y forma, mediante el oficio número 0952 17 4000/519, de fecha 10 de septiembre de 2009, con el que se proporcionó en su totalidad la información requerida por la Comisión.

3. El 11 de septiembre de 2009, se solicitó al Director General del IMSS, informar sobre contratos de guarderías que se hubiesen rescindido de manera anticipada.

El requerimiento de la Comisión quedó puntualmente atendido mediante el oficio número 0952 17 4000/529, del 17 de septiembre de 2009, al que se acompañó la relación de los contratos de guarderías terminados anticipadamente, así como los contratos rescindidos a esa fecha.

4. El 21 de septiembre de 2009, se solicitó al Director General del IMSS, copia certificada de los documentos pertinentes que diesen cuenta de las causas que llevaron a la terminación anticipada o rescisión de cada uno de los contratos sobre los que se informó previamente.

Este requerimiento fue oportunamente atendido mediante el oficio número 0952 17 4000/570, del 5 de octubre de 2009, al que se acompañó en copia certificada la documentación relativa a las causas de la terminación anticipada o rescisión de los contratos concluidos en esa forma.

5. El 6 de octubre de 2009, se solicitó al Director General del IMSS, las constancias del SIAG, correspondiente a la Guardería ABC, relativas al periodo comprendido entre el uno de junio del dos mil ocho y hasta el cinco

de junio del dos mil nueve, así como su instructivo de operación, en copia certificada.

El requerimiento citado fue atendido en tiempo y forma a través del oficio número 0952 17 4000/594, del 13 de octubre de 2009, al que se acompañó el primer testimonio del acta No 57,914, libro 1014, de fecha 12 de octubre de 2009, otorgada ante la fe del Titular de la Notaría No. 13 del Distrito Federal, en la que hizo constar fe de hechos respecto del SIAG correspondiente a la Guardería ABC, que se envía por Internet y se consulta en el sistema interno del IMSS (Intranet), relativo al periodo comprendido entre el 1 de junio de 2008, hasta el 31 de mayo de 2009, así como el instructivo de operación respectivo.

6. El 13 de octubre de 2009, se solicitó a la DPES y a la CAQOD, la siguiente información.

A la DPES

- a. La evolución de las cuotas anuales por niño en las guarderías subrogadas con patrones y del esquema vecinal comunitario, desde mil novecientos noventa y nueve a la fecha, detallando los diferentes gastos que integren dichas cuotas.
- b. El costo actual desglosado por niño para las guarderías ordinarias y madres IMSS en cada una de las delegaciones; y, finalmente,
- c. Los indicadores de desempeño utilizados por el instituto a partir del dos mil uno a la fecha a efecto de evaluar a las guarderías del esquema vecinal comunitario.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

A la CAQOD, informe sobre las acciones tomadas dentro de su ámbito competencial en torno a las siguientes cuestiones

- a. La ejecución del Acuerdo AS1.HCT.100609/126.P.DG emitido por el H. Consejo Técnico del IMSS el diez de junio del dos mil nueve, así como del diverso acuerdo emitido por el mismo órgano el seis de agosto del año en curso relativo a la creación del Centro de Atención Inmediata a Casos Especiales (CAISE), incluyendo información sobre la atención médica brindada a los menores lesionados y expuestos.
- b. Si los afectados en los sucesos del cinco de junio han presentado queja alguna ante el instituto por negligencia médica.
- c. La documentación que exhibió en la reunión sostenida con esta comisión el día trece de octubre del dos mil nueve, relativa a la atención de menores familiares y adultos, que incluya los datos de afiliación y también su respaldo documental.

El requerimiento citado fue atendido en tiempo y forma a través del oficio número 0952 17 4000/620, del 22 de octubre de 2009, al que se acompañó la información solicitada.

De la DPES un informe que contiene:

- La evolución de las cuotas anuales por niño en las guarderías subrogadas con patrones y del esquema vecinal comunitario, desde 1999 a la fecha, detallando los diferentes gastos que integren dichas cuotas;
- El costo actual desglosado por niño para las guarderías ordinarias y madres IMSS en cada una de las delegaciones; y, finalmente,
- Los indicadores de desempeño utilizados por el Instituto a partir del 2001 a la fecha, a efecto de evaluar a las guarderías del esquema vecinal comunitario.

De la CAQOD:

- Una matriz que contiene la descripción de la ejecución de los Acuerdos ACDO.AS1.HCT.100609/126.P.DG y ACDO.SA1.HCT.260809/171 Bis.-P.DG, emitidos por el H. Consejo Técnico del IMSS el 10 de junio y 26 de agosto de 2009, respectivamente.
- Oficio de fecha 22 de octubre de 2009, en el que el Titular de la CAQOD, informó que al 20 de octubre del mismo año, no se había presentado queja alguna por negligencia médica en la atención de los menores afectados con motivo del siniestro ocurrido el pasado 5 de junio en la Guardería ABC.
- Carpeta conteniendo información de los menores, familiares y adultos afectados en el siniestro del 5 de junio, apoyos institucionales y datos de afiliación, así como su respaldo documental en 10 tomos, clasificados en Defunciones, Expuestos, Hospitalizados y Adultos.

Adicionalmente, por estimar que podría ser de utilidad para los trabajos de la Comisión, aun y cuando no se le requirió al Instituto, se acompañó la relatoría de las acciones realizadas por la DPM para atender a los pacientes de la Guardería ABC, así como copia del documento denominado "Análisis de la atención médica en las defunciones ocurridas por el siniestro ocurrido en la Guardería ABC, subrogada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo Sonora", emitido por la CONAMED.

7. El 12 de octubre de 2009, se solicitó al Instituto, la siguiente información.

- Acuerdo del H. Consejo Técnico 844/83, del once de mayo de mil novecientos ochenta y tres.
- Oficio 396, de seis de mayo de mil novecientos ochenta y tres, del Subdirector General de Servicios Institucionales.

- Acuerdo del H. Consejo Técnico 2292/84, de veintiséis de septiembre de mil novecientos ochenta y cuatro.
- Documento denominado “Alianza Obrero Empresarial para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social” elaborado en 1995 por una comisión tripartita del H. Consejo Técnico del Instituto.
- Acuerdo 17.1 de la entonces Comisión Ejecutiva para la Reorganización Administrativa del IMSS, de cuatro de septiembre de mil novecientos noventa y cinco.
- Lineamiento Normativo General para la Atención Educativo Asistencial del Niño en Guardería, de 30 de junio de 1998.
- Manual de Políticas para el programa de expansión 2003.

El requerimiento citado fue atendido en tiempo y forma a través del oficio número 0952 17 4000/702, del 20 de noviembre de 2009, al que se acompañó la documentación solicitada.

8. El 10 de noviembre de 2009, se solicitó al Instituto se le indicaran las guarderías contratadas como resultado de procesos de licitación pública realizados en el año 2008, que iniciaron sus operaciones en el año 2009.

El requerimiento citado fue atendido en tiempo y forma a través del oficio número 0952 17 4000/666, del 12 de noviembre de 2009, al que se acompañó la relación de guarderías contratadas en 2008 mediante procesos de licitación pública, destacando para su identificación las dieciocho de dichas guarderías que iniciaron sus operaciones con posterioridad al 5 de junio de 2009.

9. El 23 de noviembre de 2009, a través de oficio número CI-ABC-1/2009, se hizo del conocimiento del Instituto la determinación de llevar a cabo la inspección de varias guarderías, sin especificar cuántas, ni cuales de ellas, correspondientes a los diversos esquemas administrados por el Instituto.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En atención al Acuerdo de la Comisión, el DJ, mediante oficio número 0952174000/720, de fecha 27 de noviembre de 2009, solicitó a los Titulares de las Delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal, informar a los patrones con los que se tenían celebrados convenios de subrogación, así como a los prestadores con los que se tenían contratos vigentes para la prestación del servicio de guardería, a fin de requerir su colaboración con la Comisión en los términos del Acuerdo General 16/2007, del Pleno de la SCJN.

Informe preliminar rendido por la Comisión

El informe preliminar de la Comisión establece que la causa del incendio fue un corto circuito de un enfriador ubicado en la bodega arrendada por la Secretaría de Hacienda del Gobierno de Sonora, contigua a la Guardería, y concluyó entre otros aspectos que: a) el servicio de guarderías únicamente puede ser proporcionado directamente por el IMSS y excepcionalmente por el patrón; b) el Instituto carece de facultad legal para otorgar contratos de prestación de servicios de guardería a terceros ajenos a la relación laboral; c) que existe un desorden generalizado en el otorgamiento de dichos contratos, así como en la operación y vigilancia de las guarderías; d) que ha quedado comprobado el vínculo de dicho desorden en la Guardería ABC, S.C.; e) determinó que diversos servidores y ex servidores públicos del Instituto, están involucrados en la violación de garantías; y f) que existe evidencia de un caso de negligencia médica en la atención que se proporcionó a los niños y adultos que sufrieron lesiones a consecuencia del incendio.

Proyecto de Dictamen de la Facultad de Investigación 1/2009

El Informe preliminar rendido por la Comisión se turnó para su Dictamen al Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, remitiéndose copia a las personas consideradas directamente vinculadas con los hechos investigados (entre ellos servidores y ex servidores públicos del Instituto), para que éstos presentaran las manifestaciones pertinentes, así como los documentos o elementos que les sirvan de sustento.

El 3 de junio de 2010, agotado el periodo para recibir las manifestaciones, el Ministro Ponente presentó al Pleno, el proyecto de Dictamen para su discusión y sanción correspondiente. En éste se destacan, entre otros aspectos, que: se incurrió en violaciones graves de garantías individuales; la interpretación legal con base en la cual el Instituto ha asumido competencia para el diseño del esquema y la suscripción de los contratos de subrogación con particulares, es válida a la luz del marco constitucional y legal; existe un vínculo entre el desorden generalizado y la guardería ABC, por las irregularidades en el otorgamiento del contrato de ésta, su operación y supervisión; siete de las autoridades institucionales, señaladas en el Informe Preliminar como involucradas no tienen dicho carácter, y se incluyeron otras no mencionadas en dicho Informe Preliminar, las cuales estimó vinculadas a los hechos de la investigación.

Los días 14, 15 y 16 de junio de 2010, el Tribunal Pleno de la SCJN analizó y discutió el proyecto de Dictamen y, en términos generales, aprobó la afirmación de que existen violaciones graves a las garantías individuales; avaló la legalidad de los contratos de prestación de servicios celebrados por el IMSS con terceros no patrones, así como las facultades del Consejo Técnico para autorizar su celebración y del Director General para formalizarlos; revocando en consecuencia los señalamientos de responsabilidad de algunos de los servidores públicos del IMSS señalados como tales en el proyecto de Dictamen, y rechazando también la

conclusión relativa a la existencia de un desorden generalizado en la operación y supervisión de las guarderías del Instituto.

Lo anterior hizo inviable el proyecto de Dictamen presentado por el Ministro Zaldívar y, en consecuencia, el engrose del mismo, en los términos aprobados por el Pleno, fue encomendado al Ministro Sergio A. Valls Hernández.

DICTAMEN emitido el catorce, quince y dieciséis de junio de dos mil diez por el Tribunal Pleno en la facultad de investigación 1/2009

El engrose final del Dictamen de la Facultad de Investigación fue publicado en la página web de la SCJN, el 6 de octubre de 2010, y en el DOF se publicó el 18 de noviembre del mismo año.

Por la gran importancia que tienen para el Instituto, los señalamientos contenidos tanto en el Informe Preliminar como en el Proyecto de Dictamen, acerca de que el Instituto carece de facultad legal para otorgar contratos de prestación de servicios de guardería a terceros ajenos a la relación laboral; y que existe un desorden generalizado en el otorgamiento de dichos contratos, así como en la operación y vigilancia de las guarderías, es conveniente, no obstante su extensión, reproducir lo resuelto sobre ambos temas por el Tribunal Pleno de la SCJN, en las sesiones llevadas a cabo con fechas catorce, quince y dieciséis de junio de 2010.

1. Legalidad del sistema de guarderías contratadas con particulares.

En el Considerando Quinto “Estado General del Sistema de Guarderías”, se señala lo siguiente:

Este Tribunal Pleno estima que el diseño e implementación del esquema “vecinal comunitario único” o esquema de subrogación, encuentra sustento

en el artículo 123, Apartado A, fracción XXIX, de la Constitución, el cual establece que la Ley del Seguro Social debe comprender el servicio de guardería.

Por su parte, el artículo 171 de la Ley Federal del Trabajo señala que la prestación de los servicios de guardería infantil por el Instituto Mexicano del Seguro Social se hará de conformidad con su ley y disposiciones reglamentarias.

Al respecto, la Ley del Seguro Social regula el servicio de guarderías en los artículos 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 212, 213, 237 A, 251, fracción I, IV, VIII y XIII y 264, fracciones III y XVII.

En específico, el artículo 203 señala que los servicios de guardería infantil serán proporcionados por el Instituto en los términos de las disposiciones que al efecto expida el Consejo Técnico, sin que esto implique que deban ser proporcionados directamente por aquél, pues la remisión a las normas técnicas del Consejo le autoriza a establecer las modalidades para la prestación del servicio.

Lo anterior se corrobora con el contenido del artículo 251 de la Ley del Seguro Social, el cual prevé que el Instituto debe satisfacer las prestaciones establecidas en dicho ordenamiento —entre las que se encuentra el servicio de guardería—, para lo cual puede realizar todos los actos jurídicos a fin de cumplir con sus fines, así como expedir lineamientos de observancia general para la aplicación de la ley.

En congruencia con esta facultad, el artículo 31 del Reglamento Interior del Instituto, le da al Consejo Técnico atribuciones para emitir disposiciones de carácter general.

De manera específica, el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guarderías, que desarrolla el contenido de la Ley del Seguro Social, establece que los servicios de guardería se regirán por las políticas y normas de orden técnico, administrativo y médico que dicte el Instituto.

De esta forma, el que el legislador haya delegado en el Consejo Técnico la emisión de las normas que regulen la prestación de los servicios de guardería infantil, implica que no es necesaria una disposición legal que previamente establezca un esquema determinado. Asimismo, la circunstancia de que el servicio de guardería se preste de manera directa o indirecta, a través de terceros, no son formas excluyentes entre sí, sino complementarias.

Por tanto, con base en estas normas, y tomando en cuenta la necesidad de ampliar el servicio a un mayor número de derechohabientes para hacer efectivos los derechos de las mujeres trabajadoras, así como la necesidad de racionalizar los recursos, el Instituto diseñó un sistema de subrogación que le permite enfrentar su obligación constitucional de proporcionar el servicio, el cual ha venido operando desde mil novecientos noventa y cinco, y ha sido incluso convalidado por diversos órganos fiscalizadores.

En conclusión, la interpretación legal con base en la cual el Instituto ha asumido competencia para el diseño del esquema y la suscripción de los contratos de subrogación con particulares, es válida a la luz del marco constitucional y legal.

2. Desorden generalizado en el otorgamiento de los contratos, operación y vigilancia de las guarderías subrogadas.

En el mismo Considerando Quinto “Estado General del Sistema de Guarderías”, se expone lo siguiente:

*El Informe Preliminar establece que *****, en la que ocurrió el incendio que dio origen a esta investigación, operaba bajo el esquema vecinal comunitario, lo que dio lugar a la hipótesis de que las condiciones de poca seguridad que se dieron en ella, estaban inscritas en el contexto de un desorden generalizado en las guarderías subrogadas del seguro social.*

Para corroborar la existencia de un desorden generalizado en el otorgamiento, operación y vigilancia de estas guarderías, los Magistrados de la Comisión refieren que llevaron a cabo una auditoría jurídica a la totalidad de ellas y ordenaron la realización de una inspección ocular en un número representativo de aquéllas.

Al respecto, mencionan que los datos, que arrojó la auditoría jurídica practicada al número total de guarderías que funcionan conforme a un contrato de prestación de servicios, sumados a los que se obtuvieron mediante la inspección ocular que se verificó en un número representativo, evidencian que sólo catorce contratos de un número total de mil cuatrocientos ochenta se otorgaron habiendo quedado satisfechos todos los requisitos previos que la normatividad aplicable exige; que once contratos se regularizaron después de su suscripción y en los demás existe un requisito documental.

Cabe señalar que la denominada auditoría la hicieron consistir en la revisión física de los expedientes de las mil cuatrocientos ochenta guarderías que funcionan bajo el sistema de subrogación.

Al efecto, los supuestos auditores establecieron la necesidad de contar con diez documentos de relevancia jurídica cada uno de ellos y luego procedieron a verificar su existencia por listado de éstos.

En relación a lo anterior, es de mencionar que contrario a lo precisado por el informe, desde luego no es una auditoría jurídica, pues ésta, para ser tal, precisa el examen detallado, por personas identificadas con nombre, apellido, experiencia y ocupación, en cada corporación concreta, de todos los aspectos que tienen relevancia en lo jurídico (fiscal, laboral, administrativo, documentos demostrativos de derechos, documentos constitutivos de derechos, registro de activos, de pasivos, de contingencias judiciales o de otra índole, etc.), lo que no sucedió en el caso, pues únicamente se trata de un estudio o revisión de determinados documentos, relacionados con las actividades de prestación del servicio subrogado por parte de las guarderías investigadas.

Lo que sí es de destacar que, dado el número mínimo de expedientes integrados en forma completa, es evidente que la gran mayoría no cumple de manera íntegra, la normatividad que le resulta aplicable, ya que sólo el punto tres por ciento (0.3%) se ajusta a todos los requisitos necesarios para su funcionamiento.

Por lo que atañe a la supervisión que ejerce el Instituto Mexicano del Seguro Social como mero control administrativo, refiere el informe que se cumple en el ochenta y siete por ciento (87%) del universo, porcentaje que equivale a un mil doscientas noventa y ocho guarderías y que la participación del Instituto en la supervisión que trasciende al ámbito de la protección civil es escasa.

En este aspecto de protección civil, se destaca que al día del incendio, del total de guarderías operadas por particulares, no contaban con los siguientes equipos y documentos:

Equipo de incendios: el sesenta y nueve punto siete por ciento (69.7%).

Dictamen favorable de instalaciones eléctricas: el setenta y dos por ciento (72%).

Reconocimiento de validez oficial de la Secretaría de Educación Pública: el cincuenta y uno punto ocho por ciento (51.8%).

La supervisión en este rubro arroja como resultado que un alto porcentaje carecía de:

Dictamen de protección civil municipal vigente: el cuarenta y nueve punto ocho por ciento (49.8%).

Dictamen de protección civil municipal anual: el ochenta y tres punto siete por ciento (83.7%).

Visto bueno o dictamen de bomberos vigente: el setenta y dos punto dos por ciento (72.2%).

Visto bueno o dictamen de bomberos anual: el noventa y uno punto cuatro por ciento (91.4%).

Constancia de realización de simulacros: el setenta y cinco punto uno por ciento (75.1%).

Constancia de capacitación de protección civil: el setenta y tres punto tres por ciento (73.3%).

*Por otra parte, la inspección ocular realizada a un número representativo de guarderías subrogadas conforme a la muestra elaborada por peritos del *****, para verificar, en lo tocante a las medidas de protección civil, la situación actual de cada guardería y si el*

cumplimiento se había dado con posterioridad a esa fecha, arroja como resultado, al cinco de junio de dos mil nueve, la carencia de los siguientes equipos y elementos:

Detectores de humo: el cincuenta y siete por ciento (57%).

Extinguidores: el cinco punto cuarenta por ciento (5.40%).

Luces de emergencia: el cincuenta y cuatro punto siete por ciento (54.7%).

Rutas de evacuación: el cinco punto treinta por ciento (5.30%).

Piso antiderrapante en los baños: el veintiséis punto cincuenta por ciento (26.50%).

Distancia a la salida menor a cuarenta metros: el trece punto veinte por ciento (13.20%).

Realización de simulacros: el cinco punto treinta por ciento (5.30%).

Salidas de emergencia: el cuarenta y uno punto setenta por ciento (41.70%).

Apertura de puertas de emergencia con mecanismo de empuje hacia fuera: el catorce por ciento (14%).

Sistema de alarma sonora: el cuarenta y cinco por ciento (45%).

Instalaciones eléctricas en descuido: el dos punto sesenta por ciento (2.60%).

Protectores de tomacorriente en la pared: el nueve punto noventa por ciento (9.90%).

Este resultado negativo en materia de protección civil, indica que es irregular la vigilancia que el Instituto Mexicano del Seguro Social ejerce a fin de que los prestadores del servicio subrogado de guardería cumplan con los estándares mínimos de previstos en las Normas Oficiales Mexicanas y en las legislaciones federales, estatales y

municipales, lo que ha quedado acreditado con el resultado de la aludida revisión de los documentos de las guarderías subrogadas, con las pruebas de inspección ocular, datos estadísticos y el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho.

Al respecto cabe señalar que, si bien se pueden advertir ciertas irrequisitudes en el otorgamiento de contratos de subrogación, operación y vigilancia de las guarderías subrogadas de parte de las autoridades, lo cierto es que ni la referida revisión de documentos en la totalidad de las guarderías subrogadas, ni la inspección ocular en un número representativo de aquellas, realizada con base en una muestra estadística, ni el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho, como medios de convicción en sí mismos, o debidamente enlazados, son suficientes para sustentar una decisión que tenga por acreditado el referido desorden en la magnitud que refiere el informe, como quedará demostrado a continuación.

Antes de proceder a estudiar el tema de desorden generalizado, es preciso mencionar que la idea de desorden en su acepción etimológica significa lo que está fuera de orden, entendido éste como un conjunto de reglas generales de comportamiento.

Dado que el concepto de “orden” es un término análogo que significa que tiene un significado en parte igual y en parte diversa, existen diversos órdenes según sea la perspectiva bajo la cual se pretenda hacer el análisis. Así tenemos que el orden puede ser social o jurídico, según sea el objeto formal de estudio y bajo este enfoque el orden social implica la existencia y el respeto a un sistema de normas y

principios aceptados por un grupo social determinado, en tanto que con el orden jurídico se alude un marco regulativo de carácter obligatorio.

En este sentido, tal situación entraña la renuencia y oposición del conjunto de reglas, normas y principios que norman la vida de ese grupo.

Si al término desorden se le agrega el calificativo generalizado, habrá que pensar en la renuencia y oposición de todos los miembros del grupo a conducir sus vidas con base en esa normatividad, respecto de la totalidad de sus actos, en todas las dimensiones de su existencia.

Ahora bien, si se sostienen como válidas las afirmaciones de los comisionados contenidas en el Informe preliminar a fojas 2, 89, 377, 379 y 385, sobre la existencia de desorden generalizado, se tendría que asumir también que ninguna autoridad y ninguno de los sujetos involucrados en los hechos ajustaba su actuación a las normas o a los principios que los informan, toda vez que el desorden generalizado supone el incumplimiento de deberes legales y de ciertos principios como legalidad, eficiencia, responsabilidad, entre otros, que de haberse observado hubieran evitado lo ocurrido, lo que no se encuentra acreditado con las constancias agregadas al informe, en los extremos que se señalan.

Es claro que si el desorden generalizado hubiese sido la situación real prevaleciente en las guarderías subrogadas, no se explica entonces cómo es que el informe preliminar no haya utilizado dicha afirmación en mayor número de ocasiones.

Por otra parte, se indica que existió un desorden generalizado en el otorgamiento, operación y vigencia de las guarderías subrogadas y que ello quedó demostrado con el referido análisis de diversos documentos en la totalidad de las guarderías y con la inspección ocular realizada en una muestra estadística, elemento consistente en el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho.

Sin embargo, de la verificación del reducido listado de documentos, señalados para revisar, no es posible considerar que se demuestra la existencia del desorden generalizado en el sistema, como lo sostiene el informe preliminar, pues la información producto de esa revisión es insuficiente, aunado al hecho de que no se especifica quién o quienes en forma directa llevaron a cabo la revisión física de los expedientes.

De modo que si se concluye que la existencia del desorden generalizado quedó probado por el hecho de que sólo catorce contratos fueron suscritos previo el total cumplimiento de los requisitos de ley, que once de ellos fueron regularizados después de la suscripción y que del resto falta al menos un documento, sin especificar qué documentos son los faltantes y menos aún cómo esa insuficiencia es determinante en la deficiencia de la prestación del servicio o contribuye a ella y en vía de consecuencia, al desorden generalizado, para tenerlo como probado, entonces carece de sustento la conclusión del informe.

La inconducencia de la conclusión del informe también estriba en el hecho de que los elementos que se mencionan como faltantes corresponden en su mayoría a documentos de protección civil, materia que es concurrente entre los tres órdenes de gobierno, en términos de la Ley General de Protección Civil, lo que implica que cada entidad

federativa tiene su legislación en ese rubro, por lo que tendría que haberse explicado qué coincidencias existen en el universo de legislación que la Comisión Investigadora tuvo que revisar para determinar esos faltantes y reflejarlos en los porcentajes anotados.

De todo lo expuesto, se sigue que los porcentajes aludidos, más que desprenderse de la revisión de los documentos referidos, se derivan de la inspección ocular dependiente de la muestra estadística; de ahí que no se pueda hablar de una prueba independiente a la inspección, sin embargo, por las razones apuntadas, ni la sola revisión sobre los 1480 expedientes exhibidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social ante la Comisión Investigadora, ni adminiculándola con el resto de pruebas, logra acreditar el desorden generalizado que se afirma impera en el sistema de guarderías subrogadas.

*El segundo elemento en que se apoya la afirmación de que existe desorden generalizado, es la inspección ocular realizada a un número representativo de guarderías subrogadas conforme a la muestra elaborada por peritos del *****.*

Para poder entender la utilidad de las estadísticas recabadas por la Comisión con ayuda de peritos de ese Instituto, es necesario conocer cómo se conformó ésta.

Los datos estadísticos están detallados en los anexos números 30 y 37, mismos que se encuentran ubicados en el disco magnético que fue proporcionado con el archivo titulado “Reporte del Diseño Muestral para la encuesta de guarderías del esquema vecinal comunitario”.

En un primer apartado de este documento se reflejan las frecuencias del muestreo de 160 guarderías, sobre un universo de 1176, a las que realizaron la inspección ocular diversos Jueces de Distrito (páginas 1 a 21 de los anexos 30 y 37).

La primera inconsistencia que se advierte radica en el hecho de haberse incluido en el muestreo 8 guarderías específicas a solicitud de los padres, lo que dio un total de muestreo de 168 guarderías, pero este número no se refleja en los anexos de estadística donde los peritos dicen que no es posible agregarlo a la muestra principal; tampoco se explica el método empleado por los peritos para determinar el número de la muestra y si ésta era válida para 160 guarderías como fue ideada por los peritos desde un inicio o para 168 de conformidad con las propuestas de los padres de familia, cuando los Comisionados unifican los dos universos.

En relación con la muestra estadística, se observa otro problema consistente en el hecho de que sólo reporta porcentajes negativos sobre el sistema de guarderías, omitiendo a aquellos porcentajes que se podrían calificar como positivos de este sistema, pues dentro de esta hipótesis de desorden generalizado establecida por la Comisión Investigadora, es menos comprensible aun cuando se analizan los resultados de las inspecciones oculares, ya que dichos datos ponen de manifiesto, el resultado positivo que se obtuvo de la muestra en tratándose de medidas de seguridad; por ejemplo, a fojas 138 a 140 del Informe de los Comisionados se reportan los siguientes datos: Detectores de humo existe en el 100% de las guarderías visitadas, funcionando en el 91.3% de los casos; Extintores, existen en el 100% de las guarderías, encontrándose con carga vigente el 94.6% de ellos, e instalados antes del cinco de junio de dos mil nueve; Luces de

emergencia, existentes en el 98.7% de las guarderías, funcionando en el 96.6% e instaladas antes del incendio en un 45.3%; Rutas de evacuación, se tienen en el 100% de las guarderías, instaladas antes del incendio en el 96.7% de los casos; Salidas de emergencia, cuentan con ellas el 100%, funcionando el 96.7% y cuentan con mecanismo de empuje hacia fuera el 86%; Sistemas de alarma sonora, cuentan con ella el 98.7%, funcionando el 99.3% instaladas antes del incendio el 55%.

Entonces, si el estudio o proyección estadística, sólo se centró en la inspección ocular a 168 guarderías, que representa el 11.35% de guarderías, no resulta viable inferir una generalidad, máxime que los peritos no ofrecen estimación alguna del restante universo de 88.65%, pues nada dicen al respecto, ni tampoco correlacionan estadísticamente los dos universos (1480 guarderías que sirvió para realizar la referida revisión de documentos y 168 guarderías que sirvió de base para demostrar que existen omisiones en la operación y vigilancia), sobre los que se tomaron datos, ni señalaron valores o las variables que se utilizan en las distintas tablas, ni cómo se midieron, para demostrar la hipótesis de desorden generalizado.

Siendo así, no se obtiene una respuesta clara a diversas interrogantes que pudieran formularse sobre cuál es el número de guarderías que concuerdan con las omisiones detectadas en las instalaciones objeto de inspección documental; sobre cuál es el margen de error que existe por el uso de dos universos distintos y fundamentalmente sobre la razón del por qué no se reportaron frecuencias con rubros coincidentes.

Por otra parte, como no existe una relación de los faltantes documentales con los faltantes de requisitos reales según la inspección ocular, y menos aún se indica de qué forma esos faltantes documentales se reflejaron en la realidad física de las guarderías, la conclusión del informe de que existe desorden generalizado está basada en la falacia de generalización.

*En cuanto a la afirmación del informe de que la situación de ***** se da dentro del contexto del desorden generalizado en el otorgamiento de los contratos, operación y vigilancia de las guarderías subrogadas, lo que implica una relación directa, debe decirse que no se comparte dicho señalamiento, fundamentalmente porque toda relación supone la existencia de dos extremos que se encuentran vinculados y que ambos extremos estén cabalmente probados.*

*En el caso del desorden generalizado, tal hipótesis, como se ha visto, no ha quedado plenamente probada, pues aún en el extremo de que el desorden generalizado se mantuviera como una simple suposición, no como hecho probado, de todas formas, la relación directa entre el referido desorden y la situación de ***** al estar basada en una prueba estadística, carece de sustento por las inconsistencias e incongruencias en el uso y método de dicha prueba.*

Al respecto, es importante señalar que el uso de la estadística en materia probatoria tiene dos vertientes.

La primera refiere a los modelos teóricos de razonamiento judicial y en particular al de la valoración de las pruebas, con el objeto de encontrar la veracidad de los hechos. Estos métodos se basan en cálculos de probabilidad cuantitativa y valoración de pruebas con base

en probabilidades pasadas y/o futuras, siendo uno de los métodos más empleados el teorema de Bayes.

La segunda vertiente de la estadística en materia probatoria, consiste en el uso de estadísticas científicas, por ejemplo un examen de ADN. Es decir, datos estadísticos formados con una base científica.

Sobre la prueba estadística señala Taruffo que “una frecuencia estadística aunque sea elevada, no puede decir nada significativo acerca de la producción de un evento específico: como se suele decir, las estadísticas sirven para hacer previsiones sobre la probabilidad de que se produzca un cierto tipo de evento, pero no sirven para determinar si un hecho particular se ha producido o no.”

*En el caso particular, el uso de la muestra estadística derivada de la inspección ocular practicada en las guarderías no puede estar justificado cuando con ella se pretende demostrar hechos particulares ya acontecidos, concretamente si las acciones u omisiones desplegadas por diversas autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Estado de Sonora y el municipio de Hermosillo, incidieron en la tragedia suscitada en ***** el cinco de junio de dos mil nueve.*

Aunado a que los peritos en matemáticas y estadísticas no reportan frecuencias respecto a las probabilidades futuras, esto es, los riesgos e incidencias de que con base a datos obtenidos indicarían que pudiera ocurrir una tragedia similar en los universos de las guarderías analizadas.

Así, lo que pudiera constituir, como instrumento de medición de ciertos fenómenos, una valiosa herramienta para la prevención de

riesgos futuros, no lo es cuando se trata de explicar y enlazar conductas humanas concretas, realizadas con antelación y menos aún cuando se trata de sustentar, en dicho instrumento, la formulación de un juicio reproche, juicio eminentemente jurídico, de carácter valorativo, por el probable involucramiento en la violación de garantías individuales, en el que los hechos no están sujetos a una mera apreciación numérica o cuantitativa.

*Finalmente, tampoco se puede sostener que la prueba de inspección ocular se encuentra corroborada por el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho, para concluir la existencia del desorden generalizado, ya que si bien en dicho informe se formula una serie de observaciones y recomendaciones al Instituto Mexicano del Seguro Social en el rubro de guarderías subrogadas a particulares, también lo es que la elaboración de esas observaciones y recomendaciones son posteriores a los trágicos acontecimientos ocurridos en *****, el cinco de junio de dos mil nueve, lo que se desprende de la foja 273, del tomo IX, volumen 3, de dicho informe, en el que se anotó lo siguiente:*

“Resultado Núm. 9 Observación Núm. 1.---Visitas a guarderías contratadas con particulares.---Se seleccionó de manera aleatoria una muestra de 60 guarderías de acuerdo con su georreferenciación con dos entidades federativas del norte del país, una de ellas al considerar los eventos trágicos del incendio del 5 de junio de 2009 (sic), (Coahuila y Sonora); una del centro que es el Distrito Federal y dos del sur correspondientes a Oaxaca, y Yucatán, para realizar las visitas técnicas a cargo de la ASF, en las que se determinaron 144 incumplimientos a la

Guía y Criterios de Supervisión del Servicio de Administración del IMSS y 90 a la NOM-167-SSA1-1997, como se muestra a continuación:”

Esto es, que aunque el Informe indique que se trata de la revisión de la Cuenta Pública de dos mil ocho, no es posible tenerlo como prueba, toda vez que las observaciones y recomendaciones formuladas en el rubro que importa, se llevaron a cabo posteriormente, como consecuencia del trágico suceso, como se aprecia del contenido del propio informe y de lo siguiente:

*En el expediente de investigación existen constancias sobre auditoría y revisión de la Auditoría Superior de la Federación respecto de las guarderías subrogadas y concretamente en torno a la situación de ***** y concretamente sobre los procedimientos que de ello han derivado.*

Al respecto, el siete de junio de dos mil nueve (fecha posterior a la del trágico accidente, es decir, el cinco de junio) la Auditoría Superior de la Federación envió oficio al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social para informarle que dicho organismo estaba incluido en la revisión y fiscalización superior de la Cuenta Pública del ejercicio de dos mil ocho.

*El siete de julio de dos mil nueve, un mes después de ocurrida la tragedia de *****, el Director General de Auditorías Especiales de la Auditoría Superior de la Federación dirigió al Instituto Mexicano del Seguro Social el oficio DGAE/1069/2009, en el que solicitó diversa información relacionada con el servicio de guarderías.*

Posteriormente, mediante oficio AED/DGAE/860/2009, del diecinueve de agosto de dos mil nueve, suscrito por el Auditor Especial de Desempeño, se emitió la orden para realizar la auditoría 1115 “Regulación y Supervisión de Guarderías”, estableciendo como objeto el de verificar el cumplimiento de los procesos de contratación, subrogación, regulación, supervisión y vigilancia del servicio de guardería.

*De lo anterior se desprende que la revisión practicada por la Auditoría Superior de la Federación y las recomendaciones que de ella derivaron, por lo menos en el rubro de guarderías, se elaboraron y formularon como consecuencia del terrible accidente que afectó la vida de los menores que se encontraron en *****, pues si se lee el Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho, se nota que los puntos torales de la auditoría se dirigieron a la legalidad de los contratos de subrogación y a las medidas de protección civil, cuando del resto de informes que respecto de cada cuenta pública emite la Auditoría Superior de la Federación, en otros años, no se advierte que haya orientado su revisión a las cuestiones relacionadas con la protección civil y menos aún que haya hecho alguna recomendación al Instituto Mexicano del Seguro Social respecto de las cuestiones de seguridad y protección civil del sistema de guarderías en subrogación.*

En esa virtud, si en informes de anteriores cuentas públicas no se advierte que la Auditoría Superior de la Federación haya realizado una auditoría o recomendación al Instituto respecto de las cuestiones de seguridad y protección civil del sistema de guarderías, sino sólo la relativa a que los contratos correspondientes se otorguen al tenor de la

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, entonces los datos del Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho, imposibilitan jurídicamente considerarlo objetivo, habida cuenta que la revisión se realizó a partir de los lamentables hechos ocurridos y no como parte de la tarea habitual de ese organismo.

*Por lo tanto, en atención a las limitaciones o deficiencias destacadas respecto de la referida revisión de documentos, la escasa confiabilidad de inspección ocular basada en la muestra estadística, por sus imprecisiones y contradicciones y la falta de idoneidad del Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública dos mil ocho, no queda más que concluir que esas probanzas no son útiles para demostrar el desorden generalizado y mucho menos, el vínculo entre ese desorden y las consecuencias generadas con motivo de los lamentables acontecimientos ocurridos en *****, esto es, las irregularidades que su caso existieron en la contratación y operación de esa guardería, no necesariamente guardan analogía con la situación del resto de guarderías, pues es difícil sostener que la muestra estadística sea contundente y confiable para tener evidenciada la existencia de un desorden generalizado en todo el sistema de guarderías subrogadas.*

Por otra parte, es importante referir que en el Considerando Octavo del Dictamen Final en cita, se realiza el análisis y determinación de las autoridades respecto de las cuales se advierte incumplimiento de obligaciones en relación con el siniestro, del cual, a continuación se transcribe la parte correspondiente al IMSS:



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

AUTORIDADES RESPECTO DE LAS CUALES SE ADVIERTE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LEGALES EN RELACION CON EL SINIESTRO.

A. AUTORIDADES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.- Delegado Estatal del IMSS en Sonora.

*****, quien estuvo al frente de la Delegación en el Estado de Sonora de abril de dos mil seis a junio de dos mil nueve.

Dicho funcionario, como encargado directo de la operación de los servicios institucionales del IMSS en el Estado de Sonora, considerando entre ellos, el de guardería, fue omiso en verificar el cumplimiento efectivo de las disposiciones legales aplicables para el funcionamiento de *****.

En su carácter de superior jerárquico, le es imputable la falta de control, coordinación y supervisión de las áreas subordinadas encargadas de la verificación del cumplimiento de los requisitos para la operación de la guardería.

Cabe destacar, que fue omiso en verificar que el expediente de ***** estuviera completo, pues como quedó señalado con anterioridad, el mismo se encontraba incorrectamente integrado, omitiéndose los siguientes documentos: 1) dictamen estructural del inmueble, o documento que justifique que se hubiere considerado innecesario; 2) la evaluación realizada al inmueble para verificar que se encontraba alejado de zonas que presenten cualquier circunstancia que sea motivo de riesgo; 3) plano cuyas colindancias correspondieran con su ubicación real; 4) exposición fotográfica del inmueble; y 5) plano actualizado en virtud de las modificaciones realizadas por la ampliación de la capacidad instalada.

No obstante que esta deficiencia fue detectada, no se le dio seguimiento hasta su total desahogo, al igual que a las observaciones que fueron formuladas sobre aspectos de seguridad del inmueble. Por lo tanto, de haberse corroborado las condiciones del inmueble hubiera resultado evidente que no cumplía con las características necesarias para acoger una guardería.

El incumplimiento de estos requisitos, constituyó uno de los factores fundamentales que suscitaron el incendio en *****.

2.- Titular del Departamento Delegacional de Guarderías.

*****, quien fue titular de este departamento desde el año dos mil uno a junio de dos mil nueve.

Del conjunto de atribuciones legales previamente esbozadas, se deduce que esta funcionaria era la encargada de ejecutar las acciones relativas al servicio de guardería. Por tal motivo, tenía la obligación de verificar que, para el inicio del funcionamiento de la guardería, ésta cumpliera con todos los requisitos previstos en el Manual de Procedimientos para la Apertura y Ampliación de Guarderías, lo cual, como se advirtió con antelación, no sucedió.

De este modo, esta funcionaria era la encargada de corroborar que el inmueble fuera viable para ser destinado al servicio de guardería, así como verificar que cumpliera con los requisitos previstos por el Reglamento de Construcción vigente en el Estado de Sonora.

Del expediente administrativo de *****, se advierte que nunca hubo una verificación que determinara que el inmueble en el que se prestaba el servicio de guardería, era viable y cumplía con todos los requisitos necesarios para ello; pues tomando en consideración los negocios que operaban a su alrededor –al momento de su autorización, una bodega del lado oriente y una llantera en la parte posterior-, es obvio que se encontraba en zona de peligro, por lo que en términos de las Bases de Subrogación, no se debió autorizar para su funcionamiento como centro de cuidado infantil. En este sentido, omitió coordinarse de forma efectiva con el Departamento Delegacional de Construcción y Conservación para realizar la citada evaluación.

Asimismo, del expediente tampoco se advierte que esta autoridad haya emitido una opinión funcional respecto del proyecto de adecuación del inmueble de *****, cuando se dio la autorización para el aumento de la capacidad instalada. Además, al ser responsable de la planeación de las actividades del personal subordinado, estaba obligada a dar seguimiento a las observaciones formuladas a la Guardería hasta su conclusión.

Al respecto, cabe mencionar que mediante oficio de seis de junio de dos mil uno, el Jefe de Prestaciones Económicas y Sociales informó a *****, representante legal de *****, la aprobación por parte de esa jefatura del proyecto de instalación de una guardería del esquema vecinal comunitario con capacidad para ciento setenta niños.

En el expediente administrativo correspondiente, se advierte la existencia del plano de la bodega con la firma de *****, y en el cual se señala que del lado oriente contiguo a la parte de la bodega que fungiría como guardería, se ubica un estacionamiento, lo cual no es coincidente con la realidad, toda vez que, como es sabido, era también una bodega llena de documentación.

Por otro lado, no obstante la existencia de dicho plano, no obra acta de visita al inmueble de la que pueda inferirse que se haya comprobado su viabilidad para ser empleado como guardería, omisión que le es directamente atribuible a esta funcionaria, toda vez que era su deber el verificar tal situación.

Adicionalmente, obra en el expediente mencionado un oficio de veinticuatro de noviembre de dos mil tres, dirigido a la Coordinadora de Guarderías, denominado: “Reporte de Esquema con Ampliación de Capacidad Instalada de Guardería” en el que se autoriza un aumento de la capacidad instalada hasta ciento noventa y seis menores, sin que tampoco se advierta con motivo de dicha autorización, la emisión de un documento que certificara que el inmueble resultaba adecuado para proporcionar atención a un mayor número de infantes.

Cinco meses después, mediante oficio del veintisiete de abril de dos mil cuatro, con motivo de la ampliación de la capacidad instalada, el Jefe de Prestaciones Económicas y Sociales, solicitó a *****, representante legal de *****, el envío de un plano arquitectónico del inmueble, presentado en escala 1:10 a 1:50, el cual debería contener: dirección completa, superficie del terreno (cotas), superficie construida con ampliación (cotas y niveles de piso), croquis de localización con colindancias, orientación, locales y servicios definidos y amueblados, capacidad instalada total y por sala para el servicio de población no beneficiaria (en su caso). En el expediente no obra constancia de cumplimiento por parte de *****.

A mayor abundamiento, mediante oficio 279001320100/23180, dirigido a *****, el Jefe de Prestaciones Económicas y Sociales hizo de su conocimiento diversas irregularidades: “en atención a visita realizada por las Coordinadoras Zonales de Guardería Lic. *****, T.S. ***** y Arquitecto ***** el día 8 de julio de 2005”. El oficio señala lo siguiente:

“Puerta de acceso principal. Se requiere instalar puerta de 2 metros de ancho libre y 2.10 altura mínima, tipo abatible en doble hoja.

Salidas de emergencia. Instalar puertas de seguridad con barra de empuje abatible hacia el exterior de 1.00 metro de ancho mínimo en las salas de lactantes C y en patio de juegos.

Plafones. Se deberá sustituir los plafones existentes en salas de usos múltiples a maternales con material no combustible, debido a que actualmente tienen instalado un plafón a base de lona plástica tipo carpa y es un material altamente combustible.

Aislamientos. El techo del inmueble carece aparentemente de material aislante, por lo que se le solicita aislar y así proporcionar un clima confortable a los menores en la unidad.

*Equipos de acondicionamiento de aire. El inmueble cuenta con una máquina de aire acondicionado instalada sobre el muro de calle ***** y red de ductos, los cuales no están en operación; le solicito reparar o sustituir el equipo en virtud de que las condiciones de confort de la sala de usos múltiples no son aceptables.*

Patio de juegos. Se sugiere instalar malla sombra al 80% sobre la estructura de la techumbre del patio exterior, debido al clima caluroso de la región.

Se requiere plano arquitectónico amueblado y debidamente acotado, indicando las áreas interiores en metros cuadrados.

Solicito me envíe la actualización de dictamen aprobatorio del departamento de bomberos, ya que la que se cuenta en los archivos, concluyó la vigencia el 25 de julio de 2005.”

A pesar del requerimiento antes mencionado, no existe en el expediente del Instituto Mexicano del Seguro Social constancia alguna de su cumplimiento, y en relación con este mismo aspecto, en el Informe de Supervisión de la Operación del Servicio de Guarderías de los días veinticinco y veintiséis de octubre de dos mil seis, es decir, más de un año después, en el rubro Infraestructura del Inmueble, existencia de espacios y áreas establecidas, la coordinadora zonal asentó “se realizaron modificaciones al inmueble pero no se pudo revisar el plano actualizado. Mostrar en próxima visita.”

De lo antes señalado se advierte que, a pesar de haber constancia de la falta de plano actualizado del inmueble de la guardería y de las importantes observaciones que se realizaron, en materia de seguridad de la bodega, hubo una falta de control y seguimiento efectivo.

A estas omisiones señaladas, se suma también la relativa al control respecto de la capacitación del personal de la guardería, pues no obstante que en diversas visitas se hicieron notar deficiencias en este aspecto, no obra que se hayan dictado medidas con el objeto de remediarlas.

Efectivamente, en dos ocasiones se establecieron multas por el incumplimiento de aspectos relativos a deficiencias en el personal, ya fuera en el número o en su capacitación. Así, no obstante ser un problema persistente, no se tomaron medidas definitivas, pues en términos de la cláusula trigésima cuarta del convenio de subrogación, el no contar con la plantilla de personal en los términos adecuados es una causal de rescisión.

3.7.10 Apoyos otorgados a los afectados por el incendio en la Guardería ABC

El incendio ocurrido en la bodega arrendada por la Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado de Sonora, contigua a la Guardería ABC, en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, constituye, sin duda, la peor tragedia en la historia del IMSS, que provocó pérdidas irreparables de vidas, lesiones y afectaciones a la salud de menores, así como lesiones a algunos adultos que se encontraron en el lugar del siniestro.

Ante este evento fortuito, de consecuencias catastróficas, que modificó la vida de las familias afectadas, el Órgano de Gobierno del IMSS consideró necesario otorgar diversos apoyos y ayudas por solidaridad, a las personas afectadas por dicho siniestro, de tal forma que desde el mismo mes de junio de 2009, el H. Consejo Técnico ha emitido diversos acuerdos, entre ellos, los identificados con los números ACDO.AS1.HCT.100609/126.P.DG, del 10 de junio de 2009; ACDO.SA1.HCT.260809/171Bis.P.DG, del 26 de agosto de 2009; ACDO.SA1.HCT.281009/245.P.DG, del 28 de octubre de 2009; ACDO.AS1.HCT.230610/127.P.DPES y DPM, del 23 de junio de 2010; ACDO.AS1.HCT.250810/221.P.DPM, del 25 de agosto de 2010; ACDO.SA1.HCT.081210/384.P.DJ y ACDO.SA1.HCT.081210/385.P.DJ, ambos del 8 de diciembre de 2010.

Entre las ayudas y apoyos autorizados, se encuentran los inherentes a: la atención médica vitalicia de los menores y adultos lesionados por quemaduras, así como de aquellos que, sin haber sufrido lesiones de ese tipo, pudieran tener alguna secuela permanente originada por la inhalación de humo y tóxicos producidos en el incendio; el pago del costo de los auxiliares de diagnóstico necesarios; los gastos por traslados para la atención médica dentro del país, así

como en los Estados Unidos de América; el importe por concepto de ayuda por solidaridad determinado por el Instituto de acuerdo al dictamen técnico emitido en cada caso por la DPM; el importe equivalente a la cuota mensual autorizada que pague el Instituto por menor atendido en las guarderías contratadas para prestar ese servicio, que será cubierto como parte de la ayuda por equidad, cuando los padres de los menores no puedan cuidarlos directamente y éstos, por prescripción médica no puedan asistir a una guardería, dentro del límite de edad establecido para dicho servicio en la LSS; los gastos, que como parte de la ayuda por equidad, sea necesario erogar para la debida atención de la salud de los menores durante el periodo en que por prescripción médica lo requieran; apoyo psicológico y atención psiquiátrica para sus familiares que lo requieran; ayuda por concepto de beca educativa para su educación preescolar, cuando habiendo finalizado el derecho al servicio de guardería previsto en la LSS, los menores realicen estudios de nivel preescolar en cualquier institución educativa pública o privada situada en la República Mexicana, y hasta la edad de seis años, o bien, hasta la conclusión del tercer grado de preescolar, tratándose de menores que no cumplan con el rango de edad establecido como requisito en la convocatoria que publique la SEP para las inscripciones de primaria, del año de que se trate; atención médica a través del SSFAM, para los hijos y ascendientes de los padres de los menores lesionados y fallecidos, inscritos como sus beneficiarios ante el Instituto al 5 de junio de 2009, cuando dejen de ser sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.

3.7.10.1 Apoyos otorgados por el Gobierno Federal

El Ejecutivo Federal publicó en el DOF del 20 de julio de 2010, un DECRETO por el que se otorgan ayudas extraordinarias con motivo del incendio ocurrido el 5 de junio de 2009 en la "Guardería ABC, Sociedad Civil", en la Ciudad de Hermosillo, Sonora.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el citado Decreto se dispone otorgar, por conducto del IMSS, las ayudas siguientes: ayuda para la educación de los menores que resultaron lesionados; ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores que fallecieron o resultaron lesionados; ayuda vitalicia a las maestras y otros adultos que resultaron lesionados; ayuda para la atención médica vitalicia de los padres de los menores fallecidos y lesionados, entre otros.

El Decreto referido establece que la SHCP, proporcionará los recursos necesarios al IMSS, para que a través de un fideicomiso constituido ex profeso, se puedan otorgar los apoyos y ayudas autorizados.

En este sentido, el H. Consejo Técnico emitió el ACDO.AS1.HCT.230610/128 P. D.F. y D.J., en el cual se instruyó que por conducto de la DF, se realizaran las gestiones necesarias ante la SHCP, para solicitar recursos presupuestarios hasta por la cantidad de 250 mdp, por concepto de ayuda extraordinaria, que el IMSS destinaría a la constitución del Fideicomiso, cuyo fin será cubrir las erogaciones correspondientes a:

- Ayuda para la educación de los menores que resultaron lesionados en el siniestro ocurrido en la Guardería ABC el 5 de junio de 2009, consistente en el pago mensual de una beca educativa durante el tiempo en que realicen los estudios de primaria, secundaria, niveles medio superior y superior en cualquier institución educativa pública o privada en la República Mexicana.
- Ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores que fallecieron en el siniestro. Esta ayuda se otorgará mensualmente por una cantidad equivalente a su salario mensual neto percibido al 5 de junio de 2009, y en ningún caso será menor a \$5,000.00;
- Ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores que resultaron lesionados en el siniestro. A falta de la madre, dicha ayuda se otorgará a quien tenga a su cuidado al menor hasta que éste cumpla 25 años de edad.

Esta ayuda se otorgará mensualmente por una cantidad equivalente a su salario mensual neto percibido al 5 de junio de 2009, y en ningún caso será menor a \$5,000.00;

- Ayuda vitalicia por solidaridad para las maestras y otros adultos que resultaron lesionados en el incidente señalado. Esta ayuda se otorgará mensualmente por una cantidad equivalente a su salario mensual neto percibido al 5 de junio de 2009, y en ningún caso será menor a \$5,000.00;
- Ayuda bimestral para el pago del consumo de la energía eléctrica que se genere en el domicilio en el que residan los menores de edad y los adultos que resultaron lesionados por quemaduras. Esta ayuda se otorgará durante el tiempo que por prescripción médica requieran del uso de equipos para el debido cuidado de su salud, se aplicará por la totalidad del consumo correspondiente a la tarifa para uso doméstico aplicable a la ciudad de Hermosillo, Sonora (1-F). En caso de que en el domicilio antes señalado se facture la tarifa doméstica de alto consumo (DAC), la ayuda se otorgará hasta por el equivalente al consumo máximo en la tarifa para uso domestico 1-F;
- Apoyo para la atención médica de los padres de los menores fallecidos y lesionados por quemaduras, a través del SSFAM, cuando éstos dejen de ser sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.
- Ayuda consistente en los apoyos señalados en las viñetas primera, tercera y quinta, en caso de que los menores que hayan inhalado humo o tóxicos producidos por el incendio, en cualquier etapa de su desarrollo presenten una secuela permanente con este motivo, previo dictamen médico.

Asimismo, se autorizó la constitución de un fideicomiso cuyos fines serían los señalados en los puntos anteriores.

De acuerdo con lo anterior, se procedió a la constitución del fideicomiso de ayudas extraordinarias, el cual se formalizó mediante la suscripción del contrato de fideicomiso público irrevocable número 16617-9, entre el IMSS como fideicomitente y el Banco Nacional de México, S.A., en su carácter de fiduciaria.

3.7.11 Atención a los aspectos jurídicos en el IMSS, con motivo de las reformas al código civil del Distrito Federal y al código de procedimientos civiles para el Distrito Federal, relativas al cambio de la acepción 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 para el Distrito Federal (CCDF), entre otros, los artículos 146, 237, 291 bis, 294, 391 y 724, así como del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal (CPCDF), se reformaron los numerales 216 y 942.

Dicha reforma implicó, 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. Los términos “cónyuges, concubinas y concubinos”. A partir de esta reforma serán consideradas como tales, tanto las personas de sexos opuestos, como las del mismo sexo, que establezcan entre sí una relación de matrimonio o de concubinato.

De acuerdo con lo expuesto, resultó necesario analizar desde el punto de vista jurídico el alcance de esta reforma en tratándose de los beneficiarios del régimen

del seguro social, en términos de las disposiciones constitucionales y de la LSS vigentes.

En este sentido, se elaboró el estudio denominado “CONSIDERACIONES SOBRE LOS EFECTOS, EN EL ÁMBITO DEL SEGURO SOCIAL, DE LAS REFORMAS AL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y AL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL, CONTENIDAS EN EL DECRETO PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL, EL 29 DE DICIEMBRE DE 2009”, llegando a las conclusiones siguientes:

- La Asamblea Legislativa del Distrito Federal, por disposición constitucional, tiene la facultad legislativa en materia civil para el territorio del Distrito Federal, por lo que a partir de la entrada en vigor de la reforma objeto de estudio, serán válidos los actos jurídicos inherentes a matrimonio y concubinato entre personas del mismo género.
- La LSS es una norma especial, que se deriva del artículo 123, apartado "A", fracción XXIX, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que la conceptúa como una norma de utilidad pública, determina los seguros que comprenderá, así como a los sujetos de la misma: los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares, así como los familiares que dicho ordenamiento consideraría como beneficiarios de la seguridad social, estableciendo circunstancias de género que se observan en forma expresa, en cada uno sus capítulos que regulan los seguros que integran el Régimen Obligatorio de la propia LSS.
- En este contexto, la LSS es un ordenamiento de observancia general en toda la República, en la forma y términos que la misma establece, sus disposiciones son de orden público y de interés social. El Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario, cubre las

contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por la LSS y sus reglamentos, no de acuerdo con las leyes de carácter local de cada entidad federativa o del Distrito Federal.

- Al considerar la LSS como sujetos de la seguridad social, con el carácter de beneficiarios del asegurado o asegurada en los supuestos de matrimonio y de concubinato, invariablemente a personas de género distinto a éste, es evidente la discordancia entre las disposiciones relativas de la LSS y las normas del Distrito Federal en materia civil que regulan dichas figuras, que con toda probabilidad darán lugar a que las personas del mismo sexo que se encuentren en tales supuestos, soliciten se les registre como beneficiarias de la seguridad social, acreditando legalmente su vínculo matrimonial o su relación de concubinato.
- La reforma al CCDF en la materia que se analiza, no tiene el alcance de modificar la naturaleza o los principios de la seguridad social contenidos en la LSS, debiéndose recordar en este punto, que este ordenamiento prevé que a falta de norma expresa en éste, se aplicará supletoriamente, en la materia de estudio, el derecho común cuando su aplicación no sea contraria a la naturaleza propia del régimen de seguridad social que establece la propia Ley.
- Otro aspecto a considerar, es el principio de especialidad, es decir, que la actividad legislativa que afecte al CCDF, en el caso en concreto, el establecimiento de nuevos conceptos de matrimonio y de concubinato, no inciden en la LSS, pues, sin desconocer las facultades del legislador local y las nuevas disposiciones aprobadas por el mismo, no se debe perder de vista que en materia de seguridad social la ley especial es la LSS y, por lo tanto, corresponde exclusivamente al legislador federal la determinación de

los sujetos beneficiarios de las prestaciones y servicios establecidos en dicho ordenamiento legal.

- En este sentido, en el ámbito del Seguro Social, debe prevalecer la aplicación de las disposiciones de la LSS que en los supuestos de matrimonio o de concubinato, establecen como beneficiarios del asegurado o asegurada, únicamente a personas de género diverso a aquéllos.
- En este orden de ideas, el principio de actuación que rige en el ejercicio de las atribuciones y facultades del IMSS para el cumplimiento de los fines de este Organismo, es que con fundamento en lo establecido en los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 64, 65, 66, 84, 127, 130, 133, 138, 140, 165, 193, 201, 205, 209 y 241 de la LSS, así como los correlativos de sus reglamentos, no tiene la facultad para atender en sentido positivo las solicitudes que llegasen a formular los asegurados y pensionados, respecto de la inscripción como sus beneficiarios, de las personas del mismo género que se encuentren a ellos vinculados a través de las figuras de matrimonio o concubinato.

Iniciada la vigencia de la reforma en cuestión, y de acuerdo con información de la DIR, en 2011 se presentaron un total de 21 solicitudes de registro de beneficiario cónyuge del mismo género del asegurado. Derivado de la respuesta que se otorgó a los petitionarios, en el sentido de que el Instituto tiene imposibilidad jurídica para resolver positivamente las solicitudes, al mes de diciembre de 2011, se habían promovido 9 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 6 se han concluido, en 2 que sobreseen en el juicio, uno porque el Instituto no es autoridad para efectos del juicio de amparo y otro por haber consentido el demandante la aplicación de la ley, y en 4 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 3 Juicios de amparo pendientes, 2 son por resolución y 1 está pendiente de que se admita a trámite la demanda de amparo por el Juzgado de Distrito.

3.7.11.1 Resolución por disposición 2/2011, dictada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)

Con fecha 6 de julio de 2011, en el expediente número CONAPRED/DGAQR/215/10/DR/II/JAL/R102, el Presidente del CONAPRED expidió la Resolución por Disposición número 2/2011, la cual fue formalmente notificada al IMSS, mediante Acuerdo de Conclusión contenido en el oficio de fecha 3 de agosto de 2011, suscrito por la Directora de Reclamaciones del CONAPRED, en el que se destaca en el resolutivo Primero que el IMSS, *“...deberán realizar inmediatamente el registro e inscripción como beneficiarios derechohabientes de las parejas cónyuges de...”* y con la finalidad de *“...reconocer y garantizar el goce del derecho a la seguridad social y todas las prestaciones que se deriven de ese estado, atendiendo el deber que tienen de proteger a la familia en el sentido más amplio e integral que proceda.”* y en el Segundo *“...en lo sucesivo, efectuarán el registro de las personas familia del derechohabiente, previa solicitud o trámite conducente, que hayan celebrado matrimonio o que vivan en concubinato con otras de su mismo sexo, sin que las preferencias sexuales o cualesquiera otras causas establecidas en el artículo 4º de la Ley Federal para Prevenir la Discriminación sean impedimento para ello.”*

La DJ, mediante promoción de fecha 10 de agosto de 2011, interpuso Recurso de Revisión, solicitando la declaración de nulidad de la Resolución por Disposición impugnada y del acuerdo de conclusión, con base en las consideraciones jurídicas y fundamentos de derecho. Asimismo, el IMSS solicitó al CONAPRED la



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

suspensión para el efecto de que no dé cumplimiento a los puntos resolutivos de la Resolución por Disposición 2/2011, en tanto se resolvía el Recurso de Revisión, misma que se negó por acuerdo de 16 de agosto de 2011, en contra de dicha determinación, la DJ, promovió juicio de amparo, con el número 2271/2011-III, en el que se concede la suspensión definitiva para el efecto de que las cosas se mantuvieran en el estado en el que se encontraban, es decir, para que el CONAPRED, se abstenga de requerir al IMSS efectuar la inscripción como beneficiario derechohabiente, del cónyuge del quejoso. La controversia jurídica continúa subjudice.

3.7.11.2 Iniciativa de Reformas a la LSS

Varios Diputados Federales presentaron una iniciativa con Decreto de Reformas a la LSS, así como a la LISSSTE, en materia del reconocimiento como beneficiarios de la seguridad social, de cónyuges, concubinas y concubenarios del mismo género que los asegurados ante el IMSS y el ISSSTE.

Por lo que se refiere a la LSS, se plantea la reforma de los artículos 64 fracción II; 65; 66, párrafos tercero y cuarto; 84, fracciones III y IV; 127, fracción IV; 130, párrafo primero; 138, párrafo primero, fracciones I, III y IV.

La iniciativa fue aprobada por el pleno de la Cámara de Diputados y turnada a la Cámara de Senadores, la cual, previo análisis de comisiones, dictaminó la iniciativa con modificaciones, y la devolvió para los efectos conducentes a la colegisladora, según se dio a conocer mediante publicación en la Gaceta Legislativa el 8 de noviembre de 2011.

3.7.12 Parque Acuático Oaxtepec, en el centro vacacional IMSS-Oaxtepec Presidente Adolfo López Mateos (*)

Comentario [IMSS1]: En este capítulo hay información oculta por ser reservada, lo anterior, con fundamento en el artículo 14, fracciones I, III y IV de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

3.7.12.1 Antecedentes

Mediante Acuerdo número 553/97, de fecha 19 noviembre de 1997, el H. Consejo Técnico autorizó concesionar una superficie de 232,943 metros cuadrados de las zonas denominadas ampliación y dominguera, del Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec “Presidente Adolfo López Mateos”, para la construcción de un parque acuático.

Derivado del procedimiento de licitación, 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), el cual se publicó en el DOF, el 7 de agosto de 1998. Entre las condiciones establecidas en el Título, destaca lo siguiente:

- La concesión tendría una duración de 15 años y 9 meses, a partir del 28 de julio de 1998;
- PROCE llevaría a cabo, en un tiempo no mayor de 9 meses, la construcción del parque acuático, con una inversión de 117.8 mdp, así como a realizar mejoras en la infraestructura del Centro Vacacional (zonas de cabañas, hoteles, infraestructura de servicios e instalaciones administrativas), por la cantidad de 14 mdp.

La empresa concesionaria incumplió diversas obligaciones económicas establecidas en el respectivo Título de Concesión, manifestando que por causas ajenas a su voluntad las inversiones comprometidas en el Parque Acuático se habían duplicado en su monto, llegando a casi veintidós millones de dólares americanos; que había cubierto parte de las contraprestaciones económicas a su cargo, en especie, remodelando cabañas y algunos estacionamientos del Centro Vacacional, y que al término del primer año de operación del Parque Acuático la afluencia al mismo fue notoriamente más baja que la esperada de acuerdo a los niveles de aforo planteadas por el Instituto en las Juntas de Aclaraciones del proceso licitatorio, todo lo cual, en su opinión, generó la ruptura del equilibrio financiero bajo el cual fue diseñado, evaluado y aprobado el negocio de referencia.

El H. Consejo Técnico, ante el incumplimiento de la concesionaria en el pago de las contraprestaciones económicas consignadas en el Título de Concesión, mediante Acuerdo número 601/2002, expedido el 13 de noviembre de 2002, instruyó al Instituto realizar las acciones legales para revocar la concesión.

De esta forma, el DJ, mediante el oficio número EXP. DJ/REV/OAXTEPEC/001, de fecha 2 de enero de 2003, notificó a la concesionaria el inicio del procedimiento administrativo de revocación del Título de Concesión, derivándose de ello múltiples procesos judiciales promovidos unos por el IMSS y otros por PROCE, entre los que destacan los siguientes:

- PROCE interpuso el juicio de nulidad 18169/03-17-08-7, en contra del oficio DCAR01574/2003, del Director General de Patrimonio Inmobiliario, en este juicio el Instituto intervino como tercero, formulando manifestaciones y concluidas las etapas procesales, el TFJFA, dictó sentencia el 2 de mayo de 2006, declarando que el inmueble del parque acuático concesionado a PROCE, es del dominio público de la Federación, por lo que la empresa, interpuso juicio de amparo directo, que se resolvió mediante ejecutoria del 18 de enero de 2007, negándole el Amparo y Protección de la Justicia Federal.
- De igual forma, PROCE promovió el juicio de amparo número 69/2003, radicado en el Juzgado Primero de Distrito en Materia Administrativa en el D.F., en el que se le concedió el amparo para que se diera respuesta a un escrito, misma que se emitió y en su contra PROCE interpuso el amparo 1370/2007, radicado en el Juzgado Séptimo de Distrito en Materia Administrativa en el D.F., como resultado del cual se resolvió dejar insubsistente el oficio de respuesta y se emitiera otro, fundando la competencia del servidor público que correspondiese.

- El IMSS por su parte, ante el incumplimiento de PROCE en sus obligaciones económicas, promovió en su contra diversos procesos judiciales como son: el Juicio Ordinario Mercantil, expediente número 169/2003 tramitado ante el Juzgado Primero de Distrito en Materia Civil en el D.F., en el que se condenó a la empresa al pago de todas las prestaciones reclamadas; el Juicio Ordinario Administrativo Federal, expediente número 8/2007/IV tramitado en el Juzgado Décimo Sexto de Distrito en Materia Administrativa en el D.F., que fue resuelto declarando la validez de las contraprestaciones establecidas en el Título de Concesión otorgado a PROCE, y el Juicio Ordinario Civil Federal con número de expediente 264/2010-C ante el Juzgado Noveno de Distrito en Materia Civil, promovido en contra de la referida empresa y la denominada [REDACTED], en el cual se demandó la simulación de actos jurídicos realizada en perjuicio de este Organismo, al evitar mediante esa simulación, que el Instituto pudiera hacer efectivo el cobro de los adeudos a su favor, al colocarse a PROCE en un aparente estado de insolvencia.

En relación con esta simulación de actos, el Instituto también presentó querella en contra del apoderado general, socio y secretario del consejo de administración, y de un apoderado legal, de PROCE; el primero de ellos, a la vez representante y apoderado general para pleitos y cobranzas de [REDACTED], así como en contra del endosatario en procuración de esta última, y de quien o quienes además resultaran responsables.

- PROCE interpuso el juicio de nulidad número 23443/08-17-01-4, en contra de la Resolución contenida en el oficio 0952174000/360, de fecha 5 de junio de 2008, a través del cual se revoca la concesión otorgada mediante el título publicado en el DOF el 07 de agosto de 1998. En este juicio se negó a PROCE la suspensión de dicho acto, por lo que en contra de esa

negativa presentó demanda de amparo indirecto, con el número de expediente 747/2011, radicado en el Juzgado Décimo Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el D.F., en el cual fue sobreseyó, con motivo de la renuncia de la concesión por parte de PROCE, presentada en los términos que se comentarán más adelante.

3.7.12.2 Renuncia de PROCE a la concesión

En el entorno referido, el 1 de julio de 2011, el apoderado legal de PROCE, presentó ante la Dirección General del IMSS, un escrito de renuncia a la concesión otorgada el 28 de julio de 1998.

En el escrito de renuncia se consideraban las condiciones siguientes:

- Se revertirían al IMSS todas las obras e instalaciones construidas, establecidas, adecuadas y bienes inmuebles destinados a la operación del Parque Acuático, realizadas o adquiridas por PROCE o por terceras personas con quienes contrató, las que pasarían a la propiedad y dominio del IMSS sin pago de indemnización alguna a PROCE y libres de todo gravamen, en el estado en que se encuentren.
- PROCE queda sujeto a todas las obligaciones y responsabilidades consignadas en el Título de Concesión, por lo que liquidaría los adeudos de cualquier naturaleza que tuviera con sus trabajadores, proveedores y contratistas, derivados de la administración y operación del Parque Acuático Oaxtepec, antes de la recepción formal de dicho Parque por parte del IMSS.
- La RENUNCIA no libera a PROCE de los adeudos que tiene con el IMSS.
- PROCE queda sujeto a todas las obligaciones y responsabilidades consignadas en el Título de Concesión, por lo que liquidaría los adeudos de

cualquier naturaleza que tenga con sus trabajadores, proveedores y contratistas, derivados de la administración y operación del Parque Acuático Oaxtepec, antes de la recepción formal de dicho Parque por parte del IMSS.

- PROCE y el IMSS levantarían in situ, el inventario físico de los bienes materia de la concesión, sus mejoras y accesiones, así como las obras e instalaciones adheridas de manera permanente al inmueble concesionado, detallándolos y señalando el estado físico de cada uno de ellos.
- Se elaborará y firmará por representantes legales de PROCE y del IMSS, el acta administrativa de entrega-recepción del Parque Acuático Oaxtepec, con todo lo que de hecho y por derecho le corresponda, a más tardar el 15 de agosto de 2011.

Realizado el análisis jurídico de la propuesta, se determinó que la figura jurídica de la RENUNCIA se encuentra establecida en el Título de Concesión respectivo, como causa de extinción de la misma, así como, que en términos del artículo 74, fracción II, de la Ley General de Bienes Nacionales, la sola presentación de la renuncia no surte efectos, hasta que aquella sea ratificada ante la autoridad, en este caso, el H. Consejo Técnico.

Por lo anterior, se sometió a la consideración del H. Consejo Técnico 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 ratificara su renuncia a la concesión ante el H. Consejo Técnico, una vez que se determinase 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 quedaría sujeto al cumplimiento de las obligaciones señaladas en el Título de Concesión. Dicho proyecto fue aprobado



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria del 20 de julio de 2011, mediante el Acuerdo número ACDO.AS2.HCT.200711/194.P.DPES.

Con base en lo anterior, la DPES, con el auxilio de las direcciones de Administración y Evaluación de Delegaciones, de Finanzas y Jurídica, recibió de PROCE las instalaciones y bienes del Parque Acuático Oaxtepec.

La atención de este asunto tuvo una importancia fundamental para el Instituto, ya que después de casi una década de llevar a cabo diversos juicios mercantiles, de amparo y administrativos federales, se recuperó el referido Parque Acuático.

Lo anterior, sin perjuicio de la continuación de los juicios y procedimientos en proceso ante diversas autoridades del Poder Judicial de la Federación, a los que se ha hecho referencia con anterioridad.

Con motivo de la recepción del Parque Acuático, a fin de dar seguridad jurídica al Instituto con respecto a los actos relativos a la recuperación del inmueble donde se ubicó el Parque Acuático Oaxtepec, se procedió a realizar el trámite registral de los documentos relacionados con la renuncia al Título de Concesión de fecha 28 de julio de 1998, a favor de la empresa PROCE para la construcción, mantenimiento, uso y explotación de un Parque Acuático en el Centro vacacional IMSS Oaxtepec “Presidente Adolfo López Mateos”, como se indica a continuación:

1. Título de Concesión de fecha 28 de julio de 1998, publicado en el DOF el 7 de agosto de 1998. Inscrito en el folio real 30350/20 el 27 de julio de 2011.
2. Acuerdo ACDO.AS2.HCT.200711/194.P.DPES del 20 de julio de 2011, publicado en el DOF el 26 de julio de 2011, por el que el H. Consejo Técnico toma conocimiento del oficio de renuncia a la concesión de fecha 28 de julio de 1998. Inscrito en el folio real 30,350/19, el 26 de julio de 2011.

3. Acuerdo ACDO.IN2.HCT.310811/249.P.DPES del 31 de agosto de 2011, publicado en el DOF el 8 de septiembre de 2011, por el que se toma conocimiento del informe presentado por la DPES, sobre el cumplimiento de las condiciones señaladas en el Acuerdo número ACDO.AS2.HCT.200711/194.P.DPES, así como del Dictamen de la procedencia de aceptar la ratificación de la renuncia a la concesión. Inscrito en el folio real 30,350/21, el 26 de julio de 2011.
4. Acta Administrativa de Entrega-Recepción de los inmuebles, instalaciones, equipo y mobiliario del Parque Acuático Oaxtepec, de fecha 12 de septiembre de 2011. Presentado ante el RPPF el 21 de septiembre de 2011. Inscrita en el folio real 30,350/24, el 21 de septiembre de 2011.
5. Escrito de renuncia a la concesión, de fecha 1 de julio de 2011, presentado por PROCE Inscrito en el folio real 30,350/22, el 11 de octubre de 2011.
6. Escrito de ratificación de la renuncia fecha 25 de agosto de 2011, por el que PROCE ratifica el escrito de renuncia ante el H. Consejo Técnico. Inscrito en el folio real 30,350/23, el 11 de octubre de 2011.
7. Oficio 09-9001-030000/24406 del 29 de septiembre de 2011, por el que el Secretario General del Instituto da a conocer el contenido del Acuerdo SCAP2.HCT.280911/119.P.DPES del 28 de septiembre de 2011, por el que se toma conocimiento del informe presentado por la DPES, respecto a la Entrega-Recepción del Parque Acuático Oaxtepec. Al respecto, mediante oficio SRPPF.-3743/2011, REG.-2011/0006891 de fecha 11 de noviembre del presente año, la Dirección de Registro Público y Catastro de la Propiedad Federal devolvió el documento, por considerar que no es inscribible en términos del artículo 42, de la Ley General de Bienes Nacionales.

Cabe señalar que aun cuando el Centro Vacacional IMSS Oaxtepec cuenta con diversos folios reales, en razón de los diferentes títulos de propiedad que amparan



la superficie total en que se ubica, las inscripciones de los documentos se realizaron en el folio real 30,350 mismo en el que originalmente se inscribió el Título de Concesión.

3.7.13 Atención de aspectos jurídicos derivados de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, en el Distrito Federal, a pacientes del IMSS con insuficiencia renal crónica (*)

3.7.13.1 Antecedentes

Dentro de los servicios cuya contratación requiere el Instituto, se encuentra el de hemodiálisis subrogada, pues a través de éste atiende las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, lo cual se ha venido realizando por el IMSS a través de los procedimientos de Licitación Pública Internacional y Adjudicación Directa.

De esta forma, para la contratación de la prestación de los servicios de hemodiálisis durante el período comprendido del 16 de mayo del 2009 al 31 de diciembre del año 2011, se realizó mediante el procedimiento de Licitación Pública Internacional número 00641321-007-08, según convocatoria publicada en el DOF el 21 de octubre de 2008.

En esa licitación, con el propósito de ampliar el mercado de prestadores de servicios en esta materia, en las Bases de la Licitación se estableció la posibilidad de que los licitantes presentaran propuestas técnicas respecto de unidades de hemodiálisis aún no edificadas o que requirieran alguna adecuación, sin perjuicio de que igualmente se recibieran propuestas de licitantes que contaran con

Comentario [IMSS2]: En este capítulo hay información oculta por ser reservada, con fundamento en el artículo 14, fracciones I, III y IV de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

unidades ya operando. El procedimiento concluyó con el fallo emitido el 12 de diciembre de 2008.

Cabe señalar que diversas empresas, entre ellas, [REDACTED], promovieron 15 inconformidades: 12 contra la convocatoria, bases y junta de aclaraciones y 3 contra el fallo licitatorio. De estas inconformidades, 14 resultaron infundadas, y sólo la presentada por [REDACTED] contra el fallo, resultó fundada, por lo que el OIC, determinó se llevara a cabo la reposición del mismo.

En cumplimiento a lo resuelto por el OIC, el 1 de abril del 2009, se realizó el evento de reposición del fallo, resultando adjudicada la empresa [REDACTED]. Contra el nuevo fallo se promovieron 3 inconformidades por las empresas [REDACTED], y [REDACTED], las cuales resultaron infundadas según consta en los oficios números 00641/30.15/3142/2009, 00641/30.15/2347/2009 y 00641/30.15/2337/2009, emitidos por la instancia fiscalizadora con fecha 21 de mayo de 2009.

Durante el periodo comprendido del 1 de marzo de 2009 (fecha establecida en las Bases de la Licitación 00641321-007-08 para iniciar la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada) y el 31 de diciembre de ese mismo año, [REDACTED] y la empresa [REDACTED], prestaron dicho servicio al Instituto, por virtud de los contratos números D85186, D95059, D95093, S90010, D950058 y D950070, que les fueron adjudicados de forma directa, a fin de garantizar la continuidad de la atención médica de los pacientes, debido a la imposibilidad de celebrar los contratos correspondientes a la licitación antes citada, a consecuencia de su suspensión por los procesos administrativos y judiciales promovidos por las propias empresas [REDACTED] y [REDACTED].



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Posteriormente a la adjudicación directa de los contratos indicados en el párrafo anterior, cesaron las condiciones jurídicas que impedían celebrar los contratos correspondientes a la Licitación 00641321-007-08, por lo que, con fecha 2 de octubre 2009, se suscribieron los Contratos Plurianuales Abiertos de Prestación del Servicio de Hemodiálisis Subrogada números D85183 y S90052, entre el IMSS y [REDACTED], para prestar el servicio de hemodiálisis subrogado a la población derechohabiente del IMSS en las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal, respectivamente.

Es importante señalar que en la Cláusula Quinta de los referidos instrumentos jurídicos, se estipuló su vigencia del 2 de octubre de 2009 al 31 de diciembre de 2011, y en la Cláusula Cuarta se acordó como fecha de inicio de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, el 1 de marzo de 2010.

No obstante lo anterior, mediante escrito de fecha 6 de octubre de 2009, el representante legal de [REDACTED] planteó al IMSS la posibilidad de iniciar la prestación del servicio a partir del 15 de diciembre de 2009, en lugar del 1 de marzo de 2010, a fin de dar continuidad a la atención médica de los pacientes, cumpliendo con todos los demás términos y condiciones estipulados en los contratos números D85183 y S90052.

Por lo anterior, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 52, penúltimo párrafo, de la LAASSP; 2 fracción IV, del Reglamento de la LAASSP, vigente en ese entonces; 277 F y 277 G, de la LSS; 8 y 144, fracción, XXIII, del RIIMSS, y 30, segundo párrafo, inciso b), de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios del IMSS, el 23 de diciembre de 2009, los titulares de las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal del IMSS y [REDACTED] suscribieron los Convenios Modificatorios número Uno al Contrato Plurianual Abierto número D85183, y número Uno al Contrato Plurianual Abierto número S90052, respectivamente, con el fin de modificar la



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Cláusula Cuarta de los mencionados instrumentos jurídicos, para establecer que el servicio subrogado de hemodiálisis se prestaría a partir del 1 de enero de 2010, en lugar del 1 de marzo de 2010.

Con base en los nuevos plazos estipulados en los referidos convenios modificatorios, las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal llevaron a cabo las visitas de verificación, a fin de confirmar que las distintas unidades de hemodiálisis incluidas en los contratos números D85183 y S90052, cumplieran con la totalidad de los requisitos establecidos para iniciar la prestación de los servicios contratados.

Como resultado de ello, a través del oficio número 3601601000/002, de fecha 4 de enero de 2010, el titular de la Delegación Norte del Distrito Federal, comunicó a la DJ del IMSS el incumplimiento por parte de [REDACTED] de diversas obligaciones estipuladas en el contrato de referencia y el convenio modificatorio citado, por lo que solicitó dar inicio al procedimiento de rescisión administrativa del instrumento jurídico en cuestión.

Del mismo modo, la Delegación Sur del Distrito Federal llevó a cabo las visitas de verificación a fin de confirmar que las distintas unidades de hemodiálisis incluidas en el contrato número S90052, cumplieran con la totalidad de los requisitos establecidos para iniciar la prestación de los servicios contratados, y a través del oficio número 37.8002150100/CA 0002/2010, de fecha 4 de enero de 2010, el titular de la Jefatura de Servicios Administrativos de la Delegación Sur del Distrito Federal, comunicó a la DJ del IMSS el incumplimiento por parte de [REDACTED] de diversas obligaciones estipuladas en el contrato de referencia y el convenio modificatorio citado, por lo que solicitó dar inicio al procedimiento de rescisión administrativa del instrumento jurídico en cuestión.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Visto lo anterior, el 7 de enero de 2010 el DJ emitió los oficios números 0952174000/0030 y 0952174000/0031, mediante los cuales, con fundamento en el artículo 54, fracción I, de la LAASSP, se hizo del conocimiento de [REDACTED] el inicio del procedimiento de rescisión administrativa a los contratos números S90052 y D85183, respectivamente, como consecuencia de que incurrió en el primer caso, en las causales de rescisión previstas en los numerales 3, 4, 8, 9, 10 y 11, de la Cláusula Décima Quinta; y en el segundo caso, en las causales de rescisión previstas en los numerales 3 y 8, de la Cláusula Décima Quinta, de los contratos respectivos.

Mediante escritos de fecha 13 de enero de 2010, [REDACTED] dio contestación al Instituto manifestando las consideraciones que estimó idóneas para desvirtuar las causales de rescisión en que incurrió y que dieron origen al procedimiento rescisorio de los contratos números D85183 y S90052, acompañando en ambos casos diversas pruebas documentales.

Desahogados en tiempo y forma los dos procedimientos de rescisión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 54, de la LAASSP, 7 y 75, fracción XXII, del RIIMSS, mediante oficios números 095217614000/0092 y 095217614000/0091, ambos de fecha 8 de febrero de 2010, la DJ emitió las resoluciones correspondientes, en el sentido de no dar por rescindido los contratos antes citados, en consideración a que [REDACTED] había solventado todas y cada una de las obligaciones contractuales señaladas como incumplidas por las delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal.

En cumplimiento a las resoluciones mencionadas en el párrafo anterior, el 12 de febrero de 2010, las delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal y [REDACTED] suscribieron los respectivos convenios modificatorios número DOS, a través de los cuales acordaron las adecuaciones necesarias a los contratos número D85183 y S90052.



3.7.13.2 Acciones realizadas por [REDACTED] y otros

[REDACTED] no obstante que no presentó propuestas técnica y económica para participar en el procedimiento licitatorio respectivo, llevó a cabo de manera directa diversas acciones que coincidieron con las de terceros, con el propósito común de impedir u obstaculizar la formalización de los contratos de prestación del servicio de hemodiálisis subrogada derivados del procedimiento licitatorio antes referido, y presionar para que fuese esa empresa la que continuara atendiendo a los pacientes nefrópatas derechohabientes del IMSS en el Distrito Federal. A continuación se enuncian las acciones mencionadas.

Facturas improcedentes presentadas por [REDACTED] al IMSS

[REDACTED] manifestó haber continuado proporcionando el servicio de hemodiálisis subrogada a pacientes nefrópatas derechohabientes del IMSS en el Distrito Federal, a partir del 1 de enero de 2010, por considerar que correspondía a esa empresa prestar ese servicio, no obstante que sus directivos conocían que el IMSS no les había contratado para ello. De tal manera, a partir del mes de marzo de 2010 presentaron facturas por periodos mensuales solicitando su pago a las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal. De esta forma, presentó facturas por el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, así como por los meses de enero y febrero de 2011.

Es de hacer notar, que la prestación de dichos servicios por [REDACTED] fue por una decisión unilateral, totalmente irregular, carente de sustento jurídico, en contravención de lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la LSS, la LAASSP y su Reglamento, así como la LFPRH y su Reglamento, en razón de que el IMSS no le solicitó prestar servicios por los años

de 2010 y 2011, debido a que con esa empresa no se celebró contrato alguno para esos efectos.

A mayor abundamiento, las delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal, devolvieron a [REDACTED], incluso con la intervención de Notario Público, la totalidad de los documentos que esa empresa les presentó para solicitar el pago de los servicios de hemodiálisis prestado en las condiciones antes referidas, haciendo de su conocimiento que no era procedente realizar pago alguno, al no existir contrato celebrado con esa empresa para tales efectos.

Juicio de nulidad promovido por [REDACTED]

[REDACTED] adquirió las bases de la Licitación Pública Internacional número 00641321-007-08 y participó en la junta de aclaración a las mismas; sin embargo, se abstuvo de formular propuestas técnica y económica. Es decir, que en estricto sentido, sería al menos cuestionable que tuviese el carácter de licitante.

No obstante lo anterior, con el notorio fin de impedir u obstaculizar que la citada licitación continuara, [REDACTED] presentó ante el OIC, escrito de inconformidad en contra de actos de la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios Terapéuticos del IMSS, derivados de la licitación en cita, inconformidad que se tramitó con el número de expediente IN-397/2008, cuya resolución la declaró infundada.

En contra de esa resolución, [REDACTED] interpuso recurso de revisión, al que correspondió el número de expediente RR-020/2009, en el que se dictó resolución el 17 de julio de 2009, confirmando la resolución emitida en la inconformidad. A su vez, en contra de esta resolución, [REDACTED] interpuso demanda de nulidad que correspondió conocer a la Décimo Primera Sala Regional Metropolitana del TFJFA, a la cual correspondió el número de juicio 25489/09-17-11-4, dentro del cual, con fecha 9 de diciembre de 2009, promovió incidente de medidas

cautelares, solicitando: *que se suspendan los actos tendientes a continuar o terminar el procedimiento de la Licitación Pública Internacional 00641321-007-08, así como los actos que deriven de dicho procedimiento de licitación mediante los cuales se pretenda celebrar algún contrato, o en su caso la suspensión de las obligaciones y derechos que se deriven de esos contratos.*

En este sentido, el Instituto, al ser notificado por el OIC de las medidas cautelares otorgadas, solicitó ante la Sala del conocimiento del TFJFA se le reconociera el carácter de Tercero Interesado en el juicio y, a la vez, manifestó a dicha autoridad, que la suspensión provisional decretada al 16 de febrero de 2010, no tomó en cuenta la situación jurídica que prevalecía en ese momento, esto es, que a partir del 1 de enero de ese años se había iniciado la prestación de los servicios de hemodiálisis por parte de [REDACTED], conforme a los contratos celebrados el 2 de octubre de 2009, y sus convenios modificatorios de fechas 23 de diciembre del mismo año y 12 de febrero de 2010.

La Sala antes mencionada negó reconocer al Instituto el carácter de Tercero Interesado en el juicio, de tal manera que mediante oficio 00641/30.15/2480/2011, del 25 de marzo de 2011, el Titular del Área de Responsabilidades del OIC, comunicó al Instituto la sentencia del 4 de marzo de 2011, emitida en el juicio 25489/09-17-11-4, a través de la cual, la Décimo Primera Sala Regional Metropolitana del TFJFA, concedió la suspensión definitiva a [REDACTED], resolución que en sus hojas 11 y 12 establece lo siguiente:

“En tal virtud, con fundamento en el artículo 24, de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, se concede la medida cautelar solicitada a fin de suspender definitivamente los efectos de los contratos números 590052 y D85183; asimismo se concede la medida cautelar para el efecto de que el Instituto Mexicano del Seguro Social tome las medidas necesarias y oportunas para que los

derechohabientes de dicho Instituto continúen recibiendo el Servicio de Hemodiálisis de la forma que estime pertinente".

Asimismo, el Titular del OIC, mediante oficio 00641/30.1/260/2001, de fecha 1 de abril de 2011, comunicó a la DJ, que en contra de la sentencia de medidas cautelares del 4 de marzo de 2011, antes citada, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 62 de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, ese Órgano de Control interpuso recurso de reclamación, lo que hacía del conocimiento de este Instituto para los efectos legales a que hubiese lugar.

Por lo anterior, la DJ, a través del oficio 0952174100/074, del 4 de abril de 2011, hizo del conocimiento de las unidades administrativas relacionadas con el cumplimiento de los contratos S90052 y D85183, lo dispuesto en el artículo 62 de la Ley citada, conforme a la cual: "Las resoluciones que concedan, nieguen, modifiquen o revoquen cualquiera de las medidas cautelares previstas en esta Ley, podrán ser impugnadas mediante la interposición del recurso de reclamación ante la Sala Regional que corresponda".

Así mismo, se destacó que dicho artículo establece en su segundo párrafo, que la sola interposición suspende la ejecución del acto impugnado hasta que se resuelva el recurso. Por lo tanto, la concesión de la suspensión definitiva de las medidas cautelares solicitadas por [REDACTED] dentro del juicio antes citado, no había quedado firme en virtud del medio de defensa interpuesto, por lo que era necesario esperar la resolución del recurso de reclamación por parte de la Décimo Primera Sala Regional Metropolitana del TFJFA, y ésta fuese comunicada por el OIC.

Juicios de amparo relacionados con la Licitación Pública Internacional número 00641321-007-08



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En coincidencia con las acciones realizadas por [REDACTED], un grupo de los derechohabientes del IMSS en las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal, promovieron los juicios de amparo números 51/2010, 175/2010, 263/2010, 174/2010, 159/2010, 576/2010, 943/2010, 333/2010, 336/2010, 388/2010, 580/2010, 2216/2010, 2047/2010, competencia de los Juzgados de Distrito en Materia Administrativa y de Trabajo en el Distrito Federal, respectivamente, atribuyendo al IMSS, como acto reclamado, la deficiente, discriminatoria, negligente e inapropiada prestación del servicio de hemodiálisis en clínicas subrogadas que no cuentan con los requisitos humanos y físicos mínimos indispensables y adecuados para prestar tal servicio, derivado de los contratos números D85183 y S90052, celebrados con [REDACTED], por lo que argumentaban violación al derecho de la protección de la salud establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Realizada la defensa jurídica del Instituto, las sentencias emitidas por los juzgados de distrito, tanto en materia Administrativa, como de Trabajo, determinaron sobreseer estos juicios.

Por otra parte, un conjunto de 109 pacientes promovieron el juicio de Amparo número 1718/2009-VII ante el Juzgado Décimo de Distrito en Materia Administrativa del Distrito Federal, en el que los actos reclamados lo constituyeron los contratos de prestación de servicios de hemodiálisis S90052 y D85183, celebrados por el IMSS y [REDACTED]; los actos relativos a su observancia, cumplimiento, trámite y ejecución, así como la tramitación, substanciación y resolución del procedimiento administrativo de rescisión del contrato S90052, iniciado contra dicha empresa.

El Juzgado Décimo de Distrito en Materia Administrativa del Distrito Federal, consideró que la materia del juicio no era de su competencia, por lo que lo remitió al Juzgado Tercero de Distrito en Materia de Trabajo, el cual aceptó la



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

competencia planteada, por lo que ordenó formar expediente y registrarlo bajo el número 2744/2011-VIII.

Mediante sentencia del 11 de noviembre de 2011, el juzgado de conocimiento resolvió sobreseer el juicio. Dicha sentencia causó ejecutoria.

Por su parte, la empresa [REDACTED], promovió el juicio de amparo, que se radicó en el Juzgado Décimo Cuarto de Distrito en Materia Administrativa, con el número 577/2009, en el que señaló como actos reclamados la emisión, suscripción y cumplimiento de la convocatoria a la Licitación Pública Internacional número 00641321-007-08, para la contratación del servicio de hemodiálisis subrogada, de fecha 21 de octubre de 2008; la emisión de las bases de la Licitación Pública Internacional citada; la emisión y cumplimiento de la Resolución número 00641/30.15/931/2009, derivada del expediente número IN-398/22, dictada por el OIC con fecha 2 de marzo de 2009; la emisión y cumplimiento del acta de reposición del fallo de la Licitación Pública Internacional número 00641321-007-08, de fecha 1 de abril de 2009.

En el juicio se dictó sentencia que sobresee, al considerar el juzgador que la empresa quejosa carece de interés jurídico para impugnar el Acta de Reposición del Fallo de la Licitación Pública Internacional, ya que no presentó propuestas técnicas y económicas en dicho procedimiento. La empresa promovió recurso de revisión, del cual se desistió posteriormente, por lo que se confirmó el sobreseimiento del juicio de amparo.

Cabe señalar, que [REDACTED], es una empresa con la cual [REDACTED] se encuentra relacionada para la prestación conjunta de los servicios de hemodiálisis al IMSS en el Estado de México.

Arbitraje internacional

El 9 de diciembre de 2009, el despacho jurídico [REDACTED], en particular el representante de la empresa de la República Federal de Alemania denominada [REDACTED], envió una carta al C. Presidente de la República, a la cual anexó el documento denominado “Notificación de intención de someter reclamación a arbitraje de conformidad con el Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Alemania sobre Promoción y Protección Recíproca de las Inversiones” (APPRI), argumentando el supuesto incumplimiento al mencionado Acuerdo, por actos que en dicho escrito se atribuyen al IMSS y a la SFP.

Derivado de lo anterior, la Consultoría Jurídica de Negociaciones de la Subsecretaría de Comercio Exterior, de la SE, a fin de atender la Notificación de [REDACTED], convocó a la SFP, al OIC y al propio IMSS, a fin de contar con información sobre el procedimiento de licitación pública.

De esta manera, el 22 de abril de 2010, se realizó una reunión de consultas en oficinas de la SE, conducida por la Consultoría Jurídica de Negociaciones Internacionales, con participación de representantes de [REDACTED]; el Fideicomiso Público Pro-México; del OIC, y de este Organismo. Después de esta reunión no hubo más contacto de servidores públicos del IMSS con representantes de [REDACTED].

No obstante que lo anterior es del pleno conocimiento de los directivos de [REDACTED], el día 25 de abril de 2011, habiendo transcurrido dieciséis meses desde la notificación hecha al Estado Mexicano, y doce meses después de la única reunión de consultas antes referida, se recibió en el IMSS, a través de correo electrónico, un escrito dirigido por representante de la empresa de [REDACTED], al C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en

el cual se manifiesta que desde la notificación de intención de someter a arbitraje internacional el diferendo y hasta la fecha del escrito en comento, órganos del Gobierno Federal, en particular el IMSS, le han manifestado a [REDACTED] su deseo de buscar una solución amigable a la controversia, para evitar que ésta sea sometida a un arbitraje internacional, lo que argumenta como motivo de que se informe al Gobierno de México, que ha desistido de proceder con la instauración formal de un procedimiento de arbitraje, en este momento.

Quejas ante la CNDH

En otro frente de las acciones instauradas con el presumible propósito de que los contratos S90052 y D85183, celebrados por el Instituto con la empresa [REDACTED], derivado de la licitación pública internacional número 00641321-007-08, no fuesen aplicados, a través de escritos presentados los días 27 y 28 de enero de 2010, ante la CNDH, firmados por la Presidenta de la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C., a los que se adjuntó copia de diversos escritos de 153 pacientes con insuficiencia renal crónica, se promovió queja por supuestas violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio por parte de personal del IMSS. A dicha queja correspondió el expediente CNDH/1/2010/848/Q.

De igual forma, mediante escrito presentado por la Presidenta de la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C., ante la CNDH el 2 de febrero de 2010, al que adjuntó copia de escritos de 274 pacientes con insuficiencia renal crónica, se promovió queja por presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio por parte de personal del IMSS. El número de expediente de esta queja es CNDH/1/2010/761/Q.

De nueva cuenta, el 19 de febrero de 2010, la Presidenta de la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C., presentó ante la CNDH otra

queja, acompañando copias simples de 71 escritos que se dice fueron elaborados por sus “representados”. A esta nueva queja se le asignó el número CNDH/1/2010/1258/Q.

Las quejas antes citadas, fueron coincidentes en señalar que la empresa [REDACTED], carecía de experiencia en la prestación del servicio y no contaba con las instalaciones e infraestructura necesaria para ello, que cumpliera con las normas oficiales mexicanas aplicables a dicho servicio; además, que el personal con el que lo presta no es el adecuado ni está debidamente capacitado y certificado, por lo que manifestaban su rechazo y negativa a que dicha empresa les proporcionara sus sesiones de hemodiálisis.

El Instituto proporcionó a la CNDH la totalidad de la información y documentos solicitados en cada uno de los expedientes de queja antes señalados, por lo que dicha Comisión, después de analizarlos y de realizar diversas investigaciones y diligencias, resolvió en todas ellas que no había elementos que acreditaran la existencia de violaciones a derechos humanos atribuibles a servidores públicos del IMSS, por lo que determinó la conclusión de los expedientes respectivos.

Queja ante el CONAPRED

El 4 de febrero de 2010 se recibió en el Instituto el oficio número 270, suscrito por la Titular de la Dirección General Adjunta de Quejas y Reclamaciones, del CONAPRED, a través del cual indica que los días 21 y 27 de enero y 3 de febrero del mismo año, ese Consejo, recibió copia de diversos escritos dirigidos al IMSS, suscritos por personal de la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C., y del Comité de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, de los cuales transcribe los hechos que ambas organizaciones manifiestan en relación con el servicio de hemodiálisis que los derechohabientes del IMSS en el



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Distrito Federal, reciben por conducto del proveedor [REDACTED], que en términos generales rechazan el servicio proporcionado por éste.

En este sentido, el CONAPRED, requirió del IMSS tomar seis medidas cautelares o precautorias, así como rendir un informe por escrito sobre las medidas que se adoptaran para aquellos efectos y respecto de los hechos motivo de la queja.

En atención al requerimiento mencionado, a través del oficio 0952174000/0090, del 8 de febrero de 2010, se dio puntual respuesta al CONAPRED sobre las seis medidas precautorias comunicadas, y se rindió el informe solicitado con motivo de la queja, manifestando diversos incumplimientos reportados por las delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal, como resultado de las inspecciones realizadas en el mes de diciembre de 2009 a las unidades en las que [REDACTED] prestaría el servicio de hemodiálisis a partir del 1 de enero de 2010, que dieron lugar a la instauración del procedimiento rescisorio de los contratos celebrados con [REDACTED], así como, la situación observada a esa fecha en la prestación del servicio. Asimismo, el Instituto solicitó al CONAPRED se precisara el tipo de procedimiento iniciado por ese Consejo, a fin de poder atender en la forma debida sus requerimientos.

El Instituto no recibió ninguna otra comunicación por parte del CONAPRED, en virtud de lo cual, mediante oficio número 2651 de fecha 23 de noviembre de 2010, por conducto de la CAQOD, solicitó a aquél Organismo emitir la resolución que en derecho procediera respecto a la conclusión del procedimiento administrativo iniciado mediante oficio 270. Al respecto, a través de oficio número 571, de fecha 3 de diciembre de 2010, el CONAPRED dio respuesta manifestando que ese Organismo no inició procedimiento alguno relativo a los hechos que se mencionaron en el oficio 270, en razón de no haberse acreditado la existencia de actos de discriminación.

Acciones en la vía penal realizadas por [REDACTED], así como por la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C.

A. Denuncia penal formulada en contra de servidores públicos del IMSS, por la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C.

Mediante escritos de fechas 26 y 28 de diciembre de 2009, 12 y 25 de enero de 2010, dirigidos al Director General del IMSS, la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C., denunció hechos por la adjudicación de contratos de prestación de servicios subrogados de hemodiálisis, a favor de las empresas [REDACTED] y [REDACTED], argumentando supuestas irregularidades en la prestación del servicio, cometidas por dichas empresas durante 2010 afectando supuestamente la salud de sus agremiados. De estos escritos la denunciante entregó copia con firma autógrafa a la PGR.

El 18 de junio de 2010, el Ministerio Público de la Federación notificó a la Asociación para Prevenir las Enfermedades Renales Terminales, A.C., el no ejercicio de la acción penal en la averiguación previa PGR/SPE-XXVII/199/10-01, por considerar que se agotaron todas las diligencias en la indagatoria de mérito, sin que se acreditara la comisión de delito alguno.

El 5 de julio de 2010, la representante de la citada Asociación, interpuso escrito de inconformidad contra el acuerdo de no ejercicio de la acción penal, argumentando principalmente, que el Ministerio Público no investigó el proceso de licitación para la prestación del servicio de hemodiálisis, así como tampoco las resoluciones a los medios de impugnación presentados, ni el procedimiento de rescisión iniciado por supuestos incumplimientos a los contratos celebrados con [REDACTED], presentando diversos documentos.

Los auxiliares del Procurador resolvieron no autorizar la consulta de No Ejercicio de la Acción Penal, ordenando a la autoridad ministerial realizar las diversas acciones complementarias antes de someter de nueva cuenta la consulta de no ejercicio de la acción penal. La Averiguación Previa continúa abierta.

B. Denuncia penal formulada en contra de servidores públicos del IMSS, por la representante legal de [REDACTED]

El 20 de abril de 2010, por conducto de su apoderada legal, [REDACTED] presentó ante la Unidad Especializada en Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos y Contra la Administración de Justicia, dependiente de la PGR, denuncia en contra de funcionarios del IMSS, por presuntas irregularidades cometidas dentro del procedimiento licitatorio 00641321-007-08, para el servicio subrogado de hemodiálisis, iniciándose la averiguación previa PGR/UEIDCSPCAJ/SP/M-XXVI/61/2010.

El Instituto atendió íntegramente los diversos requerimientos que en relación con esta indagatoria le formuló la representación social federal, proporcionando la información y documentación correspondiente.

El 25 de abril de 2011 se recibió en el IMSS copia del escrito de esa misma fecha, suscrito por diverso apoderado legal de [REDACTED], dirigido al Agente del Ministerio Público de la Federación Titular de la Mesa XXVI, de la Unidad Especializada en Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos y Contra la Administración de Justicia, de la PGR, mediante el cual manifiesta que su representada ya no tiene mayores elementos de prueba que aportar en relación con la averiguación previa PGR/UEIDCSPCAJ/SP/M-XXVI/61/2010 y que tampoco tiene ya interés jurídico en que continúe con la investigación de los hechos denunciados ante esa Representación Social Federal y, por lo tanto, no tiene inconveniente en que se determine el No Ejercicio de la Acción Penal en la misma.

3.8 Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente

3.8.1 Fortalecimiento de la atención al derechohabiente

El Instituto ha venido desarrollando programas orientados a mejorar la percepción del usuario, fue así que en el marco del PMG 2009, emitido por la SFP y publicado en el DOF el 10 de septiembre de 2008, se definió y puso en operación el proyecto espacio de Contacto Ciudadano del IMSS, el cual además de cumplir con los lineamientos establecidos, ha sido precursor al haber adaptado y equipado elementos de accesibilidad y de comunicación, para la atención a personas con discapacidad, con lo cual se logran espacios de accesibilidad universales, que por su misma arquitectura con áreas amplias, iluminadas y ventiladas, reconfortan al usuario, además de que es atendido por personal debidamente capacitado en temas institucionales.

El espacio de Contacto Ciudadano del IMSS inició operaciones el 26 de abril de 2010, ubicado en las oficinas centrales del Instituto. Cuenta con 11 módulos que brindan atención especializada; uno de ellos proporciona atención y orientación en relación con quejas médicas; dos módulos fungen como Unidades de Enlace para la atención de solicitudes de información pública y los ocho módulos restantes atienden peticiones relativas a: orientaciones, gestiones, solicitudes de atención, quejas y sugerencias, con relación a trámites y servicios médicos y administrativos.

De mayo de 2010 al 31 de diciembre de 2011, se atendió de manera personal a 32,993 usuarios, con un tiempo de atención promedio de 3 minutos 01 segundos, medidos a partir de que el usuario es registrado en el módulo de recepción, hasta que es llamado por un consultor, con una referencia máxima de 5 minutos. A partir



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

de que el usuario plantea su petición al consultor, hasta que se le brinda una respuesta a su planteamiento, el tiempo promedio de atención es de aproximadamente 15 minutos.

Asimismo, el resultado promedio de la encuesta de salida, que evalúa la percepción del usuario sobre la calidad en la atención recibida, es de 97.5 por ciento. Estos resultados denotan la oportunidad y calidad con que el usuario percibe que es atendido.

En lo que respecta a la atención de peticiones escritas, a nivel central, se atendieron 23,647 sobre materias tales como: orientaciones, solicitudes de atención, quejas de servicio y sugerencias, 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 la atención telefónica, hasta el año 2006 se proporcionaba el servicio de orientación a través de varios números 01-800, atendidos por personal Institucional, en las oficinas centrales del Instituto y de manera paralela, en las Coordinaciones Delegacionales de Atención y Orientación al Derechohabiente.

Ante el incremento y la demanda de la población usuaria y, con el objeto de mejorar la calidad y oportunidad en la orientación telefónica se buscó concentrar la atención de la creciente demanda de llamadas en todo el país, a través de un 01-800 único, además de unificar la atención de correo electrónico y chat; por lo cual en el 2006 a través de la DIDT, se realizó una licitación pública para proporcionar el Servicio de Atención Telefónica en conjunto con un proveedor externo, iniciando operaciones en 2007.

Fue así como surgió el Centro de Contacto IMSS (CCIMSS), con un número telefónico único 01-800 6232323, a través del cual se atienden varias “campañas”,



tales como la “campaña Derechohabiente”, y a partir del 15 de junio de 2010 también la “campaña Contribuyente”.

Ambas campañas operan en dos niveles de atención:

- El primer nivel es operado por consultores telefónicos del prestador de servicios desde sus instalaciones, quienes brindan información básica, como: requisitos de trámites y ubicación de Unidades Médicas y Administrativas del Instituto.
- El segundo nivel es atendido por personal del IMSS, desde las instalaciones del Instituto, el cual brinda atención especializada de trámites y servicios que otorga la institución.

En el nivel especializado de atención de la campaña derechohabiente, en el período comprendido de febrero de 2007 a diciembre de 2011 se atendieron 780,430 llamadas y de la campaña contribuyente, en el lapso de julio de 2010 a diciembre de 2011 se atendieron 155,534.

Por otra parte, para fortalecer la atención que se brinda a los derechohabientes en las unidades médicas, en julio de 2008 se determinó la ampliación de Cobertura de Técnicas en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) y así contar con presencia en el 100 por ciento de las UMF con 5 o más consultorios, Hospitales y UMAE, con el objeto de atender, gestionar y orientar a un mayor número de derechohabientes, así como identificar áreas de oportunidad que permitan incidir en la mejora de los servicios que ofrece el Instituto. De 480 TAOD con que se contaba en julio de 2008, se incrementó a 1,283 al 31 de diciembre de 2011.

A fin de contribuir a la mejora de atención que se brinda a las personas que acuden a las áreas de urgencias, mediante la presencia de personal TAOD que

capte inconformidades y oriente en relación con los servicios institucionales en dichas áreas, coadyuvando con las acciones institucionales implementadas, durante 2010 y 2011 se asignó recurso a 231 plazas de TAOD para cubrir áreas de urgencias prioritarias de Hospitales y UMAE. Por lo anterior, a diciembre de 2011 se cuenta con un total de 1,514 TAOD.

De igual forma, durante 2011 se llevó a cabo la instalación de 150 Módulos de Atención y Orientación al Derechohabiente, en algunas áreas de urgencias de Hospitales y UMAE, que en su diseño contemplan características para la atención de personas con discapacidad. Dichos módulos permiten la mejora del espacio en el que las TAOD dan atención a los usuarios.

Otro proyecto que favorece el profesionalismo y capacitación de las TAOD, contribuyendo a la mejora en la calidad de la atención que se brinda a los derechohabientes, es el desarrollo de una herramienta informática en línea denominada “*Sistema de Consulta TAOD*”, la cual permite que el personal TAOD esté en posibilidades de consultar información institucional actualizada y validada por las áreas normativas, acerca de los trámites y servicios que ofrece el IMSS, y de esta manera proporcionar información veraz, homogénea y oportuna a los usuarios. El *Sistema de Consulta TAOD* fue puesto en marcha en noviembre de 2011.

3.8.1.1 Programa Nacional de capacitación “Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente”

De octubre de 2009 a octubre de 2010, se realizaron esfuerzos importantes para la capacitación en materia de trato del personal institucional en contacto directo con el derechohabiente, en el marco de un programa que se denominó “Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente”, logrando la capacitación de 30,000 trabajadores de las 35 Delegaciones.



Durante 2011, en forma conjunta el IMSS y el SNTSS, implementaron el Programa Nacional de Capacitación “Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente”, un compromiso compartido a fin de coadyuvar en la mejora de la atención, mediante el desarrollo de habilidades y fortalecimiento de actitudes del personal, para promover cambios sustanciales en la ética personal y profesional, así como en el servicio al público derechohabiente.

En dicho programa se contempla la capacitación de todo el personal del IMSS, dando prioridad a la formación del personal que labora en las UMF, Hospitales y UMAE, habiéndose registrando a más de 64,000 personas capacitadas a Nivel Nacional durante el ejercicio 2011, de las cuales 1,248 fueron de nuevo ingreso.

3.8.1.2 Mejora de los Servicios con Base en la Evaluación del Derechohabiente

Durante el periodo 2009 a 2011, se realizaron 123 visitas de supervisión en Delegaciones y UMAE, estableciendo un total de 665 compromisos con los órganos desconcentrados de 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, impulsar el cumplimiento de las solicitudes de información pública, la desclasificación y clasificación de expedientes reservados de acuerdo con los tiempos establecidos, el debido registro y seguimiento de quejas médicas, y la remisión oportuna de informes y expedientes clínicos solicitados por la CAQOD.

Lo anterior, con el objetivo de impulsar la mejora continua en la calidad de los servicios que brindan dichas áreas. Dentro del seguimiento a los compromisos, se verificó y documentó el cumplimiento de 642, quedando pendientes de solventar 23, mismos que continúan en proceso de cumplimiento.

Derivado del análisis de información sobre las peticiones en trámites y servicios captados por las TAOD, se identificaron las recurrencias en las peticiones captadas en las unidades médicas, estableciéndose compromisos referentes a la implementación de acciones de mejora para que, a través de los Coordinadores Delegacionales y Jefes de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente, los Directores de Unidades Médicas y Jefes de Servicio, desarrollen estrategias que disminuyan la recurrencia de peticiones y mejoren la atención, servicio y percepción del derechohabiente; tales como el establecimiento de mejores mecanismos de información a los derechohabientes, ampliación y/o reorganización de los horarios de servicio, cambios en los procesos de supervisión de la atención, entre otros.

Cabe señalar, que durante los programas de supervisión en 2009 y 2010, se proporcionó asesoría a un total de 1,179 personas entre TAOD, coordinadores técnicos, coordinadores delegacionales, jefes de departamento y consultoras de atención y orientación al derechohabiente, con temas referentes al Método Provisional de Trabajo para la Atención de Peticiones, el Procedimiento de Atención a Quejas Administrativas, quejas ante la CONAMED y CNDH, y la LFTAIPG, a fin de actualizar y retroalimentar al personal, sobre la visión de atención al derechohabiente, con los planes y proyectos hacia 2012.

3.8.2 Atención a quejas médicas y CONAMED

Las quejas médicas son aquellas insatisfacciones presentadas por escrito relacionadas con la atención médica recibida por el derechohabiente en el IMSS, que requieren de una investigación y, eventualmente, la reparación de un daño; éstas pueden derivarse desde un mal diagnóstico hasta el suministro de un medicamento inadecuado.



Una administración de calidad supone un buen manejo de quejas y la correcta utilización de la información que proveen para detectar las debilidades de la organización y superarlas. Se plantea como un principio fundamental el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a quejarse en caso de insatisfacción por el servicio obtenido, así como a recibir una explicación satisfactoria y una solución a sus reclamos.

3.8.2.1 Quejas médicas

Durante el período del 1 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, se recibieron 31,287 quejas administrativas relacionadas con la prestación de servicios médicos por parte del Instituto, de las cuales 948 se encuentran en trámite (en integración, en investigación o en aprobación de los Órganos Colegiados).

3.8.2.2 Quejas CONAMED

En relación con las quejas presentadas ante la CONAMED, se recibieron en el periodo del 1 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, un total de 4,702 quejas, de las cuales se resolvieron 4,258 y se encuentran pendientes 444.

Es importante señalar que en el periodo que se reporta, con el fin de atender las quejas médicas en Delegaciones y UMAE, así como en nivel central, se autorizaron a partir de julio de 2008, 25 contratos adicionales de médicos asesores que son pieza medular en la investigación y resolución de quejas médicas, lo que permite cumplir con los plazos normados y responder a las peticiones de los derechohabientes en tiempo y forma. Al 31 de diciembre de 2011, se cuenta con 135 contratos de honorarios para médicos investigadores, 108 asignados a delegaciones, 19 a UMAE y 8 a nivel central.



Asimismo, la CONAMED ha procedido a desconcentrar el proceso de atención a quejas médicas, presentadas ante esa Comisión por los usuarios de servicios médicos del IMSS, mediante la suscripción de los Convenios de Colaboración Interinstitucional entre las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, ISSSTE y el IMSS, en las entidades donde opera un mismo modelo de atención, esto permite que las quejas sean atendidas con oportunidad y en el sitio donde se generan.

Hasta diciembre del 2011, se han suscrito convenios con las delegaciones y UMAE de: Guanajuato, Veracruz, Aguascalientes, Colima, Puebla, UMAE Hospital de Especialidades CMN Puebla, UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Puebla, Nuevo León, Campeche, Guerrero, Sinaloa, Oaxaca, Querétaro, UMAE Hospital de Especialidades No.14 Veracruz, Michoacán, Tabasco, Sonora, UMAE Hospital de Especialidades No. 2, UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21, UMAE Hospital de Especialidades No. 25, UMAE Hospital de Especialidades Cardiológicas No. 34, UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 23, Coahuila y UMAE Hospital de Especialidades No. 71.

3.8.3 Atención a casos en materia de derechos humanos

Durante el período que comprende el 1° de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, el IMSS, ha asumido siempre su compromiso de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos de ley, en acatamiento de los principios consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en las disposiciones legales aplicables.



3.8.3.1 Recomendaciones CNDH

En este rubro, en el periodo comprendido del 1° de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, se han recibido y aceptado 26 recomendaciones emitidas por la CNDH al Instituto, de las cuales 11 fueron formalmente concluidas por el mencionado organismo nacional, 3 están en espera de conclusión y 12 se encuentran en proceso de atención.

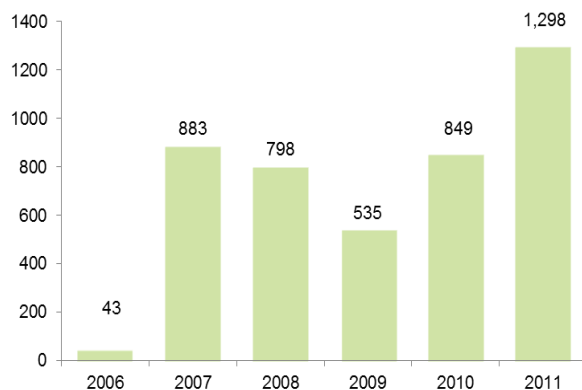
3.8.3.2 Recomendaciones emitidas por año durante el periodo que se informa

El lugar que ocupa el IMSS con otras dependencias y entidades de la APF, respecto del número de recomendaciones recibidas de la CNDH, en el periodo comprendido del 1° de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, se presenta como anexo 2 disponible para consulta en la dirección electrónica <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Pages/rendicion.aspx>.

3.8.3.3 Quejas CNDH

Al 31 de diciembre de 2011, el total de quejas presentadas por derechohabientes y usuarios del IMSS que se han recibido es de 4,406 quejas, las cuales se detallan conforme a la gráfica 3.1 CAQOD. Asimismo, en el cuadro 3.1 CAQOD, se muestra el porcentaje de recomendaciones emitidas por la CNDH al IMSS, con respecto a las quejas recibidas durante de diciembre de 2006 a diciembre de 2011.

GRÁFICA 3.1 CAQOD, QUEJAS PRESENTADAS ANTE CNDH 2006-2011



Fuente: Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente.

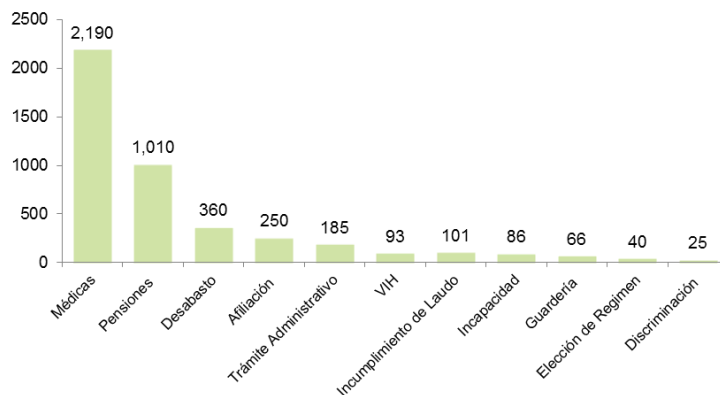
CUADRO 3.1 CAQOD, PORCENTAJE DE RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LAS QUEJAS EMITIDAS POR LA CNDH

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Quejas CNDH	43	883	798	535	849	1,298
Recomendaciones	0	6	1	6	2	10
Porcentaje de recomendaciones por quejas	0.0%	0.68%	0.13%	1.12%	0.24%	0.77%

Fuente: Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente.

Los tipos de queja CNDH que recibe el Instituto son diversos y se tienen catalogados como se muestra en la gráfica 3.2 CAQOD.

GRÁFICA 3.2 CAQOD, TIPOS DE QUEJAS CNDH



Fuente: Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente.



De la totalidad de las quejas que los derechohabientes y usuarios de los servicios del IMSS han presentado ante la CNDH, por su relevancia sobresalen 91, relacionadas con los casos de pacientes que han recibido tratamiento de diálisis peritoneal a través del servicio subrogado, y 1 queja abierta de oficio por la CNDH con motivo de los hechos ocurridos en el mes de junio de 2009 en la Guardería ABC, en Hermosillo, Sonora, integrada por 39 peticiones de los padres de los menores afectados y trabajadoras de la referida guardería.

3.8.3.3 Propuestas formales de conciliación CNDH

La CNDH emite una propuesta formal 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”.

De este tipo de quejas, destacan 4, integradas con motivo del tratamiento de hemodiálisis que han recibido 494 pacientes, a través del servicio subrogado.

3.8.4 Reclamaciones y medidas precautorias CONAPRED

En el período comprendido entre el 1° de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2011, se reportan 69 solicitudes de medidas precautorias por el CONAPRED al IMSS, así como 37 reclamaciones, de las cuales 36 solicitudes de medidas precautorias y 11 reclamaciones corresponden a 2010 y 33 solicitudes de medidas precautorias y 26 reclamaciones se generaron durante 2011.

De estas peticiones sobresalen 6 solicitudes de medidas precautorias atendidas en espera de conclusión por parte del CONAPRED y 1 concluida, de las cuales 2 corresponden a 2010 y 5 a 2011. En cuanto a las reclamaciones, 5 se encuentran

atendidas en espera de conclusión por el CONAPRED, correspondiendo en total 4 peticiones a 2010 y 8 a 2011.

3.8.5 Solicitudes de información de la SEGOB

La Unidad para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos de la SEGOB, entre sus funciones tiene principalmente la de coordinar y dar seguimiento a los trabajos y tareas de promoción y defensa de los derechos humanos que lleven a cabo las dependencias y entidades de la APF; así también, coordinar la atención de las solicitudes de medidas precautorias o cautelares necesarias para prevenir la violación de derechos humanos.

De conformidad a dichas funciones, la referida unidad administrativa cuando así lo requiere o cuando organismos nacionales o internacionales en materia de derechos humanos lo solicitan, pide a las dependencias y entidades de la APF le remitan información de determinados asuntos a cargo de éstas, a fin de atender sus propios asuntos y/o dar cumplimiento a requerimientos externos de información.

3.8.6 Capacitación en materia de derechos humanos

El IMSS y la CNDH tienen como objetivo prioritario promover y difundir el respeto de los derechos fundamentales de los usuarios de los servicios médicos, a través de la constante capacitación del personal médico; para tal efecto, la CNDH cuenta con una página web (<http://dhconecta.org.mx>) con un curso básico de derechos humanos, el cual se compone de siete módulos, con una duración de 40 horas en su totalidad.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Este curso tiene como objetivo capacitar a los servidores públicos de las dependencias y entidades y, en el caso del IMSS, se decidió comenzar con 6,661 médicos de confianza.

3.8.7 Unidad de enlace

3.8.7.1 Recepción de solicitudes de datos personales e información pública

El cuadro 3.2 CAQOD, presenta una síntesis del trámite dado a las solicitudes de información recibidas por la CAQOD, con base en los datos contenidos en los informes de labores presentados por dicha Coordinación en las Asambleas Generales del IMSS³¹:

CUADRO 3.2 CAQOD, SOLICITUDES DE INFORMACIÓN A LA UNIDAD DE ENLACE DEL IMSS

	Mayo 2006 mayo 2007	Mayo 2007 mayo 2008	Mayo 2008 mayo 2009	Mayo 2009 mayo 2010	Mayo 2010 mayo 2011
Solicitudes recibidas	5,443	10,150	18,008	24,157	27,379
Atendidas con entrega de información	3,372	7,760	14,211	16,688	19,048
Desechadas por falta de información requerida al solicitante (pago o requerimiento de información adicional)	277	589	1,668	2,727	2,695
Declarada como inexistente	n.d.	n.d.	1,646	2,047	2,420
Negativas por encontrarse clasificada (reservada o confidencial)	102	464	266	699	464
Negativas por no encontrarse dentro del marco de la LFTAIPG	36	19	136	174	249

n.d. Información no disponible

Fuente: Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente.

3.8.7.2 Portal de obligaciones de transparencia (POT)

El POT ha sido una herramienta fundamental para ayudar a la población a ejercer su derecho a la información de una manera eficaz, ya que puede obtener los datos que requiere al momento sin necesidad de generar una solicitud de

³¹ La fuente de esta información son las Actas de las Asambleas Generales del IMSS número XCVIII, XCIX, C, CI y CII.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

información. Esto ayuda a reducir de manera muy importante las cargas de trabajo para las unidades administrativas del IMSS a lo largo del país. El POT surgió para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7o de la LFTAIPG.

El POT inició sus operaciones en el año 2007. Las estadísticas del POT muestran sus primeros registros históricos con fecha 15 de febrero de ese año³². En el cuadro 3.3 CAQOD, se presenta el número de solicitudes al POT del IMSS, de acuerdo a las cifras proporcionadas por el IFAI:

CUADRO 3.3 CAQOD, NÚMERO DE CONSULTAS AL POT DEL IMSS 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas al POT	242,217	448,441	362,099	337,700	533,999

Fuente: Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente.

³² Fuente: “Distribución de Consultas al Portal de Obligaciones de Transparencia por Fracción del Artículo 7 de la LFTAIPG. Del 15 de febrero de 2007 al 31 de diciembre de 2011”. En sitio web del IFAI. Liga: <http://www.ifai.org.mx/descargar.php?r=/pdf/gobierno/&a=estadisticas.pdf>

4 Aspectos financieros y presupuestarios

4.1 Ingresos y egresos autorizados y ejercidos

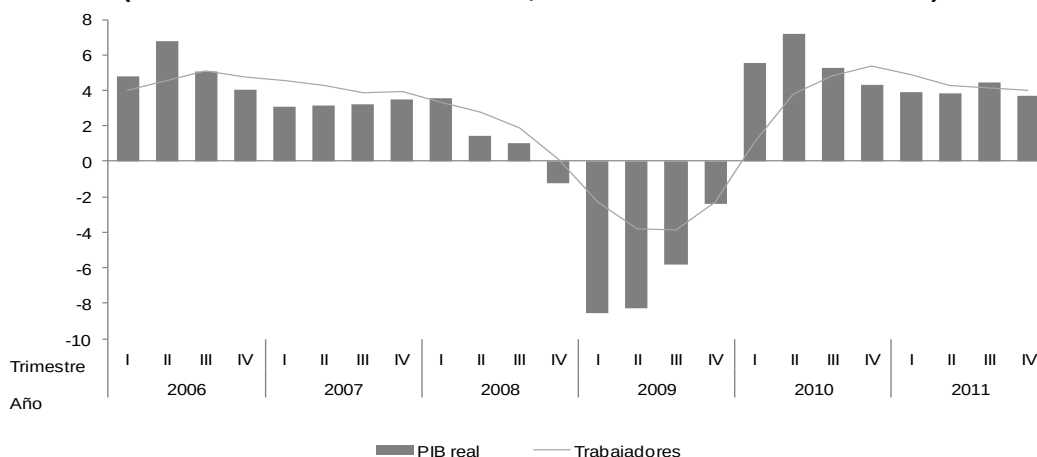
4.1.1 Ingresos presupuestales

Durante los años 2006–2011, el Instituto ha enfrentado dos grandes retos externos:

- Las fluctuaciones del entorno económico y su efecto sobre la recaudación de ingresos, y
- La transición demográfica y epidemiológica por la cual atraviesa la población del país en general y la población derechohabiente del Instituto en particular.

Derivado de la crisis económica cuyos efectos más agudos se observaron principalmente en los años de 2008 y 2009, a partir del tercer trimestre del propio 2009 se inició una mejoría gradual en las condiciones macroeconómicas del país, que continuó durante todo 2010, lo que propició un aumento sostenido en el número de los trabajadores inscritos al Instituto, como se muestra en la gráfica 4.1.

**GRÁFICA 4.1. PRODUCTO INTERNO BRUTO REAL Y TRABAJADORES AFILIADOS AL IMSS, 2006-2011
(VARIACIÓN PORCENTUAL ANUAL, SERIES DESESTACIONALIZADAS)**



Fuente: Dirección de Finanzas.

Dentro del contexto anterior, los ingresos del Instituto incluyendo las transferencias del Gobierno Federal tuvieron un constante incremento, de tal forma que los ingresos del año 2011 comparados con los del ejercicio 2006 muestran un incremento del 55.5 por ciento, como se muestra en el cuadro 4.1.

CUADRO 4.1 PRESUPUESTO DE INGRESOS, 2006 – 2011
FLUJO DE EFECTIVO
(MILLONES DE PESOS)

Año	Autorizado*	Ejercido**	Tasa de Crecimiento (Tomado como base el año 2006)	
			(A)	(B)
2006	245,267	248,061		
2007	257,802	273,812	5.11	10.38
2008	284,017	288,741	15.80	16.40
2009	305,018	313,197	24.36	26.26
2010	325,622	352,103	32.76	41.94
2011	347,543	385,802	41.70	55.53

Fuente: Dirección de Finanzas.

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: *i) de las aportaciones tripartitas que se reciben 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 las reservas y disponibilidades, y iii) de los ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios.* De los ingresos totales 49.5 por ciento corresponden a las cuotas obrero-patronales, 44.1 por ciento a las aportaciones del Gobierno Federal (incluye aportaciones y transferencias) y el restante 6.4 por ciento a productos de inversiones y otros ingresos.

4.1.1.1 Estado analítico de ingresos presupuestales

Derivado de lo anterior, se presenta a continuación el comportamiento de cada uno de los rubros que conforman el Estado Analítico de Ingresos Presupuestales comprendido en el período 2006-2011. Ver cuadro 4.2.

CUADRO 4.2 ESTADO ANALÍTICO DE INGRESOS PRESUPUESTALES POR EL PERIODO, 2006 – 2011

FLUJO DE EFECTIVO (MILLONES DE PESOS)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ingresos						
Ingresos diversos	10,288	12,756	14,486	14,707	14,408	13,469
Venta de inversiones				2,365	15,462	20,449
Cuotas obrero patronales	133,682	142,476	150,741	151,937	162,822	180,440
Aportaciones del Gobierno Federal	104,091	118,580	123,514	144,188	159,411	171,444
Aportaciones estatutarias	38,708	41,274	45,797	46,405	48,179	51,652
Pensiones en curso de pago	65,383	70,770	75,823	91,842	105,339	117,098
Programa del primer empleo		1,000				
Otras transferencias		5,536	1,894	5,941	5,893	2,693
Suma de Ingresos del año	248,061	273,812	288,741	313,197	352,103	385,802

Fuente: Dirección de Finanzas.

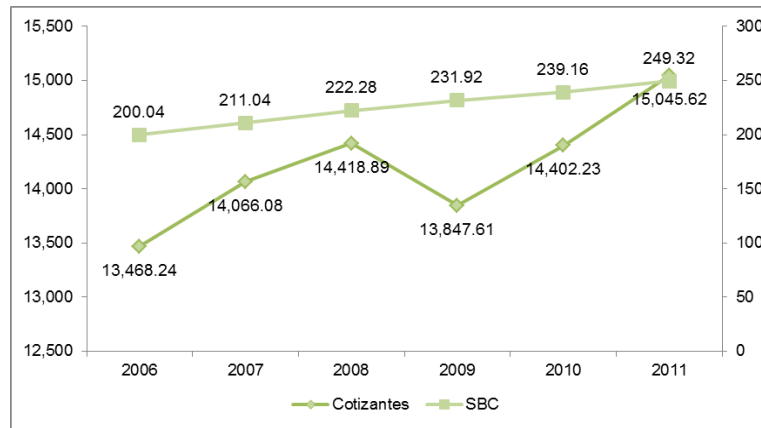
4.1.1.2 Ingresos diversos

Los Ingresos diversos en el periodo reportado se generaron principalmente por intereses provenientes de la inversión de las reservas financieras, los cuales fueron disminuyendo a partir de 2009, año en el que se inició el uso de las reservas y fondos del Instituto y que repercutió en la reducción de los montos promedio de inversión, se contratan instrumentos a corto plazo, con la consecuente obtención de menores tasas de interés. Así mismo se obtuvieron ingresos derivados de cuotas obrero patronales como multas, recargos y actualizaciones, entre otros.

4.1.1.3 Cuotas obrero patronales

Las cuotas obrero patronales tuvieron una fuerte caída en los años 2008 y 2009 como consecuencia de la situación económica que enfrentó el país, lo cual repercutió en la disminución de los cotizantes promedio y un incremento marginal de los salarios promedios diarios de cotización. Sin embargo en el 2010 y 2011 se muestra una recuperación en la economía del país reflejándose en el incremento en las Cuotas para el Instituto, en la gráfica 4.2 se muestra el comportamiento de dichas variables.

GRÁFICA 4.2 COMPORTAMIENTO DE LOS COTIZANTES Y EL SBC



Fuente: Dirección de Finanzas.

4.1.1.4 Uso de reservas y fondos

Dada la situación económica del país y en particular la situación financiera y presupuestaria del Instituto sobre los principales riesgos que enfrenta, a partir del año 2009 se inició el uso de las reservas y fondos del Instituto para solventar los gastos derivados del virus de la influenza, respaldar el programa de inversión física 2010 y apoyar el gasto de la nómina del RJP. (cuadro 4.3).

**CUADRO 4.3 USO RESERVAS Y FONDOS
(MILLONES DE PESOS)**

Reserva o fondo	2009	2010	2011	Total
RGFA	616	-	-	616
FCOLCLC	1,749	9,900	18,035	29,684
ROCF	-	5,562	2,414	7,976
Total	2,365	15,462	20,449	38,276

Fuente: Dirección de Finanzas.

4.1.1.5 Aportaciones y transferencias del Gobierno Federal

Para el periodo que se reporta el concepto más representativo en este rubro son las transferencias para el pago de las pensiones en curso de pago que se han incrementado en 79 por ciento como resultado de la actualización al costo de la pensión, como se establece en los artículos 68 y 145 de la LSS vigente, aunado al número creciente de pensionados.

Por su parte, las aportaciones al régimen obligatorio establecidas en la LSS, presentaron un incremento del 33.4 por ciento.

Se recibieron recursos por Adeudos del Gobierno Federal por 9,391 millones, de aportaciones al régimen obligatorio; 7,602 mdp, por pensiones en curso de pago y gastos de administración; y 4,714 mdp, por la ampliación del período de conservación de derechos.

Adicionalmente se recibieron recursos por 250 mdp, para la constitución del Fideicomiso Guardería ABC.

4.1.2 Egresos

En el cuadro 4.4 se presenta el Presupuesto de Egresos por el periodo 2006-2011, reportando un crecimiento en el ejercicio del gasto del 61.78 por ciento, comparando el correspondiente a 2011 con el de 2006.

CUADRO 4.4 PRESUPUESTO DE EGRESOS 2006 -2011
(FLUJO DE EFECTIVO)
(MILLONES DE PESOS)

Año	Autorizado*	Ejercido**	Tasa de Crecimiento (Tomado como base el año 2006)	
			(A)	(B)
2006	209,194	231,443		
2007	237,802	252,111	13.68	8.93
2008	272,089	270,632	30.07	16.93
2009	299,000	304,351	42.93	31.50
2010	320,380	339,748	53.15	46.80
2011	338,240	374,419	61.69	61.78

Fuente: Dirección de Finanzas.

Destaca para el periodo señalado por orden de importancia como se detalla en el cuadro 4.5, las erogaciones en flujo de efectivo de los siguientes rubros: Pensiones y Jubilaciones 46.3 por ciento, Servicios Personales 35.5 por ciento, Materiales y Suministros 10 por ciento, Servicios Generales 7.2 por ciento e Inversión Física con 1.6 por ciento.

CUADRO 4.5, ESTADO ANALÍTICO DE EGRESOS PRESUPUESTALES POR EL PERIODO 2006-2011

FLUJO DE EFECTIVO
(MILLONES DE PESOS)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Egreso						
Servicios personales	87,626	94,148	99,781	107,135	115,803	124,896
Materiales y suministros	21,226	24,038	25,358	31,654	35,240	39,069
Servicios generales	20,779	21,574	19,928	20,788	21,011	22,851
Pensiones y jubilaciones	96,805	109,534	124,604	142,302	164,257	184,039
Promoción del primer empleo	0	1,000	0	0	0	0
Aportaciones a fideicomisos	0	0	0	0	250	0
Inversión física	5,207	2,476	2,142	4,160	6,647	8,275
Otras erogaciones	0	0	0	0	0	0
Egresos por operaciones ajenas	-200	-659	-1,181	-1,688	-3,460	-4,711
Suma de Egresos del año	231,443	252,111	270,632	304,351	339,748	374,419

Fuente: Dirección de Finanzas.

La variación del gasto de 10.6 por ciento en 2006 se debió, entre otras, a las de los rubros de servicios personales (11.4 por ciento) y pensiones y jubilaciones (12 por ciento). Para 2007, se presenta un aumento con relación al presupuesto original del 6 por ciento destacando nuevamente el rubro de pensiones y jubilaciones con una variación del 10.5 por ciento. Para el año 2010 y 2011 se observa un gasto mayor al aprobado originalmente del 6 y 10.7 por ciento respectivamente, incidiendo en este impacto el rubro de pensiones y jubilaciones. Ver cuadro 4.6

**CUADRO 4.6, ESTADO ANALÍTICO DE EGRESOS PRESUPUESTALES POR EL PERIODO 2006-2011
VARIACIÓN PORCENTUAL POR CAPÍTULO DE GASTO PRESUPUESTO EJERCIDO Y AUTORIZADO**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Egresos						
Servicios personales	11.4%	1.2%	-0.1%	-2.8%	5.1%	2.5%
Materiales y suministros	-16.6%	5.0%	6.2%	3.3%	7.9%	6.6%
Servicios generales	57.4%	-5.0%	-12.4%	-10.2%	12.9%	0.8%
Pensiones y jubilaciones	12.0%	10.5%	3.8%	11.0%	9.4%	17.5%
Promoción del primer empleo						
Aportaciones a fideicomisos						
Inversión física	5.1%		-61.5%	-32.0%	2.5%	55.0%
Otras erogaciones					-100.0%	
Egresos por operaciones ajenas	-141.2%			-350.4%	6.7%	-4.4%
Suma de egresos del año	10.6%	6.0%	-0.5%	1.8%	6.0%	10.7%

Fuente: Dirección de Finanzas.

Cabe mencionar que las adecuaciones al presupuesto original fueron autorizadas por el H. Consejo Técnico, en ejercicio de sus facultades previstas en el artículo 274 de la LSS.

A continuación se describe el comportamiento por capítulo de gasto del Estado Analítico de Egresos Presupuestales 2006-2011.

4.1.2.1 Servicios personales

A lo largo del periodo ya enunciado, se presenta un crecimiento que se origina principalmente por el incremento en plazas que se destinaron en su mayor parte a nueva infraestructura, mejora de las áreas de urgencias, remodelación y ampliación de servicios, Programa Hospital sin Ladrillos, cobertura de los programas médicos (atender el rezago en cirugía, Programa Institucional de Donación y Trasplantes, orientación médica telefónica, consulta de medicina familiar en 6º y 7º día, DIABETIMSS, PREVENIMSS, etc.); así como también por los incrementos derivados de las revisiones salariales y contractuales de cada uno de los años en comento.

4.1.2.2 Materiales y suministros

Como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica por las que atraviesa la población derechohabiente, la demanda de servicios se ha visto incrementada en los últimos años, asimismo el envejecimiento de la población requiere de una mayor cantidad de servicios e intervenciones médicas complejas y de mayor costo, además de la evolución de padecimientos crónico degenerativos, estos cambios han repercutido de manera directa en el gasto de materiales y suministros médicos, principalmente en medicinas.

En el año 2009 y derivado de la epidemia de la Influenza, se incrementaron los gastos preponderantemente de vacunas; los servicios integrales también han presentado un incremento significativo en cirugía de mínima invasión originado principalmente por el programa de abatimiento en atención de cirugías y servicios de urgencias; laboratorio y banco de sangre, al incluirse pruebas de obtención de sangre segura y células madre, asimismo por el incremento de pacientes en el servicio de diálisis peritoneal ambulatoria (DPA).

4.1.2.3 Servicios generales y conservación

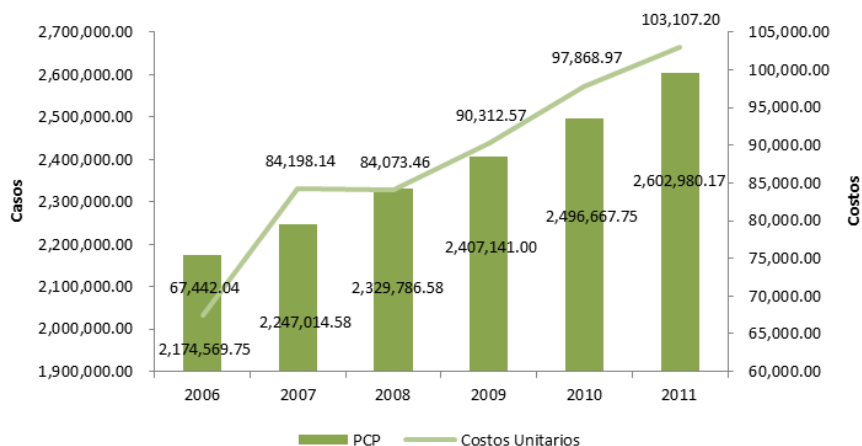
En este capítulo destacan los siguientes conceptos que en su conjunto representan más del 70 por ciento del total del gasto: 17.4 por ciento de conservación y mantenimiento de bienes muebles e inmuebles; 10.8 por ciento de luz y agua; 14.3 por ciento de subrogación de servicios médicos y de diagnóstico; 22.7 por ciento por subrogación del servicio de guarderías; 4 por ciento por traslado de pacientes y 3.6 por ciento de oxígeno.

4.1.2.4 Prestaciones económicas

Una de las principales funciones del Instituto en su calidad de organismo de seguridad social es la protección de los medios de subsistencia de los asegurados, siendo el otorgamiento de pensiones y jubilaciones el gasto de mayor impacto en este capítulo y que tiene una tendencia creciente, principalmente por el aumento en el número de casos y su costo (Gráficas 4.3 y 4.4), aunado a que derivado de los artículos 68 y 145 de la LSS vigente “las pensiones y sumas aseguradas serán incrementadas anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor correspondiente al año calendario anterior”.

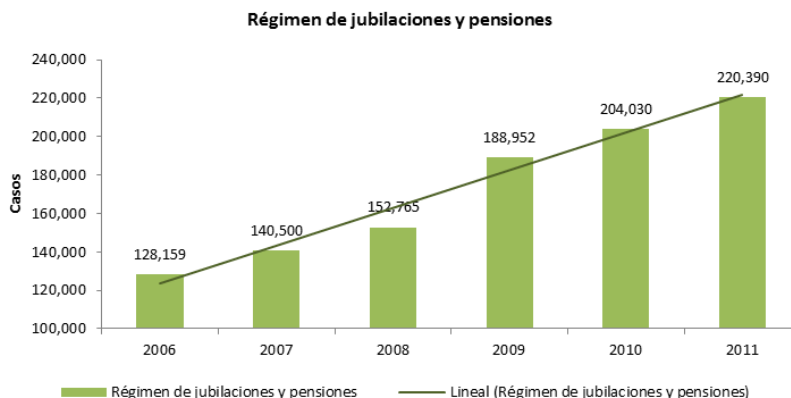
El total del gasto de este rubro se integra por los siguientes conceptos: Pensiones en curso de pago 63 por ciento; RJP IMSS 23 por ciento; Sumas Aseguradas 6 por ciento; Pensiones Temporales 1 por ciento y Subsidios Ayudas e Indemnizaciones 7 por ciento.

GRÁFICA 4.3 CASOS Y COSTOS DE PENSIONES EN CURSO DE PAGO



Fuente: Dirección de Finanzas.

GRÁFICA 4.4 CASOS DE JUBILADOS IMSS



Fuente: Dirección de Finanzas.

4.1.2.5 Bienes muebles e inmuebles

No obstante que el Instituto ha realizado importantes esfuerzos en materia de equipamiento médico y adquisición de equipo de alta tecnología como las unidades radiológicas, tomógrafos de última generación, angiógrafos, mastógrafos, equipo de colposcopia, ciberknife, programa de registro biométrico, etc., en los ejercicios 2007 y 2008 se contempla una baja en la inversión, esto se

origina para el primero, en que se realizó únicamente la reposición del equipo médico y para el segundo se declararon diversas licitaciones desiertas por precios inconvenientes.

4.1.2.6 Obra civil

Con la finalidad de incrementar y fortalecer su capacidad de atención y ofrecer más y mejores servicios a los derechohabientes, una prioridad establecida desde el inicio de la administración ha sido incrementar la inversión en infraestructura y equipamiento médico para abatir el rezago de casi 20 años, durante el periodo se logró una inversión de 14,639 mdp, para dar continuidad a obras iniciadas en el periodo anterior y el inicio de obras nuevas, como se detalla en el apartado 3.5.1 Acciones y resultados relevantes en materia de infraestructura inmobiliaria, de este informe.

4.1.2.7 Operaciones ajenas

Por Cuenta de Terceros. El concepto que mayor impacto tiene en este rubro son las aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación que durante estos 6 años han ido en aumento, derivado principalmente de la incorporación de nuevos trabajadores, el incremento anual del 1 por ciento establecido en el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, hasta alcanzar un 10 por ciento, lo que ocurrió en el año 2011 y finalmente por el incremento en los salarios derivados de las revisiones salariales y contractuales de cada ejercicio.

Erogaciones Recuperables. En los ejercicios 2008 y 2009 se autorizaron créditos adicionales a los trabajadores sindicalizados: 2,500 hipotecarios y 4,000 de automóvil, por lo que el gasto fue mayor en estos mismos.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

4.1.3 Presupuesto Original y Ejercido

El cuadro 4.7 muestra el comportamiento del presupuesto devengado para el periodo 2006-2011 a nivel de función y subfunción, con base a la estructura programática aprobada por la SHCP, destacando los rubros de salud y de seguridad social. En el lapso comparado se observa un incremento del 64 por ciento.

CUADRO 4.7 PRESUPUESTO PROGRAMABLE DEVENGADO POR FUNCIÓN, SUBFUNCIÓN Y PROGRAMA PRESUPUESTAL DEL IMSS ORIGINAL PARA EL PERIODO 2006-2011 (MILLONES DE PESOS)

Descripción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	0	0	294	347	348	383
Función Pública	0	0	294	347	348	383
Apoyo a la función pública y al mejoramiento de la gestión	0	0	294	347	348	383
SALUD	113,193	127,610	142,793	159,791	162,845	176,365
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	110,223	123,999	138,347	154,774	157,781	171,050
Apoyo a la función pública y al mejoramiento de la gestión	195	229	0	0	0	0
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	26,044	33,754	37,595	39,641	40,130	35,168
Atención a la salud pública	1,743	1,905	2,255	2,468	2,544	3,048
Atención a la salud reproductiva	0	0	0	581	589	602
Atención curativa y eficiente	76,232	86,852	91,478	104,312	106,358	124,703
Atención a la salud en el trabajo	464	541	567	695	695	772
Investigación en salud en el IMSS	294	365	356	405	406	499
Proyectos de inversión	4,956	0	5,563	6,121	4,402	4,035
Mantenimiento de infraestructura	0	0	0	0	0	115
Programa de adquisiciones	0	0	0	0	2,086	1,188
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	296	352	533	551	570	920
Generación de Recursos para la Salud	2,970	3,611	4,446	5,017	5,064	5,315
Cobertura de cotizantes	1,508	1,895	2,283	0	0	0
Recaudación eficiente de ingresos obrero patronales	1,416	1,660	2,110	4,966	5,012	5,197
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	46	56	53	51	52	118
SEGURIDAD SOCIAL	96,132	110,192	129,941	138,853	161,095	167,246
Edad Avanzada	82,947	91,576	111,681	118,433	140,201	146,871
Pensiones en curso de pago Ley 1973	59,548	61,710	75,648	82,154	105,362	112,086
Rentas vitalicias Ley 1997	881	7,582	8,661	9,835	10,759	13,496
Régimen de jubilaciones y pensiones IMSS	22,518	22,284	27,372	25,462	23,092	20,201
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	0	0	0	982	988	1,089
Incapacidad	3,662	7,732	8,325	10,788	10,957	10,813
Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	3,662	7,732	8,325	10,788	10,957	10,813
Otros	9,524	10,884	9,935	9,632	9,937	9,562
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	2,624	3,020	2,128	0	0	0
Prestaciones sociales eficientes	0	0	0	687	695	717
Servicio de guardería	6,900	7,865	7,807	8,116	8,404	7,967
Mejoramiento de unidades operativas de servicios de ingreso	0	0	0	829	839	879
TOTAL	209,326	237,802	273,028	298,991	324,288	343,994

Fuente: Dirección de Finanzas.



4.1.3.1 Función: Salud

El Instituto es el instrumento para la redistribución del ingreso, garantizando la salud de su población derechohabiente, con base en el fortalecimiento de la salud preventiva, salud reproductiva y planificación familiar, la educación y fomento a la salud, la participación comunitaria y la vigilancia epidemiológica activa; criterios de atención integral, con base en la familia, factores de riesgo y vulnerabilidad y alta capacidad resolutive de los niveles de operación; formar, capacitar y desarrollar recursos humanos para la salud y fomentar la investigación médica de acuerdo con las necesidades de la propia institución y de la población.

De 2006 al 2011, la Función Salud presentó un incremento en su presupuesto original del 56 por ciento.

4.1.3.1.1 Subfunción prestación de servicios de salud a la persona

Se presupuestó durante el periodo 2006-2011 un monto total de 856,173 mdp, equivalentes al 97 por ciento del presupuesto de la Función Salud, ya que esta Subfunción contribuye a llevar a cabo la cobertura de vacunación de esquemas completos en niños de un año; cobertura de detección de CaCu en mujeres de 25 a 64 años; atención a partos de mujeres en edad fértil; se promovió la realización de cirugías ambulatorias en unidades de segundo nivel; consultas de especialidades en unidades de segundo y tercer nivel; la oportunidad en la atención quirúrgica en unidades de segundo y tercer nivel y se impulsaron los programas de salud en el trabajo.



4.1.3.2 Función: Seguridad Social

Mediante la función Seguridad Social, el IMSS otorgó con oportunidad, calidad y eficiencia las prestaciones económicas; mantuvo el valor real de dichas prestaciones, principalmente el de pensiones; continuó realizando, por cuenta y orden del Gobierno Federal, la administración del pago de las pensiones en curso de pago, así como de las obligaciones propias derivadas del régimen de jubilaciones y pensiones; atendió la demanda de afiliación en el régimen obligatorio de los trabajadores que se incorporaron al mercado formal de trabajo y promovió la incorporación a las opciones de aseguramiento voluntario; fomentó el acceso a las instalaciones de los centros vacacionales del IMSS y ofreció servicios funerarios a precios económicos, para apoyar a los grupos sociales de menores ingresos.

En esta función se presupuestaron para el periodo 2006-2011 un monto por 803,461 mdp. De este gasto, el 86.1 por ciento se determinaron en la subfunción Edad Avanzada; el 6.5 por ciento en la subfunción Incapacidad y el restante 7.4 por ciento en la subfunción otros.

El cuadro 4.8 muestra el comportamiento del presupuesto ejercido en el mismo periodo a nivel de función y subfunción, presentando un incremento del 64 por ciento, el cual es congruente con la asignación presupuestal.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 4.8 GASTO PROGRAMABLE DEVENGADO POR FUNCIÓN, SUBFUNCIÓN Y PROGRAMA PRESUPUESTAL DEL IMSS EJERCIDO PARA EL PERIODO 2006-2011 (MILLONES DE PESOS)

Descripción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	0	0	327	335	339	291
Función Pública	0	0	327	335	339	291
Apoyo a la función pública y al mejoramiento de la gestión	0	0	327	335	339	291
SALUD	128,716	135,350	141,811	155,181	173,929	183,572
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	124,494	131,016	137,400	150,532	169,163	178,784
Apoyo a la función pública y al mejoramiento de la gestión	287	309	0	0	0	0
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	27,595	28,972	29,442	30,729	33,504	35,943
Atención a la salud pública	2,028	2,617	3,036	2,698	3,242	2,570
Atención a la salud reproductiva	0	0	0	529	580	575
Atención curativa y eficiente	88,166	94,890	100,360	109,807	120,803	131,200
Atención a la salud en el trabajo	559	608	651	677	731	790
Investigación en salud en el IMSS	441	385	413	436	436	433
Proyectos de inversión	4,644	2,642	2,926	4,846	3,650	3,178
Programa de adquisiciones	0	0	0	0	5,657	2,852
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	773	595	572	809	560	1,242
Generación de Recursos para la Salud	4,222	4,333	4,411	4,649	4,766	4,788
Cobertura de cotizantes	2,078	2,119	2,146	0	0	0
Recaudación eficiente de ingresos obrero patronales	2,074	2,163	2,216	4,546	4,715	4,733
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	70	51	49	103	51	55
SEGURIDAD SOCIAL	102,035	120,899	136,662	148,915	171,349	194,547
Edad Avanzada	86,093	103,863	118,253	130,530	151,975	173,454
Pensiones en curso de pago Ley 1973	64,517	69,146	78,152	90,475	101,908	115,820
Rentas vitalicias Ley 1997	4,193	7,746	8,151	8,647	12,433	12,097
Régimen de jubilaciones y pensiones IMSS	17,382	26,971	31,950	30,262	36,475	44,262
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	0	0	0	1,146	1,159	1,275
Incapacidad	8,324	8,695	9,530	10,106	11,036	11,973
Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	8,324	8,695	9,530	10,106	11,036	11,973
Otros	7,619	8,341	8,878	8,279	8,339	9,121
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional	2,018	2,213	2,411	0	0	0
Prestaciones sociales eficientes	0	0	0	627	655	672
Servicio de guardería	5,600	6,128	6,467	6,883	6,869	7,602
Mejoramiento de unidades operativas de servicios de ingreso	0	0	0	769	814	848
TOTAL	230,751	256,249	278,800	304,431	345,617	378,411

Fuente: Dirección de Finanzas.



4.1.3.2.1 Función Salud

A través de la Función Salud, el IMSS realizó actividades esenciales, tales como el fortalecer la salud preventiva, salud reproductiva y planificación familiar, educar y fomentar la salud, la participación comunitaria y la vigilancia epidemiológica activa; aplicar criterios de atención integral, con base en la familia, factores de riesgo y vulnerabilidad y alta capacidad resolutive de los niveles de operación; formar, capacitar y desarrollar recursos humanos para la salud y fomentar la investigación médica de acuerdo con las necesidades de la Institución y de la población.

El presupuesto ejercido del período 2006-2011, fue de 918,558 mdp, 4.1 por ciento superior al presupuesto original. Del gasto erogado, el 97.0 por ciento se destinó a la subfunción Prestación de Servicios de Salud a la Persona y 3.0 por ciento en la subfunción Generación de Recursos para la Salud.

4.1.3.2.2 Función Seguridad Social

Dentro de esta función se tienen como objetivos: lograr mayor oportunidad, calidad y eficiencia en la atención a la derechohabencia en materia de prestaciones económicas; mantener el valor real de dichas prestaciones, así como de las obligaciones derivadas del RJP del propio Instituto; atender la demanda de afiliación en el régimen obligatorio de los trabajadores que se incorporen en el mercado formal de trabajo y promover la incorporación a las opciones de aseguramiento voluntario, fomentar el acceso a las instalaciones de los centros vacacionales del Instituto y ofrecer servicios funerarios a precios económicos a la población en general, para apoyar a los grupos sociales de menor ingreso. En esta función se ejercieron durante el periodo 2006-2011, 874,408 mdp, que representa el 8.8 por ciento superior respecto al presupuesto original. De este gasto, el 87.4 por ciento se ejerció en la subfunción de Edad Avanzada; el 6.8 por ciento en la subfunción Incapacidad y el restante 5.8 por ciento en la subfunción Otros.

5 Recursos humanos

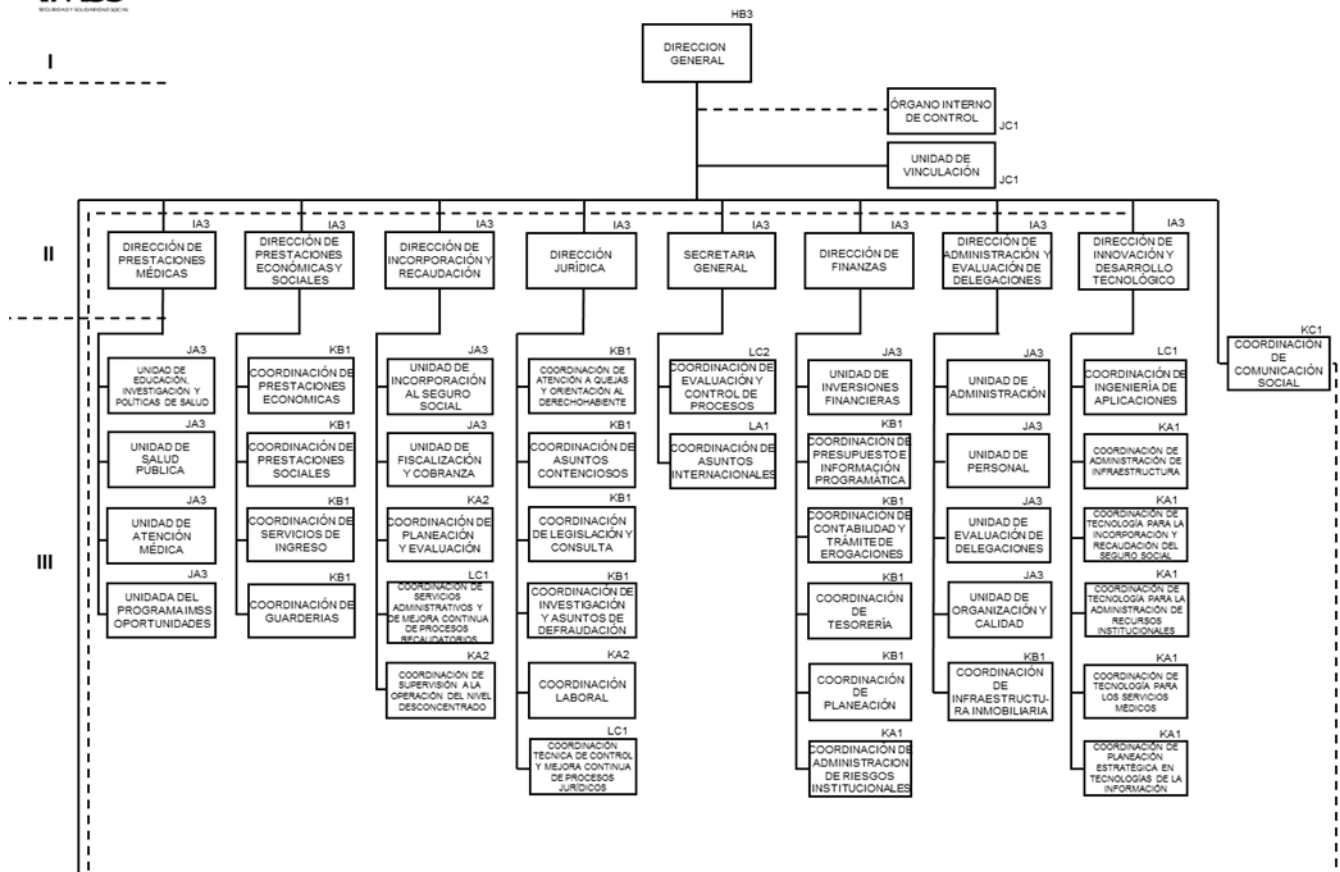
5.1 Estructura básica y no básica

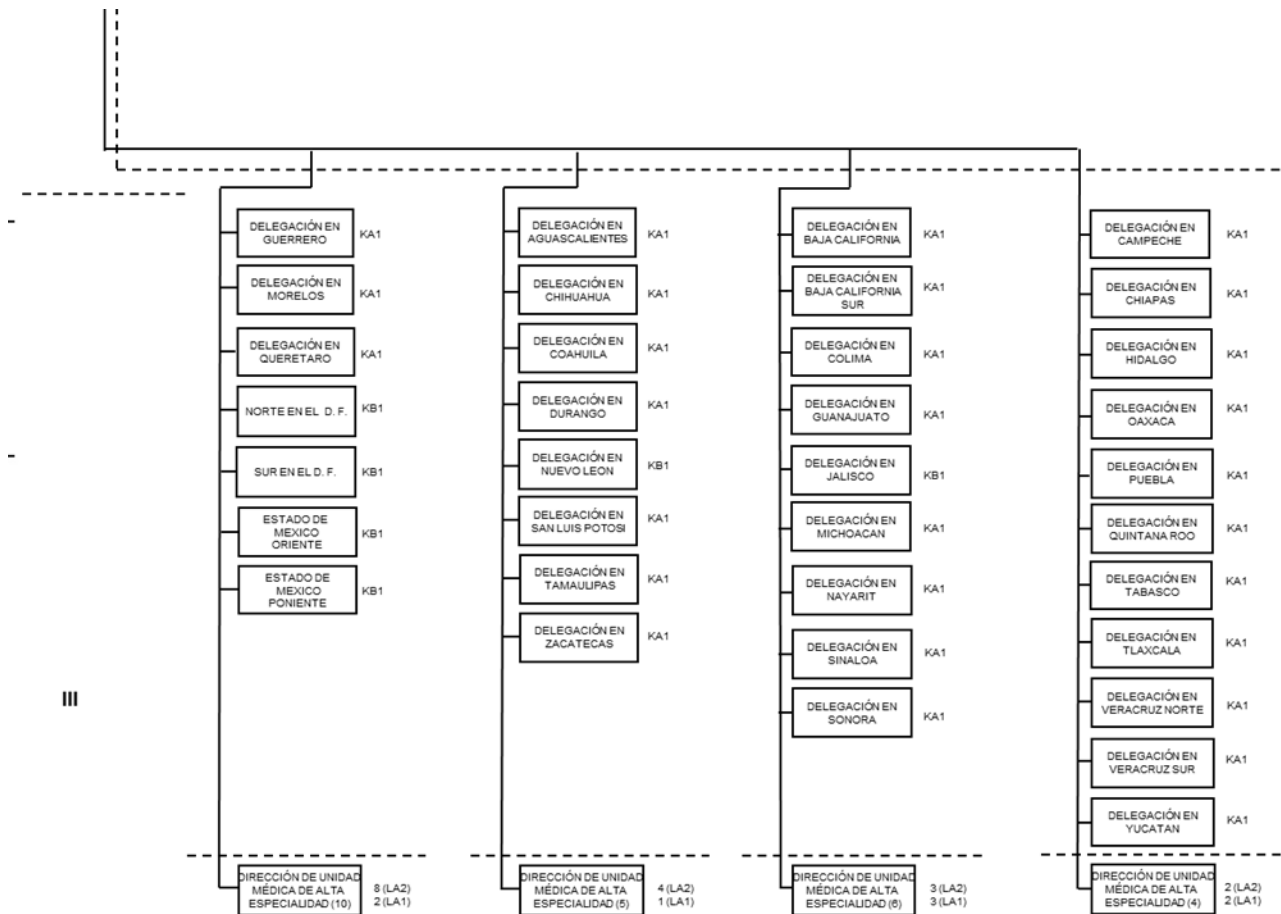
5.1.1 Estructura básica del IMSS

En la lámina siguiente se presenta la estructura orgánica básica del Instituto, en los niveles normativo y de Operación Administrativa Desconcentrada.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL





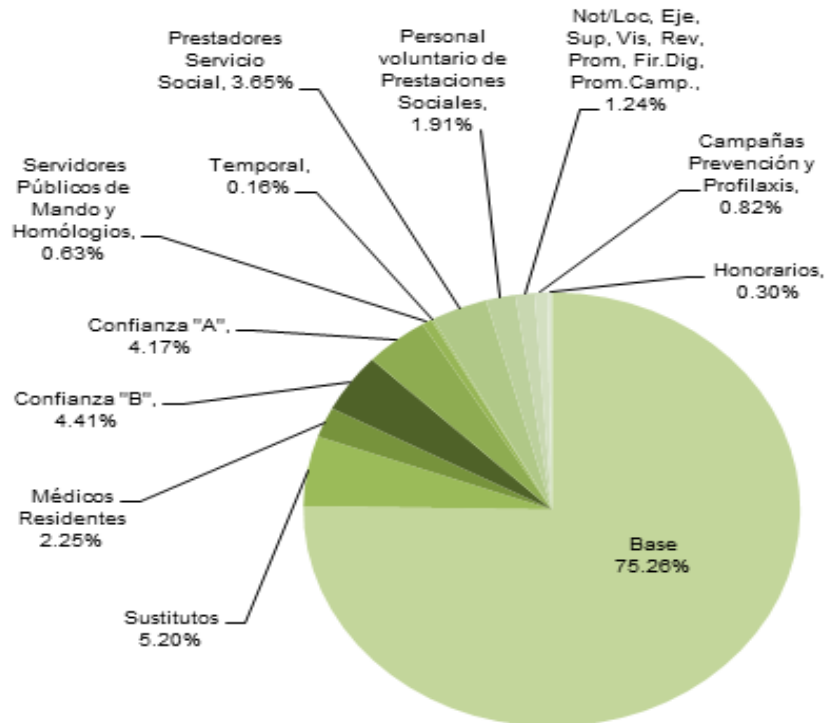
Dado el volumen que representa el detalle de las estructuras de cada uno de los órganos mencionados, dicha información se presenta como Anexo 3 disponible para su consulta en la dirección electrónica <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Pages/rendicion.aspx>.

5.2 Plantillas de personal

El IMSS es la institución de seguridad social más importante del país y representa un pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. A diciembre de 2011 atendió a una población derechohabiente de

54'906,396³³, con el esfuerzo y compromiso permanente de sus 431,518 trabajadores en todo el país, su recurso más valioso. Ver gráfica 5.1.

GRÁFICA 5.1 DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS POR ÁREA DE SERVICIO DICIEMBRE 2011



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

Del total señalado, 397,378 son plazas presupuestarias (cuadro 5.1), y 34,140 no presupuestarias (cuadro 5.2). Las primeras son aplicables a todos los trabajadores contratados directamente por el Instituto, independientemente de su tipo de contratación, se rigen por el CCT.

³³ Informe Mensual de Población Derechohabiente Diciembre 2011.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 5.1
NÚMERO DE PLAZAS PRESUPUESTARIAS, DICIEMBRE 2011
RÉGIMEN ORDINARIO

	Plazas	%
1. Personal sindicalizado		
Base	324,768	81.73
Sustitutos	22,436	5.64
Médicos residentes	9,695	2.44
Suma	356,899	89.81
2. Confianza		
Confianza "A"	17,996	4.53
Confianza "B"	19,051	4.79
Temporales	700	0.18
Servidores públicos de mando y homólogos	2,732	0.69
Suma	40,479	10.19
Total	397,378	100.00

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

Las plazas no presupuestarias incluyen a personas contratadas bajo el régimen de servicios profesionales por honorarios; personal contratado para cubrir las campañas de prevención y profilaxis; prestadores de servicio social; personal voluntario de prestaciones sociales; personal contratado como notificadores/localizadores, ejecutores, supervisores de ejecutores, visitantes, revisores, promotores de firma digital y promotores del campo. A pesar de que estas contrataciones forman parte del Capítulo de Servicios Personales, se realizan de forma independiente, con montos diferentes a los tabuladores del personal sindicalizado, de confianza y de mando.

CUADRO 5.2

PERSONAL CONTRATADO EN PLAZAS NO PRESUPUESTARIAS, DICIEMBRE 2011

Tipo de contratación	Plazas	%
Servicios profesionales por honorarios régimen ordinario	613	1.80
Servicios profesionales por honorarios módulos urbano marginados	697	2.04
Notificadores/localizadores, ejecutores, supervisores de ejecutores, visitadores, revisores, promotores firma digital y promotores del campo	5,343	15.65
Campañas de prevención y profilaxis	3,535	10.35
Prestadores de servicio social	15,731	46.08
Personal voluntario de prestaciones sociales	8,221	24.08
Total	34,140	100.00

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

5.2.1 Personal sindicalizado

Es todo aquél que ingresa al Instituto a través de una propuesta sindical, previa aprobación del proceso selectivo y registro en bolsa de trabajo. Al cierre de 2011, las contrataciones de este tipo ascendieron a 356,899 plazas, es decir, el 82.71 por ciento del total de plazas del Instituto.

5.2.1.1 Base

De conformidad con la Cláusula 16 del CCT, los trabajadores de base “son todos aquéllos que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado, conforme a las normas de este Contrato...”. Invariablemente ingresan al Instituto mediante propuesta sindical y sus actividades se encuentran descritas en los profesiogramas respectivos de cada categoría. Su nominación se efectuó en los términos de los Reglamentos de Bolsa de Trabajo y de Escalafón del CCT.

Al mes de diciembre del 2011, se contemplaron 324,768 plazas, mismas que representaron el 75.26 por ciento del total de plazas del Instituto.

5.2.1.2 Sustitutos

La Cláusula 1 del CCT señala que los trabajadores sustitutos “son aquéllos que, sin ser de base, ocupan temporalmente el puesto de pie de rama o categoría autónoma de un trabajador de base durante la ausencia de éste por vacaciones, incapacidades, licencias o permisos y en los casos sujetos a juicios. El trabajador sustituto será nombrado en los casos en que la vacante de que se trate no sea posible ocuparla con un trabajador interino”.

Además, la Cláusula 18 Bis define que los trabajadores sustitutos “son contratados para desempeñar una actividad necesaria y permanente, por tiempo fijo, por razón de incrementos temporales de trabajo, ausencias no cubiertas por otro procedimiento, o en tanto se resuelve sobre la promoción a plaza vacante, conforme al Reglamento de Bolsa de Trabajo”. Al cierre de 2011, se contrataron 22,436 plazas de este tipo, lo cual representó el 5.20 por ciento del total de plazas del Instituto.

5.2.1.3 Médicos residentes

De conformidad con los artículos 353 A al 353 I de la LFT y 2, 23 y 30 del Reglamento de Médicos Residentes en período de adiestramiento en una especialidad del CCT, el Instituto cuenta con dos tipos de médicos residentes: por un lado, aquellos trabajadores del Instituto que ingresan en una unidad médica por medio de una beca para recibir capacitación; y por el otro, aquellos profesionistas externos que ingresan en una unidad médica con propuesta del SNTSS para cumplir con una residencia y recibir instrucción académica y el adiestramiento en una especialidad de acuerdo con el Programa Académico del Instituto.

Los médicos residentes que cuentan con plaza de base, al obtener su certificado de especialidad, son ubicados por el Instituto en puestos de su especialidad de acuerdo con los reglamentos y convocatorias respectivas.



Aquéllos que no son trabajadores del Instituto tienen la oportunidad de ingresar a la Bolsa de Trabajo en los términos establecidos en el CCT. Al mes de diciembre de 2011, la asignación fue de 9,695 plazas, 2.25 por ciento del total de plazas del Instituto.

5.2.2 Personal de confianza

De acuerdo con sus funciones y el personal que tienen bajo su mando, ocupan puestos clasificados como: Servidores Públicos de Mando y Homólogos, Confianza “A”, Confianza “B” y Temporales. Al mes de diciembre de 2011, el total de plazas fue de 40,479, equivalentes al 9.38 por ciento del total de plazas del Instituto.

5.2.2.1 Confianza “A”

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 tabulado. Durante 2011, se agruparon 17,996 plazas de Confianza A, mismas que representaron el 4.17 por ciento de las plazas totales del Instituto.

5.2.2.2 Confianza “B”

Conforme a las Cláusulas 11 y 12 del CCT, los trabajadores de Confianza “B” son aquellos trabajadores de base designados por el Instituto en puestos de confianza, que cumplen los requisitos solicitados por convocatoria, en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza “B” del CCT. Desempeñan funciones de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no tabuladas. Al mes de diciembre de 2011, la asignación fue de 19,051 plazas de Confianza “B”, equivalente al 4.41 por ciento del total de las plazas del Instituto.

5.2.2.3 Temporales

La Cláusula 18 del CCT establece que el trabajador temporal es aquel personal contratado a obra determinada, de acuerdo a las necesidades del Instituto. Realizan una labor específica y no tiene carácter permanente. Este personal percibe todas las prestaciones que establece el CCT, sin más limitaciones que las inherentes a la temporalidad del trabajo. Su contratación se da exclusivamente para la operación de programas prioritarios de carácter eventual conforme al contrato establecido y a la vigencia autorizada, y una vez concluida extingue la relación de trabajo derecho y prestaciones. A diciembre de 2011, se contrataron 700 plazas bajo esta modalidad, lo cual equivale al 0.16 por ciento del total de las plazas del Instituto.

5.2.2.4 Servidores públicos de mando y homólogos

Es aquel personal de confianza que asume funciones de iniciativa, decisión y mando con carácter de autoridad y de representatividad del Instituto. Ocupan los grupos jerárquicos que corresponden a los puestos de la estructura de mando. Este tipo de personal se encuentra clasificado por grupo, grado y nivel salarial, de acuerdo a la jerarquía en la estructura organizacional, y a los requerimientos en cuanto a las responsabilidades, nivel de solución de problemas, especialización y habilidades que demandan las atribuciones y funciones asignadas al puesto.

Al mes de diciembre del 2011, el Instituto contó con 2,732 plazas de este tipo, lo cual equivale al 0.63 por ciento del total de las plazas del Instituto (Ver cuadros 5.3 y 5.4).



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 5.3

DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS DE SERVIDORES PÚBLICOS DE MANDO DEL IMSS

Puesto	Plazas
Director General	1
Secretario General	1
Director Normativo	7
Titular de Unidad	12
Coordinador Normativo	110
Director de Unidad Médica de Alta Especialidad	25
Secretario Particular de Director General	0
Secretario Particular de Secretario General, de Director Normativo, de Coordinador General y de Unidad	7
Secretario Privado de Director Normativo	2
Coordinador de Asesores	4
Asesor de Secretario General, de Director Normativo y de Coordinador General	14
Jefe de División	299
Jefe de Departamento Administrativo	4
Subjefe de División	110
Subjefe de Departamento	1
Delegado	35
Coordinador Delegacional de Atención Médica	210
Coordinador Delegacional	140
Jefe de Servicio Delegacional	245
Coordinador Delegacional de Abastecimiento	35
Jefe de Departamento Delegacional	597
Jefe de Oficina Delegacional	210
Subdelegados	133
Jefe de Departamento Subdelegacional	463
Total	2,665

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 5.4
DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS DE SERVIDORES PÚBLICOS DE MANDO
ASIGNADOS AL OIC

Puesto	Plazas
Titular del Órgano Interno de Control	1
Coordinadores en el Órgano Interno de Control	6
Coordinadores Regionales	4
Jefe de División/Jefe de Departamento Administrativo/ Secretario Particular/ Asesor del Órgano Interno de Control	23
Jefes de Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades en Delegaciones	32
Subjefe de División del Órgano Interno de Control	1
Total	67

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

5.2.3 Contratación de servicios profesionales por honorarios

Al cierre de 2011, el IMSS contaba con 613 contrataciones de Servicios Profesionales por Honorarios. Estas son contrataciones que se celebran con personas físicas para desarrollar actividades, programas o proyectos prioritarios para cumplir con los fines institucionales. Su vigencia máxima es el 31 de diciembre de cada ejercicio.

Cabe mencionar que el Capítulo de Servicios Personales contiene dentro del rubro de Honorarios a los Módulos Urbano-Marginados. Dichos módulos fueron originados ante el compromiso establecido entre el IMSS y el Gobierno Federal para proporcionar a familias de zonas urbano-marginadas atención médica, conforme a lo publicado en el DOF del 15 de marzo de 2001³⁴. En este contexto, se formalizaron 697 contrataciones.

³⁴ La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades lleva a cabo el PDHO "Urbano", que fue creado con la finalidad de otorgar el Componente Salud, mediante el cual asegura la atención integral de la población en 26 Estados así como en el Distrito Federal con la configuración de un "Paquete Básico de Servicios de Salud" que contempla acciones médico-preventivas, orientadas al mejoramiento de las condiciones de saneamiento en el entorno familiar y comunitario.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

A continuación, el cuadro 5.5 presenta la distribución por área de los contratos de honorarios vigentes a diciembre de 2011.

CUADRO 5.5
DISTRIBUCIÓN POR ÁREA DE SERVICIO DE LOS CONTRATOS DE
SERVICIOS PROFESIONALES POR HONORARIOS

Área de Servicio	Casos
Secretaría General	7
Dirección de Prestaciones Médicas	39
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones	110
Dirección de Incorporación y Recaudación	2
Dirección de Finanzas	16
Dirección Jurídica	412
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	18
Órgano Interno de Control	9
Subtotal IMSS Régimen Ordinario	613
Unidad IMSS-Oportunidades (Módulos Urbano-Marginados)	697
Total	1,310

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

5.2.4 Notificadores/localizadores, ejecutores, supervisores de ejecutores, visitantes, revisores, promotores firma digital y promotores del campo

Son aquellas personas físicas (adsritas al área de Afiliación y Cobranza) contratadas individualmente por obra y tiempo determinado. Sus actividades principales son diligencias de requerimiento de pago, embargo, remoción de depositario, notificación de acuerdos y demás que se deriven del procedimiento administrativo de ejecución de los créditos. Al mes de diciembre de 2011, fueron contratadas 5,343 plazas, es decir, el 1.24 por ciento del total de plazas del Instituto. A continuación, el cuadro 5.6 muestra la distribución geográfica de este personal contratado.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 5.6

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL PERSONAL CONTRATADO COMO NOTIFICADORES/LOCALIZADORES, EJECUTORES, SUPERVISORES DE EJECUTORES, VISITADORES, REVISORES, PROMOTORES FIRMA DIGITAL Y PROMOTORES DEL CAMPO

Delegaciones	Notificadores/ Localizadores	Ejecutores	Supervisores de Ejecutores	Visitadores	Revisores	Promotores Firma Digital	Promotores del Campo	Suma
Aguascalientes	18	25	3	26	6	3	4	85
Baja California	68	78	11	27	12	5	13	214
Baja California Sur	38	25	6	20	5	2	5	101
Campeche	27	16	2	9	6	2	3	65
Coahuila	50	80	15	41	9	8	9	212
Colima	14	18	3	9	3	3	4	54
Chiapas	32	38	10	6	2	2	5	95
Chihuahua	51	52	10	30	12	6	12	173
Durango	37	38	6	24	7	3	6	121
Guanajuato	76	47	9	48	20	6	11	217
Guerrero	21	24	4	12	6	4	6	77
Hidalgo	40	27	7	19	7	4	3	107
Jalisco	120	118	19	81	25	10	13	386
Estado de México Oriente	56	77	10	30	20	4	4	201
Estado de México Poniente	60	36	6	23	12	4	4	145
Michoacán	32	39	6	27	11	5	9	129
Morelos	12	10	3	15	5	3	5	53
Nayarit	13	15	1	8	2	2	4	45
Nuevo León	65	63	15	36	44	9	8	240
Oaxaca	20	23	2	31	3	6	4	89
Puebla	51	51	7	35	11	6	6	167
Querétaro	28	27	2	18	11	3	5	94
Quintana Roo	34	26	10	19	9	4	2	104
San Luis Potosí	31	29	4	22	6	3	8	103
Sinaloa	48	80	12	31	10	5	24	210
Sonora	63	95	15	37	14	8	22	254
Tabasco	27	27	3	25	8	2	5	97
Tamaulipas	57	93	14	25	11	7	6	213
Tlaxcala	6	8	2	6	3	1	2	28
Veracruz Norte	80	37	8	21	15	5	9	175
Veracruz Sur	25	48	11	27	9	4	9	133
Yucatán	79	0	19	28	8	4	4	142
Zacatecas	17	17	2	10	4	2	4	56
Norte Distrito Federal	94	70	11	85	54	10	1	325
Sur Distrito Federal	143	82	20	96	54	32	6	433
Suma	1,633	1,539	288	1,007	444	187	245	5,343
Oficinas Centrales	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1,633	1,539	288	1,007	444	187	245	5,343

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

5.2.5 Personal para campañas de prevención y profilaxis

El Artículo 111 de la LSS, conforme al texto vigente a partir del 21 de diciembre de 2001, señala que el Instituto se coordinará con la SS y con otras dependencias y organismos públicos con objeto de realizar las campañas y programas a que se refiere el Artículo 110 de la propia Ley, que establece como propósito proteger la salud, prevenir las enfermedades y la discapacidad. En consecuencia, el Instituto lleva a cabo programas de difusión de los servicios de medicina preventiva para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas de salud pública.

Para llevar a cabo el programa de vigilancia epidemiológica de las enfermedades sujetas a vigilancia especial, así como de brotes y situaciones emergentes en hospitales, guarderías o en la comunidad, en las delegaciones del Instituto se contrataron 425 personas en forma permanente y 82 para actividades intensivas.

Adicionalmente, para cada una de las tres Semanas Nacionales de Salud que tuvieron lugar en 2011 se contrataron en promedio a 7,768 personas, según las cifras que se detallan en el cuadro 5.7.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 5.7
PERSONAL CONTRATADO EN LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD

Delegaciones	Semanas Nacionales de Salud			Otros intensivos	Permanentes
	Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana		
Aguascalientes	50	70	40	0	46
Baja California	110	214	214	0	177
Baja California Sur	42	60	52	0	41
Campeche	42	100	50	0	48
Coahuila	180	180	180	0	119
Colima	44	50	60	0	35
Chiapas	82	50	50	0	119
Chihuahua	51	72	120	0	130
Durango	130	120	80	0	79
Guanajuato	454	339	320	0	88
Guerrero	40	40	40	0	81
Hidalgo	202	144	64	12	62
Jalisco	803	821	673	8	153
Estado de México Oriente	1,000	1,000	248	16	227
Estado de México Poniente	128	960	183	8	109
Michoacán	133	133	133	0	78
Morelos	257	257	100	0	44
Nayarit	128	128	128	0	73
Nuevo León	142	955	693	0	152
Oaxaca	250	300	71	0	79
Puebla	249	249	249	0	100
Querétaro	238	238	78	0	51
Quintana Roo	110	110	147	6	104
San Luis Potosí	256	256	55	26	88
Sinaloa	230	194	203	0	99
Sonora	377	377	377	0	80
Tabasco	130	130	130	0	50
Tamaulipas	343	309	263	0	153
Tlaxcala	97	97	97	0	25
Veracruz Norte	221	531	552	0	110
Veracruz Sur	221	521	500	0	220
Yucatán	73	100	33	4	76
Zacatecas	107	101	0	2	47
Norte Distrito Federal	223	121	198	0	153
Sur Distrito Federal	238	121	121	0	157
Suma	7,381	9,448	6,502	82	3,453
Oficinas Centrales	0	0	0	0	0
Total	7,381	9,448	6,502	82	3,453

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

5.2.6 Prestadores de servicio social

Con fundamento en la “Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal”, el IMSS puede contar con personas que prestan su servicio social o realizan prácticas profesionales tanto en el ámbito médico como el administrativo, con la finalidad de contribuir a los objetivos educativos de formación de personal médico, paramédico y de profesionales y técnicos. En este contexto, el Instituto facilitó el acceso a sus instalaciones a 15,731 prestadores de servicio social; 13,101 en el área de salud y 2,630 del área administrativa.

Se considera como pasante en servicio social del área de la salud a los alumnos de las disciplinas médicas y paramédicas reglamentadas por la SS. Las carreras de los pasantes en servicio social del área de la salud son las siguientes: Biología, Farmacia, Enfermería, Estomatología, Inhaloterapia, Laboratorio Clínico, Medicina, Neurolingüística y Fonoaudiología, Nutrición y Dietética, Podología, Optometría, Psicología, Química Clínica, Químico-Farmacobiólogo, Radiología e Imagen, Salud Comunitaria, Salud Pública, Terapia Física y Rehabilitación y Trabajo Social.

En el área administrativa, el Instituto permite que los pasantes de diversas carreras de escuelas e instituciones de educación superior y técnica presten su servicio social o prácticas profesionales, colaborando en los programas institucionales en áreas técnico-administrativas acordes a su formación profesional.

5.2.7 Personal voluntario de prestaciones sociales

Con la finalidad de expandir los beneficios de las prestaciones sociales institucionales, el IMSS capacita a personas de la comunidad y socio-alumnos con



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

vocación de servicio para que de manera voluntaria y con previa capacitación, realicen actividades educativas y de proyección social.

Las actividades son desarrolladas exclusivamente en los centros de extensión, salvo aquellos casos en que exista demanda de servicio por parte de la comunidad y se cuente con la instalación física necesaria.

Para el año 2011, se contrataron 8,221 de personal voluntario a nivel nacional, que representaron el 1.91 por ciento del total de plazas autorizadas del Instituto.

5.2.8 UMAE

Al 31 de diciembre del 2011, consolidaron su operación 25 UMAE con 47,178 plazas, mismas que representaron el 10.93 por ciento del total de plazas del Instituto.

5.2.9 Unidad del programa IMSS-Oportunidades

A diciembre de 2011, el Programa IMSS-Oportunidades contó con un total de 24,144 plazas ocupadas, de las cuales 20,946 son presupuestarias, representando el 86.8 por ciento, como se muestra en el cuadro 5.8.

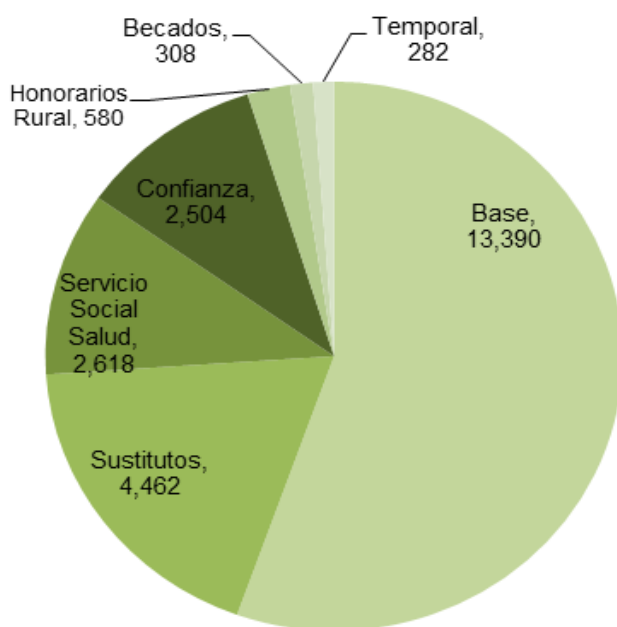
CUADRO 5.8
NÚMERO DE PLAZAS PRESUPUESTARIAS EN 2011

Tipo de Contratación	Plazas	Porcentaje
Confianza	2,504	12.0
Base	13,390	63.9
Temporal	282	1.3
Becados	308	1.5
Sustituto	4,462	21.3
Total	20,946	100.0

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

Las 3,198 plazas no presupuestarias representan el 13.2 por ciento del total de plazas. De éstas, 580 corresponden a prestadores de servicios profesionales por honorarios en el ámbito rural y 2,618 a prestadores de servicio social en áreas de salud, como se muestra en la Gráfica 5.2.

GRAFICA 5.2
DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS PRESUPUESTARIAS Y NO PRESUPUESTARIAS 2011
TOTAL DE PLAZAS 24,144



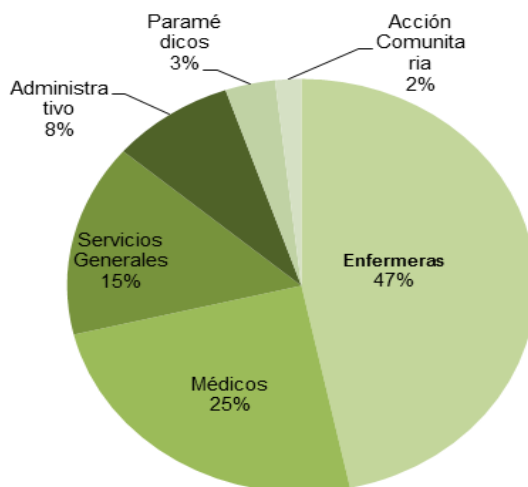
Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

La agrupación de las ramas con mayor participación en la operación del Programa como se aprecia en la gráfica 5.3, corresponde al área de enfermería con 11,267 plazas, que representa el 46.7 por ciento; le siguen los médicos con 5,923 plazas (24.5 por ciento). Asimismo, existen 3,636 plazas de servicios generales que representan el 15.1 por ciento; la rama administrativa tiene 2,051 plazas (8.5 por ciento), paramédicos 833 (3.4 por ciento) y finalmente 434 plazas de acción comunitaria (1.8 por ciento).

GRAFICA 5.3

DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR DISCIPLINA

TOTAL DE PLAZAS 24,144



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones

Por último, el PDHO, tiene 580 puestos autorizados de prestadores de servicios profesionales por honorarios. Este personal se utiliza para desarrollar actividades, programas o proyectos prioritarios. Asimismo, atiende a 1.3 millones de familias beneficiadas y cumple con los objetivos del Programa.

5.3 Contrato Colectivo de Trabajo 2011-2013

Las relaciones entre el IMSS y sus trabajadores se rigen por lo dispuesto en el apartado A, del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la LFT, así como del CCT y del Estatuto que se indican a continuación:

El Instituto tiene celebrado CCT con el SNTSS, el cual se encuentra depositado ante la JFCA, registrado bajo el número de Expediente CC-15/86.XXII.RM-(1), cuya última revisión integral se llevó a cabo en el mes de octubre de 2011, con vigencia para el periodo 2011-2013.



Dicho CCT comprende los apartados de clausulado, profesiogramas, catálogos, tabuladores y reglamentos, así como convenios diversos, y se aplica en sus términos a los trabajadores del IMSS, con excepción de los clasificados como Trabajadores de Confianza “A”.

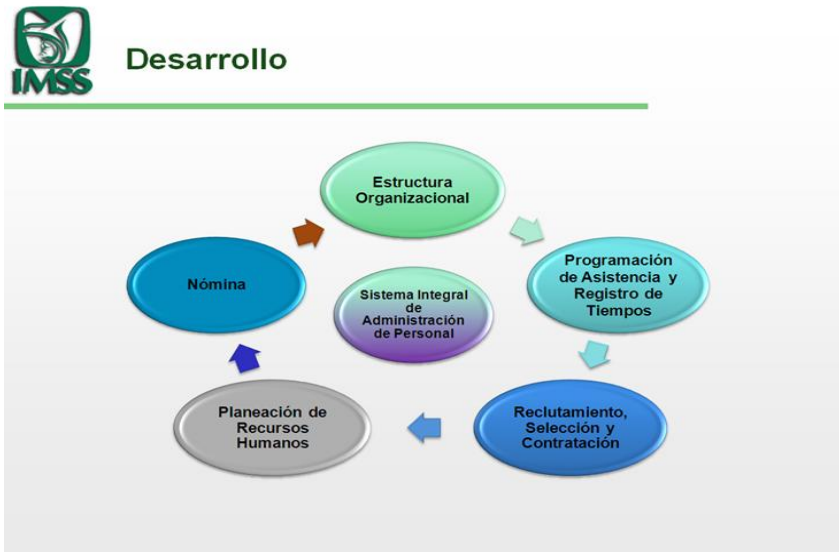
Cabe destacar que el CCT vigente en el periodo 2011-2013, se identifica como anexo 5 y se encuentra disponible para consulta en la dirección electrónica <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Pages/rendicion.aspx>.

5.4 Establecimiento del nuevo régimen laboral para trabajadores de confianza “A” (Estatuto)

De conformidad a lo dispuesto en los artículos 256 y 286 I, de la LSS, se elaboró el proyecto de Estatuto que fue aprobado por el H. Consejo Técnico en su sesión del día 07 de diciembre de 2011, mediante acuerdo AS2.HCT.071211/322.P.DAED, para su entrada en vigor a partir del día 01 de enero de 2012.

Durante el período de diciembre de 2010 a diciembre de 2011, las áreas normativas de la Unidad de Personal, realizaron trabajos de conceptualización, desarrollo y adecuación en el SIAP, a fin de permitir la contratación e inclusión a la nómina institucional de estos trabajadores de confianza “A”, tanto en nómina ordinaria como en puestos de nómina de mando, ver gráfica 5.4.

GRÁFICA 5.4



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Derivado de la aprobación del Estatuto por el H. Consejo Técnico, la Unidad de Personal, comunicó oficialmente su implementación a los CC. Jefes de Servicios de Desarrollo de Personal y de Departamento de Personal, en la IV Reunión Nacional de Actualización en Servicios Personales, efectuada en San Miguel Regla, Hidalgo, del 11 al 14 de diciembre de 2011, ver gráfica 5.5.

GRAFICA 5.5, DIFUSIÓN DEL ESTATUTO PARA TRABAJADORES DE CONFIANZA "A"



La infografía presenta información sobre la difusión del Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El título principal es "IV Reunión Nacional de Actualización en Servicios Personales".

INICIO DE OPERACIONES

La UNIDAD DE PERSONAL a través de la COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS pone a disposición de las delegaciones una Mesa de Ayuda que responderá las dudas que se tengan en relación al Estatuto "A". Esta Mesa de Ayuda se encuentra en comunicación directa con las diferentes Áreas Normativas que han participado en el Proyecto de Implementación del Estatuto, concentra y difunde la información referente a la puesta en marcha del Estatuto.

Puede enviar cualquier duda o sugerencia a la dirección:

dudas.estatutoa@imss.gob.mx
Red virtual: 8600 11963

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

UNIDAD DE PERSONAL

COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del IMSS

MESA DE AYUDA "SEGUIMOS HACIENDO HISTORIA"

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE IMPLEMENTACIÓN DEL ESTATUTO

Correo electrónico: dudas.estatutoa@imss.gob.mx
red virtual: 8600 11963
tel. 5238 2700 ext 11963

Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del Instituto Mexicano del Seguro Social

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

UNIDAD DE PERSONAL

COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE IMPLEMENTACIÓN DEL ESTATUTO

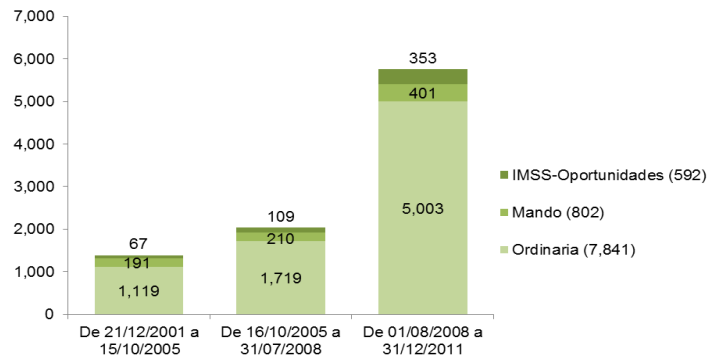
San Miguel Regla, Hidalgo, del 11 al 14 de diciembre de 2011

Por medio de este documento se difunde el Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del IMSS.

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

Con la implementación del Estatuto se otorga certeza jurídica a los trabajadores de confianza “A” con ingreso al Instituto en fecha anterior a su vigencia, ya que sólo aplicará a los trabajadores de confianza “A” que ingresen a partir del 01 de enero de 2012, ver gráfica 5.6.

**GRÁFICA 5.6, EMPLEADOS DE CONFIANZA “A”
CON INGRESO POSTERIOR AL 21 DE DICIEMBRE DE 2001**

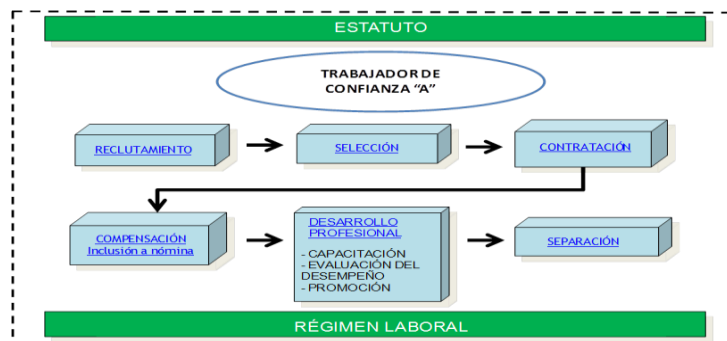


Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

En el año 2012 se consolidarán los siguientes temas, contemplados en los artículos transitorios cuarto y quinto del Estatuto:

- Los procesos del Sistema de Profesionalización y Desarrollo de los trabajadores se realizarán en un plazo de 180 días, contados a partir del 1º de enero de 2012, gráfica 5.7.
- Se creará el Fondo de Retiro Individual en un plazo de 90 días, posteriores al inicio de la vigencia del Estatuto.

GRAFICA 5.7, RÉGIMEN LABORAL Y SISTEMA DE PROFESIONALIZACIÓN Y DESARROLLO



Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones.

6 Recursos materiales

Este capítulo presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y el equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica. El capítulo está organizado en dos grandes secciones, la primera relacionada con las instalaciones del Instituto y la segunda, con el equipo médico e informático.

Dentro de la primera sección se hace referencia a la situación respecto al Régimen Ordinario, al Programa IMSS-Oportunidades y a las unidades no médicas. Asimismo, se presenta el inventario inmobiliario al 31 de diciembre de 2011 y se incluye el estado que guardan las instalaciones, así como la inversión realizada durante ese año. En la segunda sección se analizan los mismos aspectos para equipo médico y equipo informático.

6.1 Infraestructura inmobiliaria institucional

De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2011 se cuenta con un total de 3,058 unidades del Régimen Ordinario en operación (que corresponden a 1,812 inmuebles). De éstas, 2,286 (74.7 por ciento) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 772 (25.3 por ciento) sirven para realizar funciones relacionadas con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de afiliación y cobranza, y los de administración. Por otro lado, el Programa IMSS-Oportunidades, al 31 de diciembre de 2011, cuenta con 3,931 unidades médicas en operación.

Este inventario presenta diferencias respecto al Informe precedente, lo cual obedece a movimientos de altas, bajas y reclasificación de inmuebles que se han dado como resultado de avances en el desarrollo de la infraestructura o bien, de ajustes en los procesos operativos que han requerido modificaciones en el tipo y funciones de estos inmuebles. Ajustes relacionados a la construcción de obra nueva se describen en los apartados referentes a la inversión realizada durante el año 2011.

6.1.1 Instalaciones médicas del régimen ordinario

Para otorgar prestaciones médicas a la población derechohabiente, las unidades están organizadas en tres niveles de atención y regionalizadas. Esta organización responde a la frecuencia, distribución y características propias de los problemas de salud. La regionalización de servicios permite otorgar prestaciones médicas en áreas geográficas relativamente circunscritas, evitando grandes desplazamientos al acercar los servicios a la población, equilibrar la demanda de atención con los recursos instalados y mejorar la oportunidad y la calidad de la atención.

Actualmente, el Instituto cuenta con 1,495 unidades de primer nivel, de las cuales 1,114 son UMF y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 32 y 24 años, respectivamente (cuadro 6.1). En 2011 se pusieron en operación cinco nuevas UMF.

En 2011 las unidades auxiliares se redujeron en 21 unidades, permaneciendo 381 activas; lo anterior a consecuencia de que en la validación realizada con las delegaciones se determinó que esas unidades ya no se encontraban en operación, principalmente por la cancelación de convenios con las empresas que contaban con dichos servicios.

En lo que se refiere al segundo nivel de atención, que comprende los servicios de hospitalización general, al 31 de diciembre de 2011 el inventario reporta 266 unidades, con una antigüedad promedio de 36 años. Entre éstas, se incluyen 35 UMAA, de las cuales 10 corresponden a unidades autónomas y 25 son unidades anexas a UMF y hospitales. Las UMAA tienen una edad promedio de cinco años.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el tercer nivel de atención, se tienen 25 UMAE y 11 unidades médicas complementarias. El número de unidades médicas complementarias se redujo en una, dado que la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur fue reasignada de tercer a segundo nivel de atención, considerando sus funciones y dependencia de la Delegación Sur del Distrito Federal. Las UMAE y unidades complementarias ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. La infraestructura de tercer nivel tiene, en promedio, 37 años de antigüedad. En el cuadro 6.2 se muestra su distribución.

Adicionalmente se cuenta con 482 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (como se anota en el cuadro 6.1); algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, mientras que otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. En ellas se incluyen 421 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, así como 40 unidades y centros de investigación en salud.

En 2011 los centros de investigación se redujeron en número, pues algunos tenían las mismas líneas de investigación. Entre las unidades que fueron fusionadas están la Unidad de Investigación Médica en Biología del Desarrollo, que se unió a la Unidad de Investigación Médica en Genética Humana, y la Unidad de Investigación Médica en Farmacología de Productos Naturales, que se fusionó con la Unidad de Investigación Médica en Farmacología.

CUADRO 6.1
INFRAESTRUCTURA MÉDICA POR NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPO DE UNIDAD EN 2011

Tipo de unidad	No. de unidades
Unidades médicas	
Primer nivel de atención	1,495
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,114
Unidades auxiliares	381
Segundo nivel de atención	266
Hospitales Generales	231
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	35
Anexa a unidad médica (UMF u Hospital)	25
Autónoma de unidad médica	10
Tercer nivel de atención	37
Total de unidades médicas	1,797
Infraestructura de apoyo a la atención médica	
Laboratorio de citología exfoliativa	1
Taller de prótesis y órtesis	1
Farmacias centrales	5
Total de Infraestructura de apoyo a la atención médica	7
Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	
493	
Bibliotecas (Centros de investigación y documentación en salud)	421
Escuelas de enfermería	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13
Unidades y centros de investigación en salud	40
Bioterio	1
Total de Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	482
Total	2,286

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 6.2 UNIDADES MÉDICAS DE TERCER NIVEL Y UNIDADES COMPLEMENTARIAS, 2011

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"
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur
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 Donaldo Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste
Mérida, Yucatán
25. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez"

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

En el cuadro 6.3 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 6.3 UNIDADES MÉDICAS POR REGIÓN, DELEGACIÓN, NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPO DE UNIDAD, 2010
(NÚMERO DE UNIDADES)

Región/Delegación	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel ^{4/}
	Medicina familiar ^{1/}	Unidades auxiliares	Hospitales ^{2/}	UMAA ^{3/}	
Centro	183	88	44	11	18
Distrito Federal Norte	21	34	8	1	10
Distrito Federal Sur	22	19	11	4	7
Guerrero	14	9	6	1	-
México Oriente	43	17	10	3	-
México Poniente	42	2	4	1	1
Morelos	21	2	3	-	-
Querétaro	20	4	2	1	-
Oficinas Centrales	-	1	-	-	-
Norte	277	55	52	11	7
Aguascalientes	11	1	2	1	-
Coahuila	37	13	12	2	1
Chihuahua	47	3	10	2	-
Durango	30	18	4	1	-
Nuevo León	45	7	9	2	6
San Luis Potosí	30	6	6	-	-
Tamaulipas	44	6	7	2	-
Zacatecas	33	1	2	1	-
Occidente	354	140	79	7	7
Baja California	29	4	8	1	-
Baja California Sur	14	7	6	1	-
Colima	10	6	3	-	-
Guanajuato	35	4	10	1	2
Jalisco	102	59	17	2	4
Michoacán	45	17	9	1	-
Nayarit	21	10	5	1	-
Sinaloa	40	28	8	-	-
Sonora	58	5	13	-	1
Sur	300	98	56	6	4
Campeche	9	6	2	1	-
Chiapas	27	13	4	-	-
Hidalgo	14	5	6	-	-
Oaxaca	23	5	4	1	-
Puebla	44	1	6	2	2
Quintana Roo	8	8	6	-	-
Tabasco	31	2	3	-	-
Tlaxcala	14	2	3	-	-
Veracruz Norte	47	6	8	1	1
Veracruz Sur	59	23	9	-	-
Yucatán	24	27	5	1	1
Total	1,114	381	231	35	36

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

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

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

^{3/} Incluye UMAA autónomas y anexas a otra unidad médica.

^{4/} Incluye UMAE y unidades complementarias.



De manera adicional, al 31 de diciembre de 2011 el Régimen Ordinario contaba con una unidad de segundo nivel que no estaba en operación; se trata del Hospital Rural Miguel Alemán, en el Estado de Tamaulipas, que al 31 de diciembre de 2011 se encontraba en proceso de integración de la plantilla de personal respectiva.

Estado físico de unidades médicas

Con objeto de evaluar las condiciones de los inmuebles utilizados para el otorgamiento de los servicios médicos, se valoró el estado físico de los equipos, las instalaciones y del inmueble en 1,459 unidades médicas, es decir, 81.2 por ciento del total de las unidades médicas en operación.

Así, el estado del equipo de las unidades (incluye equipo electromecánico como elevadores y escaleras eléctricas, equipo médico y equipo administrativo) se calificó como bueno o regular en aproximadamente 97 por ciento en el primer, segundo y tercer niveles de atención.

Los porcentajes de las unidades cuyas instalaciones se calificaron en buenas condiciones o condiciones regulares fueron 97.6, 94, y 97.2 en el primer, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente. Con relación al estado del inmueble al primer, segundo y tercer niveles de atención 97.2, 93.2 y 94.5 por ciento de las unidades, respectivamente, se calificó en buenas condiciones o condiciones regulares (gráfica 6.1).

En el año 2011 para el programa de sustitución de equipo electromecánico se tuvo un presupuesto autorizado por el H. Consejo Técnico de 114.9 mdp e incluyó principalmente equipo de aire acondicionado, equipos electromecánicos y elevadores, así como a las acciones consolidadas para realizar trabajos de impermeabilización en una superficie de 360,050.94 m², en 262 unidades médicas y no médicas por un monto de 93.9 mdp.

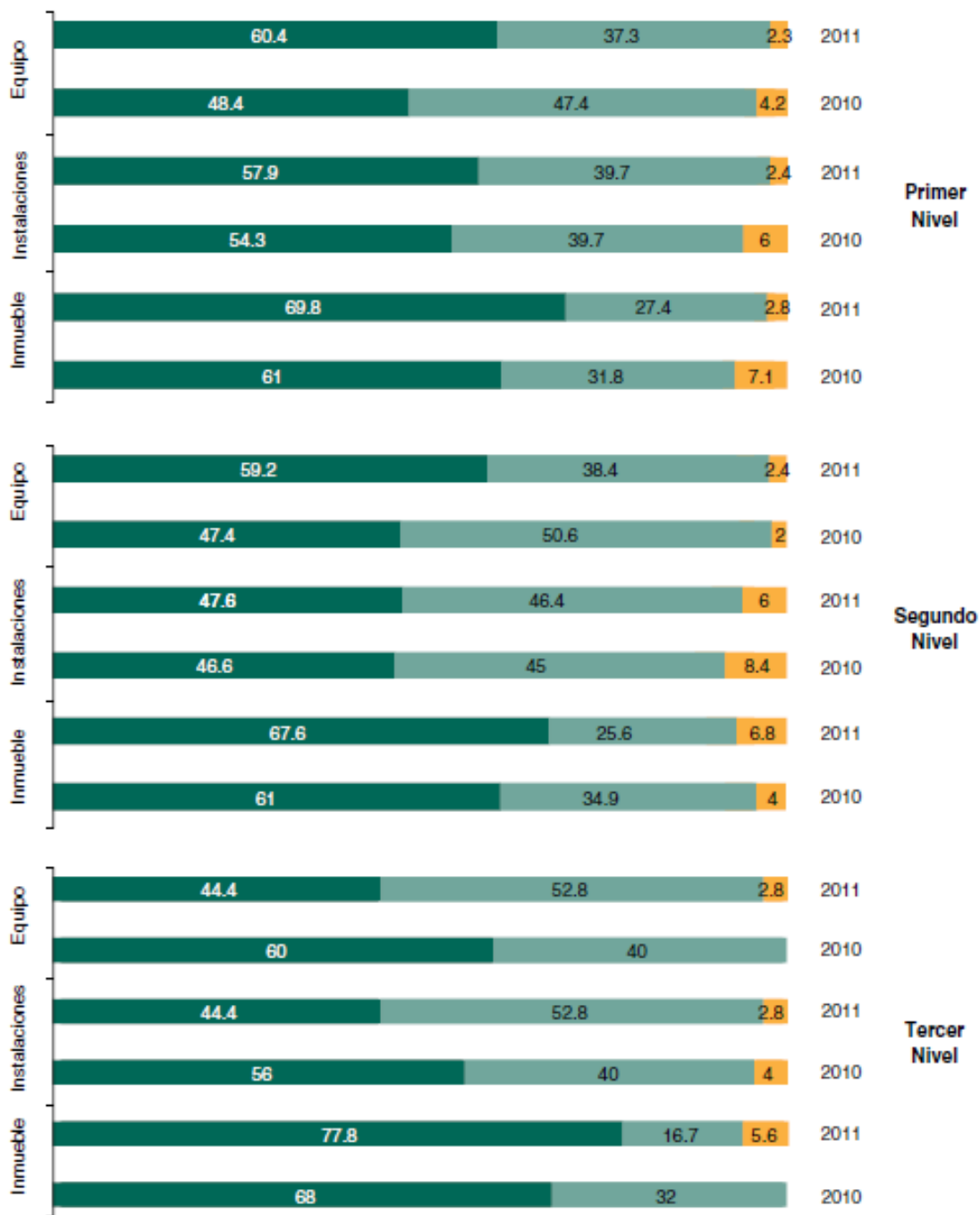


Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el caso de las unidades de tercer nivel se observa que en muchos casos han superado el periodo de vida útil y requieren reparaciones integrales que no es posible llevar a cabo en su totalidad, en razón de que las unidades médicas se encuentran en operación y la logística requiere de la habilitación de nuevos espacios para no afectar el número de camas en operación y no reducir la capacidad instalada. Por otra parte, la inversión realizada en el 2011 en materia de sustitución de equipos únicamente contempló sustitución de equipos en 12 UMAE.

En todos los casos se mantuvieron las condiciones de operación que permiten la continuidad en la atención al derechohabiente.

GRÁFICA 6.1, ESTADO FÍSICO DEL INMUEBLE, EQUIÓ E INSTALACIONES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL RÉGIMEN ORDINARIO POR NIVEL DE ATENCIÓN, 2010-2011 (PORCENTAJES)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.



Presupuesto y Programa de inversión

El presupuesto de inversión para 2011 fue de 2,891.3 mdp, de los cuales 16.5 por ciento se destinó al primer nivel, 82.5 por ciento al segundo nivel y 1 por ciento al tercer nivel de atención médica. Con relación al tipo de obra, 68.8 por ciento financió construcción nueva, mientras el restante 31.2 por ciento fue para acciones de fortalecimiento.

Como parte del Programa de Inversión Física 2011, para la construcción de nuevas UMF y la remodelación y ampliación de las existentes se incorporaron adecuaciones al diseño funcional de las unidades, con la idea de facilitar la integración de acciones que tradicionalmente se habían ofrecido en las áreas de servicio de medicina preventiva al proceso de consulta de médico familiar. Asimismo, se establecieron servicios de rehabilitación física en el primer nivel de atención.

En este contexto, en 2011 se pusieron en operación cinco nuevas UMF con lo que se incrementó la infraestructura del primer nivel de atención en 50 nuevos consultorios. En el caso de tres de ellas, en Tijuana y Mexicali, Baja California, y en Puerto Vallarta, Jalisco, la construcción terminó en 2010 y las unidades se pusieron en operación en 2011.

Mientras otras dos, en Aguascalientes, Aguascalientes, y Mérida, Yucatán, fueron concluidas y puestas en operación en 2011. Adicionalmente, se completaron ampliaciones en cinco UMF en las localidades de Aguascalientes, Aguascalientes; Jiménez, Chihuahua; Guerrero Negro, Baja California Sur; Atotonilco, Jalisco, y Veracruz, Veracruz Norte, así como dos remodelaciones de UMF en San Luis Potosí, San Luis Potosí, y Manzanillo, Colima.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En cuanto a las unidades médicas del segundo nivel de atención, en 2011 se pusieron en operación tres hospitales y dos UMAA. Los hospitales incorporados al sistema fueron el Hospital General de Subzona de San José del Cabo, Baja California Sur; el HGR de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, y el HGR de Tecámac, Estado de México Oriente. Asimismo, iniciaron operaciones las UMAA de Chalco, Estado de México Oriente, la de Cuajimalpa de Morelos, Distrito Federal Sur y de la incorporación de la UMAA anexa a la UMF No. 89 de Saltillo, Coahuila. En términos de camas, durante ese año se añadieron 559 al total existente en el Instituto.

La creación de nuevas UMAA permitirá a través de cirugías ambulatorias ejercer una menor presión sobre la demanda de camas en el segundo nivel de atención. Es relevante mencionar que durante el año 2011, el Hospital General de Subzona de San José del Cabo, Baja California Sur, transformó su operación para funcionar como la UMF No. 6.

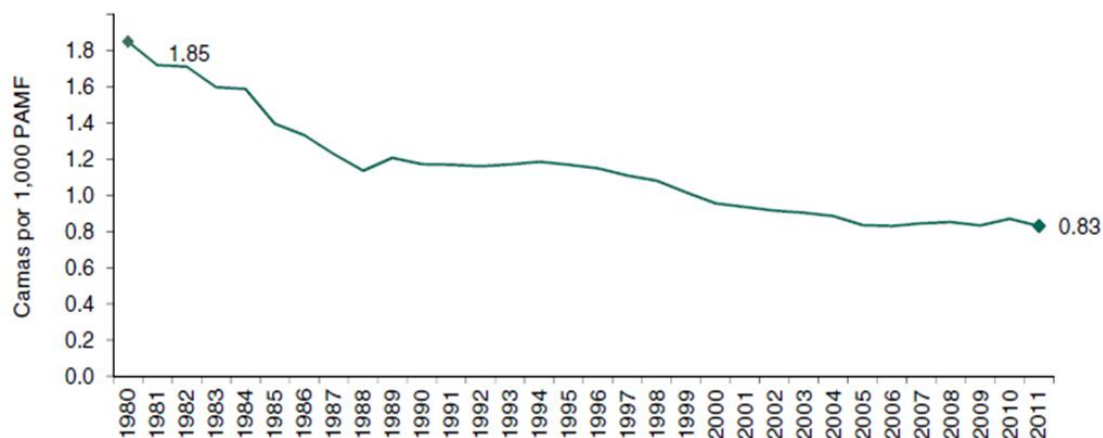
En el periodo enero-mayo de 2012 se concluyó el HGR de Metepec, Estado de México, el cual se espera que entre en operación en 2012, lo que incrementará en 236 las camas censables del Instituto. Por otro lado, continuarán en proceso de construcción los Hospitales Generales de Zona de Reynosa, Tamaulipas y de Hermosillo, Sonora, y el HGR de Charo, Tres Marías, Michoacán, los cuales se pondrán en operación en el segundo semestre del ejercicio, así como la UMAA y el Módulo de Rehabilitación de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Las prioridades de la inversión institucional en el segundo nivel de atención se han concentrado en la construcción de nuevos hospitales para aumentar la disponibilidad de camas en HGR, HGZ y generales de subzona en operación, y en la construcción de UMA para disminuir la demanda de camas de hospital.

Respecto a los proyectos para el fortalecimiento de la infraestructura física del tercer nivel, en 2011 se concluyó una ampliación en la UMAE de León, Guanajuato y una remodelación en la UMAE del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN La Raza. Al cierre de mayo del 2012 continúan en proceso constructivo seis acciones de obra de fortalecimiento, de las cuales tres corresponden a ampliación y tres a remodelación en UMAE.

En este contexto, en el periodo comprendido de 2007 a 2011 el número de camas censables aumentó en un porcentaje de 7.4 por ciento, pasando de 29,846 camas en 2007 a 32,071 en 2011, con lo cual se logró en 2010 revertir la tendencia decreciente de más de 30 años del indicador del número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar, alcanzando un valor de 0.87, sin embargo, esa tendencia no se logró mantener, ya que en 2011 el índice tuvo un valor de 0.83 (gráfica 6.2), debido a que el número de derechohabientes se incrementó en 9.5 por ciento, pasando de 35.3 millones de derechohabientes en 2007 a 38.7 millones en 2011.

GRÁFICA 6.2, NÚMERO DE CAMAS CENSABLES POR CADA 1,000 DERECHOHABIENTES ADSCRITOS A MÉDICO FAMILIAR, DE SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN, 1980-2011



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.



Eso significa que para mantener la tendencia estable del indicador del número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar y lograr una tendencia creciente, se requerirá continuar con un Programa de Inversión Física suficiente para atender el número creciente tanto de derechohabientes en general, como de pacientes mayores de 65 años, que son los que presentan más necesidades de atención hospitalaria.

6.1.2 Instalaciones médicas del programa IMSS-Oportunidades

El Programa IMSS-Oportunidades ofrece servicios de salud a la población que carece de seguridad social y que habita principalmente en el medio rural y urbano marginado. No obstante, también atiende a derechohabientes del IMSS, a familias beneficiarias del PDHO y del Sistema de Protección Social en Salud. La infraestructura de este programa es patrimonio del Instituto, de conformidad con lo dispuesto por el Decreto de reformas a la Ley General de Salud publicada en el DOF el 15 de mayo de 2003.

La infraestructura inmobiliaria operativa de este programa incluye un total de 3,931 unidades distribuidas en el ámbito rural en 19 Estados y en el ámbito urbano en 25 Estados y el Distrito Federal.

Las unidades están organizadas en dos niveles de atención con la finalidad de lograr una mejor organización en la prestación de los servicios médicos y mejorar la oportunidad de la atención al evitar grandes desplazamientos de la población rural.

Las unidades médicas de primer nivel de atención corresponden a las UMR y UMU. En ellas se otorgan servicios básicos de salud a la población usuaria. Del total de unidades del programa, 3,853 son unidades médicas de primer nivel y de éstas 92.9 por ciento son UMR.

Por otro lado, 78 HR corresponden al segundo nivel de atención. Adicionalmente, existen 226 unidades de apoyo a la atención médica que en su gran mayoría son equipos móviles que otorgan un paquete básico de servicios médico-preventivos.

La distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el programa se señala en el cuadro 6.4.

Estado físico de unidades médicas

En la gráfica 6.3 se presenta el estado físico de las instalaciones, equipo e inmueble de las unidades de IMSS-Oportunidades. Como se observa en 2011, en relación con el primer nivel de atención, las unidades manifiestan que las instalaciones, equipo e inmueble, en 66, 98 y 75 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 en 62, 92 y 100 por ciento, respectivamente, se encuentra en buen o regular estado de conservación.

En general, los inmuebles se encuentran en buenas condiciones y cumplen con la funcionalidad y seguridad, tanto para los usuarios como para el personal de los equipos de salud, lo anterior, considerando que las unidades de primer nivel cuentan con un promedio de más de 29 años de antigüedad, mientras que las unidades de segundo nivel cuentan con 26 años y en su gran mayoría están ubicadas en lugares lejanos y dispersos del territorio nacional.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**CUADRO 6.4, UNIDADES MÉDICAS DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES POR REGIÓN,
DELEGACIÓN, NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPO DE UNIDAD, 2011
(NÚMERO DE UNIDADES)**

Región/Delegación	No. de delegaciones	Primer nivel		Segundo nivel	
		UMR	UMU	Total	HR
Centro	5				
Distrito Federal Sur		0	21	21	-
México Poniente		24	8	32	2
Morelos		0	4	4	-
Querétaro		0	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		0	3	3	-
San Luis Potosí		202	6	208	4
Tamaulipas		104	0	104	3
Zacatecas		141	9	150	5
Occidente	7				
Baja California		11	4	15	1
Guanajuato		0	11	11	-
Jalisco		0	9	9	-
Michoacán		335	15	350	7
Nayarit		79	4	83	1
Sinaloa		103	5	108	3
Sonora		0	5	5	-
Sur	9				
Campeche		39	4	43	2
Chiapas		555	12	567	10
Hidalgo		215	6	221	4
Oaxaca		469	21	490	9
Puebla		305	13	318	7
Tlaxcala		0	3	3	-
Veracruz Norte		290	19	309	3
Veracruz Sur		228	36	264	3
Yucatán		83	12	95	4
Total	28	3,583	270	3,853	78

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

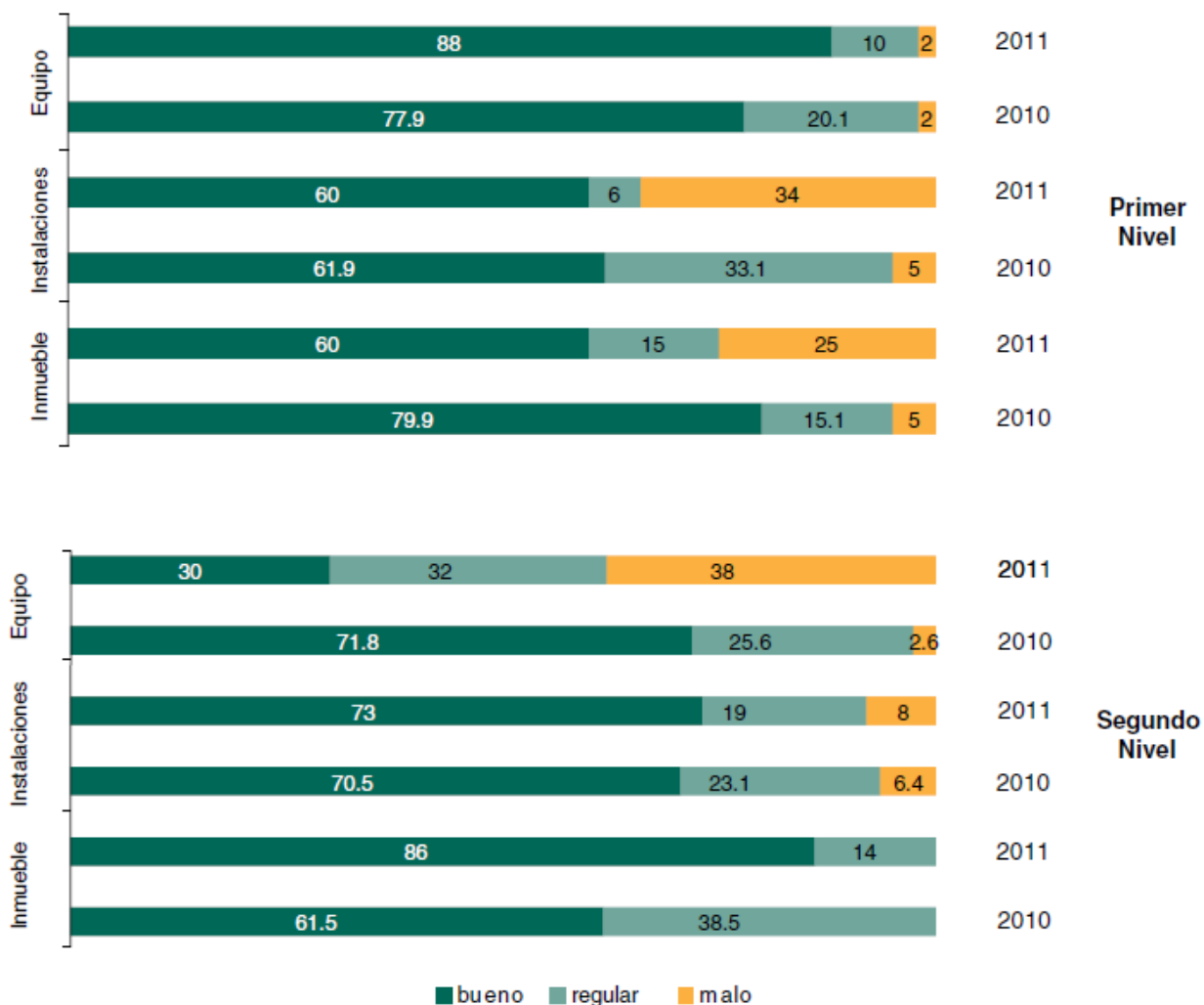


Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

GRÁFICA 6.3 ESTADO FÍSICO DEL INMUEBLE, EQUIPO E INSTALACIONES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES POR TIPO DE BIEN Y NIVEL DE ATENCIÓN, 2010-

2011

(PORCIENTAJES)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Programa de inversión

En 2011, en seguimiento a las acciones emprendidas en 2009 y 2010, se dio continuidad a la construcción de nuevas unidades médicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el primer nivel de atención se construyeron 10 nuevas UMR con el fin de sustituir infraestructura obsoleta en Durango (tres UMR), Michoacán, Nayarit, Chiapas (dos UMR), Oaxaca y Puebla (dos UMR).

En materia de fortalecimiento del primer nivel de atención, durante 2011 se concluyó la instalación de 12 CARO en el mismo número de UMR. El objetivo de estos centros es impulsar la atención obstétrica en regiones marginadas del país.

Asimismo, en 2011 se concluyó la instalación de tres Centros de Atención Rural al Adolescente y la ampliación de otras cinco UMR. En total se realizaron 23 acciones de fortalecimiento del primer nivel de atención.

En el segundo nivel de atención la estrategia de fortalecimiento de los HR incluyó las ampliaciones y adecuaciones concluidas durante 2011 en 28 hospitales, en 13 delegaciones del país que incluyeron, entre otros conceptos, ampliación de urgencias, cambio de casa de máquinas y drenaje, instalación de aire acondicionado y adecuación del laboratorio de citología.

Los laboratorios de citología están destinados al procesamiento e interpretación de las muestras de citología cervical (papanicolaou), lo que mejorará la oportunidad de los resultados y permitirá iniciar tratamiento contra CaCu, en caso de ser requerido. Adicionalmente, están en proceso acciones de fortalecimiento en otros ocho HR.

El detalle de las acciones realizadas se muestra en el cuadro 6.5.

CUADRO 6.5, ACCIONES DEL FORTALECIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA EN IMSS- OPORTUNIDADES PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MAYO DE 2012

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus obra/fecha ^{1/}	de
Centro					
Estado de México Poniente	San Agustín	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)	
	Santa Isabel del Monte	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)	
	Santa María Endare	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)	
Norte					
Chihuahua	El Tásate	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)	
San Luis Potosí	Villa de Ramos	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)	
	Santa María Acapulco	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)	
Occidente					
Michoacán	Crescencio Morales	UMR	Ampliación CARO	Concluida (noviembre 2011)	
	Pueblo Viejo	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)	
	Capula	UMR	Ampliación	Concluida (noviembre 2011)	
Sur					
Chiapas	El Porvenir	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)	
	Paso Hondo	UMR	Ampliación CARO	Concluida (noviembre 2011)	
	Rayón	UMR	Ampliación CARO	Concluida (noviembre 2011)	
	Jolitontic	UMR	Ampliación CARA	Concluida (octubre 2011)	
	Joltealal	UMR	Ampliación CARA	Concluida (noviembre 2011)	
Oaxaca	Santiago Choapam	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)	
	Cuyamecalco Villa de Zaragoza	UMR	Ampliación CARO	Concluida (enero 2012)	
	San Martín Peras	UMR	Ampliación CARO	Concluida (enero 2012)	
	Hueytlalpan	UMR	Ampliación CARA	Concluida (noviembre 2011)	
Veracruz Sur	El Cedral	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)	
	Huitzila	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)	
	La Perla	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)	
	El Tesoro	UMR	Ampliación CARO	Concluida (febrero 2012)	
Yucatán	Hoctun	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)	

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Presupuesto de inversión

El presupuesto de inversión ejercido para la nueva infraestructura ascendió a 275 mdp, de los cuales 61.5 por ciento fue destinado al segundo nivel de atención, mientras el restante 38.5 por ciento, al primer nivel.

6.1.3 Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se integra por: i) unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos y de servicios generales, y ii) inmuebles desocupados. Con relación al primer grupo, el Instituto cuenta tanto con inmuebles propios como con inmuebles rentados.

Actualmente, el Instituto cuenta con 772 inmuebles propios; 418 inmuebles donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales con una edad promedio de 26 años; 61 unidades de actividades de incorporación y recaudación, con una edad promedio de 32 años; 43 unidades administrativas, con una edad promedio de 26 años; 97 unidades de servicios generales con una edad promedio de 21 años; 22 inmuebles que aún no tienen destino específico, y 131 terrenos desocupados.

Además, el Instituto renta 892 inmuebles. La mayoría de las unidades no médicas ubicadas en inmuebles rentados albergan actividades relacionadas con servicios generales (75.3 por ciento), seguidas por actividades de prestaciones económicas y sociales (11.9 por ciento).



Estado físico de inmuebles no médicos

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valora mediante su estado físico, instalaciones y equipos propios del inmueble. En lo que se refiere a las calificaciones de los tres rubros (equipo, instalaciones e inmueble), 95.9, 96.9 y 96.5 por ciento, respectivamente, de las unidades resultaron en condiciones buenas o regulares.

Programa de inversión

La funcionalidad y la imagen de los inmuebles no médicos del Instituto son de primordial importancia para cumplir objetivos relacionados con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de incorporación y recaudación, y otros.

Durante 2011 se construyeron cuatro subdelegaciones, una guardería y dos almacenes. Asimismo, se concluyeron ocho ampliaciones y/o remodelaciones, y tres más se encuentran en proceso.

Presupuesto de inversión

El presupuesto de inversión para la nueva infraestructura no médica ascendió a 329.2 mdp. Este monto incluye la inversión del cierre del 2011 a mayo del 2012, que considera siete obras nuevas y once remodelaciones y/o ampliaciones; en ambos casos sólo se incluyen obras terminadas y en proceso.

Inventario de bienes inmuebles

El número total de inmuebles que se integran en el patrimonio del Instituto, al cierre de diciembre de 2011, ascendió a 5,786, número en el que se incluyen 3,673 inmuebles provenientes del Programa IMSS-Oportunidades, incorporados a dicho patrimonio institucional en los términos del *Decreto por el que se reforma y*

adiciona la Ley General de Salud, publicado en el DOF el 15 de mayo de 2003, en cuyo artículo Décimo Sexto Transitorio se dispone lo siguiente:

“DÉCIMO SEXTO. El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y **los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social,** conforme a la legislación aplicable.”

En el anexo 4 disponible para consulta en la dirección electrónica <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Pages/rendicion.aspx>, se incluye el listado del Inventario de Bienes Inmuebles del Instituto.

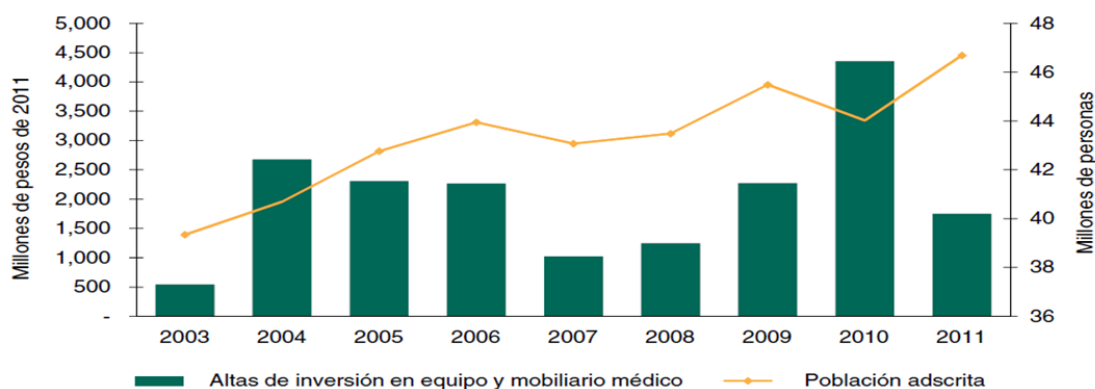
6.2 Equipo institucional

6.2.1 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 más de 60 años el Instituto ha adquirido y acumulado. El surgimiento de nuevas tecnologías en medicina han hecho indispensable que la institución implemente un programa destinado a la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas, que permitan anticipar el daño a la salud de los derechohabientes y coadyuven a moderar el gasto asociado al tratamiento de enfermedades de alto costo.

En 2011 se realizó una importante inversión en equipo y mobiliario médico, equivalente a 1,750 mdp, la cual vino a complementar la inversión más alta de la cual se tiene registro, de 4,190 mdp, que se hizo en 2010 (gráfica 6.4). Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-Oportunidades que alcanzó 256 mdp, situando la inversión total del Instituto en 2,006 mdp.

GRÁFICA 6.4, CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ADSCRITA A LA UNIDAD E IMPORTE DE LAS ALTAS DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO^{1/} DEL RÉGIMEN ORDINARIO, 2003-2011 (MILLONES DE PESOS)



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

Fuente: Dirección de Finanzas.

De esta forma, al 31 de diciembre de 2011, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 597 mil bienes (cuadro 6.6). De estos bienes, 89.3 por ciento pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 10.7 por ciento, al Programa IMSS-Oportunidades.

CUADRO 6.6 NÚMERO DE BIENES CLASIFICADOS POR CATEGORÍA FUNCIONAL DEL RÉGIMEN ORDINARIO E IMSS-OPORTUNIDADES, 2011^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Aparato médico	229,932	30,024	259,956
Aparato e instrumental de laboratorio	34,912	7,862	42,774
Instrumental de cirugía general	10,637	522	11,159
Instrumental de cirugía y especialidad	62,634	5,283	67,917
Aparato médico Influenza A H1N1	2,297	51	2,348
Mobiliario Médico	174,782	19,357	194,139
Mobiliario de laboratorio	18,638	575	19,213
Mobiliario médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	533,896	63,674	597,570

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

Fuente: Dirección de Finanzas.

Programa de inversión

En 2011 se adquirieron 29.3 mil bienes de equipo y mobiliario (4.9 por ciento del total del inventario existente) por un importe de 2,006 mdp, como lo señala el cuadro 6.7. La expansión del programa de equipo médico ha sido resultado de las eficiencias en los procesos de la compra de medicamentos y material de curación que se implementaron desde 2007 y que a la fecha suman 58,692 mdp. En particular se compraron, entre otros, 12,163 aparatos médicos, 9,104 bienes de mobiliario médico y 6,399 aparatos e instrumental de laboratorio.

También hubo una inversión en equipo médico contra la pandemia de la influenza AH1N1, adquiriéndose 116 bienes que representaron inversión por un monto de 7.8 mdp. Al Régimen Ordinario se destinó 74.1 por ciento del total de los bienes; esta adquisición representó más de 87.2 por ciento del gasto total de la inversión en equipo y mobiliario médico en este año.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En el ejercicio 2011, se adjudicaron 1,777 mdp en la adquisición de equipo para el programa oncológico que, como se ha mencionado, incluye: 14 aceleradores lineales, un Cyberknife y un Equipo de Dosimetría para el Cyberknife10.

Con este equipo se proporcionará una alternativa no invasiva a la cirugía para el tratamiento de tumores cancerosos y no cancerosos en cualquier parte del cuerpo, reduciendo los riesgos y las complicaciones, lo cual se traduce en alargar la esperanza y calidad de vida de los derechohabientes afectados por esos padecimientos.

Por otro lado, el equipo médico del Programa IMSS-Oportunidades fue adquirido en el marco de cinco programas específicos: área de urgencias, laboratorios de citología, reforzamiento de HR, CARO y reforzamiento de unidades médicas.

Entre otros bienes, destaca la adquisición de 15 ultrasonógrafos, 14 carros rojos, 320 bombas volumétricas, 1,636 refrigeradores para vacunas, 14 ventiladores volumétricos, 3,594 hemoglobinómetros y 70 unidades radiológicas dentales.

CUADRO 6.7 EQUIPO MÉDICO ADQUIRIDO EN 2011 POR CATEGORÍA FUNCIONAL DEL RÉGIMEN ORDINARIO E IMSS-OPORTUNIDADES^{1/}
(NÚMERO DE BIENES E IMPORTE EN PESOS)

Categoría funcional	Número de bienes		IMSS-Oportunidades		Total	
	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)
Aparato médico	10,987	1,511,448,621.79	1,176	79,656,419.52	12,163	1,591,105,041.31
Aparato e instrumental de laboratorio	866	47,301,008.98	5,533	164,477,566.07	6,399	211,778,575.05
Instrumental de cirugía general	309	10,459,689.31	1	100,920.00	310	10,560,609.31
Instrumental de cirugía y especialidad	875	20,223,312.31	17	213,195.06	892	20,436,507.37
Aparato médico Influenza A H1N1	116	7,826,124.96	-	-	116	7,826,124.96
Mobiliario Médico	8,260	151,118,678.87	844	11,452,510.12	9,104	162,571,188.99
Mobiliario de laboratorio	302	1,794,493.56	23	175,788.72	325	1,970,282.28
Mobiliario médico Influenza A H1N1	-	-	-	-	-	-
Total	21,715	1,750,171,929.78	7,594	256,076,399.49	29,309	2,006,248,329.27

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

Fuente: Dirección de Finanzas.

6.2.2 Equipo de informática y de comunicaciones

Los avances en materia de información y comunicación hacen necesario dotar al Instituto de los centros de cómputo y equipos informáticos que permitan el almacenamiento y procesamiento de la información requerida para los procesos médicos, de incorporación y recaudación, de pensiones, de abasto, de presupuesto, contabilidad y tesorería, y otros derivados de sus distintas funciones, así como desarrollar una red de comunicación de voz y datos para la interconexión de todo el Instituto.

El acervo del equipo de informática y de comunicaciones sirve como base para una serie de plataformas y sistemas de información que apuntalan las labores cotidianas del IMSS, como se ha señalado con anterioridad en el presente Informe.

El listado de los sistemas de cómputo del instituto que a continuación se presenta (cuadro 6.8), se basa en la última actualización realizada al Inventario de Aplicaciones de la APF, actualizado al día 31 de diciembre de 2011, enviado por oficio al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del OIC.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 6.8 SISTEMAS DE CÓMPUTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

No.	Sistema Nombre corto	Sistema Nombre completo
1	RP	Registro de Pacientes
2	SICOI	Sistema de Control de Infraestructura
3	PLACA	Sistema de Planeación y Control de Infraestructura
4	APAREM	Apoyo para el Reconocimiento de Médicos y Enfermeras
5	SEHO	Sistema de Registro de Egresos Hospitalarios del Régimen IMSS-Oportunidades
6	SIMO	Sistema de Información Médico Operativo
7	SINPHOS	Sistema de información para Hospitales
8	SIAIS	Sistema de Información de Atenciones Integradas con la Salud
9	Imaginología	IMSS (Tomografías, Ecografía, etc.)
10	IMSS OPEN VISTA	Sistema de Información Hospitalaria (IMSS-VISTA)
11	ECE HL7	Expediente Clínico Electrónico
12	SICEH	Sistema de Información para la Consulta Externa Hospitalaria
13	SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar
14	NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE)
15	IMSS Oportunidades	IMSS Oportunidades
16	SICGC	Sistema Institucional de Control de Gestión de Correspondencia
17	PPE	Programa de Primer Empleo
18	PDII	Portabilidad de Derechos IMSS - ISSSTE
19	CMAA	Control de Movimientos Afiliatorios de Auditoría a Patrones
20	SCERT	Sistema de Clasificación de Empresas Riesgo de Trabajo
21	NASEG53	Eliminación de Registro por Homonimia
22	SARE	Sistema de Alta Patronal
23	HLDA	Consulta de Semanas Cotizadas
24	Trabajadores	Sistema de Trabajadores (pre-alta institucional)
25	DAPSUA	Declaración Anual Patronal vía SUA
26	HOMONIMIAS	Sistema de Determinación de Homonimias
27	PEC	Programa Especial de Corrección
28	PEC-RT	Programa Especial de Control para Riesgos de Trabajo
29	SAIA	Sistema de Acopio Interactivo de Información Afiliatoria
30	CERTIFICACION	CERTIFICACION
31	ACCEDER	Acceso a Derechohabientes
32	CANASECURP	Catálogo Nacional de Asegurados
33	SINDOAPM	Sistema Integral de Derechos y Obligaciones para Asegurados, Patrones y Municipios

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

No.	Sistema	Nombre corto	Sistema	Nombre completo
34	IDSE		IMSS	Desde su Empresa
35	REPCED			Reposición de Cédulas
36	SISCAN			Sistema de Cañeros
37	REGISTROCOPRCV			Registro y Control de Pagos e Ingresos de Empleados
38	SIDECO			Sistema de Devolución de Cobranza
39	SUE			Sistema Único de Emisiones
40	SUA			Sistema Único de Autodeterminación
41	SICOFI			Sistema de Cobranza Fiscal
42	SIME			Sistema de Incorporación de Mexicanos en el Extranjero
43	SISCOB			Sistema de Cobranza para Cuota IMSS y RCV
44	GESREM			Sistema de Gestión de Remates
45	EMA			Emisión Mensual Anticipada
46	EBA			Emisión Bimestral Anticipada
47	ESE-IMSS			Emisión Seguros Especiales
48	SIVEPA			Sistema de Verificación de Pago IMSS y RCV
49	SATIC			Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción
50	SUDI			Sistema Único de Dictamen
51	SINADI			Sistema Nacional de Dictamen
52	ADMIN			Administración de Usuarios
53	PMA			Portal de Movimientos Atípicos de Empresas
54	GEFIDE			Generación de Fichas de Depósito
55	PDPG			Pagos diferidos en parcialidades y garantías
56	SINDO-RT			Sistema Integral de Derechos y Obligaciones Riesgos de Trabajo
57	IMSS-CONVENIOS			Sistema para control de convenios entre IMSS-Patrón
58	SISACLAR			Sistemas de Aclaraciones
59	SIEVOPIN			Sistema de Evaluación Operativa Integral
60	SAI			Sistema de Abasto Institucional Farmacias
61	SIAP			Sistema Integral de Administración de Personal
62	PREI Millenium			PREI Millenium
63	COSU			Conciliación de Subsidios
64	SICOVIMSS			Sistema de Comisiones y Viáticos Instituto Mexicano del Seguro Social
65	LAUDOS			Sistema de Información de Laudos
66	Autorizador de Nómina			Sistema de Autorización de Nómina

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

No.	Sistema Nombre corto	Sistema Nombre completo
67	SIPRES	Sistema de Información de Prestaciones Sociales
68	CREPE	Sistema de Credenciales y Reporte de Pensiones
69	SISAT	Sistema de Salud en el Trabajo
70	SISTRAP	Sistema de Trámite de Alta de Pensiones
71	Supervivencia	Control de Supervivencia
72	NSSA	Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas
73	SPES	Sistema de Pensiones
74	SSC	Sistema de Seguimiento de Casos
75	SIQUEM	Sistema Institucional de Quejas Médicas
76	SIAC	Sistema de Información de Auditoría y Control
77	PERSEO	Sistema de Levantamiento y Análisis de Encuestas
78	Perseo PRO	Sistema de procesamiento y captura de encuestas institucionales de monitoreo se seguimiento de medicamentos
79	SSCC	Sistema de Seguimiento de Consulta Ciudadana
80	SICCT	Sistema de Control de Consumo Telefónico
81	CCC	Cartas Compromiso Ciudadano
82	Eval_Obras	Evaluación de Obras
83	SIGOI	Sistema de Gestión Orientación e Información
84	SIPAR	Sistema de información para el procedimiento administrativo de responsabilidades
85	SIAGC	Sistema de Información y Administración de Guarderías
86	SIPS	Sistema de Información de Prestaciones Sociales
87	SIAG	Sistema de Guarderías
88	SIACOV	Sistema de Administración de Velatorios
89	SIPRO	Sistema de Administración de Tiendas
90	ADMPOS	Administración Puntos de Venta
91	FRONTSUITE	Centros Vacacionales con FRONTSUITE
92	OFIMATICA	Centros Vacacionales con OFIMATICA
93	SIPSI	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales
94	PL.C.A GUARDERIAS	Sistema de planeación y control de alimentos de guarderías
95	PSIDG	Portal de Seguimiento a Iniciativas de la Dirección General
96	Transparencia	Sistema que Concentra Información de las Adquisiciones del IMSS

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Situación de Software

El listado siguiente (cuadro 6.9), corresponde al software adquirido por conducto de la DIDT.

CUADRO 6.9 LICENCIAS

No.	Licencias
1	@RISK 4.5 Profesional
2	4j's Development Tools
3	Acerview 9.0
4	Actualización de Herramientas en la Arquitectura de Datos, Mediante la Formalización de Servicios Integrales de Tecnología de la Información
5	Actualización y Licencias de las Herramientas para Modelado de Datos
6	Administración Unificada
7	Admpos Server
8	Adobe Acrobat
9	Adobe Illustrator
10	Adobe Publishing, Corel Draw Graphics
11	Licencias de Adobe Creative Suite, licencias de Adobe Page y 3 del Sistema operativo MAC V. 10.3
12	Allfusion Erwin data modeler
13	Antivirus McAfee
14	Architect Professional y BizDesigner Professional
15	Aumento en la Capacidad de Procesamiento del Servidor Central, Mainframe (Arrendamiento del Sistema Operativo OS/390 y Programas Producto del Mainframe)
16	Autocad
17	Banco de Imágenes
18	BMC Remedy Itsm Suite y que permitan Automatizar la MSI
19	Bus común de Aplicaciones (Aqualogic Service Bus, Registry Named Projet, Data Service y Weblogic Portal)
20	Business Continuity Plan Generator Single-User Licence
21	Centro de Continuidad de Negocio
22	Control de Versiones, para cada uno de los Ambientes de PeopleSoft
23	Crystalball 2000 Profesional
24	Dcmjp2k para compresión de Archivo de Imágenes Médicas
25	Delphi 7 Studio Enterprise ING CD
26	Desarrollo de Aplicaciones y Software de Monitoreo, productos Tivoli y Websphere
27	Documentum
28	Driver HP7400 VER. 1.14
29	EXP Premier & for IT Leaders Advisor
30	FACE, para Emisión y Recepción de Documentos Originales
31	Firma Electrónica Institucional
32	Flujo de Trabajo (Workflow)
33	Gartner, Programa de Innovación Gubernamental

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

No.	Licencias
34	GRAND e PLUS
35	Herramienta de Limpieza de Datos Trillium software
36	Licencias LVA-I Herramientas de Integridad
37	Igrafx Process V.3
38	Información Directiva en Dispositivos Móviles
39	Installshield 11 Premier Esd Electronic Software Delivery
40	Jtwain - Site Developer License with Full Source Code
41	Landesk para Seguridad Informática
42	Licencia de acceso en línea a la Base de Conocimiento de Cutter Consortium
43	Licencias Actualización Reingeniería de procesos /Six Sigma
44	Licencias de Grupos Relacionados con el Diagnostico GRDS
45	Licencias de Software RATIONAL, para la metodología y estándares internacionales
46	IBM Lotus Notes, 1 Domino Enterprise per Processor Server
47	Licencias Total PDF Converter Plataforma Win Idioma Español (Incluye medio de instalación)"
48	Live Publish Builder y Server Ver. 2.2.
49	Macromedia Director MX 2004
50	Manejo de Bases de Datos, basadas en columnas
51	Marco de Referencia para el Monitoreo de Eventos y Transacciones en Tiempo Real
52	MCA. Symantec, PCANYWHERE Ver. 10.5, Host & Remote, Español
53	Membresía Del HL7
54	Microsiga
55	Microsoft (Irrestricto)
56	Mindmanager
57	Modelo de Recepción y Atención Integral MORAI (Q-Flow)
58	Modernización del y Póliza de Soporte y Actualización de BRIO
59	Módulos de PeopleSoft
60	Monitoreo Bemonitor
61	Monitoreo del Sistema de Información PREI
62	Motor de Datos Multidimensional (Cubos) y Simulación Analítica "Hyperion Enterprise Analytics"
63	Neurotechnology (Lectores de huella)
64	ORACLE, Siebel Tools, Siebel Email Response y ETM
65	Paquetes De Macromedia Studio MX P/WINDOWS Y MACCINTOSH en Inglés
66	Photo Disc Volumen 30, 12, 48, V56 Y EP014

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

No.	Licencias
67	Presto (Jack Be)
68	Productos Adicionales y Reforzamiento de Servicios del Manejador de Base de Datos (RDBMS) ORACLE
69	ProfileStage de Ascential Software para la Administración de las bases de datos (5 de Generador de Integridad Referencial)
70	Proyecto de Mantenimiento de Licencia de Uso AMITAI, Hosting AMITAI Honestidad Web V6
71	Punto de Venta para Tiendas
72	Quick Time VR y 2 de Final Cut Pro
73	Reforzamiento de de Productos de Limpieza, extracción, transformación, carga y almacenamiento de datos
74	SAS Enterprise Manager, V. 5.2, para plataforma Windows 2000, XP, Windows NTWS
75	Servicio Colaborativo de Alta Dirección SCRAD
76	Servicio de Mantenimiento y Actualización de La Infraestructura de Hardware y Software de Almacenamiento Multiplataforma y Respaldo EMC2 Instalada en los CNTI de Méx y MT
77	Servicios de Plataforma Tecnológica de Educación a Distancia
78	Servicios Web (idse-ws) para el Sistema IMSS desde su Empresa
79	Servidor de Reportes (Cristal Report)
80	Sistema de Acopio de Información DataMart de Estadísticas Médicas
81	Sistema de Administración Hotelera para Centros Vacacionales
82	Sistema de Información Hospitalaria Vista
83	Sistema de precios unitarios Neodata
84	Sistemas para la Consulta de Información CENSAL 2000, Estatales
85	Sniffer Portable Field Service Suite
86	Software Bapco Suite 2007
87	Software para Actualizar Equipo de Resonancia Magnética HGR No. 1 Tijuana
88	Software para Gestión del Conocimiento
89	Suite de Webability para el Portal de Transparencia de las Adquisiciones del IMSS
90	Suite Macromedia Studio MX 2004
91	Suscripción anual a la Compilación Jurídica Mexicana (vía internet LEGATEK)
92	Tablero Digital Awarix
93	Tableros de Control para el Seguimiento de Procesos y Proyectos
94	Transferencia de Datos entre SQLServer y Oracle (GoldenGate)
95	Verity Platinum
96	VMWare para Vitalización

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Situación de Licencias y Patentes

CUADRO 6.10

No.	Licencia	Propósito
1	The Medical Disability Advisor MDA	El objetivo del MDA es el de evaluar la congruencia clínico-diagnostica-terapéutica en la prescripción de días de incapacidad y favorecer la contención del gasto en materia de prestaciones en dinero derivados de la expedición de incapacidades

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Situación de Internet e Intranet

Existen dos portales públicos (INTERNET) que se describen a continuación.
(cuadro 6.11)

CUADRO 6.11

No.	Nombre del portal	Portal IMSS (Internet)
1	Objetivo	Poner a disposición del público en general, información acerca de los servicios, prestaciones y noticias que giran alrededor del IMSS. Información de trámites, servicios y prestaciones Servicios electrónicos: • IDSE (IMSS desde su Empresa) • Firma Digital • Alta Patronal e Inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo • Sistema de Afiliación de Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC) • SUA Sistema Único de Autodeterminación • Pago de Incapacidades • Consulta el estatus de solicitud de pensión • Reporte Informativo de Semanas Cotizadas del Asegurado • Consulta de Inconformidades • Solicitud de Número de Seguridad Social • Remates y Subastas • Consulta de pago a proveedores
	Servicios que presta y Funcionalidad	
	Número de Usuarios por Año	• 36,306,000
	Cobertura	Público en general disponible en INTERNET
	Estatus	Cada año, el Sistema Internet de Presidencia evalúa que el Portal del IMSS cumpla con los estándares que se han designado a los portales gubernamentales, el IMSS ha cumplido satisfactoriamente

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

2	Nombre del Portal	Portal de Compras del IMSS (Internet)
	Objetivo	Acercar y hacer accesible, información sobre Transparencia y Rendición de Cuentas en los procesos de adquisiciones en el IMSS, así como facilitar la competitividad entre proveedores
	Servicios que presta y Funcionalidad	• Consulta de lo que el IMSS Compró. - o ¿Qué Compró? - o ¿Quién Compró? - o ¿Cómo lo Compró? - o ¿A Quién le Compró? • Consulta de lo que el IMSS Va a Comprar. - o Bienes - o Servicios - o Obra • Consulta de lo que el IMSS Vende. • Información para Proveedores.
	Número de Usuarios por Año	Proyección de 450,000 visitas por año
	Cobertura	Público en general disponible en INTERNET
3	Estatus	El portal se encuentra público desde el 28 de Noviembre del 2011, y se habían realizado 39,765 visitas al 31 de Diciembre del 2011. El Portal contiene información desde el año 2009 a la fecha. Se le da soporte y mantenimiento para su funcionamiento continuo.
	Nombre del Portal	Portal de Guarderías del IMSS (Internet)
	Objetivo	Proporcionar a los hijos(as) de las madres trabajadoras aseguradas, padres viudos o divorciados, 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
	Servicios que presta y Funcionalidad	• Listado de Guarderías • Localización • Participación Social en Guarderías • Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Guarderías • Servicios de Guarderías • Marco Legal • Acciones Guardería ABC • Quejas • Sugerencias
	Número de Usuarios por Año	229,438
	Cobertura	Público en general disponible en INTERNET
	Estatus	Fecha de creación: 06 de Julio del 2009. Última modificación: 14 de Enero del 2011

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Nombre del Portal	Portal de PREVENIMSS del IMSS (Internet)
Objetivo	Implantar la estrategia de Programas Integrados de Salud y las acciones de carácter preventivo a efectuar, para mejorar la salud de sus derechohabientes
4 Servicios que presta y Funcionalidad	• PREVENIMSS • Niños - o Promoción de la salud - o Nutrición - o Prevención y control de enfermedades - o Identificación oportuna de enfermedades - o Otros aspectos de interés • Adolescentes - o Promoción de la Salud - o Nutrición - o Prevención y control de enfermedades - o Identificación oportuna de enfermedades - o Salud reproductiva • Mujeres - o Promoción de la salud - o Nutrición - o Prevención y control de enfermedades - o Identificación oportuna de enfermedades - o Salud reproductiva • Hombres - o Promoción de la salud - o Nutrición - o Prevención y control de enfermedades - o Identificación oportuna de enfermedades - o Sexualidad • Adultos mayores - o Promoción de la salud - o Nutrición - o Prevención y control de enfermedades - o Identificación oportuna de enfermedades - o Sexualidad
Número de Usuarios por Año	73,537
Cobertura	Público en general disponible en INTERNET
Estatus	Fecha de creación: 18 de Julio del 2008. Última modificación: 02 de Septiembre del 2008

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Situación de INTRANET

CUADRO 6.12

No.	Nombre del portal	Intranet IMSS
	Objetivo	Poner a disposición del trabajador del IMSS, información acerca de los servicios, programas institucionales, prestaciones y noticias que giran alrededor del IMSS
	Servicios que presta y Funcionalidad	Información de prestaciones, programas, servicios. Normatividad Directorios de aplicaciones, publicaciones, empleados, comunidades virtuales y áreas normativas Sitio con publicaciones especializadas por área normativa: DIDT, DAED, DJ, DF, DIR, DPM
1	Número de Usuarios por Año	16,000
	Cobertura	Nacional a todo el personal interno del IMSS que cuente con un usuario para correo electrónico institucional. INTRANET
	Estatus	En proceso la actualización y reubicación de contenidos, proyecto que se está realizando en conjunto con la División de Comunicación Interna a raíz de las iniciativas surgidas del plan de comunicación institucional

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Situación de disponibilidad de servicios y trámites electrónicos gubernamentales

Los trámites y servicios disponibles en línea, que proporciona el Instituto hacia el público en general, los cuales se acceden desde el portal de INTERNET del IMSS se muestran en el cuadro 6.13.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 6.13

TRÁMITES Y SERVICIOS DEL IMSS EN INTERNET

No.	Servicio	Sistema
1	IDSE (IMSS desde su Empresa)	IDSE
2	Firma Digital	Firma digital (seguridata)
3	Alta Patronal e Inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo	Alta Patronal e Inscripción en el seguro de Riesgos de Trabajo
4	Sistema de Afiliación de Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC)	SATIC
5	SUA Sistema Único de Autodeterminación	SUA
6	Pago de Incapacidades	Pago de Incapacidades
7	Consulta el estatus de solicitud de pensión	Sistema de Tramite de Alta de Pensiones (SISTRAP)
8	Reporte Informativo de Semanas Cotizadas del Asegurado	Consulta de Semanas Cotizadas HLDA
9	Consulta de Inconformidades	Sistemas de Aclaraciones
10	Solicitud de Número de Seguridad Social	Sistema de Trabajadores (pre-alta institucional)
11	Remates y Subastas	Remates y Subastas
12	Pago a proveedores /Factura electrónica	PREI - Millenium

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Los trámites y servicios disponibles hacia el interior del Instituto, los cuales se acceden desde el portal de INTRANET del IMSS y se encuentran publicados en el catálogo de servicios de la DIDT, ver cuadro 6.14.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 6.14

TRÁMITES Y SERVICIOS EN INTRANET

No.	Servicios	Sistemas de Información/Actividad
1	Sistema Institucional de Control de Gestión de Correspondencia	Sistema institucional de control de Gestión de Correspondencia
2	Sistemas para Procesos de Fiscalización	Control de Movimientos Afiliatorios de Auditoría a Patrones Programa Especial de Corrección Sistema Único de Dictamen Sistema Nacional de Dictamen Administración de Usuarios Portal de Movimientos Atípicos de Empresas Programa de Primer Empleo Portabilidad de Derechos IMSS – ISSSTE Sistema de Clasificación de Empresas Riesgo de Trabajo Eliminación de Registro por Homonimia Sistema de Alta Patronal Consulta de Semanas Cotizadas Sistema de Trabajadores (pre-alta institucional) Sistema de Acopio Interactivo de Información Afiliatoria
3	Sistemas para Procesos de Incorporación	CERTIFICACION Acceso a Derechohabientes Catalogo Nacional de Asegurados Sistema Integral de Derechos y Obligaciones para Asegurados, Patrones y Municipios IMSS Desde su Empresa Sistema de Incorporación de Mexicanos en el Extranjero Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción Sistema Integral de Derechos y Obligaciones Riesgos de Trabajo Declaración Anual Patronal vía SUA Sistema de Determinación de Homonimias Programa Especial de Control para Riesgos de Trabajo Reposición de Cédulas Sistema de Cañeros Registro y Control de Pagos e Ingresos de Empleados Sistema de Devolución de Cobranza Sistema Único de Emisiones Sistema Único de Autodeterminación
4	Sistemas para Procesos de Cobranza	Sistema de Cobranza Fiscal Sistema de Cobranza para Cuota IMSS y RCV Sistema de Gestión de Remates Emisión Mensual Anticipada Emisión Bimestral Anticipada Emisión Seguros Especiales Sistema de Verificación de Pago IMSS y RCV Generación de Fichas de Depósito Pagos diferidos en parcialidades y garantías Sistema para control de convenios entre IMSS-Patrón Sistemas de Aclaraciones
5	Sistemas para Soporte a Toma de Decisiones de Incorporación, Recaudación y Fiscalización	Reportes de información

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

No.	Servicios	Sistemas de Información/Actividad
6	Soporte al Módulo de Recepción y Atención Integral (MORAI)	Modelo de recepción y atención Integral MORAI (Q-Flow)
7	Sistema de Planeación de Compras, Inventarios y Proyectos Institucionales	PREI Millenium
8	Sistema para Abasto Institucional	Sistema de Abasto Institucional Farmacias
9	Sistema para Planeación de Recursos Institucionales	PREI Millenium
10	Sistemas para Recursos Humanos y Nómina	Sistema para Recursos Humanos y Nómina
11	Comunidades de Colaboración	Medio de colaboración interno
12	Difusión en Medios Electrónicos	Envío de Avisos
13	Educación a Distancia	Generación de cursos a Distancia
14	Mesa de Servicio Institucional (MSI)	BMC Remedy ITSM Suite
15	Sistemas para Control de Guarderías	Sistema de Información y Administración de Guarderías Sistema de Guarderías Sistema de planeación y control de alimentos de guarderías
16	Sistemas para Encuestas de Evaluación de Delegaciones	Sistema de Información de Auditoría y Control Sistema de Levantamiento y Análisis de Encuestas Sistema de procesamiento y captura de encuestas institucionales de monitoreo se seguimiento de medicamentos Sistema de Seguimiento de Consulta Ciudadana Cartas Compromiso Ciudadano Evaluación de Obras
17	Sistemas para Pensiones	Monto de Rentas Vitalicias Sistema de Credenciales y Reporte de Pensiones Sistema de Trámite de Alta de Pensiones Control de Supervivencia Sistema de Pensiones
18	Sistemas para Procesos de Prestaciones Sociales	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales
19	Sistemas para Procesos Operativos de Centros Vacacionales	Centros Vacacionales con FRONTSUITE Centros Vacacionales con OFIMATICA
20	Sistemas para Procesos Operativos de Tiendas	Sistema de Administración de Tiendas Administración Puntos de Venta
21	Sistemas para Procesos Operativos de Velatorios	Sistema de Administración de Velatorios Sistema de Seguimiento de Casos
22	Sistemas para Requerimientos Jurídicos	Sistema Institucional de Quejas Médicas Sistema de Gestión Orientación e Información

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

No.	Servicios	Sistemas de Información/Actividad
23	Sistemas para Salud en el Trabajo	Sistema de Salud en el Trabajo
24	Sistemas para Subsidios y Ayudas	Sistema de Información de Laudos Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas
25	Centro de Continuidad de Negocio	Centro de Continuidad de Negocios
26	Sistema para Control de Consumo Telefónico	Sistema de Control de Consumo Telefónico
27	Arquitectura de Aplicaciones	Asesoría Interna especializada
28	Arquitectura de Servicios	Asesoría Interna especializada
29	Administración de Base de Datos	Asesoría Interna especializada
30	Sistemas para Análisis y Explotación de Datos	Asesoría Interna especializada
31	Gestión de Mejora de Procesos de TI	Asesoría Interna especializada
32	Nuevo Expediente Clínico Electrónico	Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE)
33	Registro Maestro de Pacientes	Registro de Pacientes
34	Sistemas de Apoyo para la Provisión de Servicios Médicos	Sistema de Control de Infraestructura Sistema de Planeación y Control de Infraestructura
35	Sistemas para Atención Médica Ambulatoria	Reportes de información
36	Sistemas para Auxiliares de Diagnósticos y de Tratamiento	Sistema de Información de Atenciones Integradas con la Salud IMSS (Tomografías, Ecografía, etc.) Sistema de Registro de Egresos Hospitalarios del Régimen IMSS-Oportunidades Sistema de información para Hospitales
37	Sistemas para hospitalización	Sistema de Información Hospitalaria (IMSS-VISTA) Sistema de Información para la Consulta Externa Hospitalaria Sistema de Información de Medicina Familiar Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE)
38	Sistemas para Soporte a Decisiones de Servicios Médicos	Reportes de información
39	Expediente Clínico Electrónico (ECE)	Expediente Clínico Electrónico
40	Centro de Contacto IMSS	Centro de Contacto (Información y Orientación)
41	Comunicación de Voz y Datos	Infraestructura (Red de Voz y Datos)
42	Mensajería Institucional	Infraestructura (correo electrónico, messenger)
43	Provisión de Recursos Informáticos	Infraestructura (computadoras, servidores, impresoras, etc.)
44	Procesamiento de Información	Ejecución de procesos calendarizados y no calendarizados, Respaldo de información, Transferencia de información e Impresión de Reportes
45	Soporte para la Administración de Proyectos	Asesoría Interna especializada

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Inventario de bienes muebles

Los bienes muebles integrantes del patrimonio del Instituto, incluidos maquinaria y equipo de operación; maquinaria y equipo de operación H1N1; mobiliario de oficina y equipo de cómputo; equipos de transporte y obras de arte, representan al 31 de diciembre de 2011, un valor total de 28,974 mdp, y su evolución durante el periodo comprendido del 31 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011, se muestra en el cuadro 6.15.

CUADRO 6.15

Cuenta	Descripción	Al 31 de diciembre de 2006	Al 31 de diciembre de 2007	Al 31 de diciembre de 2008	Al 31 de diciembre de 2009	Al 31 de diciembre de 2010	Al 31 de diciembre de 2011
13190101	Maquinaria y equipo de operación	11,971,936,798.46	12,756,696,520.49	13,506,547,310.63	15,110,994,085.14	18,648,855,538.09	20,296,906,536.85
13190103	Maquinaria y equipo de operación H1N1				355,658,938.71	365,758,449.30	371,670,217.10
13230101	Mob. y equipo de oficina y de cómputo	4,572,210,539.66	4,682,656,390.22	4,983,282,998.95	5,228,075,829.37	6,566,954,536.05	7,161,193,820.89
13270101	Equipo de transporte	792,695,526.09	823,934,196.19	1,083,985,961.68	1,124,054,272.84	1,163,288,747.85	1,138,698,778.80
13390101	Obras de arte	4,110,652.53	6,348,250.28	6,348,250.28	6,339,250.28	6,339,250.28	6,337,625.43
Total		17,340,953,516.74	18,269,635,357.18	19,580,164,521.54	21,825,122,376.34	26,751,196,521.57	28,974,806,979.07

Fuente: Dirección de Finanzas.

En el Anexo 4 antes citado, también se incluye el detalle del inventario de bienes muebles, conforme a la clasificación del cuadro precedente.

7 Programa especial de mejora de la gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012 (PMG)

El PMG es un instrumento del Ejecutivo Federal de carácter obligatorio, que se enfoca a realizar mejoras que orienten sistemáticamente la gestión de las instituciones públicas del Gobierno Federal, para que sea amable con la sociedad y trabaje con total apego a los valores de legalidad, eficacia, eficiencia, equidad, transparencia, honestidad y rendición de cuentas.

7.1 Marco jurídico

Se sustenta en las disposiciones del PND y se emite de conformidad con lo dispuesto en los artículos 26, apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2º, 3º, 9º, 12, 16, 22, 26, 29 primer párrafo y 32 de la Ley de Planeación, así como en lo establecido por los artículos 9º y 37, fracciones I, VI, VII, XIV y XXVII de la Ley Orgánica de la APF.

Se vincula con el SED, establecido en el artículo 111 de la LFPRH, con el programa de mediano plazo previsto en el artículo 61 del propio ordenamiento para su implementación y seguimiento, y con las acciones del Decreto que establece las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto de la APF.

7.2 Ejes

- 1. Orientación a resultados:** Intermedios y finales alcanzados por encima de las actividades realizadas, a fin de evitar que el Programa se convierta en un sistema de requerimientos rígidos que no agregan valor.

2. **Flexibilidad:** Existencia de diferentes grados de desarrollo de las dependencias y entidades, los compromisos y grados de avance de las instituciones serán definidos en función de su realidad específica.
3. **Innovación y experiencia:** Reconoce la experiencia y la creatividad de los servidores públicos de la APF para diseñar e implementar las acciones necesarias en sus instituciones.
4. **Sinergia:** Coordina esfuerzos, personas, recursos, normas, procesos y tecnologías; como parte de un mismo círculo de mejora de la gestión y de un sistema interconectado de actores y estrategias con objetivos comunes.
5. **Participación ciudadana:** Captación e integración de las necesidades y opiniones ciudadanas, para orientar la mejora de las instituciones y los procesos que las sustentan.

7.3 Objetivos

1. **Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la APF.** Satisfacer las necesidades de la población, que la sociedad sea atendida con eficiencia, calidez y amabilidad. Empezar un cambio profundo en la cultura y actitud de los servidores públicos y en la forma en que opera el Gobierno Federal.
2. **Incrementar la efectividad de las instituciones.** Capacidad de generar resultados con valor público y social. Establecer mecanismos para lograr mayor eficiencia y rendimiento, mediante la reducción y simplificación de la regulación existente y mejora de procesos. La evaluación y medición permanente deben ser elementos críticos y centrales para mejorar el proceso de toma de decisiones.
3. **Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades.** Se requieren prácticas administrativas que hagan más eficiente la gestión de los recursos públicos, que constituyen el patrimonio de la nación.

7.4 Integración

El PMG consta de dos módulos:

1. **Módulo Normativo.** Mejorar las políticas y normas de aplicación general para toda la APF en temas como: recursos humanos, contrataciones públicas, otorgamiento de subsidios, contabilidad gubernamental, ejercicio presupuestal entre otros. Mejorar el marco normativo con respeto a la legalidad, eliminar prácticas burocráticas y fomentar una nueva cultura de servicio, flexibilidad y rapidez.
2. **Módulo Institucional.** Mejorar la gestión de las dependencias y entidades en lo que se refiere a sus procesos sustantivos y de apoyo; se basa en la ejecución de acciones para mejorar su desempeño. A su vez está integrado por dos componentes:
 - a) **Componente Estándar.** Busca la mejora de las áreas gerenciales comunes. Cada área se desagrega en temas específicos definidos con base en la prioridades establecidas en el PND: mejora de la regulación y los procesos, uso de tecnologías de información y comunicaciones, entrega de bienes y servicios de calidad, contrataciones públicas, racionalización de estructuras, eficiencia en la operación y gasto de las instituciones.
 - b) **Componente Específico.** Articula y sistematiza las acciones y proyectos de las instituciones de la APF para atender los resultados de las evaluaciones y diagnósticos. Es un medio para orientar los esfuerzos de las instancias evaluadoras a la mejora de la gestión en las instituciones al permitir que los resultados de las evaluaciones de programas e instituciones se traduzcan en acciones para mejorar su desempeño.

7.5 Metodología

Durante el último trimestre de 2008 y 2009, las instituciones analizaron su forma de operar y sus procesos; realizando acciones establecidas en los siete sistemas que integraron el PMG.

A partir de 2010, la operación se basó en el desarrollo de proyectos de mejora, cuyo impacto directo en los tres objetivos del programa es medido por indicadores de proyecto.

La visión del PMG es maximizar la modernización de la gestión pública, pasando de acciones de mejora por sistema, a la realización de proyectos de mejora en cada uno de los cuales se integran de manera coordinada las acciones relacionadas con uno o varios sistemas del PMG, articulados en función de sus objetivos, que beneficien directamente a la ciudadanía y a las propias instituciones.

7.6 Acciones realizadas y resultados PMG 2008 y 2009

El componente Estándar del PMG durante los años 2008 y 2009 se integró por 7 sistemas:

1. Atención y Participación Ciudadana,
2. Procesos Eficientes,
3. Desregulación,
4. Trámites y Servicios de Calidad,
5. Mejora Regulatoria Interna,
6. Racionalización de Estructuras y
7. Gobierno Digital.

El Componente Específico, se integró por compromisos de: 1) Mejora en materia de Medicina Familiar, 2) Acciones de ahorro y austeridad administrativa, y 3) Inscripción Patronal Inicial.

Se desarrollaron Programas de Trabajo para cada rubro que se registraron en al plataforma dispuesta por la SFP para tales efectos, las cuales se atendieron en tiempo y forma, sin observaciones para el instituto. La plataforma funcionaba mediante un Tablero de Control cuyo semáforo indicaba con color verde las actividades cumplidas.³⁵

7.7 Acciones realizadas y resultados PMG 2010

En 2010, la estructura operativa del PMG cambia. El nuevo modelo se basa en administración de proyectos de mejora que podrán orientarse a cualquiera de los objetivos generales del propio programa, pudiendo ubicarse dentro de 10 diferentes categorías: 1) Análisis de situación, 2) Regulación Base Cero en Normas, 3) Regulación Base Cero en Trámites, 4) Mejora de Procesos, Trámites y Servicios, 5) Incorporación de buenas prácticas y mejora de Estándares, 6) Uso de herramientas de tecnología de información y comunicaciones, 7) Atención Ciudadana Integral en una oficina, 8) procesos y Trámites 100 por ciento en Línea, 9) Reingeniería, 10) Proyectos Interinstitucionales.

En 2010 se integró el primer Proyecto Integral de Mejora de la Gestión con 16 proyectos definidos por las Direcciones Normativas, alineados a las iniciativas de la Dirección General, siendo 3 de categoría 2; 1 de categoría 3; 11 de categoría 4 y uno más categoría 6.³⁶

³⁵ Anexo 1. Pantallas del Tablero de Control de la Plataforma de la SFP para seguimiento del PMG.

³⁶ Anexo 2. Lista de proyectos de mejora 2010 clasificados por categoría.

De la totalidad de proyectos comprometidos 12 concluyeron en diciembre de 2010, 2 se cerraron en la plataforma sin el logro total de sus objetivos por insuficiencia presupuestal y 2 más continuaron con sus actividades ya que, de acuerdo a su propio cronograma de implementación, culminarían hasta el 2011.

7.7.1 Proyectos de alto impacto con resultados relevantes³⁷

Cambio de Unidad Médica de Adscripción.

Se redujeron los requisitos de 3 a 2, y se disminuyó el tiempo de atención del trámite para quedar en sólo 3 minutos.

- **Registro de Derechohabientes.** La mejora se focalizó en la reducción del tiempo de atención de 120 minutos en ventanilla a 4 minutos.
- **Transcripción de Medicamentos y Solicitud de Medicamentos de Alto Costo.** Se logró reducir el número de trámites para el derechohabiente de 7 a 4 actividades en 7 Delegaciones y 16 UMAE.
- **Solicitud de Cita Médica Previa en Primer Nivel.** Con la implementación del proceso de cita previa, se facilitó el acceso a un medio más cómodo y ágil para concertar las citas médicas programadas por parte del derechohabiente.
- **Mejorar la Atención en Urgencias.** Se desarrollaron diversas actividades que permitieron la implantación de 46 redes zonales que tienen como objetivo desahogar las áreas de urgencias de los hospitales que frecuentemente presentan saturación del servicio, mediante la optimización del uso de las áreas de urgencias de las UMF.

También mejoró la operación del Triage disminuyendo el tiempo de canalización a hospitalización y por lo tanto la estancia en áreas de urgencia del paciente.

³⁷ Anexo 3. Fichas Técnicas de los proyectos con los resultados de los indicadores y metas comprometidas

7.8 Acciones realizadas y resultados PMG 2011³⁸

Los 12 proyectos de mejora concluidos en 2010, pasaron a fase de aseguramiento de los estándares alcanzados durante el 2011. Los 2 proyectos con temporalidad para su desarrollo 2010-2011 concluyeron satisfactoriamente con el cronograma de trabajo. A febrero de 2012 se deberá concluir con las mediciones de los 2 proyectos que se cierren en diciembre y que permitirán conocer el impacto de las mejoras realizadas.

Por otra parte, la SFP incluyó un proyecto adicional para el aseguramiento del proceso de regulación base cero administrativa, consistente en la implementación de 7 de los 9 Manuales Administrativos de Aplicación General en la APF y que eran materia del instituto. Se cumplió al 100 por ciento con las actividades de implementación determinadas por la SFP.

En Julio de 2011, se comprometió el proyecto Modelo de Información Compatible para Atención Médica IMSS-ISSSTE, conceptualizado como un proyecto transversal o interinstitucional en el que se establecen mecanismos de trabajo y colaboración entre varias instituciones, identificando problemáticas comunes o procesos compartidos que requieren acciones coordinadas.

7.8.1 Proyectos de alto impacto con resultados relevantes

- **Transcripción de Medicamentos II.** Se continuó con la reducción del número de actividades realizadas por el derechohabiente durante el proceso de prescripción por transcripción, abarcando el resto de Delegaciones y UMAE que habían quedado pendientes con el proyecto 2010, para tener una implementación a nivel nacional.

³⁸ Anexo 4. Fichas Técnicas de los proyectos e Historial de indicadores, documentos obtenidos del SAPMG



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- **Determinación del Estado de Invalidez.** Se actualizó la "Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez", clave 2000-001-004, así como el "Procedimiento para la Dictaminación de la invalidez" clave 2330-003-001, teniendo como beneficio la eliminación de un punto de control en la cadena de aprobación/autorización y una definición más clara de las funciones de las personas que intervienen en el proceso.

8 Programa nacional de rendición de cuentas, transparencia y combate a la corrupción

8.1 Antecedentes

El Acuerdo para la rendición de cuentas de la Administración Pública 2006-2012, y los Lineamientos para la formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la APF 2006-2012, publicados en el DOF del 19 de diciembre de 2011 y el 18 de enero de 2012, establecen en sus apartados informar sobre las acciones realizadas y los resultados obtenidos en el marco del Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción (PNRCTCC) 2008-2012.

Para los efectos, el 26 de marzo de 2012, la SFP emitió comunicado sobre la publicación de la Guía del PNRCTCC, para la Realización del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2006-2012.

La citada Guía define los temas que como parte del PNRCTCC serán motivo de reporte, así como los criterios a considerar para cada uno:

- Transparencia Focalizada,
- Participación Ciudadana,
- Cultura de la Legalidad,
- Blindaje Electoral,
- Mejora de Sitios Web,
- Programas Sectoriales, y
- Resultados Responsabilidad de Instituciones Específicas.



El reporte de acciones considera tres etapas que se subirán a un sistema informático precargado con calificaciones y evidencias de cumplimiento, donde evaluarán aspectos concretos de cada tema.

El alcance de cada una de las etapas es:

- Etapa I. Acciones del 9 de diciembre de 2009 al 31 de diciembre de 2011.
- Etapa II. Acciones del 1 de enero al 30 de junio de 2012.
- Etapa III. Actualización acciones en proceso de atención al 30 de noviembre de 2012.

Para el caso del Instituto, solamente 5 de los temas le fueron aplicables y fueron en su momento implementados. Los temas exentos para el IMSS fueron 1) Programas Sectoriales y 2) Resultados Responsabilidad de Instituciones Específicas.

8.2 Transparencia focalizada 2008-2011

Tiene como objetivo lograr un gobierno más abierto y transparente, buscando que la información pública sea una herramienta que ayude a los ciudadanos a tomar mejores decisiones en su vida cotidiana y con ello, evitar riesgos y/o solucionar problemas públicos.

8.2.1 Acciones 2008

Aspecto evaluado:

- **Criterios para la identificación de información socialmente útil o focalizada**

Con el objetivo de aumentar la eficacia de las políticas de transparencia y de los mecanismos de acceso a la información pública de calidad para eliminar asimetrías de información, en la búsqueda de beneficios para ciudadanos, consumidores y la sociedad en general; se consideraron tres acciones específicas.

- a. Selección de trámites, servicios o productos en donde se aplicará la transparencia focalizada, con base en el cuestionario 2007 y los criterios que establece la Guía del tema. (2.5 puntos).

Se realizó reunión con un grupo de trabajo en donde se seleccionó el tema “Proyecto Integral de Evaluación, Monitoreo y Optimización del Proceso de Consulta Externa en el primer nivel de atención del IMSS”, el cual fue resultado del cuestionario aplicado de acuerdo a los lineamientos de la SFP, por ser el más demandado por los derechohabientes.

- b. Determinación por parte de la institución y de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y Combate a la Corrupción (CITCC), de los mecanismos específicos a aplicar para transparentar de manera focalizada la información de los trámites, servicios o productos seleccionados. (2.5 puntos).

El Instituto determinó como mecanismos; la página web institucional y la página de transparencia focalizada de la CITCC, en donde se permitió acceder a toda la información sobre el tema seleccionado, se realizaron folletos, presentaciones de audio y video, sesiones de capacitación al personal, asesoría personalizada en los módulos de atención y orientación del IMSS y línea telefónica con lada 01 800 para realizar la difusión de dicho tema.

- c. Implementación de estrategias de transparencia focalizada. (5 puntos).

Se implementó un acceso en el menú secundario de la página web institucional, con la leyenda “TRANSPARENCIA FOCALIZADA” que incluyó:

Objetivo del proyecto, etapas, identificación del proceso, trámite o servicio a mejorar, integración de grupos de apoyo, elaboración de un diagnóstico integral, plan de implementación, evaluación de los resultados y difusión de los mismos, mejoras de servicio en UMF y una encuesta de satisfacción de usuarios.



Calificación obtenida:

- ✓ 10 de calificación.

Resultados globales de la política

Se mejoró la imagen pública y la ciudadanía tuvo mayor confianza en el IMSS, a través de acciones como brindar información oportuna, útil y de calidad.

Soporte documental:

Cédula de Evaluación anual 2008, signada por el entonces Titular de la Unidad de Organización y Calidad.

8.2.2 Acciones 2009

Aspecto evaluado:

- **Evaluación de la calidad de la información**

El objetivo estuvo enfocado a poner información clara, completa y de interés público en los portales de Transparencia Focalizada de las dependencias y entidades, tomando como base la opinión de los usuarios que consultan dicha información, para lo cual se diseñaron 4 acciones específicas.

- a. Actualizar la información. (30 puntos).

Se revisó y se actualizó la información que se encontraba en la página de Transparencia Focalizada, se incorporó la leyenda “Fecha de actualización de la información” colocándose en un lugar visible.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

b. Publicar la encuesta de opinión. (40 puntos).

Se colocó la frase “Evalúa la información de esta página”, de manera que al dar clic, el ciudadano llegaría a la encuesta.

c. Difundir la encuesta de opinión. (30 puntos).

Se realizaron acciones de difusión masiva de la Encuesta de Opinión desde el 28 de agosto hasta el 11 de diciembre de 2009.

d. Mejorar o completar la información de Transparencia Focalizada.

La SFP procesó los resultados de la Encuesta y realizó un análisis del que emitiría comentarios durante el primer trimestre de 2010.

Calificación obtenida:

✓ 100 de calificación.

Resultados globales de la política

Se fortaleció dentro del Instituto un enfoque de gestión más abierto, más transparente y que rindiera mejores cuentas a la sociedad.

Soporte documental:

Oficio No. UPTCI/117/115-137/2010 de fecha 10 de marzo de 2010, del Titular de la Unidad y Secretario Ejecutivo de la CITCC.

8.2.3 Acciones 2010

Aspecto evaluado:

- **Acciones para la identificación y difusión de nueva información socialmente útil o focalizada**

Con el fin de identificar y difundir información, que resulte del interés de los particulares, facilite la toma de decisiones de los ciudadanos respecto a bienes y servicios públicos o privados, contribuya a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y a reducir la corrupción en instituciones que brindan bienes, productos y servicios al público; se identificaron 3 actividades primordiales.

- a. Mejorar o completar la información que se encuentra actualmente en las páginas de las dependencias y entidades bajo el rubro de Transparencia Focalizada con los resultados de la Encuesta de Opinión de Transparencia Focalizada.
- b. Publicación de información socialmente útil o focalizada que se solicita en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia.
- c. Identificación y publicación de nueva información socialmente útil o focalizada.

Durante el ejercicio fiscal 2010, para el tema focalizado se identificaron 3 preguntas (1, 4 y 6) de la Encuesta de Opinión con porcentajes altos en las respuestas calificadas como en “Total desacuerdo” y “En desacuerdo” contestadas por los usuarios que visitaron el Portal de Transparencia Focalizada, que se describe en el cuadro 8.1.

CUADRO 8.1

Preguntas de la Encuesta de Opinión sobre “Proyecto integral de evaluación, monitoreo y optimización del proceso de consulta externa en el primer nivel de atención del IMSS”	Porcentaje
Pregunta 1. ¿La información me ha sido de utilidad para atender en tiempo algún asunto de mi interés?	7.69
Pregunta 4. ¿La forma en que se presenta la información es comprensible?	7.69
Pregunta 6. ¿Esta información es suficiente, está toda la información que esperaba?	15.38

Fuente: SFP. Encuesta de Opinión de Transparencia Focalizada. 2010.

A partir de este proceso de identificación, se constituyó un equipo de trabajo que fue conformado por la Unidad de Enlace del Instituto, el área que funge como Enlace Institucional para la Atención de los Programas Gubernamentales, las áreas normativas responsables de los procesos sustantivos del IMSS y el OIC, con el propósito de elaborar una propuesta que diera atención a las tres preguntas de la Encuesta de Opinión con resultados no favorables, así como a las acciones establecidas en la Guía para la Identificación y Difusión de la Información Socialmente Útil o Focalizada emitida por la SFP y publicada en la página www.programaanticorrupcion.gob.mx.

Derivado de lo anterior, se avaló el cambio de la información que estaba en la página web sobre el “Proyecto integral de evaluación, monitoreo y optimización del proceso de consulta externa en el primer nivel de atención del IMSS” por la propuesta para focalizar trámites y servicios que brinda una UMF, esto considerando que es una de las instalaciones que el IMSS pone a disposición de sus asegurados y beneficiarios para realizar trámites y recibir servicios. Algunos de los cuales solo pueden llevarse a cabo en una UMF.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Lo anterior con la finalidad de identificar y difundir información que:

1. Resulte del interés de los ciudadanos.
2. Facilite la toma de decisiones respecto a bienes y servicios que el Instituto presta a los usuarios.
3. Contribuya a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.
4. Reduzca la corrupción en el IMSS.

Así, el tema a focalizar en 2010 se denominó “Atención Integral en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS”, con información de 12 Trámites y Servicios focalizados en 2010, mismos que a continuación se enlistan:

1. Solicitud de registro de derechohabientes.
2. Tu nueva credencial ADIMSS.
3. Atención médica en UMF.
4. PREVENIMSS.
5. Calificación y dictaminación de riesgos de trabajo.
6. Pago de incapacidades (subsídios).
7. Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio.
8. Solicitud de cambio de unidad médica de adscripción.
9. Solicitud de pensión (Todas sus modalidades).
10. Comprobación de supervivencia.
11. Solicitud de préstamo a cuenta de pensión.
12. Solicitud de ayuda para gastos de funeral.

De acuerdo al plan de trabajo expuesto por la SFP se realizaron propuestas de publicación y difusión para la evaluación de la información de Transparencia Focalizada.



Calificación obtenida:

- ✓ 100 por ciento de calificación.

Resultados globales de la política

De acuerdo al plan de trabajo expuesto por la SFP se realizaron propuestas de publicación y difusión para la evaluación de la información de transparencia focalizada.

Soporte documental:

Resultados 2010 de las Dependencias y Entidades de la APF, publicados en la página web de la SFP.

8.2.4 Acciones 2011

Aspecto evaluado:

- **Publicación de información socialmente útil o focalizada y homologación de secciones de transparencia.**

Se homologó la publicación de la información en el portal institucional, el Instituto cumplió en tiempo y forma con lo dispuesto en las Consideraciones para la Publicación de Información que emitió la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional de la SFP y con lo señalado en el reactivo C2 del Sistema Internet de Presidencia.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Se dio orden al sitio de transparencia focalizada. Los temas focalizados fueron:

1. Encuestas de satisfacción de derechohabientes, pensionados y usuarios.
2. Directorio telefónico de las instalaciones del IMSS a nivel nacional.
3. Portal de compras del IMSS.

De acuerdo a los lineamientos de la SFP la información está redactada en lenguaje ciudadano, con títulos y textos claros y tablas de fácil interpretación para que sean entendidos por cualquier persona interesada en su consulta.

Calificación obtenida:

- ✓ 96 de calificación.

Resultados globales de la política

Se proporcionó a la ciudadanía herramientas de utilidad para mejorar la toma de decisiones en relación a los productos, trámites y servicios del Instituto.

Soporte documental:

Resultados 2011 de las dependencias y entidades de la APF, publicados el 20 de febrero de 2012 en la página web de la SFP.

8.3 Participación ciudadana

El principal mecanismo ha sido el Ejercicio de Rendición de Cuentas a la Sociedad (ERCS), mediante el cual las Instituciones del Gobierno Federal atienden y responden las inquietudes y propuestas de la sociedad civil, con el fin de fortalecer la rendición de cuentas, profundizar la cultura de transparencia de los servidores públicos e incrementar la confianza de la ciudadanía en las instituciones públicas.



Dada la relevancia de los ERCS, a continuación se reportan los realizados en la Institución.

8.3.1 Año 2009

Fecha de la sesión: 2009.

Lugar de la sesión: En los estados de Nayarit y Querétaro.

Nombre de la sesión: Acompañamiento durante la aplicación de la Encuesta de Evaluación de la Carta Compromiso al ciudadano de atención médica en consulta de medicina familiar.

Listado de actores sociales que participaron en el ejercicio de rendición de cuentas a la sociedad:

- Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos del Estado de Nayarit.
- Universidad del Valle de México Campus Querétaro.

Tema(s) abordados en el ejercicio, es decir, los programas, trámites o servicios de la institución que se abordaron en la sesión.

Acompañamiento durante la aplicación de la Encuesta de Evaluación de la Carta Compromiso al ciudadano de atención médica en consulta de medicina familiar.

El ejercicio consistió en el acompañamiento de los actores sociales bajo la coordinación de la división de Participación Ciudadana del OIC, durante el levantamiento de encuestas de opinión a los usuarios con motivo de la evaluación trimestral de la Carta Compromiso al ciudadano de atención médica en consulta de medicina familiar.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

De esta manera validaban la transparencia y metodología aplicada para la evaluación del usuario, en materia de oportunidad en la atención (tiempo de espera), amabilidad, claridad y honestidad, emitiendo sugerencias sobre la metodología aplicada las cuales fueron atendidas por Transparencia Mexicana.

Soporte documental:

Monitoreo Ciudadano a la Carta Compromiso al ciudadano atención médica en UMF en 2008.

Boletín SECITCC del 31 de marzo del 2009.

Evaluación del PTRC 2008.

Matriz del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas, 2008.
Resultados finales.

Antecedentes de Ejercicios de Participación Ciudadana coordinados por la División de Gestión de Programas Gubernamentales.

Listado de monitores 2009.

8.3.2 Año 2010

Fecha de la sesión: 13 de octubre de 2010.

Lugar de la sesión: Se realizó de forma escrita mediante oficio 09 90 01 31000/924 firmado por el Coordinador de Prestaciones Sociales de la DPES.

Nombre de la sesión: “Rehabilitación y Habilidad Laboral”.

Listado de actores sociales que participaron en el Ejercicio de Rendición de Cuentas a la Sociedad:

- Actor Social “Vida y Diseño, A.C.”.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Tema(s) abordados en el ejercicio, es decir, los programas, trámites o servicios de la institución que se abordaron en la sesión:

Los programas generales de habilitación y rehabilitación para las personas con discapacidad, en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales y el Programa Institucional sobre Discapacidad.

Soporte documental:

Oficio 09 90 01 31000/924 de la Coordinación de Prestaciones Sociales de la DPES.

8.3.3 Año 2011

A. “IMSS-Oportunidades en Chiapas”

Fecha de la sesión: 8 de Noviembre del 2011

Lugar de la sesión: Sala poniente del edificio del IMSS ubicado en Reforma 476, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc.

Listado de actores sociales que participaron en el Ejercicio de Rendición de Cuentas a la Sociedad:

- Instituto Nacional de Salud Pública.
- Asociación Manos que Ayudan I.A.P.
- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, (CIESAS).
- Facultad de Contaduría y Administración UNAM.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Tema(s) abordados en el Ejercicio, es decir, los programas, trámites o servicios de la institución que se abordaron en la sesión:

Se expusieron acciones y resultados en los últimos años, en los que se atendieron preguntas y comentarios de los actores sociales.

Específicamente se abordaron los servicios de salud en Chiapas, principales servicios otorgados en las instituciones públicas del Sector Salud según régimen e institución, presupuesto, vacunación, obra, equipamiento, especialidades rurales, fortalecimiento de los recursos humanos, capacitación a voluntarios, encuentros médico-quirúrgicos y Seguro Popular en Chiapas.

Soporte documental:

Minuta del ERCS de fecha 8 de noviembre de 2011.

B. Medicamentos Genéricos en el IMSS

Fecha de la sesión: 8 de noviembre de 2011

Lugar de la Sesión: Mediante oficios números 0952 1761 1B00/0336 y 09 55 24 61 2C00/00354, signados por los Titulares de Unidad de Administración y de Atención Médica, respectivamente.

Listado de actores sociales que participaron en el Ejercicio de Rendición de Cuentas a la Sociedad:

- Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE).

Tema(s) abordados en el Ejercicio, es decir, los programas, trámites o servicios de la institución que se abordaron en la sesión:

Adquisición y Manejo de Medicamentos Genéricos.

Soporte documental:

Oficios números 0952 1761 1B00/0336 y 09 55 24 61 2C00/00354.

8.4 Blindaje Electoral

Para el desarrollo transparente de los procesos electorales es fundamental que los servidores públicos se conduzcan con legalidad, honestidad, transparencia, lealtad, imparcialidad y eficiencia, tal como lo señala la LFRASP.

Es por ello, que el PNRCTCC en su Objetivo 5 (Establecer mecanismos de coordinación de acciones para el combate a la corrupción en la Administración Pública Federal), define una estrategia específica enfocada en la coordinación de acciones de Blindaje Electoral (Estrategia 5.3), con el fin de contribuir a la celebración de procesos electorales limpios, justos y transparentes, evitando la realización de acciones que interfieran en los procesos electorales.

8.4.1 Año 2009

Calificación Obtenida:

✓ 9.7 de calificación.

Descripción de actividades realizadas en atención a las Guías de Blindaje Electoral

De abril a julio de 2009, se desarrolló la primera etapa del Programa Blindaje Electoral, a nivel central y en las 35 delegaciones del IMSS, y la segunda etapa del periodo correspondiente del 1 de agosto al 18 de octubre con la participación de las Delegaciones del IMSS en Coahuila y Tabasco.



a. Primera etapa

El IMSS obtuvo una calificación de 9.65 en el índice de blindaje electoral y de 9.84 en la segunda etapa, establecidas como metas sobresalientes por la SFP. Los resultados obtenidos en este ejercicio fiscal fueron satisfactorios al permitir prevenir la comisión de ilícitos en materia de responsabilidades administrativas y delitos electorales.

Para dar atención a los compromisos determinados por la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales (FEPADE) y la CITCC, se capacitó sobre “El ABC de los Servidores Públicos con Relación a las Elecciones” a un total de 1,350 servidores públicos a nivel nacional.

En la implementación del programa, nivel Central y Delegaciones del IMSS se realizaron “Acciones de control interno”, que consistieron en monitorear los horarios de su personal adscrito, parque vehicular, uso de bienes inmuebles, máquinas y equipos bajo su resguardo, recursos financieros, campañas de publicidad de sus obras y/o programas.

Soporte documental:

Oficio UPTCI/117/115-137/2010, dirigido al Director General del IMSS.

Oficios 0953381C00/126 y 0953381C00/161 del 24 de julio y 28 de octubre de 2009, respectivamente, dirigidos al Secretario Ejecutivo de la CITCC.

8.4.2 Año 2010

Calificación obtenida:

✓ 9.91 de calificación.



Descripción de actividades realizadas en atención a las Guías de Blindaje Electoral

Derivado del proceso electoral que tuvo lugar en 15 entidades del país, en las Delegaciones del IMSS Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz Norte, Veracruz Sur, Yucatán y Zacatecas, se realizaron los trabajos de blindaje de acuerdo a lo establecido en la Guía del Programa 2010 emitida por la CITCC.

En su conjunto, las 16 delegaciones realizaron las siguientes acciones en materia de blindaje electoral:

Acciones de Control Interno: En estas delegaciones se realizó el monitoreo de los horarios de trabajo, el uso del parque vehicular, supervisión del uso de inmuebles, de la maquinaria y equipo, del ejercicio presupuestal, y se verificaron las campañas de publicidad.

Acciones de Capacitación y Difusión: De acuerdo a las metas establecidas en los Programas Iniciales de Trabajo de Blindaje Electoral de cada una de las delegaciones, de marzo a junio de 2010 se difundió el ABC de los Servidores Públicos y la Guía de Responsabilidades Administrativas y Elecciones. Asimismo, se capacitó en materia de “Prevención de Delitos Electorales y Blindaje Electoral” a servidores públicos de mandos medios y superiores mediante cursos presenciales impartidos por funcionarios de la FEPADE, así como, vía internet a través de los cursos en línea “Procuración de Justicia Penal Electoral y Acciones de Blindaje Electoral 2010” implementados por la FEPADE y puestos a disposición de cada una de las delegaciones participantes.

Con el objetivo de apoyar las acciones de capacitación y difusión, el IMSS en coordinación con autoridades de la FEPADE y de la SFP, organizó y llevó a cabo el 30 de marzo de 2010, una videoconferencia denominada “Blindaje Electoral y Delitos Electorales”, transmitida en tiempo real a las 16 delegaciones participantes



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

y puesta a disposición de todos los trabajadores del IMSS en el portal de intranet del Instituto.

A fin de reforzar la difusión del Programa a nivel nacional, los días 15 y 21 de abril y 5 y 19 de mayo de 2010, se difundieron “Avisos” sobre Blindaje Electoral a todos los trabajadores del IMSS de confianza y de base por medio del correo institucional. Asimismo, a través de los tarjetones de pago se difundieron mensajes cortos en la segunda quincena de los meses de abril, mayo y junio de 2010.

Respecto a las acciones para blindar los programas sociales, en las delegaciones con recursos para operar el programa IMSS-Oportunidades, se llevó a cabo la inclusión de mensajes de protección electoral del Programa en el tarjetón quincenal de pago de los trabajadores en activo, adscritos al programa en Nivel Central y Delegacional; se enviaron mensajes vía correo electrónico al personal de la Unidad IMSS-Oportunidades, Equipos de Gestión, Equipos Multidisciplinarios de Supervisión y Cuerpos de Gobierno en HR.

Asimismo, se difundieron frases a través de perifoneo dirigidas a los beneficiarios del programa para prevenirlos sobre las posibles formas de coacción y compra de voto a que pueden ser sometidos durante el periodo electoral, y se suspendieron las entregas de recursos en actos multitudinarios días antes de las elecciones como lo establece la normatividad en la materia.

El 24 de mayo de 2008, en el marco de la Reunión Nacional para la Revisión de Estrategias Prioritarias del Programa IMSS-Oportunidades, realizada en Oaxtepec, Morelos, el Director de Información y Blindaje Electoral de la FEPADE, brindó una conferencia magistral sobre el tema, a más de 300 asistentes de los equipos de mando de IMSS-Oportunidades, entre médicos, enfermeras y personal de acción comunitaria, quienes son responsables de supervisar la operación de 3,550 unidades médicas de primer nivel de atención y 70 hospitales de segundo nivel de atención.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El IMSS registró un avance de 9.9 en las Acciones de control interno, capacitación y difusión, 10 en Programas Sociales y 9.8 en quejas y denuncias, para obtener un resultado global de 9.9 en el índice de blindaje electoral en el ejercicio 2010.

b. Segunda etapa

El Programa Blindaje Electoral tuvo lugar en las Delegaciones del IMSS en Guerrero y Baja California Sur, realizaron acciones de Control Interno y de capacitación y difusión. Respecto a las acciones para blindar los programas sociales, solo aplicó a la delegación del IMSS en Guerrero, por lo que se llevó a cabo la difusión de las acciones del programa Blindaje Electoral a los equipos de conducción, se instalaron carteles en las Unidades Medicas del programa IMSS-Oportunidades, y se realizaron supervisiones para blindar los recursos del programa IMSS-Oportunidades.

En el ejercicio 2010 no aplicaron los aparatados correspondientes a “Participación Ciudadana” y “Acciones del Programa de Trabajo de la Institución”, previa confirmación de la FEPADE y la SFP.

Soporte documental:

Correo electrónico del 17 de marzo de 2011 enviado por el Programa de Rendición de Cuentas y Transparencia.

Oficio sin número emitido por la Unidad de Organización y Calidad de la DAED.

Oficio número 09 53 38 1C00/106 del 18 de febrero del 2011 emitido por la Unidad de Organización y Calidad de la DAED.

8.4.3 Año 2011

Calificación obtenida:

La SFP no emitió guía en este año.



Descripción de actividades realizadas en atención a las Guías de Blindaje Electoral.

En el 2011 la SFP no emitió la Guía de Blindaje Electoral, sin embargo, derivado de las elecciones federales que se llevarán a cabo en 2012 para renovar al Titular del Ejecutivo, las dos Cámaras del Congreso de la Unión, y también 15 entidades federativas que tendrán procesos electorales locales en los que se elegirán 6 Gobernadores, 1 Jefe de Gobierno, 579 Diputados Locales, 871 Ayuntamientos, 20 Juntas Municipales y 16 Jefes Delegacionales en el Distrito Federal, la FEPADE como parte de la agenda del programa "Blindaje Electoral", consideró de vital importancia que todos los servidores públicos federales y de las entidades se capaciten en materia de Blindaje Electoral.

Por ello, a fin de dar cumplimiento a las estrategias de difusión programadas, mediante correo electrónico se dio a conocer el "Curso Integral de Blindaje Electoral 2012", el cual estaría a disposición de todas las dependencias de las 32 entidades federativas a partir del 22 de noviembre de 2011, por tiempo indefinido, las 24 horas, de lunes a domingo a través del sitio: <http://64.38.44.130/fepade>. Asimismo, se han difundido avisos en la materia a través del correo institucional.

Soporte documental:

Correo electrónico de la FEPADE del 14 de abril de 2011.

Correo electrónico la Unidad de Organización y Calidad de la DAED, del 30 de noviembre de 2011.

Correo electrónico de la Coordinación de Programas Gubernamentales de la DAED, del 12 de abril de 2011.

8.5 Cultura de la legalidad

De acuerdo a lo establecido en el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el ejercicio de la función pública debe apegarse a los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, con el propósito de que la conducta de los servidores públicos fortalezca a las instituciones públicas y responda a las necesidades de la sociedad.

En este contexto, el PNRCTCC establece como una de sus estrategias "Consolidar una cultura de ética e integridad entre los servidores públicos de la APF", previendo entre sus líneas de acción, la emisión de lineamientos generales conforme a los cuales las instituciones del Gobierno Federal establezcan acciones preventivas para garantizar el adecuado ejercicio del servicio público.

De esta manera en el periodo 2009-2011, las actividades realizadas para promover la adopción de valores o principios del Código de Ética de la APF, fueron las siguientes:

8.5.1 Año 2009

El área de Personal indicó que en este año no se realizaron modificaciones al Código de Conducta.

8.5.2 Año 2010

En Diciembre de 2010 se actualizó el Código de Conducta, conforme a los principios basados en integridad.



8.5.3 Año 2011

En el mes de febrero se iniciaron los trabajos para la campaña de difusión del Código de Conducta, para lo cual, se realizaron reuniones con la División de Comunicación Interna de la DAED, a fin de determinar las acciones a realizar para la difusión de la campaña.

Durante el mes de abril se dio inicio la primera etapa de difusión del Código de Conducta mediante correos electrónicos de la cuenta “Avisos”. En el mes de julio se modificó el Código de Conducta al incluir lenguaje incluyente, el cual fue publicado en el mes de julio en la página de Intranet del IMSS. La segunda etapa está programada para 2012.

Soporte documental:

Correos electrónicos de la titular de la División de Capacitación y Desarrollo de la DAED, del 26 de abril de 2012 y del 03 de mayo de 2012.

8.6 Mejora sitios web

El objetivo es consolidar una actuación gubernamental transparente, responsable y eficiente, estableciendo criterios y adoptando prácticas y estándares en tecnologías de información, con el fin de homogeneizar los portales en Internet de las dependencias y entidades de la APF, que hagan más eficaz y eficiente el acceso de los ciudadanos a la información pública gubernamental.

8.6.1 Año 2009

Durante 2009, el portal del Instituto tuvo 65.1 millones de visitas y se dio continuidad a la homologación del portal del IMSS de acuerdo a los lineamientos establecidos por Presidencia.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Calificación obtenida:

- ✓ 9.0 de calificación.

Desglose del puntaje:

- Arquitectura de información: Mecanismo de búsqueda, Navegación del sitio, identificación de enlaces, mapa del sitio y páginas de inicio. (2 puntos).
- Imagen institucional: Plantilla, uniformidad de estilo, manejo de la jerarquía, efectividad de rótulos, peso del sitio, enlaces rotos, validación HTML. (1.5 puntos).
- Tecnología: Disponibilidad del sitio, compatibilidad de navegadores, gestor de contenidos. (2 puntos).
- Accesibilidad (0 puntos).
- Calidad en el servicio: Mecanismo de contacto, política de privacidad P3P, estadísticas del sitio (1.5 puntos).
- Calidad en contenidos: Leyenda de última actualización, lenguaje ciudadano, versión en inglés, transparencia y rendición de cuentas. (2 puntos).
- Experiencia del usuario: (0 puntos).

Soporte documental:

Resultados 2009 de las Dependencias y Entidades de la APF, publicados en la página web de la SFP.

8.6.2 Año 2010

Se trabajó en mejorar el posicionamiento y resultados de búsquedas de la información, agregando para ello metadatos, etiquetas a imágenes y descripciones a los más de 35,000 documentos existentes en el portal, logrando para esto quedar en los primeros 10 lugares de resultados en los motores de búsqueda populares y obteniendo 66.5 millones de visitas al portal.

Calificación obtenida:

✓ 9.8 de calificación.

Soporte documental:

Atento comunicado de fecha 17 de marzo de 2011, emitido por el Director General Adjunto de la SFP.

8.6.3 Año 2011

Durante el 2011 comenzó un proceso de depuración de información obsoleta o de baja relevancia y se asignaron enlaces para garantizar la actualización de la información, eliminando contenidos obsoletos. Se reformó el proceso de publicación para que los contenidos estén asociados a un área responsable de la calidad y veracidad obteniéndose una suma de 67.5 millones de visitas al portal.

Con la apertura de la información, hoy en día los ciudadanos exigen mayor flexibilidad y disposición de recursos que les provea: Accesibilidad a los servicios, asistencia personalizada, mayor calidad y tiempos mínimos en la atención.



Calificación obtenida:

✓ 9.7 de calificación.

Arquitectura de la información

Se ha trabajado en una arquitectura de información segmentada de acuerdo al tipo de usuario, cambiando la información de una estructura jerárquica a una estructura temática, simplificando y reorganizando la información para hacer más satisfactoria la experiencia del usuario.

Tecnología

Como parte de las mejoras que se han desarrollado para el cumplimiento de los objetivos, se creó el nuevo “Portal de Compras del IMSS” el 28 de noviembre de 2011 y que tiene por objetivo difundir información clara y veraz sobre los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios, colocando al IMSS a la vanguardia al ser el primer sitio de su tipo, que por su nivel de detalle ofrece transparencia respecto a las compras que realiza el Instituto en términos de lenguaje ciudadano y usabilidad.

Accesibilidad

El portal del IMSS ha cumplido satisfactoriamente con los estándares dispuestos a los sitios gubernamentales, los cuales contemplan accesibilidad, usabilidad, arquitectura de información, entre otros.

Soporte documental:

Resultados de la evaluación de Sitios Web Institucionales 2011, publicados en la página web de la SFP, PNRCTCC 2008-2012.



8.7 Programas sectoriales

No aplica al IMSS

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º y 31 de la Ley Orgánica de la APF; 1º, 2º, 3º y 12 Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 3º de su Reglamento, y 70 fracción 11 del Reglamento Interior de la SHCP, dicha Dependencia determina la relación de entidades paraestatales de la APF sujetas a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento, en la que se establece que el IMSS es un organismo descentralizado no sectorizado.

8.8 Resultados responsabilidad de instituciones específicas

No aplica al IMSS

De conformidad a lo que establece el punto siete, párrafo tercero, de la Guía del Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción para la realización del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2006-2012, emitida en marzo del 2012, esta sección podrá ser usada por las Instituciones que deseen reportar información específica, que no haya sido considerada en alguno de los temas anteriores, supuesto que no aplica al caso del IMSS.

9. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública³⁹

9.1 Marco legal

La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG) se publicó en el DOF el 11 de junio de 2002. Sin embargo entra en vigor el 12 de julio de 2003 y a partir de entonces la APF quedó obligada a abrir sus archivos a la ciudadanía y a proporcionar su información en forma rápida y sencilla.

Dentro de los objetivos de la Ley se encuentran los siguientes:

- I. Proveer lo necesario para que toda persona pueda tener acceso a la información;
- II. Transparentar la gestión pública;
- III. Garantizar la protección de datos personales;
- IV. Favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos;
- V. Mejorar la organización, clasificación y manejo de los documentos;
- VI. Contribuir a la democratización de la sociedad.⁴⁰

Para atender lo estipulado en la fracción I del artículo 4, las dependencias obligadas por la Ley tienen la responsabilidad de crear al interior de las mismas entidades designadas con el nombre de Unidad de Enlace, que tendrán las siguientes funciones:

- I. Recabar y difundir la información a que se refiere el Artículo 7, además de propiciar que las unidades administrativas la actualicen periódicamente;

³⁹ Este Informe se presenta con los datos disponibles al 30 de Junio de 2011 (Primer Semestre de 2011), toda vez que aún se está a la espera de los resultados de las evaluaciones del IFAI correspondientes al Segundo Semestre de 2011.

⁴⁰ Artículo 4 de la LFTAIPG.

- II. Recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información, referidas en los artículos 24, 25 y 40;
- III. Auxiliar a los particulares en la elaboración de solicitudes y, en su caso, orientarlos sobre las dependencias o entidades u otro órgano que pudieran tener la información que solicitan;
- IV. Realizar los trámites internos de cada dependencia o entidad, necesarios para entregar la información solicitada, además de efectuar las notificaciones a los particulares;
- V. Proponer al Comité los procedimientos internos que aseguren la mayor eficiencia en la gestión de las solicitudes de acceso a la información;
- VI. Habilitar a los servidores públicos de la dependencia o entidad que sean necesarios, para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información;
- VII. Llevar un registro de las solicitudes de acceso a la información, sus resultados y costos, y
- VIII. Las demás necesarias para garantizar y agilizar el flujo de información entre la dependencia o entidad y los particulares.⁴¹

Igualmente, la LFTAIPG establece en su Artículo 29 la obligación por parte de las dependencias o entidades de la APF de integrar un Comité de Información que tendrá las siguientes funciones:

- I. Coordinar y supervisar las acciones de la dependencia o entidad tendientes a proporcionar la información prevista en esta Ley
- II. Instituir, de conformidad con el Reglamento, los procedimientos para asegurar la mayor eficiencia en la gestión de las solicitudes de acceso a la información;
- III. Confirmar, modificar o revocar la clasificación de la información hecha por los titulares de las unidades administrativas de la dependencia o entidad;

⁴¹ Artículo 28 de la LFTAIPG.

- IV. Realizar a través de la unidad de enlace, las gestiones necesarias para localizar los documentos administrativos en los que conste la información solicitada;
- V. Establecer y supervisar la aplicación de los criterios específicos para la dependencia o entidad, en materia de clasificación y conservación de los documentos administrativos, así como la organización de archivos, de conformidad con los lineamientos expedidos por el Instituto y el Archivo General de la Nación, según corresponda;
- VI. Elaborar un programa para facilitar la obtención de información de la dependencia o entidad, que deberá ser actualizado periódicamente y que incluya las medidas necesarias para la organización de los archivos, y
- VII. Elaborar y enviar al Instituto, de conformidad con los lineamientos que éste expida, los datos necesarios para la elaboración del informe anual a que se refiere el Artículo 39.

El Artículo 30 del mismo ordenamiento establece por su parte que cada Comité de Información, que adoptará sus decisiones por mayoría de votos, estará integrado por:

- a) Un servidor público designado por el titular de la dependencia o entidad;
- b) El titular de la unidad de enlace, y
- c) El titular del órgano interno de control de cada dependencia o entidad.

9.2 Creación de la unidad de enlace del IMSS⁴²

La Unidad de Enlace del IMSS tiene su antecedente directo en la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente (CGAOD). Para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la LFTAIPG, con fecha 17 de Octubre de 2002 dicha Coordinación fue designada como Unidad de Enlace del IMSS por el entonces Director del General del Instituto.

⁴² Parte de la información incluida en esta sección proviene del Acta de la Primera Sesión de Trabajo del Comité de Información del IMSS, de fecha 11 de diciembre de 2002, así como de entrevistas personales llevadas a cabo con personal de la Unidad de Transparencia del IMSS.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

El 7 de Noviembre de ese mismo año fue integrado el Comité de Información del Instituto con los titulares de la Contraloría Interna, la Dirección de Administración, Organización y Calidad, y la CGAOD, esta última ya en su calidad de Unidad de Enlace.

Durante la primera sesión del Comité de Información, que se llevó a cabo el 11 de diciembre de 2002, se designó al titular de la Coordinación de Información Pública, como secretario Técnico del Comité de Información del IMSS.

Se acordó además ampliar la conformación originalmente planteada del Comité, incluyendo la presencia del titular de la Dirección Jurídica del Instituto así como de otros funcionarios que serían convocados coyunturalmente para participar en las sesiones, quienes tendrían derecho de voz pero no de voto. En esta misma sesión se aprobó la creación de un Subcomité de Información, así como de un Plan de trabajo para la instrumentación de la LFTAIPG en el IMSS.

Al Comité de Información del IMSS le fueron asignadas las siguientes responsabilidades y funciones:

- a. Coordinar y supervisar las acciones del Instituto tendientes a proporcionar la información prevista en el Artículo 7 de la LFTAIPG.
- b. Instituir de acuerdo al reglamento de la LFTAIPG, los procedimientos necesarios para asegurar la eficiencia en la atención de las solicitudes de acceso a la información.
- c. Establecer y supervisar la aplicación de criterios para la clasificación y conservación de documentos, y para la organización de archivos.
- d. Confirmar, modificar o revocar la clasificación de la información como reservada o confidencial emitida por las unidades administrativas.
- e. Elaborar y enviar al Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) los informes correspondientes.

9.3 Resultados de las evaluaciones recibidas del IFAI⁴³

El IFAI, organismo autónomo, es el encargado de evaluar el desempeño de las dependencias de la APF en cuanto al cumplimiento de lo establecido en la LFTAIPG.

La institución realiza este ejercicio de evaluación de manera semestral a través de cuatro indicadores primordiales:

- 1) **Indicador de Alineación de Criterios, Comportamiento de las Resoluciones y su Cumplimiento (A3C).** Anteriormente este indicador era denominado como Indicador de Apertura, Efectividad de Clasificación y Cumplimiento de las resoluciones (ACC).
- 2) **Indicador de Atención Prestada por las Unidades de Enlace (AUE).**
- 3) **Indicador de Obligaciones de Transparencia (ODT).**
- 4) **Indicador de Respuesta a Solicitudes de Información (RSI).**

A continuación se explican las características y el alcance de cada uno de estos indicadores⁴⁴:

9.3.1 Indicador de alineación de criterios, comportamiento de las resoluciones y su cumplimiento (A3C)

El Indicador A3C es una versión modificada del Indicador Apertura, Efectividad de Clasificación y Cumplimiento a las Resoluciones (ACC), que el IFAI utilizó para sus evaluaciones hasta el Segundo Semestre de 2008. La diferencia primordial radica en el primer componente del nuevo indicador, ya que mediante esta

⁴³ Actualmente, este organismo autónomo se denomina como “Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos”. Fuente: Sitio web del IFAI: <http://www.ifai.org.mx/>

⁴⁴ La información que se utilizó como referencia para esta sección del Informe, proviene de las Fichas Técnicas elaboradas para cada uno de los Indicadores presentados, por parte de la Dirección General de Coordinación y Vigilancia de la APF del IFAI.

modificación el A3C se convirtió en un indicador que concentra su evaluación esencialmente a las resoluciones del Pleno del IFAI.

Objetivo del indicador: Alinear los criterios que las dependencias y entidades emplean al dar respuesta a las solicitudes de información con los criterios que el Pleno establece en sus resoluciones con motivo de un recurso de revisión y asegurar el cumplimiento de las resoluciones emitidas por el Pleno del IFAI.

Descripción: Mide la tendencia creciente o decreciente de los recursos de revisión interpuestos ante el IFAI respecto de la tendencia de las solicitudes de información respondidas; asimismo, evalúa el grado de alineación de los criterios de las dependencias y entidades de la APF con respecto a los mismos emitidos por el pleno del IFAI, y finalmente, calcula el cumplimiento en tiempo y forma de las resoluciones emitidas por el IFAI.

Componentes del indicador: El indicador A3C está constituido por tres componentes.

El primer componente, Tendencia, (25 por ciento del total) evalúa la tendencia creciente o decreciente en el tiempo, de los recursos de revisión interpuestos ante el IFAI derivados de la inconformidad respecto de las respuestas otorgadas por la dependencia o entidad. Para este fin, se considera la relación que guarda la tasa de variación porcentual de las solicitudes de información respondidas y la tasa de variación porcentual de las resoluciones modificatorias y revocatorias del Pleno del IFAI.

El segundo componente, Criterios, (25 por ciento del total) evalúa en qué grado los criterios de las dependencias y entidades se alinean a los criterios del Pleno del IFAI empleados con motivo de un recurso de revisión.

El tercer componente (50 por ciento del total) evalúa el porcentaje del tiempo promedio de desfase en cumplimiento a las resoluciones del Pleno del Instituto con relación al tiempo promedio de cumplimiento otorgado.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Parámetros de Evaluación del Indicador:

Los valores críticos para este indicador son los siguientes:

No Satisfactorio	Satisfactorio	Sobresaliente
0.00 a 70.00	70.01 a 80.99	90.00 a 100.00

9.3.1.1 Evaluaciones de los Indicadores ACC y A3C para el IMSS⁴⁵

Los resultados y tendencias de las evaluaciones para el Indicador ACC (2006-2008) y A3C (Primer Semestre de 2009 al Primer Semestre de 2011) y cada uno de sus componentes, se muestran en el cuadro 9.1.

CUADRO 9.1
RESULTADOS DE LOS INDICADORES ACC Y A3C PARA EL IMSS

Periodo	Indicador ACC	Primer Componente	Segundo Componente	Tercer Componente
Primer semestre 2006	95.00	35.00	15.00	45.00
Segundo semestre 2006	89.00	32.73	12.27	44.04
Primer semestre 2007	89.68	39.38	13.99	36.30
Segundo semestre 2007	97.12	38.55	14.18	44.39
Primer semestre 2008	76.62	27.28	7.58	41.76
Segundo semestre 2008	85.71	39.14	7.50	39.08

Periodo	Indicador A3C	Primer Componente	Segundo Componente	Tercer Componente
Primer semestre 2009	65.44	20.09	14.86	30.49
Segundo semestre 2009	33.59	77.00	57.37	0.00
Primer semestre 2010	71.05	64.00	46.36	86.91
Segundo semestre 2010	66.02	80.92	58.93	62.12
Primer semestre 2011	67.23	78.06	43.67	73.59
Segundo semestre 2011	70.88	83.81	42.18	78.76

Fuente: Elaboración propia con datos de IFAI

⁴⁵ Las evaluaciones del IFAI para el IMSS se presentan para el período comprendido entre el Primer Semestre de 2006 y el Primer Semestre de 2011, toda vez que el IFAI aún no da a conocer las evaluaciones correspondientes al Segundo Semestre de 2011.



9.3.2 Indicador de atención prestada por las unidades de enlace (AUE)

Objetivo del Indicador: Asegurar la calidad de la atención que las Unidades de Enlace brindan a los particulares que acuden a presentar solicitudes de acceso a información.

Descripción: El Indicador evalúa a través del programa de Usuario Simulado, el nivel de cumplimiento por parte de las dependencias y entidades de la APF de lo establecido en la LFTAIPG, su Reglamento y los lineamientos correspondientes, respecto al espacio físico, equipamiento de la Unidad de Enlace y calidad de la atención que brindan a los particulares que acuden a presentar solicitudes de acceso a la información.

Componentes del Indicador: El indicador evalúa los siguientes aspectos: A) Infraestructura y equipamiento de la Unidad de Enlace y áreas de atención de las oficinas, representaciones y delegaciones de los servidores públicos habilitados; B) Atención otorgada al solicitante, orientación, entrega de acuse de recibo y todas aquellas acciones que puedan inhibir o desalentar al usuario, tales como requerir el motivo de la solicitud, condicionar el procedimiento, entre otros.

Parámetros de Evaluación del Indicador:

Los valores críticos para este indicador son los siguientes:

No Satisfactorio	Satisfactorio	Sobresaliente
0.00 a 5.99	6.00 a 8.99	9.00 a 10.00



9.3.2.1 Evaluación del indicador AUE para el IMSS

Los resultados del indicador AUE para el IMSS en el período 2006-2011, se muestran en el cuadro 9.2.

CUADRO 9.2
RESULTADOS DEL INDICADOR AUE PARA EL IMSS

Periodo	Indicador AUE	Infraestructura de la Unidad de Enlace	Atención al solicitante
Primer semestre 2006	9.50	n.d.	n.d.
Segundo semestre 2006	9.30	n.d.	n.d.
Primer semestre 2007	8.60	n.d.	n.d.
Segundo semestre 2007	8.60	n.d.	n.d.
Primer semestre 2008	10.00	n.d.	n.d.
Segundo semestre 2008	9.40	n.d.	n.d.
Primer semestre 2009	9.20	n.d.	n.d.
Segundo semestre 2009	7.91	10.00	5.83
Primer semestre 2010	9.54	9.50	9.58
Segundo semestre 2010	9.20	9.00	9.40
Primer semestre 2011	9.50	9.80	9.20
Segundo semestre 2011	9.70	9.80	9.60

Fuente: Elaboración propia con datos del IFAI
n.d. Información no disponible.

9.3.3 Indicador de obligaciones de transparencia (ODT)

Objetivo del Indicador: Asegurar la oportunidad, consistencia, compleción y claridad de la información a que se refiere el Artículo 7 de la LFTAIPG.

Descripción del Indicador: Mide el cumplimiento de las obligaciones de transparencia establecidas en el Artículo 7 de la LFTAIPG.

Componentes del Indicador: El indicador evalúa cada una de las fracciones del Artículo 7 de la LFTAIPG, distribuidos a través de los siguientes componentes:

- a) **Apartado financiero:** Se integra por la evaluación de las siguientes fracciones del Artículo 7 de la LFTAIPG: la relativa a la remuneración mensual por puesto (IV); la relativa a la información sobre el presupuesto asignado (IX), a los resultados de las auditorías (X); a la información de los programas de subsidio (XI) y a las contrataciones que se hayan celebrado (XIII).
- b) **Apartado Regulatorio y de Toma de decisiones:** Se integra por la evaluación de las siguientes fracciones del Artículo 7 de la LFTAIPG: la relativa a las concesiones, permisos y autorizaciones (XII); el marco normativo aplicable (XIV); las metas y objetivos de las unidades administrativas (VI) y la relativa a los informes que genere el sujeto obligado (XV).
- c) **Apartado de Relación con la Sociedad:** Se integra por la evaluación de las siguientes fracciones del Artículo 7 de la LFTAIPG: el directorio de servidores públicos (III); la información relativa a la unidad de enlace (V); los servicios que ofrece la dependencia o entidad (VII), los trámites, requisitos y formatos (VIII) y en su caso, los mecanismos de participación ciudadana (XVI).
- d) **Apartado sobre la organización interna:** Se integra por la evaluación de las siguientes fracciones del Artículo 7: la relativa a la estructura orgánica



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

((I) y la relativa a las facultades de las unidades administrativas (II).

e) **Apartado sobre información relevante:** Se integra por la evaluación de la fracción XVII del Artículo 7 de la LFTAIPG.

Parámetros de Evaluación del Indicador:

Los valores críticos para este indicador son los siguientes:

No Satisfactorio	Satisfactorio	Sobresaliente
0.00 a 70.00	70.01 a 80.99	90.00 a 100.00

9.3.3.1 Evaluación del indicador ODT para el IMSS

Los resultados del indicador ODT para el IMSS en el período 2006-2011, se muestran en el cuadro 9.3.

CUADRO 9.3
RESULTADOS DEL INDICADOR ODT PARA EL IMSS

Periodo	Evaluación Total Indicador ODT	Financiero	Regulatorio y de Toma de Decisiones**	Relación con la Sociedad	Organización Interna	Información relevante
Primer semestre 2006	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Segundo semestre 2006	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Primer semestre 2007	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Segundo semestre 2007*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Primer semestre 2008**	80.90	78.22	75.00	89.00	45.00	83.00
Segundo semestre 2008**	85.07	81.64	75.42	94.44	57.50	100.00
Primer semestre 2009	77.39	65.10	100.00	92.50	74.44	74.44
Segundo semestre 2009	80.40	73.02	100.00	84.81	83.04	50.00
Primer semestre 2010	79.35	84.96	66.16	87.46	75.00	66.67
Segundo semestre 2010	79.04	90.98	69.79	79.12	28.57	83.33
Primer semestre 2011	87.68	91.42	96.67	72.51	100.00	66.98
Segundo semestre 2011	75.88	60.43	84.57	99.31	85.64	69.06

*La Información para este Semestre se obtuvo mediante la ponderación de los valores para los Trimestres III y IV de 2007, toda vez que era la única información disponible.

****Hasta el Segundo Semestre de 2008 el Indicador consideraba por separado los componentes Regulatorio y Toma de Decisiones. Para el Primer y Segundo Semestres de 2008, se tomó como referencia para esta tabla el valor señalado en el componente Regulatorio, toda vez que el componente Toma de Decisiones señala un nivel de 100.00**

Fuente: Elaboración propia con datos del IFAI

9.3.4 Indicador de respuesta a solicitudes de información (RSI)

Objetivo del Indicador: promover y difundir el ejercicio del derecho de acceso a la información, revisar el cumplimiento al artículo 45 y 46 de la LFTAIPG sobre las negativas a las solicitudes de acceso a la información y promover la atención oportuna de las solicitudes por parte de las entidades y dependencias de la APF.

Descripción del indicador: verifica la consistencia, compleción, confiabilidad y oportunidad de la información otorgada a los particulares con motivo de una solicitud de acceso a la información pública o de datos personales con base en los criterios establecidos que deben cumplir éstas.

Componentes del indicador: El Indicador RSI se compone de 4 atributos: Consistencia, Compleción, Confiabilidad y Oportunidad. Sus características se describen a continuación:

- a) Consistencia:** considera que el contenido de la respuesta otorgada corresponda con el tipo de respuesta seleccionado en el sistema, que no contenga datos contradictorios y en su caso, atienda los supuestos para la imposibilidad física y/o jurídica de la entrega de información.
- b) Compleción (información completa):** considera que la respuesta abarque todos los temas indicados en la solicitud, se pronuncie sobre toda la información solicitada, en su caso, contenga la fuente donde se puede consultar la información y se incluyan los documentos que fundan y motivan el tipo de respuesta otorgada.
- c) Confiabilidad:** considera que el contenido de la información sea legible y contenga los documentos que avalen la entrega de la información con los



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

requisitos normativos que se establecen las características del formato para responder al solicitante.

- d) **Oportunidad:** considera que la respuesta otorgada no exceda el plazo establecido en la LFTAIPG.

Parámetros de Evaluación del Indicador:

Los valores críticos para este indicador son los siguientes:

No Satisfactorio	Satisfactorio	Sobresaliente
0.00 a 65.00	65.01 a 8.99	9.00 a 10.00

9.3.4.1 Evaluación del indicador RSI para el IMSS

Los resultados del indicador RSI para el IMSS en el período 2009-2011⁴⁶, se muestran en la cuadro 9.4.

CUADRO 9.4
RESULTADOS DEL INDICADOR ODT PARA EL IMSS*

Periodo	Evaluación Total Indicador ODT	Consistencia	Compleción	Confiabilidad	Oportunidad
Primer semestre 2009	79.27	86.27	71.35	72.04	87.43
Segundo semestre 2009	86.53	89.77	70.46	93.16	92.71
Primer semestre 2010	87.61	91.18	69.25	95.53	94.50
Segundo semestre 2010	91.18	95.19	83.42	94.96	91.15
Primer semestre 2011	91.96	99.06	87.69	97.14	86.01
Segundo semestre 2011	92.23	98.09	87.95	97.84	85.05

*NOTA: La información para el período 2006-2008 no se encontraba disponible.

Fuente: Elaboración propia con datos de IFAI

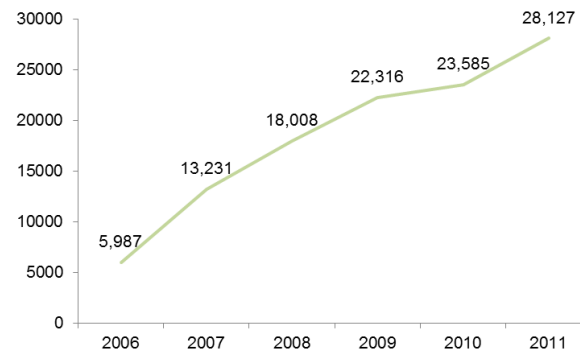
⁴⁶ La información para el período 2006-2008 no se encontraba disponible.

9.4 Gestión de solicitudes de información

Total de solicitudes recibidas

El IMSS recibe cada año el mayor número de solicitudes de información de toda la APF, de esta forma, en el año 2006 recibió 5,987 solicitudes, pasando a 28,127 en 2011. La evolución de este rubro durante el periodo que se informa, se muestra en la gráfica 9.1.

**GRÁFICA 9.1, TOTAL DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN RECIBIDAS
2006-2011**



Fuente: Unidad de Enlace

Durante el período que se informa, el porcentaje de solicitudes concluidas se mantuvo en un nivel promedio del 92.3%. Ver cuadro 9.5.

**CUADRO 9.5
PORCENTAJE DE SOLICITUDES CONCLUIDAS 2006-2011**

Año	Total de solicitudes de información recibidas	Total de solicitudes de información concluidas	% de solicitudes concluidas en el año
2006	5,987	5,693	95.1
2007	13,231	12,224	92.4
2008	18,008	16,368	90.9
2009	22,316	20,082	90.0
2010	23,585	21,604	91.6
2011	28,127	26,350	93.7
Promedio	18,542	17,054	92.3

Fuente: Unidad de Enlace

Recursos de Revisión y Resoluciones de Cumplimiento

Es de destacar que durante el periodo que se informa, en promedio, en el 97 por ciento de las solicitudes de información concluidas, la información proporcionada por el IMSS fue recibida a satisfacción por el solicitante, de tal manera, que el número de recursos de revisión interpuestos en cada uno de los años del periodo, muestra la evolución que se presenta en el cuadro 9.6.

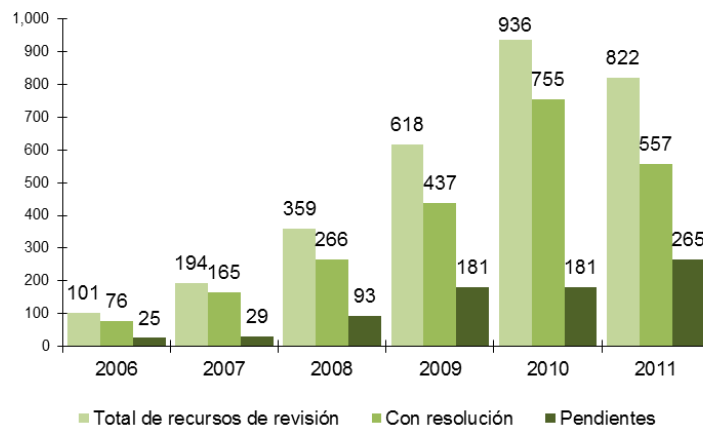
CUADRO 9.6, SOLICITUDES DE INFORMACIÓN CONCLUIDAS 2006-2011

Año	Total de solicitudes de información concluidas	Total de Recursos de revisión	Recursos de revisión/total de solicitudes de información concluidas
2006	5,693	101	1.8
2007	12,224	194	1.6
2008	16,368	359	2.2
2009	20,082	618	3.1
2010	21,604	936	4.3
2011	26,350	822	3.1

Fuente: Unidad de Enlace

En el mismo sentido, resulta relevante señalar, que del total de recursos de revisión presentados en contra del IMSS, el IFAI ha dictado resoluciones de cumplimiento, en promedio, en un 76 por ciento, como se muestra en la gráfica 9.2.

GRÁFICA 9.2, TOTAL DE RECURSOS DE REVISIÓN (CON RESOLUCIÓN Y PENDIENTES) 2006-2011



Fuente: Unidad de Enlace

10. Observaciones de auditorías de las instancias de fiscalización en proceso de atención

10.1 Seguimiento a las observaciones derivadas de auditorías practicadas en el IMSS por órganos fiscalizadores

Al cierre del tercer trimestre del 2006 el Instituto contaba con 1,492 observaciones pendientes de atender, y entre el 1º de octubre y el 31 de diciembre del mismo año, se solventaron 474 y se determinaron 275, quedando al cierre del 2006, 1,293 observaciones pendientes de atender.

En el cuadro 10.1 se muestra la evolución del inventario de las observaciones determinadas por los diversos órganos fiscalizadores del 2007 al 2011:

CUADRO 10.1
EVOLUCIÓN DEL INVENTARIO 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: Dirección de Finanzas.

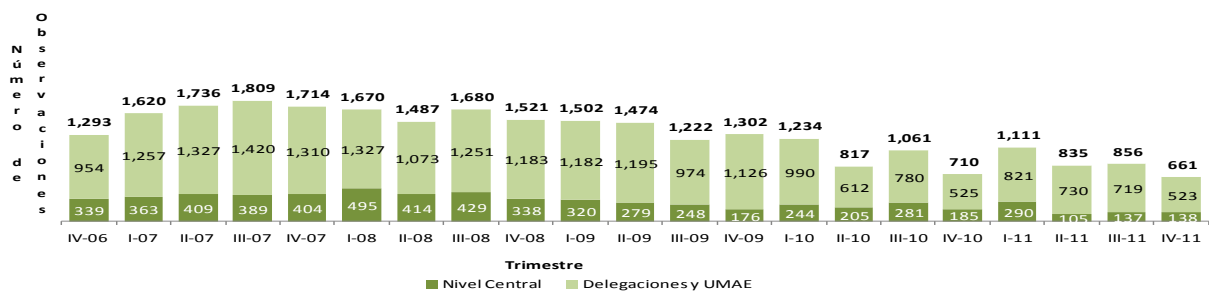
10.1.1 Programa de abatimiento de observaciones

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 las 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 y el OIC. Su propósito es reducir el número de observaciones, convocando a las áreas responsables con las Áreas de Auditoría Quejas y Responsabilidades del OIC (AAQR), generando acuerdos para la atención de las observaciones y dándole seguimiento puntual a los mismos.

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 de 2011, se cuenta con un saldo de 661 observaciones, es decir, una reducción del 49 por ciento, respecto a 2006 (gráfica 10.1 y cuadro 10.2).

GRAFICA 10.1

COMPORTAMIENTO, POR TRIMESTRE, DEL INVENTARIO DE OBSERVACIONES A NIVEL NACIONAL,
DEL CUARTO TRIMESTRE DE 2006 AL CUARTO TRIMESTRE DE 2011
(INCLUYE UMAE)



Fuente: Dirección de Finanzas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 10.2

INVENTARIO DE OBSERVACIONES PENDIENTES AL CUARTO TRIMESTRE DE CADA AÑO, 2006-2011

	Saldo al cuarto trimestre de 2006	Saldo al cuarto trimestre de 2007	Saldo al cuarto trimestre de 2008	Saldo al cuarto trimestre de 2009	Saldo al cuarto trimestre de 2010	Saldo al cuarto trimestre de 2011
Total	1,293	1,714	1,521	1,302	710	661

Fuente: Dirección de Finanzas.

En el cuadro 10.3, se muestran las 661 observaciones pendientes de atender al cierre del ejercicio 2011, agrupadas por instancia fiscalizadora y tema de Auditoría.

CUADRO 10.3

**OBSERVACIONES PENDIENTES DE ATENDER AL CUARTO TRIMESTRE DE 2011, AGRUPADAS POR
INSTANCIA FISCALIZADORA Y TEMA**

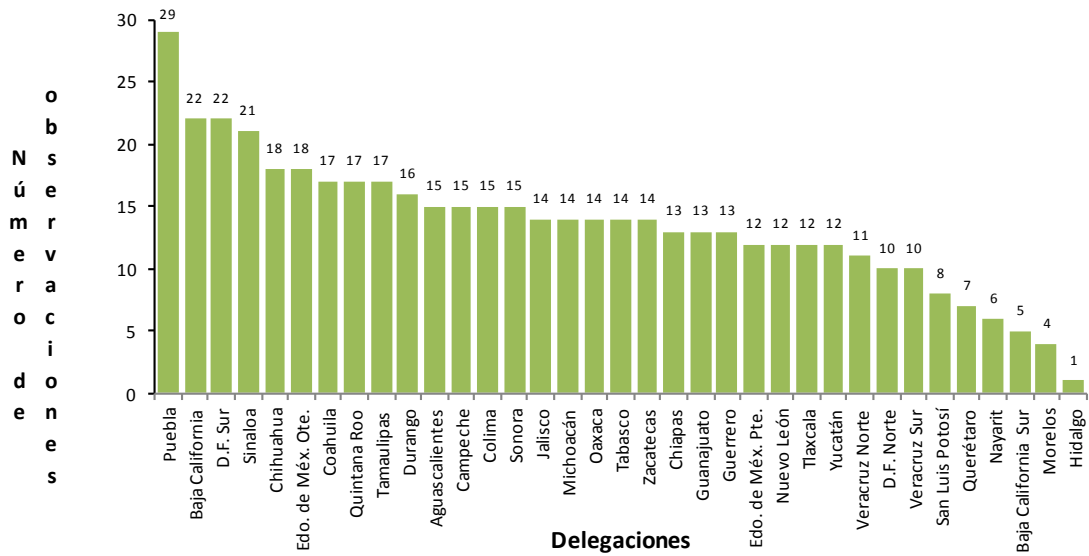
Tema de Auditoría	OIC	ASF	A.E.	SFP	Total
Almacenes e inventarios de bienes de consumo	183	2	1	0	186
Presupuesto - gasto corriente	131	0	1	0	132
Adquisiciones, arrendamientos y servicios	106	2	0	0	108
Ingresos	105	1	0	0	106
Obra pública	36	4	2	1	43
Adctividades espeíficas institucionales	30	12	0	0	42
Disponibilidades	27	0	1	0	28
Recursos humanos	6	0	0	0	6
Pasivos	1	0	3	0	4
Fondos y fideicomisos	2	0	2	0	4
Inventarios y activos fijos	1	0	1	0	2
Total	628	21	11	1	661

Fuente: Dirección de Finanzas.

La grafica 10.2 muestra, de izquierda a derecha, las delegaciones que más observaciones tienen pendientes de atender al cuarto trimestre del 2011.

GRAFICA 10.2

INVENTARIO DE OBSERVACIONES EN DELEGACIONES AL CUARTO TRIMESTRE DE 2011



Fuente: Dirección de Finanzas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 10.4 OBSERVACIONES PENDIENTES DE ATENDER

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2008	118	5	Guanajuato	320	OIC
2009	102	6	DF-CT	330	OIC
2009	102	13	Nuevo León	330	OIC
2009	102	13	Veracruz Sur	330	OIC
2009	108	11	Nayarit	100	OIC
2009	117	19	Sinaloa	340	A.E.
2009	117	19	Veracruz Sur	340	A.E.
2009	119	9	Nayarit	220	OIC
2009	119	9	Sinaloa	220	OIC
2009	119	11	Jalisco	220	OIC
2009	119	15	Jalisco	220	OIC
2010	102	2	DPM	330	OIC
2010	102	3	Tabasco	330	OIC
2010	102	6	Durango	330	OIC
2010	102	6	Norte del Distrito Federal	330	OIC
2010	102	6	Nuevo León	330	OIC
2010	102	6	Tamaulipas	330	OIC
2010	102	7	Campeche	330	OIC
2010	102	9	Tamaulipas	330	OIC
2010	103	13	DAED-CII	230	OIC
2010	106	1,001	Aguascalientes	220	OIC
2010	106	1,002	Aguascalientes	220	OIC
2010	106	1,003	Aguascalientes	220	OIC
2010	106	1,006	Aguascalientes	220	OIC
2010	106	1,008	Aguascalientes	220	OIC
2010	106	1,104	Baja California	220	OIC
2010	106	1,105	Baja California	220	OIC
2010	106	1,106	Baja California	220	OIC
2010	106	1,108	Baja California	220	OIC
2010	106	1,109	Baja California	220	OIC
2010	106	1,112	Baja California	220	OIC
2010	106	1,116	Baja California	220	OIC
2010	106	1,301	Campeche	700	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2010	106	1,302	Campeche	700	OIC
2010	106	1,303	Campeche	700	OIC
2010	106	1,305	Campeche	700	OIC
2010	106	1,502	Chihuahua	220	OIC
2010	106	1,503	Chihuahua	700	OIC
2010	106	1,506	Chihuahua	700	OIC
2010	106	1,509	Chihuahua	700	OIC
2010	106	1,601	Coahuila	220	OIC
2010	106	1,603	Coahuila	220	OIC
2010	106	1,604	Coahuila	220	OIC
2010	106	1,802	Durango	350	OIC
2010	106	1,803	Durango	350	OIC
2010	106	1,804	Durango	220	OIC
2010	106	1,810	Durango	700	OIC
2010	106	1,811	Durango	220	OIC
2010	106	2,113	Guanajuato	220	OIC
2010	106	2,404	Jalisco	220	OIC
2010	106	2,503	Michoacán	220	OIC
2010	106	2,508	Michoacán	220	OIC
2010	106	2,513	Michoacán	220	OIC
2010	106	2,901	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	220	OIC
2010	106	3,002	Oaxaca	700	OIC
2010	106	3,003	Oaxaca	350	OIC
2010	106	3,008	Oaxaca	220	OIC
2010	106	3,103	Puebla	700	OIC
2010	106	3,301	Quintana Roo	220	OIC
2010	106	3,302	Quintana Roo	220	OIC
2010	106	3,304	Quintana Roo	220	OIC
2010	106	3,502	Sinaloa	220	OIC
2010	106	3,508	Sinaloa	220	OIC
2010	106	4,402	Zacatecas	220	OIC
2010	106	4,403	Zacatecas	220	OIC
2010	106	4,407	Zacatecas	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2010	108	4,801	DAED	350	OIC
2010	110	4,602	DAED-CII	230	OIC
2010	110	4,603	DAED-CII	230	OIC
2010	110	4,604	DAED-CII	230	OIC
2010	110	4,605	DAED-CII	230	OIC
2010	110	4,606	DAED-CII	230	OIC
2010	110	4,607	DAED-CII	230	OIC
2010	110	4,608	DAED-CII	230	OIC
2010	112	85	DF	330	A.E.
2010	114	4,602	DAED-CII	230	OIC
2010	114	4,605	DAED-CII	230	OIC
2010	114	4,608	DAED-CII	230	OIC
2010	114	4,609	DAED-CII	230	OIC
2010	114	4,610	DAED-CII	230	OIC
2010	114	4,611	DAED-CII	230	OIC
2010	116	4,501	DAED-CSG	210	OIC
2010	116	4,504	DAED-CSG	210	OIC
2010	116	4,505	DAED-CSG	210	OIC
2011	101	4,801	DAED	210	OIC
2011	101	4,802	DAED	210	OIC
2011	101	4,803	DAED	210	OIC
2011	101	4,804	DAED	210	OIC
2011	101	4,805	DAED	210	OIC
2011	101	4,806	DAED	210	OIC
2011	101	4,807	IMSS-OP	210	OIC
2011	101	4,808	DAED	210	OIC
2011	101	4,809	DPES	210	OIC
2011	101	4,810	DAED	210	OIC
2011	101	4,811	DAED	210	OIC
2011	101	4,812	DAED	210	OIC
2011	101	4,813	DAED	210	OIC
2011	101	4,814	DAED	210	OIC
2011	102	5,001	DPM-USP	700	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	102	5,002	DPM-USP	700	OIC
2011	102	5,003	DPM-USP	700	OIC
2011	103	4,603	DAED	230	OIC
2011	104	1,001	Aguascalientes	320	OIC
2011	104	1,002	Aguascalientes	320	OIC
2011	104	1,101	Baja California	320	OIC
2011	104	1,103	Baja California	320	OIC
2011	104	1,104	Baja California	320	OIC
2011	104	1,105	Baja California	320	OIC
2011	104	1,106	Baja California	320	OIC
2011	104	1,201	Baja California Sur	320	OIC
2011	104	1,202	Baja California Sur	320	OIC
2011	104	1,205	Baja California Sur	320	OIC
2011	104	1,302	Campeche	320	OIC
2011	104	1,502	Chihuahua	320	OIC
2011	104	1,513	Chihuahua	320	OIC
2011	104	1,514	Chihuahua	320	OIC
2011	104	1,516	Chihuahua	320	OIC
2011	104	1,606	Coahuila	320	OIC
2011	104	1,607	Coahuila	320	OIC
2011	104	1,608	Coahuila	320	OIC
2011	104	1,701	Colima	320	OIC
2011	104	1,702	Colima	320	OIC
2011	104	1,704	Colima	320	OIC
2011	104	1,706	Colima	320	OIC
2011	104	1,707	Colima	320	OIC
2011	104	1,709	Colima	320	OIC
2011	104	1,710	Colima	320	OIC
2011	104	1,711	Colima	320	OIC
2011	104	1,716	Colima	320	OIC
2011	104	1,717	Colima	320	OIC
2011	104	1,802	Durango	320	OIC
2011	104	1,806	Durango	320	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	104	1,807	Durango	320	OIC
2011	104	1,808	Durango	320	OIC
2011	104	1,809	Durango	320	OIC
2011	104	1,902	Edo de Méx. Pte.	320	OIC
2011	104	1,906	Edo de Méx. Pte.	320	OIC
2011	104	1,908	Edo de Méx. Pte.	320	OIC
2011	104	2,002	Edo. Méx. Ote.	320	OIC
2011	104	2,003	Edo. Méx. Ote.	320	OIC
2011	104	2,005	Edo. Méx. Ote.	320	OIC
2011	104	2,010	Edo. Méx. Ote.	320	OIC
2011	104	2,011	Edo. Méx. Ote.	320	OIC
2011	104	2,111	Guanajuato	320	OIC
2011	104	2,114	Guanajuato	320	OIC
2011	104	2,121	Guanajuato	320	OIC
2011	104	2,201	Guerrero	320	OIC
2011	104	2,304	Hidalgo	320	OIC
2011	104	2,401	Jalisco	320	OIC
2011	104	2,801	Norte del Distrito Federal	320	OIC
2011	104	2,815	Norte del Distrito Federal	320	OIC
2011	104	2,938	Nuevo León	320	OIC
2011	104	3,001	Oaxaca	320	OIC
2011	104	3,002	Oaxaca	320	OIC
2011	104	3,101	Puebla	320	OIC
2011	104	3,102	Puebla	320	OIC
2011	104	3,103	Puebla	320	OIC
2011	104	3,104	Puebla	320	OIC
2011	104	3,105	Puebla	320	OIC
2011	104	3,106	Puebla	320	OIC
2011	104	3,107	Puebla	320	OIC
2011	104	3,108	Puebla	320	OIC
2011	104	3,110	Puebla	320	OIC
2011	104	3,302	Quintana Roo	320	OIC
2011	104	3,303	Quintana Roo	320	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	104	3,304	Quintana Roo	320	OIC
2011	104	3,306	Quintana Roo	320	OIC
2011	104	3,309	Quintana Roo	320	OIC
2011	104	3,310	Quintana Roo	320	OIC
2011	104	3,501	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,502	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,511	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,512	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,513	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,515	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,516	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,517	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,518	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,523	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,525	Sinaloa	320	OIC
2011	104	3,601	Sonora	320	OIC
2011	104	3,602	Sonora	320	OIC
2011	104	3,701	Sur del Distrito Federal	320	OIC
2011	104	3,704	Sur del Distrito Federal	320	OIC
2011	104	3,713	Sur del Distrito Federal	320	OIC
2011	104	3,903	Tamaulipas	320	OIC
2011	104	3,904	Tamaulipas	320	OIC
2011	104	3,905	Tamaulipas	320	OIC
2011	104	3,906	Tamaulipas	320	OIC
2011	104	3,907	Tamaulipas	320	OIC
2011	104	3,908	Tamaulipas	320	OIC
2011	104	4,003	Tlaxcala	320	OIC
2011	104	4,005	Tlaxcala	320	OIC
2011	104	4,102	Veracruz Norte	320	OIC
2011	104	4,105	Veracruz Norte	320	OIC
2011	104	4,106	Veracruz Norte	320	OIC
2011	104	4,201	Veracruz Sur	320	OIC
2011	104	4,203	Veracruz Sur	320	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	104	4,205	Veracruz Sur	320	OIC
2011	104	4,302	Yucatán	320	OIC
2011	104	4,308	Yucatán	320	OIC
2011	104	4,313	Yucatán	320	OIC
2011	105	4,501	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,502	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,503	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,504	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,505	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,506	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,507	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,508	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,509	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,510	DPM	210	OIC
2011	105	4,511	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,512	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,513	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,514	DAED-CABCS	210	OIC
2011	105	4,515	DAED-CABCS	210	OIC
2011	106	4,801	DF-CT	350	OIC
2011	106	4,802	DF-CT	320	OIC
2011	106	4,803	DF-CCTE	320	OIC
2011	106	4,804	DAED-UP	320	OIC
2011	106	4,805	DAED-UP	100	OIC
2011	106	4,806	DAED-UP	100	OIC
2011	106	4,807	DAED-UP	320	OIC
2011	106	4,808	DAED-UP	350	OIC
2011	108	4,601	DAED	230	OIC
2011	108	4,602	DAED	230	OIC
2011	108	4,603	DAED	230	OIC
2011	108	4,606	DAED	230	OIC
2011	109	1,001	Aguascalientes	210	OIC
2011	109	1,002	Aguascalientes	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	109	1,004	Aguascalientes	210	OIC
2011	109	1,005	Aguascalientes	210	OIC
2011	109	1,301	Campeche	210	OIC
2011	109	1,302	Campeche	210	OIC
2011	109	1,401	Chiapas	210	OIC
2011	109	1,604	Coahuila	210	OIC
2011	109	1,608	Coahuila	210	OIC
2011	109	1,701	Colima	210	OIC
2011	109	1,901	Edo de Méx. Pte.	210	OIC
2011	109	1,902	Edo de Méx. Pte.	210	OIC
2011	109	1,903	Edo de Méx. Pte.	210	OIC
2011	109	1,904	Edo de Méx. Pte.	210	OIC
2011	109	1,905	Edo de Méx. Pte.	210	OIC
2011	109	2,001	Edo. Méx. Ote.	210	OIC
2011	109	2,002	Edo. Méx. Ote.	210	OIC
2011	109	2,003	Edo. Méx. Ote.	210	OIC
2011	109	2,004	Edo. Méx. Ote.	210	OIC
2011	109	2,005	Edo. Méx. Ote.	210	OIC
2011	109	2,006	Edo. Méx. Ote.	210	OIC
2011	109	2,101	Guanajuato	210	OIC
2011	109	2,102	Guanajuato	210	OIC
2011	109	2,103	UMAE H. Especialidades No. 1 Guanajuato	210	OIC
2011	109	2,201	Guerrero	210	OIC
2011	109	2,202	Guerrero	210	OIC
2011	109	2,203	Guerrero	210	OIC
2011	109	2,204	Guerrero	210	OIC
2011	109	2,401	Jalisco	210	OIC
2011	109	2,408	UMAE H. Especialidades CMN Occ. Jal.	210	OIC
2011	109	2,501	Michoacán	210	OIC
2011	109	2,502	Michoacán	210	OIC
2011	109	2,701	Nayarit	210	OIC
2011	109	2,801	UMAE H. Especialidades CM La Raza DF	210	OIC
2011	109	2,802	UMAE H. Especialidades CM La Raza DF	210	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	109	2,805	UMAE H. Especialidades CM La Raza DF	210	OIC
2011	109	2,806	UMAE H. Especialidades CM La Raza DF	210	OIC
2011	109	3,001	Oaxaca	210	OIC
2011	109	3,002	Oaxaca	210	OIC
2011	109	3,003	Oaxaca	210	OIC
2011	109	3,101	Puebla	210	OIC
2011	109	3,102	Puebla	210	OIC
2011	109	3,103	Puebla	210	OIC
2011	109	3,104	Puebla	210	OIC
2011	109	3,306	Quintana Roo	210	OIC
2011	109	3,601	Sonora	210	OIC
2011	109	3,602	Sonora	210	OIC
2011	109	3,603	Sonora	210	OIC
2011	109	3,604	Sonora	210	OIC
2011	109	3,605	Sonora	210	OIC
2011	109	3,701	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	210	OIC
2011	109	3,702	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	210	OIC
2011	109	3,703	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	210	OIC
2011	109	3,704	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	210	OIC
2011	109	3,706	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	210	OIC
2011	109	3,707	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	210	OIC
2011	109	3,708	Sur del Distrito Federal	210	OIC
2011	109	3,710	Sur del Distrito Federal	210	OIC
2011	109	3,711	Sur del Distrito Federal	210	OIC
2011	109	3,712	Sur del Distrito Federal	210	OIC
2011	109	3,715	Sur del Distrito Federal	210	OIC
2011	109	3,801	Tabasco	210	OIC
2011	109	3,802	Tabasco	210	OIC
2011	109	3,803	Tabasco	210	OIC
2011	109	3,805	Tabasco	210	OIC
2011	109	4,001	Tlaxcala	210	OIC
2011	109	4,101	Veracruz Norte	210	OIC
2011	109	4,305	Yucatán	210	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	109	4,403	Zacatecas	210	OIC
2011	109	4,404	Zacatecas	210	OIC
2011	110	5,001	DPM	700	OIC
2011	110	5,002	DPM	700	OIC
2011	110	5,003	DPM	700	OIC
2011	110	5,005	DPM	700	OIC
2011	111	4,801	DJ-Coord. Asuntos Contenciosos	700	OIC
2011	112	5,001	UMAE H. Especialidades CMN XXI DF	700	OIC
2011	112	5,002	UMAE H. Oncología CMN XXI DF	700	OIC
2011	112	5,003	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	700	OIC
2011	112	5,004	UMAE H.G. CM. La Raza DF	700	OIC
2011	112	5,005	DPM	700	OIC
2011	113	4,601	DAED	230	OIC
2011	113	4,602	DAED	230	OIC
2011	113	4,604	DAED	230	OIC
2011	113	4,605	DAED	230	OIC
2011	113	4,606	DAED	230	OIC
2011	114	4,501	DAED-CSG	210	OIC
2011	114	4,502	DAED-CABCS	210	OIC
2011	114	4,503	DAED-CABCS	210	OIC
2011	115	4,701	DPES	370	OIC
2011	115	4,702	DPES	370	OIC
2011	115	4,703	DPES	700	OIC
2011	115	4,704	DPES	350	OIC
2011	115	4,705	DPES	100	OIC
2011	115	4,706	DPES	330	OIC
2011	115	4,708	DPES	350	OIC
2011	115	4,709	DPES	240	OIC
2011	115	4,710	DPES	350	OIC
2011	115	4,711	DPES	330	OIC
2011	116	1,001	Aguascalientes	220	OIC
2011	116	1,002	Aguascalientes	220	OIC
2011	116	1,101	Baja California	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	116	1,102	Baja California	350	OIC
2011	116	1,103	Baja California	350	OIC
2011	116	1,104	Baja California	350	OIC
2011	116	1,105	Baja California	220	OIC
2011	116	1,106	Baja California	350	OIC
2011	116	1,107	Baja California	220	OIC
2011	116	1,109	Baja California	220	OIC
2011	116	1,112	Baja California	350	OIC
2011	116	1,301	Campeche	220	OIC
2011	116	1,302	Campeche	220	OIC
2011	116	1,303	Campeche	220	OIC
2011	116	1,304	Campeche	220	OIC
2011	116	1,305	Campeche	220	OIC
2011	116	1,401	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,402	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,403	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,404	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,405	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,406	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,407	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,408	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,409	Chiapas	220	OIC
2011	116	1,501	Chihuahua	220	OIC
2011	116	1,502	Chihuahua	220	OIC
2011	116	1,504	Chihuahua	220	OIC
2011	116	1,604	Coahuila	220	OIC
2011	116	1,608	Coahuila	220	OIC
2011	116	1,609	Coahuila	220	OIC
2011	116	1,610	Coahuila	220	OIC
2011	116	1,611	Coahuila	220	OIC
2011	116	1,703	Colima	220	OIC
2011	116	1,706	Colima	220	OIC
2011	116	1,801	Durango	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	116	1,802	Durango	220	OIC
2011	116	1,803	Durango	220	OIC
2011	116	1,804	Durango	220	OIC
2011	116	1,901	Edo de Méx. Pte.	220	OIC
2011	116	1,902	Edo de Méx. Pte.	220	OIC
2011	116	2,001	Edo. Méx. Ote.	220	OIC
2011	116	2,002	Edo. Méx. Ote.	220	OIC
2011	116	2,003	Edo. Méx. Ote.	220	OIC
2011	116	2,004	Edo. Méx. Ote.	220	OIC
2011	116	2,102	Guanajuato	220	OIC
2011	116	2,103	Guanajuato	220	OIC
2011	116	2,104	Guanajuato	220	OIC
2011	116	2,105	Guanajuato	220	OIC
2011	116	2,106	Guanajuato	220	OIC
2011	116	2,201	Guerrero	100	OIC
2011	116	2,202	Guerrero	220	OIC
2011	116	2,203	Guerrero	220	OIC
2011	116	2,204	Guerrero	220	OIC
2011	116	2,205	Guerrero	220	OIC
2011	116	2,206	Guerrero	220	OIC
2011	116	2,403	Jalisco	220	OIC
2011	116	2,404	Jalisco	220	OIC
2011	116	2,405	Jalisco	220	OIC
2011	116	2,406	Jalisco	220	OIC
2011	116	2,409	Jalisco	220	OIC
2011	116	2,412	Jalisco	220	OIC
2011	116	2,501	Michoacán	220	OIC
2011	116	2,502	Michoacán	220	OIC
2011	116	2,503	Michoacán	220	OIC
2011	116	2,504	Michoacán	220	OIC
2011	116	2,505	Michoacán	220	OIC
2011	116	2,506	Michoacán	220	OIC
2011	116	2,507	Michoacán	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	116	2,701	Nayarit	220	OIC
2011	116	2,801	Norte del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	2,802	Norte del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	2,803	Norte del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	2,804	Norte del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	3,001	Oaxaca	220	OIC
2011	116	3,003	Oaxaca	220	OIC
2011	116	3,004	Oaxaca	220	OIC
2011	116	3,101	Puebla	220	OIC
2011	116	3,102	Puebla	220	OIC
2011	116	3,103	Puebla	220	OIC
2011	116	3,104	Puebla	220	OIC
2011	116	3,105	Puebla	220	OIC
2011	116	3,106	Puebla	220	OIC
2011	116	3,107	Puebla	220	OIC
2011	116	3,108	Puebla	220	OIC
2011	116	3,109	Puebla	220	OIC
2011	116	3,201	Querétaro	220	OIC
2011	116	3,202	Querétaro	220	OIC
2011	116	3,203	Querétaro	220	OIC
2011	116	3,204	Querétaro	220	OIC
2011	116	3,205	Querétaro	220	OIC
2011	116	3,302	Quintana Roo	220	OIC
2011	116	3,303	Quintana Roo	220	OIC
2011	116	3,305	Quintana Roo	220	OIC
2011	116	3,306	Quintana Roo	220	OIC
2011	116	3,307	Quintana Roo	220	OIC
2011	116	3,309	Quintana Roo	220	OIC
2011	116	3,401	San Luis Potosí	220	OIC
2011	116	3,403	San Luis Potosí	220	OIC
2011	116	3,404	San Luis Potosí	220	OIC
2011	116	3,405	San Luis Potosí	220	OIC
2011	116	3,501	Sinaloa	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	116	3,502	Sinaloa	220	OIC
2011	116	3,503	Sinaloa	220	OIC
2011	116	3,504	Sinaloa	220	OIC
2011	116	3,601	Sonora	220	OIC
2011	116	3,602	Sonora	220	OIC
2011	116	3,603	Sonora	220	OIC
2011	116	3,604	Sonora	220	OIC
2011	116	3,605	Sonora	220	OIC
2011	116	3,606	Sonora	220	OIC
2011	116	3,607	Sonora	220	OIC
2011	116	3,701	UMAE H.G.O. No. 4	220	OIC
2011	116	3,706	Sur del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	3,707	Sur del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	3,708	Sur del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	3,709	Sur del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	3,710	Sur del Distrito Federal	220	OIC
2011	116	3,801	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,802	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,803	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,804	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,805	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,806	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,807	Tabasco	220	OIC
2011	116	3,902	Tamaulipas	220	OIC
2011	116	3,903	Tamaulipas	220	OIC
2011	116	3,904	Tamaulipas	220	OIC
2011	116	3,905	Tamaulipas	220	OIC
2011	116	3,906	Tamaulipas	220	OIC
2011	116	4,001	Tlaxcala	220	OIC
2011	116	4,002	Tlaxcala	220	OIC
2011	116	4,003	Tlaxcala	220	OIC
2011	116	4,103	Veracruz Norte	220	OIC
2011	116	4,104	Veracruz Norte	220	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	116	4,105	Veracruz Norte	220	OIC
2011	116	4,106	Veracruz Norte	220	OIC
2011	116	4,202	Veracruz Sur	220	OIC
2011	116	4,203	Veracruz Sur	220	OIC
2011	116	4,204	Veracruz Sur	220	OIC
2011	116	4,205	Veracruz Sur	220	OIC
2011	116	4,301	Yucatán	220	OIC
2011	116	4,302	Yucatán	220	OIC
2011	116	4,303	Yucatán	220	OIC
2011	116	4,304	Yucatán	220	OIC
2011	116	4,401	Zacatecas	220	OIC
2011	116	4,402	Zacatecas	220	OIC
2011	116	4,403	Zacatecas	220	OIC
2011	116	4,404	Zacatecas	220	OIC
2011	116	4,501	DAED-CCA	220	OIC
2011	116	4,502	DAED-CCA	220	OIC
2011	117	1,001	Aguascalientes	350	OIC
2011	117	1,002	Aguascalientes	350	OIC
2011	117	1,101	Baja California	350	OIC
2011	117	1,201	Baja California Sur	100	OIC
2011	117	1,202	Baja California Sur	350	OIC
2011	117	1,301	Campeche	350	OIC
2011	117	1,302	Campeche	350	OIC
2011	117	1,401	Chiapas	350	OIC
2011	117	1,402	Chiapas	350	OIC
2011	117	1,403	Chiapas	350	OIC
2011	117	1,501	Chihuahua	350	OIC
2011	117	1,502	Chihuahua	330	OIC
2011	117	1,503	Chihuahua	330	OIC
2011	117	1,504	Chihuahua	330	OIC
2011	117	1,505	Chihuahua	330	OIC
2011	117	1,506	Chihuahua	330	OIC
2011	117	1,507	Chihuahua	330	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	117	1,601	Coahuila	350	OIC
2011	117	1,602	Coahuila	350	OIC
2011	117	1,603	Coahuila	350	OIC
2011	117	1,604	Coahuila	350	OIC
2011	117	1,605	UMAE H. Especialidades No.71 Coahuila	350	OIC
2011	117	1,606	UMAE H. Especialidades No.71 Coahuila	350	OIC
2011	117	1,607	UMAE H. Especialidades No.71 Coahuila	350	OIC
2011	117	1,701	Colima	350	OIC
2011	117	1,702	Colima	350	OIC
2011	117	1,801	Durango	350	OIC
2011	117	1,901	Edo de Méx. Pte.	350	OIC
2011	117	1,902	Edo de Méx. Pte.	350	OIC
2011	117	2,001	Edo. Méx. Ote.	350	OIC
2011	117	2,002	Edo. Méx. Ote.	350	OIC
2011	117	2,003	Edo. Méx. Ote.	350	OIC
2011	117	2,101	Guanajuato	350	OIC
2011	117	2,201	Guerrero	350	OIC
2011	117	2,202	Guerrero	350	OIC
2011	117	2,401	UMAE H. Pediatría CMN Occidente Jalisco	350	OIC
2011	117	2,402	UMAE H. Pediatría CMN Occidente Jalisco	350	OIC
2011	117	2,403	Jalisco	350	OIC
2011	117	2,404	Jalisco	350	OIC
2011	117	2,405	Jalisco	350	OIC
2011	117	2,501	Michoacán	350	OIC
2011	117	2,502	Michoacán	350	OIC
2011	117	2,601	Morelos	350	OIC
2011	117	2,602	Morelos	350	OIC
2011	117	2,603	Morelos	350	OIC
2011	117	2,604	Morelos	350	OIC
2011	117	2,701	Nayarit	350	OIC
2011	117	2,702	Nayarit	350	OIC
2011	117	2,801	Norte del Distrito Federal	350	OIC
2011	117	2,802	Norte del Distrito Federal	350	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	117	2,803	Norte del Distrito Federal	350	OIC
2011	117	2,804	UMAE H.G. CM. La Raza DF	350	OIC
2011	117	2,805	UMAE H.G. CM. La Raza DF	350	OIC
2011	117	2,806	UMAE H. Especialidades CM La Raza DF	350	OIC
2011	117	2,807	UMAE H. Especialidades CM La Raza DF	350	OIC
2011	117	2,901	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	350	OIC
2011	117	2,902	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	350	OIC
2011	117	2,903	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	350	OIC
2011	117	2,904	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	350	OIC
2011	117	2,905	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	350	OIC
2011	117	2,906	UMAE H. Especialidades No. 25 Monterrey	350	OIC
2011	117	2,907	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,908	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,909	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,910	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,911	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,912	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,913	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,914	Nuevo León	350	OIC
2011	117	2,915	Nuevo León	350	OIC
2011	117	3,001	Oaxaca	350	OIC
2011	117	3,002	Oaxaca	350	OIC
2011	117	3,003	Oaxaca	350	OIC
2011	117	3,101	Puebla	350	OIC
2011	117	3,102	Puebla	350	OIC
2011	117	3,103	Puebla	350	OIC
2011	117	3,104	Puebla	350	OIC
2011	117	3,105	Puebla	350	OIC
2011	117	3,106	Puebla	350	OIC
2011	117	3,201	Querétaro	350	OIC
2011	117	3,202	Querétaro	350	OIC
2011	117	3,301	Quintana Roo	350	OIC
2011	117	3,401	San Luis Potosí	350	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	117	3,402	San Luis Potosí	350	OIC
2011	117	3,403	San Luis Potosí	350	OIC
2011	117	3,404	San Luis Potosí	350	OIC
2011	117	3,501	Sinaloa	350	OIC
2011	117	3,502	Sinaloa	350	OIC
2011	117	3,601	UMAE H. Especialidades No. 2 CMN Sonora	350	OIC
2011	117	3,602	UMAE H. Especialidades No. 2 CMN Sonora	350	OIC
2011	117	3,603	Sonora	350	OIC
2011	117	3,701	UMAE H. Cardiología CMN XXI DF	350	OIC
2011	117	3,702	UMAE H. Cardiología CMN XXI DF	350	OIC
2011	117	3,703	UMAE H. Cardiología CMN XXI DF	330	OIC
2011	117	3,704	UMAE H. Cardiología CMN XXI DF	350	OIC
2011	117	3,705	UMAE H. Especialidades CMN XXI DF	350	OIC
2011	117	3,706	Sur del Distrito Federal	350	OIC
2011	117	3,707	Sur del Distrito Federal	330	OIC
2011	117	3,801	Tabasco	350	OIC
2011	117	3,802	Tabasco	350	OIC
2011	117	3,901	Tamaulipas	340	OIC
2011	117	3,902	Tamaulipas	350	OIC
2011	117	3,903	Tamaulipas	350	OIC
2011	117	3,904	Tamaulipas	350	OIC
2011	117	4,001	Tlaxcala	350	OIC
2011	117	4,002	Tlaxcala	350	OIC
2011	117	4,003	Tlaxcala	350	OIC
2011	117	4,004	Tlaxcala	350	OIC
2011	117	4,005	Tlaxcala	350	OIC
2011	117	4,006	Tlaxcala	350	OIC
2011	117	4,101	Veracruz Norte	350	OIC
2011	117	4,102	Veracruz Norte	350	OIC
2011	117	4,103	Veracruz Norte	350	OIC
2011	117	4,201	Veracruz Sur	350	OIC
2011	117	4,301	Yucatán	350	OIC
2011	117	4,302	Yucatán	350	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	117	4,303	Yucatán	350	OIC
2011	117	4,304	Yucatán	350	OIC
2011	117	4,401	Zacatecas	350	OIC
2011	117	4,402	Zacatecas	350	OIC
2011	117	4,403	Zacatecas	350	OIC
2011	117	4,404	Zacatecas	350	OIC
2011	117	4,405	Zacatecas	350	OIC
2011	117	4,801	DAED-CSG	350	OIC
2011	117	4,802	DAED-CSG	330	OIC
2011	117	4,803	DAED-CSG	350	OIC
2011	117	4,804	DAED-CSG	350	OIC
2011	117	4,805	DAED	350	OIC
2011	117	4,806	DF-CCTE	330	OIC
2011	117	4,807	DF-CT	330	OIC
2011	118	4,701	DPES	210	OIC
2011	118	4,702	DPES	700	OIC
2011	118	4,703	DPES	330	OIC
2011	118	4,704	DPES	330	OIC
2011	118	4,705	DPES	230	OIC
2011	118	4,706	DPES	230	OIC
2011	118	4,707	DPES	700	OIC
2011	118	4,708	DPES	700	OIC
2011	118	4,709	DPES	700	OIC
2011	118	4,710	DPES	700	OIC
2011	118	4,711	DPES	210	OIC
2011	118	4,712	DPES	330	OIC
2011	118	4,713	DPES	700	OIC
2011	119	4,601	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,602	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,603	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,604	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,605	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,606	DAED-CII	230	OIC

Sigue...



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Año	Número de Auditoría	Número de Observación	Delegación, UMAE o Área Normativa de Nivel Central	Rubro	Instancia Fiscalizadora (AE, SFP, ASF, OIC)
2011	119	4,607	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,608	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,609	DAED-CII	230	OIC
2011	119	4,610	DAED-CII	230	OIC
2011	121	15	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	121	16	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	121	17	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	121	45	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	121	46	DIR-UFC	320	ASF
2011	121	47	DAED-CII	230	SFP
2011	121	49	DIDT	210	ASF
2011	121	50	UMAE H. Especialidades CMN XXI DF	700	ASF
2011	122	1	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	122	3	UMAE H. Especialidades CMN XXI DF	700	ASF
2011	122	4	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	122	5	UMAE H.G. CM. La Raza DF	220	ASF
2011	122	6	UMAE H. Especialidades CMN XXI DF	700	ASF
2011	122	17	DAED	220	A.E.
2011	122	19	DAED	240	A.E.
2011	122	20	DAED	230	A.E.
2011	122	21	DF	230	A.E.
2011	122	23	DF	350	A.E.
2011	122	26	DF	340	A.E.
2011	122	30	DPM	370	A.E.
2011	122	31	DPM	370	A.E.
2011	123	2	DAED	230	ASF
2011	123	3	DAED	230	ASF
2011	123	4	UMAE H. Especialidades CMN XXI DF	700	ASF
2011	123	5	UMAE H.G. CM. La Raza DF	220	ASF
2011	123	6	DIDT	210	ASF
2011	123	7	Sur del Distrito Federal	700	ASF
2011	123	8	UMAE H. Pediatría CMN XXI DF	700	ASF
2011	123	9	DAED-CII	230	ASF
2011	123	10	DAED-CII	230	ASF

Fuente: Dirección de Finanzas



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CAUDRO 10.4 ABREVIATURAS

Rubro	Descripción
100	Recursos Humanos
210	Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios
220	Almacenes e Inventarios de Bienes de Consumo
230	Obra Pública
240	Inventarios y Activos Fijos
320	Ingresos
330	Disponibilidades
340	Pasivos
350	Presupuesto - Gasto Corriente
370	Fondos y Fideicomisos
700	Actividades Específicas Institucionales

I.F.	Instancia Fiscalizadora
OIC	Órgano Interno de Control en el IMSS
A.E.	Auditor Externo (Estados Financieros del IMSS)
ASF	Auditoría Superior de la Federación (Cuenta Pública)
SFP	Secretaría de la Función Pública



11 Procesos de Desincorporación

NO APLICA PARA EL IMSS

12 Bases o convenios de desempeño o de administración de resultados

El IMSS suscribió un Convenio de Desempeño con las SHCP y de la SFP el 30 de junio de 2008, en términos de la LFPRH y su Reglamento.

El objetivo del Convenio es establecer acciones que modernicen y mejoren la prestación del servicio público a cargo del IMSS, promuevan la productividad en el desempeño de sus funciones y se reduzcan los gastos de operación, así como incrementar la eficiencia y eficacia en la gestión pública.

La vigencia del Convenio es al 30 de noviembre de 2012 y los compromisos institucionales se formalizan anualmente a través de modificaciones a los anexos del Convenio.

12.1 Antecedentes

El artículo 45 de la LFPRH, establece que la SHCP y la SFP podrán suscribir con las entidades de la APF convenios de desempeño, a fin de establecer compromisos de resultados y medidas presupuestarias que promuevan un ejercicio más eficiente y eficaz del gasto público, así como una efectiva rendición de cuentas.

Por su parte, el artículo 61 de la citada LFPRH señala que los ejecutores del gasto, en el ejercicio de sus respectivos presupuestos, deberán tomar medidas para racionalizar el gasto destinado a las actividades administrativas y de apoyo, sin afectar el cumplimiento de las metas de los programas aprobados en el PEF del ejercicio fiscal correspondiente.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Finalmente, el artículo segundo, fracciones II y III, tercer párrafo, del Decreto publicado en el DOF el 1 de octubre de 2007, mediante el cual se reformó, entre otras, la LFPRH, prevé que las entidades paraestatales deberán establecer programas de austeridad e informar sus metas de ahorro sobre gastos de operación, incluyendo el gasto en recursos humanos. De manera particular, para las entidades de control directo, dentro de las que se encuentra el Instituto, el Decreto referido dispone la suscripción de convenios de desempeño a que se refiere el artículo 45 antes citado, en el que se fijan metas de ahorro acordes a sus características.

Basado en lo anterior, el 30 de junio de 2008, el IMSS, la SHCP y la SFP suscribieron, por conducto de sus titulares, un Convenio de Desempeño. Los compromisos, indicadores y metas que el Instituto ha asumido en este Convenio, se han plasmado en 2 Anexos cuyas metas y resultados se describen a continuación. Cabe mencionar que, conforme a la cláusula cuarta del propio convenio, los compromisos contenidos en ambos Anexos deben ser revisados anualmente para hacer las adecuaciones que, en su caso, se requieran.

En el cuadro 12.1, se describen las Acciones de Ahorro y Austeridad del Anexo 1 del Convenio, que incluye los compromisos, indicadores y metas específicas en las materias señaladas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 12.1 ACCIONES DE AHORRO Y AUSTERIDAD 2008-2011

Compromiso	Indicador	Línea base	Avance 2008	Avance 2009	Avance 2010	Avance 2011
Destinar \$Zi millones a las Reservas Financieras y Actuariales de los Seguros y a la Reserva General Financiera y Actuarial, así como al Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual	Reservas acumuladas en el trimestre "t" Meta de reservas del año	0 pesos	Zi= 11,928.3 \$11,928.4 millones (100%)	Zi=5,032.3 \$5,480.8 millones (108.9%)	Zi= 5,243 \$10,060 millones (191.8%)	Zi= 8,790 11,851.3 Millones \$ (134.8%)
Eficientar el gasto en insumos terapéuticos (medicamentos y material de curación)	Precio de piezas adquiridas en el año -(precio de mismas piezas a precios de 2006) x (1 + inflación)	0 pesos	Meta: Ahorro de \$2,500 millones Ahorro de \$2,656.9 millones	Meta: Ahorro de \$5,000 millones Ahorro de \$15,780.40 millones	Meta: Ahorro de \$1,000 millones Ahorro de \$16,379 millones	Meta: Ahorro de \$5,000 millones Ahorro de \$4,721.56 millones
Reducir el gasto en la partida de honorarios	Ejercido 2006 vs ejercido en X X= año de vigencia	\$169.4 millones ejercidos en 2006	Meta: ≥ \$9 millones \$24.8 millones	Meta: ≥ \$9 millones \$36.35 millones	Meta: ≥ \$5 millones \$18.84 millones	Meta: ≥ \$7 millones \$30.45 millones
Reducir los días de incapacidad por Enfermedad General promedio por trabajador IMSS subsidiados por año	$X = \frac{\text{Número de días base} - \text{Número de días observado}}{\text{Número de días observado}}$	6.2 días ¹	Meta: -2% 5.92 días	Meta: 0.03 5.81 días	Meta: 0.03 0.73 (5.47 días)	Meta: 0.5 0.81 (5.39 Días)
Reducir el gasto en servicios bancarios por la migración de trabajadores, jubilados, pensionados IMSS y pensionados Ley del esquema de pago en efectivo o cheque al esquema de acreditamiento en cuenta	$\sum \frac{\text{(Número de migraciones en el mes m)} \times (\text{cpfec} - \text{cpacred})}{\text{m-enero}}$	0 pesos	Meta: \$1.7 millones \$2.5 millones	Meta: \$2.3 millones \$2.05 millones	Meta: \$2.1 millones \$2.6 millones	Meta: \$3.0 millones \$5.41 Millones
Reducir el gasto por la implementación de "IMSS sin papel"	(Número de reproducciones electrónicas no impresas) * (costo unitario de impresión)	0 pesos	Meta: \$1.3 millones 1,654 miles	No aplica	No aplica	No aplica

Fuente: Dirección de Finanzas, Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones y Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

Siglas:

- SAI Sistema de Abasto Institucional
 DAED Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
 Cpfec Costo pago efectivo o cheque
 Cpacred Costo acreditamiento en cuenta
 1/ Días promedio por trabajador IMSS, subsidiados por año



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En los cuadros 12.2 al 12.9, se describen las Acciones de modernización, mejora, productividad y eficiencia del Anexo 2 del Convenio, que incluye los compromisos, indicadores y metas específicas en las materias señaladas.

CUADRO 12.2 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2008-2009
EFICIENCIA INSTITUCIONAL

Compromisos	Indicador	Línea base	Avance 2008	Avance 2009
Incrementar el nivel de limpieza de las unidades de medicina familiar	Porcentaje de limpieza en Unidades de Medicina Familiar	85%	Meta: 90% 87%	Meta: 90% 90%
Incrementar la cobertura del ausentismo programado de la consulta de medicina familiar	Porcentaje de cobertura del ausentismo programado de la consulta de medicina familiar	88%	Meta: 90% 57%	No aplica
Incrementar la oportunidad y suficiencia en el suministro de medicamentos a las unidades de medicina familiar	Porcentaje de Nivel de Abasto de todas las Claves en Unidad de Medicina Familiar	92%	Meta: 95% 87%	Meta: 92% 92%
Incrementar la oportunidad y suficiencia en el suministro de medicamentos en las farmacias a derechohabientes	Porcentaje de recetas de medicamentos atendidas al 100 por ciento, en farmacia de Unidad de Medicina Familiar (UMF)	92%	Meta: 95% 96%	Meta: 95% 96%
A partir del diagnóstico operativo identificar el número de unidades de medicina familiar susceptibles de participar en la optimización de la infraestructura instalada, e incrementar la oferta de servicios	Porcentaje de unidades de medicina familiar que participan en la optimización de la infraestructura instalada (2008)	0%	Meta: 2% 17%	No aplica
	Número de unidades de medicina familiar en la optimización de la infraestructura instalada (2009)	0	No aplica	Meta: 24 UMF 128 UMF

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones y Dirección de Prestaciones Médicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 12.3 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2008-2009
TRÁMITES Y SERVICIOS PÚBLICOS DE CALIDAD

Compromisos	Indicador	Línea base	Avance 2008	Avance 2009
Evaluar la satisfacción del derechohabiente respecto al servicio recibido por personal de salud y administrativo de la unidad de medicina familiar, a través de Grupos de Enfoque	Porcentaje de cumplimiento de Sesiones de Grupos de Enfoque	ND (2008) 85% (2009)	Meta: 85% NA	Meta: 90% 100
Impulsar una adecuada señalización de los servicios de medicina familiar	Porcentaje de señalización en Unidades de Medicina Familiar	90% (2008) 85% (2009)	Meta: 95% 82%	Meta: 90% 90%
Favorecer un trato adecuado al recibir servicios en unidades de medicina familiar a través de capacitación	Porcentaje de Asistentes Médicas de la Consulta de Medicina Familiar Capacitadas en Trato Digno	70%	Meta: 80% 87%	Meta: 80% 85%
Disminuir tiempos de espera prolongados en pacientes espontáneos de la consulta de medicina familiar	Porcentaje de derechohabientes espontáneos que esperan menos de 30 minutos para recibir consulta de medicina familiar	78.8%	Meta: 90% 90%	Meta: 90% 88%
Incrementar la cobertura de plazas en las áreas de afiliación vigencia, consulta de medicina familiar, laboratorio, rayos X y farmacia	Porcentaje de plazas ocupadas de la plantilla autorizada de las áreas de afiliación vigencia, consulta de medicina familiar, laboratorio, rayos X y farmacia de las unidades seleccionadas	93% (2008) 87% (2009)	Meta: 95% 92%	Meta: 90% 94%

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones y Dirección de Prestaciones Médicas.

CUADRO 12.4 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2008-2009
MEJORA DE REGULACIÓN INTERNA

Compromisos	Indicador	Línea base	Avance 2008	Avance 2009
Actualizar y/o elaborar tres normas de medicina familiar	ND Porcentaje de documentos normativos modificados y/o elaborados	ND (2008) 0% (2009)	Meta: ND ND	Meta: 33% 33%

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 12.5 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2008-2009
GOBIERNO DIGITAL

Compromisos	Indicador	Línea base	Avance 2008	Avance 2009
Desarrollar una herramienta informática para medir la satisfacción del derechohabiente, al realizar trámites o recibir servicios en el proceso de la consulta de medicina familiar	Porcentaje de avance en el desarrollo: Etapa de inicio	ND (2008)	Meta: 25% 21%	Meta: 100% 65%
	Porcentaje de avance en el desarrollo	24% (2009)		
Incrementar el número de unidades de medicina familiar con automatización de la vigencia de derechos (2008)	Porcentaje de Unidades de Medicina Familiar que funcionan con AcceDer (2008)	47%	Meta: 75% 76%	No aplica
Implementar AcceDer 2.2.0 en las 203 unidades de medicina familiar que participan en el programa 10 instituciones con trámites y servicios críticos para la Administración Pública Federal (2009)	Porcentaje de Unidades de Medicina Familiar que funcionan con AcceDer 2.2.0 (2009)	3%	No aplica	Meta: 100% 100%

Fuente: Dirección de Finanzas

CUADRO 12.6 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2010
TRÁMITES Y SERVICIOS PÚBLICOS DE CALIDAD

Estrategia	Indicador	Línea base	Meta	Avance 2010
Autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea	Tiempo para realizar un trámite o servicios	24 minutos	21 minutos	00:06:10 minutos
Cambio de Unidad Médica de Adscripción	Tiempo para realizar un trámite o servicios	2 días	1 día	00:03:16 minutos
Mejora de trámites de solicitud de pensión por viudez, de pensión por cesantía en edad avanzada y de pensión por vejez, así como del proceso de atención de solicitudes por Riesgo de Trabajo para obtener un subsidio	Disminución en el número de requisitos que se dejan de solicitar para otorgar cada trámite o servicio	2 requisitos	2 requisitos	100%
Registro de derechohabientes	Tiempo para realizar un trámite o servicios	2 horas	1 hora 30 minutos	00:04:47 minutos
Solicitud de cita médica en primer nivel	Tiempo para realizar un trámite o servicios	88%	90%	88% ¹
Solicitud de medicamentos de alto costo	Espacios o ventanillas para realizar un trámite u obtener un servicio	5 ventanillas	3 ventanillas	3 ventanillas

Fuente: Dirección de Finanzas

1/ Porcentaje de derechohabientes espontáneos que esperan menos de 30 minutos



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CUADRO 12.7 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2010

MEJORA DE LA REGULACIÓN INTERNA

Estrategia	Indicador	Línea base	Meta	Avance 2010
Regulación Base Cero en Normas Internas Sustantivas de la Dirección de Incorporación y Recaudación	Instrumentos del marco normativo de operación sustantiva	97 procedimientos	93 procedimientos	100%
Regulación Base Cero en Trámites y Servicios de la Dirección de Incorporación y Recaudación	Trámites y servicios	69 trámites y servicios en el RFTS y en la SFP	68 trámites y servicios en el RFTS y en la SFP	100%
Regulación Base Cero en Normas Internas de Operación de la Dirección de Prestaciones Médicas	Instrumentos del marco normativo de operación sustantiva	232 documentos normativos	190 documentos normativos	100%
Regulación Base Cero en Normas Internas de Operación de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	Instrumentos del marco normativo de operación sustantiva	126 normas	96 normas	67%

Fuente: Dirección de Finanzas

CUADRO 12.8 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2011

TRÁMITES Y SERVICIOS PÚBLICOS DE CALIDAD

Estrategia	Indicador	Línea base	Meta	Avance 2011
Cita médica telefónica	Trámites y servicios en su nivel óptimo de automatización	0	1,219 UMF	1,219 UMF
Fortalecimiento de equipamiento médico	Capacidad de la institución para realizar trámites o servicios (tomografías)	1,083	1,246	207% (resultado a noviembre: 2,582 tomografías)
Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guardería del IMSS vía Internet	Trámites y servicios en su nivel óptimo de automatización (Diagnóstico para evaluar la factibilidad del proyecto)	0	1	100%
Transcripción de medicamentos II	Tiempo para realizar un proceso (tiempo en días)	60 días	30 días	31 días

Fuente: Dirección de Finanzas

CUADRO 12.9 METAS Y RESULTADOS DE INDICADORES DEL CONVENIO DEL PERIODO 2011

MEJORA DE LA REGULACIÓN INTERNA

Estrategia	Indicador	Línea base	Meta	Avance 2011
Determinación del estado de invalidez	Reducción de servidores públicos que participan en el proceso de determinación del estado de invalidez	1	1	100%

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.



13. Otros Aspectos Relevantes Relativos a la Gestión Administrativa

El IMSS ha integrado y remitido a la SFP, previa opinión de su OIC, y en apego a los Lineamientos para la formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, los siguientes reportes:

- Tres informes bimestrales sobre el seguimiento y atención de las acciones y compromisos relevantes en proceso de atención al 31 de diciembre de 2011, con su respectivo cronograma de actividades a realizar del 1 de enero al 30 de noviembre de 2012.
- Tres reportes de seguimiento respecto del cronograma de actividades para integrar el informe de rendición de cuentas.



Acrónimos

ADIMSS	Acreditación del Derechohabiente del IMSS
APF	Administración Pública Federal
AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro
ACB/FTE	Análisis Costo Beneficio y de Factibilidad Técnica y Económica
APS	Asistencia, Puntualidad y Sustitución
API	Atención Preventiva Integrada
ASF	Auditoría Superior de la Federación
CaCu	Cáncer Cérvico Uterino
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CME	Cédulas Médico-Económicas
CADIT	Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos
CECART	Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CIBIN	Centro de Investigación Biomédica del Noreste
CMN	Centro Médico Nacional
CASSAAM	Centro para la Atención Social de la Salud a las y los Adultos Mayores
CVOED	Centro Virtual de Operación de Emergencias y Desastres
CARO	Centros de Atención Rural Obstétrica
CPSyC	Centros de Producción de Servicios y Costos
CSS	Centros de Seguridad Social
CURP	Clave Única de Registro de Población
CFC	Comisión Federal de Competencia
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CITCC	Comisión Intersecretarial para la Transparencia y Combate a la Corrupción
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CONSAR	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
CPA	Contadores Públicos Autorizados
CCT	Contrato Colectivo de Trabajo
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CAQOD	Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente
COCTI	Coordinación de Control Técnico de Insumos
ABC	Costeo Basado en Actividades
DAR	Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad
DOF	Diario Oficial de la Federación
DAED	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
DF	Dirección de Finanzas
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DIDT	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
DJ	Dirección Jurídica
EMA	Emisión Mensual Anticipada
ENSAT	Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos del IMSS
ECE	Expediente Clínico Electrónico
FEUM	Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos
FIBESO	Fideicomiso de Beneficios Sociales
FIEL	Firma Electrónica Avanzada
FEPADE	Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales
FODI	Formación a Distancia e-learning
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
GRAA	Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria
GPC	Guías de Práctica Clínica



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

HGO	Hospital de Gineco obstetricia
HGP	Hospital General de Pediatría
HGZ	Hospital General de Zona
HGR	Hospital General Regional
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
HR	Hospital Rural
IDSE	IMSS Desde Su Empresa
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IFU	Inventario Físico de Unidades
JDSJ	Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos
JFCA	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje
LCE	Laboratorio Central de Epidemiología
LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
LOPSR	Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
LISSSTE	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LSS	Ley del Seguro Social
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LFTAIPG	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
LFT	Ley Federal del Trabajo
MMP	Miles de Millones de Pesos
MDP	Millones de Pesos



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

MEST	Módulo Electrónico de Salud en el Trabajo
NAFINSA	Nacional Financiera S. A.
NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
NVSM	Número de Veces el Salario Mínimo
OSD	Ofertas Subsecuentes de Descuento
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIC	Órgano Interno de Control en el IMSS
PEIMSS	Plan Estratégico del IMSS
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PREI	PREI Millenium
PbR	Presupuesto basado en resultados
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PROFEDET	Procuraduría de la Defensa del Trabajo
PGR	Procuraduría General de la República
PARI	Programa de Administración de Riesgos Institucionales
PAI	Programa de Aseguramiento Integral
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PMG	Programa Especial de Mejora de la Gestión
PNACJ	Programa Nacional de Atención y Control de Juicios
PNACJF	Programa Nacional de Atención y Control de Juicios Fiscales
PPE	Programa Primer Empleo
RFC	Registro Federal de Contribuyentes
RPPF	Registro Público de la Propiedad Federal
RLFPRH	Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
RIIMSS	Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social
RFA	Reservas Financieras y Actuariales



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

SBC	Salario Base de Cotización
SEP	Secretaría de Educación Pública
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SFP	Secretaría de la Función Pública
SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SAI	Sistema de Abasto Institucional
DATAMART	Sistema de Acopio de Información DataMart de Estadísticas Médicas
SATIC	Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SGC	Sistema de Gestión de Calidad
SIAIS	Sistema de Información de Atención Integral de la Salud
SICEH	Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria
SIPS	Sistema de Información de Prestaciones Sociales
SIPSI	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales
SIMO	Sistema de Información Médico Operativo
SIAGC	Sistema de Información y Administración de Guarderías Central



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

SIPAR	Sistema de información para el proceso administrativo de responsabilidades
SISTRAP	Sistema de trámite de pensiones
SPES	Sistema de Pensiones
SIPRO	Sistema de Proyección Operativa
SISAT	Sistema de Salud en el Trabajo
SSC	Sistema de Seguimiento de Casos
SIMF	Sistema Información de Medicina Familiar
SIAP	Sistema Integral de Administración de Personal
SINDO	Sistema Nacional de Derechos y Obligaciones
SUA	Sistema Único de Autodeterminación
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
TAOD	Técnica en Atención y Orientación al Derechohabiente
TESOFE	Tesorería de la Federación
TEC	Trabajadores Eventuales del Campo
TTD	Trabajadores por Tiempo Determinado
TFJFA	Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
URG	Unidad Responsable del Gasto
UMR	Unidades Médicas Rurales
UMU	Unidades Médicas Urbanas
UOPSI	Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano