

AUDITORÍA ESPECIAL DE DESEMPEÑO

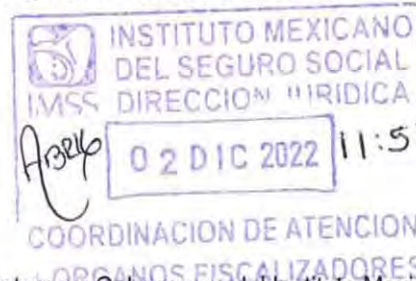
**DIRECCIÓN GENERAL DE AUDITORÍA Y EVALUACIÓN A LOS SISTEMAS
DE CONTROL INTERNO**

OFICIO NÚM. DGAESCI/285/2022

ASUNTO: Se cita a la reunión para la presentación de resultados finales y observaciones preliminares de la revisión practicada.

Ciudad de México, a 2 de diciembre de 2022.

**LIC. GUILLERMINA RIVERA RENDÓN
TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE
ATENCIÓN A ÓRGANOS FISCALIZADORES
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E**



CON ANEXOS

Nos referimos a la auditoría núm. 160, con título "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social" que con motivo de la revisión de la Cuenta Pública 2021 se viene realizando en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sobre el particular, con fundamento en los artículos 20 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; 3, en lo relativo a la Auditoría Especial de Desempeño, y 21, fracción XXXIV, del Reglamento Interior de la Auditoría Superior de la Federación, me permito convocar a usted a la reunión para la presentación de resultados finales y observaciones preliminares de la revisión en comento, para el día 16 de diciembre de 2022 a las 11:00 horas, en el Piso 9, Salas de Juntas "C y D", de las oficinas de la Auditoría Superior de la Federación, ubicadas en Carretera Picacho Ajusco No. 167, Col. Ampliación Fuentes del Pedregal, C.P. 14110, Demarcación Territorial Tlalpan, Ciudad de México, con el propósito de dar a conocer los resultados finales y observaciones preliminares correspondientes a esa entidad fiscalizada, derivados de la auditoría antes citada.

Se anexan las cédulas que contienen los resultados finales y las observaciones preliminares; así como las recomendaciones respectivas, para su conocimiento y, en caso de considerarlo conveniente, presente las justificaciones y aclaraciones pertinentes.

Por lo anterior, agradeceremos su asistencia en compañía de los servidores públicos responsables de la operación revisada. Con el fin de atender las medidas de contingencia sanitaria por el SARS-CoV 2, se solicita que sólo acudan a dicha reunión el personal estrictamente indispensable.

Sin otro particular, reiteramos a usted nuestra más atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

**LIC. JOSÉ DE J. SOSA LÓPEZ
DIRECTOR GENERAL**

C.c.p. Mtro. Agustín Caso Raphael, Auditor Especial de Desempeño de la Auditoría Superior de la Federación.
Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MMCC/ABV

Carretera Picacho Ajusco No. 167, Col. Ampliación Fuentes del Pedregal, C.P. 14110, Tlalpan, Ciudad de México, e-mail: asf@asf.gob.mx

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

NÚM. DEL RESULTADO:	1	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	1			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Planeación Estratégica del IMSS

El artículo 1° del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS) establece que el Instituto, en los términos consagrados en la Ley del Seguro Social (LSS), tiene por objeto organizar y administrar el seguro social, que es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional para garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios 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.

El artículo 17, fracción II, de la Ley de Planeación (LP) señala que las entidades paraestatales deberán elaborar sus respectivos programas institucionales, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales (LFEP) o, en su caso, por las disposiciones que regulen su organización y funcionamiento, atendiendo a las previsiones contenidas en el programa sectorial correspondiente, observando en lo conducente las variables ambientales, económicas, sociales y culturales respectivas.

En los artículos 24 y 26 Bis, de la LP se prevé que los programas institucionales se sujetarán a las previsiones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y en el programa sectorial correspondiente; asimismo, los programas derivados del PND deberán contener al menos: a) un diagnóstico general sobre la problemática a atender por el programa y la perspectiva de largo plazo en congruencia con el Plan; b) los objetivos específicos del programa alineados a las estrategias del Plan; c) las estrategias para ejecutar las acciones que permitan lograr los objetivos específicos del programa; d) las líneas de acción que apoyen la implementación de las estrategias planteadas en cada programa indicando la dependencia o entidad responsable de su ejecución, y e) los indicadores estratégicos que permitan dar seguimiento al logro de los objetivos del programa.

En el apartado de "Objetivos de la Institución" del Marco Integrado de Control Interno (MCI)^{1/} se señala que el Titular, con la participación de la Administración y bajo la supervisión del Órgano de Gobierno, debe establecer objetivos para alcanzar el mandato, la misión y la visión institucionales; los objetivos del PND, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica y el cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas. Se debe incluir el establecimiento de objetivos como parte del proceso de planeación estratégica.

El artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda y Tercera, Administración de Riesgos y Actividades de Control, Principios 6 y 12, elementos de control 6.01, 6.02, 6.03, 6.05, y 12.02, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno^{2/} (Acuerdo de Control Interno), establece que el Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y los objetivos, mediante un plan estratégico que de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su vinculación con el PND y los programas institucionales, sectoriales y especiales; además, que la Administración definirá objetivos en términos específicos y medibles, que se alineen con el mandato, la misión y la visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, deberá plantearlos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la institución con el PND y los programas institucionales y especiales, y que la Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, los cuales deben estar documentados y formalmente establecidos, mediante políticas para cada unidad y su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de los riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

Por otro lado, las funciones 1, 2 y 3, numeral 7.1.3.2.2. del Manual de Organización de la Dirección de Finanzas del IMSS establecen como funciones sustantivas de la División de Políticas de Asignación Presupuestal la de proporcionar elementos para la definición de la política institucional, estrategias, objetivos, indicadores y metas estratégicas del Instituto, en el marco de la LP y de las directrices establecidas por las autoridades competentes; realizar en coordinación con la Dirección de Planeación Estratégica Institucional los trabajos de formulación, elaboración e integración del Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS), acorde con el PND; así como, realizar la elaboración, integración, registro y publicación del Informe de Avance y Seguimiento del Programa Institucional de IMSS, con base en las aportaciones y participación de las áreas normativas.

^{1/} Auditoría Superior de la Federación y Secretaría de la Función Pública, Marco Integrado de Control Interno, México 2017.

^{2/} Secretaría de la Función Pública, Acuerdo de Control Interno publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de noviembre de 2016 y reformado el 5 de septiembre de 2018, vigente en 2021.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

En las funciones sustantivas 1, 3, 4 y 6, numeral 8.1.10, del Manual de Organización del IMSS, vigente en 2021, facultan a la Dirección de Planeación Estratégica Institucional de establecer la metodología para el análisis y evaluación de la información relevante para la elaboración de las estrategias de implementación de los planes, directrices y rutas de acción determinados por las autoridades superiores del Instituto en temas prioritarios y coyunturales; acordar los mecanismos de implementación con las direcciones normativas para las estrategias de implementación a corto, mediano y largo plazos, sobre temas coyunturales y prioritarios determinados por los órganos superiores del Instituto; aprobar la instrumentación de investigaciones, metodologías y estudios, con el propósito de identificar la percepción de los derechohabientes y la población en general de los servicios y atención proporcionados por el Instituto; así como, la realización de evaluaciones de diversos programas institucionales.

En la función 10, numeral 7.1.1 del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, vigente en 2021, se facultó a la Coordinación de Seguimiento Interinstitucional para dirigir las asesorías técnicas que se lleven a cabo con las direcciones normativas que lo soliciten, para promover la alineación de sus programas y estrategias con el modelo y las políticas de seguridad social que permeen en la transformación institucional.

En la función 2, de los numerales 7.1.3.2 y 7.1.3.3. del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, vigente en 2021, se señala que a las Divisiones de Información y Procesos Estadísticos, y de Investigación y Estudios de Usuarios les corresponde contribuir a la integración de un Sistema Institucional de Percepción Social y, con ello, disponer de insumos para apoyar el proceso de planeación y transformación del Instituto.

Con el objetivo de comprobar que, en 2021, el IMSS contó con un plan o programa estratégico o sus equivalentes, en el que estableció los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones puntuales para los procesos sustantivos; midió y dio seguimiento a dicho plan o programa; así como, verificar que dicho documento se vinculó a la consecución de los objetivos y las metas previstos en el PND 2019-2024 y los programas sectoriales y especiales. La ASF solicitó a la entidad fiscalizada, con el oficio número AED/DGAESCI/002/2022 del 4 de enero de 2022, el PIIMSS autorizado y vigente en 2021, vinculado con el PND 2019-2024 y los programas sectoriales respectivos; los informes de actividades y los programas de labores correspondientes al ejercicio fiscal de 2021.

En respuesta, el IMSS proporcionó la información y documentación solicitada, con el oficio número 09 9001 600 0200/024/2022 del 27 de enero de 2022, con el análisis realizado se verificó que el PIIMSS guardó congruencia con los objetivos, las estrategias y las acciones puntuales previstas en el PND 2019-2024; sin embargo, no estableció la vinculación con el programa sectorial de salud. Además, se observó que el IMSS mostró deficiencias en la definición e integración de los criterios de gobernanza interna que le permitieran proporcionar elementos suficientes para la definición, formulación y elaboración integral y homóloga de planes, directrices y rutas de acción en temas prioritarios y coyunturales, así como la detección de necesidades y el nivel de satisfacción integral sobre los servicios otorgados para el bienestar individual y colectivo en sus Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, subdelegaciones, unidades administrativas, médicas y sociales que impidieron consolidar un cuerpo documental de alcance institucional en materia de planeación que fuera articulado, sujeto de supervisión, evaluación y seguimiento que mostrara el alcance de las actividades en todos sus niveles y permitiera garantizar la vinculación de los planes y programas de trabajo con su estrategia institucional, sectorial y nacional. Lo antes descrito, se sustentó con las pruebas de fiscalización que se detallan a continuación:

A. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Se identificó que el PND 2019-2024^{3/} fue el instrumento de planeación estratégica de mediano plazo, el cual definió 12 principios rectores, 3 ejes generales y 34 objetivos centrales. En ese orden de ideas, el equipo auditor verificó que el IMSS vinculó el PIIMSS 2020-2024 con el principio rector 7 "No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera" y al eje general II "Política Social". Asimismo, se verificó que el PIIMSS 2020-2024 incluyó el apartado "5. Análisis del estado actual", en el que se señaló que el Instituto coadyuvará con dicho principio rector por medio de las siguientes acciones:

- a. Implementación de mecanismos de atención prioritaria para favorecer y garantizar la incorporación a la vida económica, política y social de grupos históricamente discriminados, como son las personas con discapacidad, la población indígena, los trabajadores agrícolas, trabajadoras del hogar y la población LGBTTTI+^{4/}.

3/ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2018.

4/ Lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual, PIIMSS 2020-2024. Página 5.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

b. Implementación de un sistema de salud que atienda las necesidades de toda la población.

c. Fortalecimiento de las capacidades operativas, financieras, administrativas y de infraestructura en beneficio de las personas derechohabientes y usuarias, por medio de las políticas de gasto eficiente y mejor recaudación, la eliminación de la corrupción y la impunidad; así como, privilegiar la implementación de la austeridad republicana y el buen uso de los recursos humanos y materiales del Instituto.

Con relación al eje general II. "Política Social" del PND 2019-2024, el IMSS señaló que tiene la responsabilidad de atender las necesidades en materia de salud y seguridad social de una gran parte de la población mexicana, para lo cual otorga servicios de salud y en materia de seguridad social ofrece protección a los asegurados y a sus familiares frente a eventos que ponen en riesgo sus ingresos; apoya el cuidado infantil con el servicio de guarderías; ofrece diversas actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico; así como una red de tiendas, centros vacacionales y velatorios.

B. Programa Sectorial de Salud 2020-2024

Se identificó que el Programa Sectorial de Salud^{5/} (PSS) 2020-2024 está a cargo de la Secretaría de Salud y se deriva del PND 2019- 2024, es el documento que encabeza la política nacional en materia de salud y de coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades del sector público, incluido el IMSS, los agrupamientos por funciones y programas afines. Se identificó que el documento define 6 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales, para materializar el derecho a la protección de la salud, teniendo como objetivo prioritario el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud.

Al respecto, el IMSS no acreditó la vinculación del PIIMSS 2020-2024 con el PSS 2020-2024, por lo que el equipo auditor entrevistó a los servidores públicos de la Dirección Normativa de Planeación Estratégica Institucional (DPEI)^{6/}, quienes señalaron que el Instituto integró la información relacionada principalmente con las prestaciones médicas, referente a las acciones puntuales de las actividades sustantivas del IMSS para la integración del Informe de Labores de la Secretaría de Salud 2021, y de los cuales proporcionaron evidencia de los oficios de 2021 referentes a la designación de los enlaces para la integración del "Apartado de Salud del Tercer Informe de Labores 2021" y del "Tercer Informe de Gobierno" y 20 correos electrónicos en los que la Titular de la DPEI estableció acciones de comunicación con las áreas del IMSS y la Secretaría de Salud para coadyuvar con la integración de la información para el Tercer Informe de Labores 2020-2021; dicha información se relacionó con 5 objetivos prioritarios, 8 estrategias prioritarias y 11 acciones puntuales^{7/} concernientes con el área médica; no obstante, las actividades realizadas por el IMSS no se vincularon con el PSS 2020-2024, por lo que no se dio observancia a lo previsto en los artículos 17, fracción II, y 24 de la LP; el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda y Tercera, Administración de Riesgos y Actividades de Control, Principios 6 y 12, elementos de control 6.01, 6.02, 6.03, 6.05, y 12.02, del Acuerdo de Control Interno, y del apartado de "Objetivos de la Institución" del Marco Integrado de Control Interno.

C. Planeación Estratégica Institucional del IMSS

De la planeación estratégica institucional, el equipo auditor constató que, en términos de lo dispuesto en el artículo 17, fracción II, de la LP y en alineación con el PND, el IMSS elaboró el PIIMSS 2020-2024, que define 6 objetivos prioritarios y 4 ejes rectores de la Cuarta Transformación de la vida pública del país: i) Tiempo y trato, ii) Territorio, iii) Toma de decisiones compartidas, y iv) Todas y Todos, y de manera transversal, la Transparencia y la eliminación de la corrupción y la impunidad.

5/ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020.

6/ Documentada mediante Acta Administrativa circunstanciada número 008/CP2021 de fecha 9 de septiembre de 2022 y Acta Circunstanciada número 022/CP2021 de fecha 7 de octubre de 2022.

7/ Matriz de Apartaciones del Tercer Informe de Labores 2020-2021: 1.1.6. Promover la vinculación interinstitucional para la integración del Sistema Nacional de Salud; 1.5.8. Fortalecer los servicios de rehabilitación no hospitalaria realizados a través de los Centros de Rehabilitación para atender a población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, favoreciendo su inclusión educativa, laboral y social; 1.6.3. Fomentar la realización de compras consolidadas a efecto de obtener mejores condiciones económicas por el volumen de compras; 1.6.4. Sistematizar el monitoreo y el control de abasto de medicamentos e insumos para asegurar su disponibilidad en todo el sistema público de salud; 2.1.1. Homologar el modelo de atención en primer nivel conforme al modelo APSI, para mejorar la atención y compartir las tareas de educación, promoción y prevención de la salud; 2.5.2. Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización; 3.2.1. Consolidar la contratación de personal necesario, debidamente capacitado para la prestación de los servicios de salud y asistencia social; 3.2.3. Avanzar progresivamente hacia la uniformidad de las estructuras orgánicas de todas las instituciones en lo referido a los servicios de salud, médicos y de asistencia social; 4.4.5. Implementar campañas de difusión en los centros de trabajo sobre los servicios de consulta y detección temprana de enfermedades para su prevención; 5.4.6. Fortalecer el modelo integral de asistencia social, para la promoción del desarrollo integral y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de niñas y niños; y 5.4.10. Fortalecer las campañas y mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños para garantizar su salud y sano desarrollo en los primeros años de vida.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

El Instituto manifestó que elaboró el PIIMSS 2020-2024 con base en los "Criterios para elaborar, dictaminar, aprobar y dar seguimiento a los programas derivados del PND 2019-2024" (Criterios) y la "Guía para la elaboración de programas derivados del PND 2019-2024" (Guía) emitidos por la SHCP. Al respecto se constató lo siguiente:

- a. Se realizó en términos del artículo 26 Bis de la LP.
- b. El programa se vinculó con el PND 2019-2024 por medio del principio rector "7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera" y al eje general "II. Política Social".
- c. Se definieron 6 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 113 acciones puntuales enfocadas en las personas derechohabientes y usuarias.
- d. En el numeral "8. Metas para el bienestar y Parámetros" del PIIMSS 2020-2024, se incluyeron 6 metas para el bienestar y 12 parámetros, para dar seguimiento a los objetivos prioritarios establecidos en el programa; aplicación de método de cálculo del indicador para la obtención del valor de la línea base; el valor de línea base y las metas; las metas intermedias; así como; la serie histórica de la meta para el bienestar o parámetro.
- e. El Programa no consideró, ni vinculó los 6 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales con los establecidos en el PSS 2020-2024.

Planeación estratégica del IMSS con base en la percepción social

Se identificó que el IMSS, en la función 2, de los numerales 7.1.3.2 y 7.1.3.3, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (DPEI), vigente en 2021, facultó a las Divisiones de Información y Procesos Estadísticos, y de Investigación y Estudios de Usuarios de contribuir a la integración de un Sistema Institucional de Percepción Social (SPS- IMSS) y, con ello, disponer de insumos para apoyar el proceso de planeación y transformación del Instituto; es decir, definir la base para el diseño de la planeación estratégica institucional del IMSS. Al respecto, el equipo auditor verificó que, en 2021, la DPEI contó con el proyecto estratégico denominado SPS-IMSS, como mecanismo que integra las opiniones de los diferentes usuarios del Instituto como instrumento de cambio y transformación, el cual fue elaborado por medio del levantamiento de encuestas y de estudios para escuchar a los derechohabientes y, con ello, generar estadísticas que tuvieron como objetivo integrar las diversas visiones de la percepción en el ámbito médico, social y operativo; establecer un documento que contenga las directrices institucionales que permitan la planeación estratégica del IMSS a corto, mediano y largo plazos. Adicionalmente, mencionó que dicho proceso se vinculó con el Objetivo Prioritario 6^{8/} del PIIMSS 2020-2024.

El equipo auditor identificó que, en 2021, el Instituto publicó los resultados de dos encuestas y dos estudios: 1) Encuesta Nacional de Imagen Institucional del IMSS^{9/} (ENII-IMSS), 2) Encuesta de percepción sobre algunos aspectos de medicina preventiva (ENMP-IMSS)^{10/}, 3) Estudio Cualitativo con personal directivo de unidades médicas de los tres niveles de atención del IMSS^{11/} y 4) el Estudio Cualitativo con personal directivo de guarderías directas del IMSS^{12/}. Con la revisión de estos documentos se determinó lo siguiente:

- a. En ninguno se definió la vinculación con los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales establecidos en el PIIMSS 2020-2024.
- b. En la ENII-IMSS se observó que dicha encuesta se relacionó con temas como la actuación del IMSS durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19); posibles prácticas de corrupción, transparencia y condicionamiento de servicios, atención médica en consultorios de farmacias privadas, entre otros; la cual se basó en la aplicación de 25,142 encuestas efectivas enviadas por correos electrónicos; lo anterior,

8/ Objetivo Prioritario 6. Garantizar que el Instituto cuente con los mecanismos para conocer las necesidades y atender las demandas de la población derechohabiente y usuaria. Página 45.

9/ Encuesta aplicada en línea del 22 de abril al 10 de mayo de 2021. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENII/2021-ENII-IMSS.pdf>.

10/ Memoria Estadística 2021 Encuesta aplicada bajo la modalidad en "línea" del 14 al 30 de septiembre de 2021. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENII/2021-Encuesta-Percepcion-MedicinaPreventiva.pdf>.

11/ Estudio realizado en 2021 por la empresa Enkoll S.A de C.V Licitación Pública Nacional Electrónica Núm. LA-050GYR019-E180-2021 Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/EC/2021-EC-Unidades-Medicinas.pdf>.

12/ Estudio realizado en 2021 por la empresa Enkoll S.A de C.V Licitación Pública Nacional Electrónica Núm. LA-050GYR019-E180-2021. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/EC/2021-EC-Guarderias.pdf>.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

representó el 3.6% de los 707,427 correos enviados y el 0.035% de los 71,579,550^{13/} derechohabientes que integraron la población^{14/} del IMSS en 2021. Los resultados de la encuesta revelaron que el 58.0% de los entrevistados consideró como excelente o buena la actuación del IMSS ante la contingencia sanitaria; los principales motivos de insatisfacción de los derechohabientes por los servicios otorgados por el IMSS fueron los largos tiempos de espera, la falta de personal, los médicos y especialistas y la falta de medicamentos y maltrato del personal. Con relación a la transparencia y posibles acciones de corrupción se identificó que los resultados arrojaron que el 37.0% de los derechohabientes y usuarios creen que los servidores públicos del IMSS atienden primero a sus amigos, familiares y conocidos (trato inequitativo).

- c. En la ENMP-IMSS se identificó que tuvo como objetivo conocer el grado de satisfacción de las personas encuestadas con los servicios que reciben en las Unidades Médicas y las unidades de PrevenIMSS; identificar las acciones que llevaron a cabo las personas para el cuidado de su salud y la detección de enfermedades crónicas, la vacunación contra el Covid-19 y las acciones que llevaron a cabo para evitar el contagio; así como, analizar el conocimiento de los derechohabientes sobre los logros y las problemáticas del Instituto. La encuesta fue elaborada con base en 25,523 encuestas efectivas aplicadas por correos electrónicos, lo que representó el 4.6% de los 555,530 correos enviados y el 0.036% de la población derechohabiente del IMSS durante 2021. Entre los resultados más representativos, la encuesta señaló que el 61.0% de las personas encuestadas manifestaron satisfacción en los servicios recibidos; un poco más de una tercera parte de los encuestados percibieron la mala atención médica o mal trato como el principal problema del IMSS para proporcionar servicios de salud de calidad y así cumplir con las expectativas de las personas usuarias; así como, la falta de medicamentos, la entrega de medicamentos de baja calidad o falta de vacunas.
- d. El Estudio cualitativo se enfocó a personal directivo de las unidades médicas de los tres niveles de atención del IMSS, se constató que tuvo como objetivo conocer las opiniones y percepciones del personal directivo de los servicios de las unidades médicas. El estudio se realizó en las regiones centro-norte, centro-sur, nor-occidente y nor-este por medio de 8 sesiones de grupo y 13 entrevistas a profundidad en temas relacionados con el impacto de la pandemia causada por el COVID-19 y la percepción sobre la calidad en el servicio. El estudio destacó que los centros de trabajo enfrentan cinco problemas como son el desabasto de medicamentos e insumos, el incremento en la demanda de consultas y servicios, la falta de personal administrativo y de especialidades médicas, la mala atención del personal de áreas no médicas y el malestar creciente de los derechohabientes ante las carencias del servicio.
- e. El Estudio cualitativo con personal directivo de guarderías directas del IMSS, estableció como objetivo conocer las opiniones y percepciones del personal directivo del servicio de guardería, mismo que se elaboró con base en 4 sesiones de grupo con directivas de las guarderías ubicadas en CDMX-Sur, CDMX-Norte, Monterrey Guadalajara, y 7 entrevistas con directivas de las guarderías de Chihuahua, Culiacán, La Paz, Mérida, Monclova, Puebla y Veracruz. El Estudio puntualizó que las directivas señalaron que los cambios detectados en los últimos tres años se relacionaron con el incremento de la carga de trabajo que rebasa en lo cotidiano; inconformidades entre algunos padres de familia porque no logran apegar a las reglas, requisitos y normativas; algunas guarderías tienen sobrepoblación y ya son insuficientes; la mayoría de las guarderías tienen grandes listas de espera; los derechohabientes prefieren las guarderías con horario extendido y por eso tienen alta demanda.

Con el análisis de las encuestas y estudios, el equipo auditor observó poca representatividad en los resultados obtenidos que permitieran al IMSS obtener una percepción integral en el ámbito médico, social y operativo y que coadyuvaran como insumos de apoyo para el proceso de planeación y transformación del Instituto, ya que se observaron sesgos en la aplicación, en la temporalidad de las encuestas, alta tasa de no respuesta y falta de aplicación de factores de expansión^{15/}; por lo que se concluye que durante 2021 el IMSS no realizó investigaciones, estudios y encuestas para conocer las necesidades y el nivel de satisfacción integral de los derechohabientes, relacionado con los diversos servicios otorgados mediante las prestaciones económicas y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, como guarderías, actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico; así como, las tiendas, centros vacacionales y velatorios; asimismo, los resultados de los diversos estudios y encuestas del SPS - IMSS no incluyeron la vinculación con la definición de los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales establecidos en el PIIMSS 2020-2024; lo anterior, no dio observancia a lo dispuesto en la función 2, de los numerales 7.1.3.2 y 7.1.3.3, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, vigente en 2021.

Así tampoco el IMSS contó con información que acreditara de qué manera las mediciones subjetivas de los involucrados en la prestación de los servicios y las áreas de oportunidad identificadas por medio de las investigaciones, estudios y encuestas elaboradas coadyuvaron como insumos para la determinación, modificación o replanteamiento de un documento de planeación que incluyera las directrices institucionales que permitan la definición integral de una planeación estratégica en el corto, mediano y largo plazos.

13/ Memoria Estadística 2021. Capítulo II. Población Derechohabiente. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>.

14/ Población derechohabiente, que incluyó Asegurados, Familiares de asegurados, pensionados totales y familiares de pensionados. Memoria Estadística 2021. Capítulo II. Población Derechohabiente. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>.

15/ Magnitud de representación que cada selección posee para describir una parte del universo de estudio.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

D. Gobernanza en materia de planeación estratégica en el IMSS

Con el propósito de verificar los mecanismos de dirección, control y supervisión en materia de planeación estratégica de la DPEI y de la Dirección de Finanzas con las direcciones normativas, los Órganos Administrativos Desconcentrados (OOAD), las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE); las Unidades Médicas de 1^{er.} y 2^{do.} Nivel, y las demás unidades operativas del IMSS para implementar el proceso de planeación, el equipo auditor llevó a cabo entrevistas y pruebas de control (visitas domiciliarias)^{16/} en las instalaciones a nivel central de la Dirección de Finanzas y de la DPEI; en los OOAD Estatales de Chihuahua y Chiapas^{17/}. El resultado se muestra a continuación:

A Nivel Central:

Se verificó que la División de Políticas de Asignación Presupuestal (adscrita a la Dirección de Finanzas) y la DPEI fueron las encargadas de la integración y seguimiento del PIIMSS 2020-2024 y de dar cumplimiento a los requerimientos de la SHCP y de la Secretaría de Salud en materia de planeación nacional y sectorial; sin embargo, se observó que dichas áreas únicamente concentraron la información que cada Dirección Normativa^{18/} aportó y no definieron, formularon, establecieron y midieron la contribución al PIMSS 2020-2024 y al PSS 2020-2024, lo que demostró que el IMSS contó una planeación estratégica estratificada, ya que las direcciones normativas fueron las responsables del establecimiento de la planeación estratégica y vinculación en materia nacional y sectorial, por lo que las áreas facultadas para la planeación estratégica no proporcionaron los elementos para la definición, formulación y elaboración de la política institucional, las estrategias, los objetivos, indicadores y las metas, para la implementación de los planes, directrices y rutas de acción en temas prioritarios y coyunturales de forma integral y vinculante a todas las áreas del IMSS, como se señaló en los apartados anteriores, por lo que se observó la falta de coordinación de las distintas áreas participantes y que los esfuerzos de éstas se concentraron en requisitar la congruencia de la formulación del PIIMSS y el cumplimiento de los requerimientos de la SHCP y de la Secretaría de Salud.

Aunado a lo anterior, se verificó, mediante entrevistas, que el IMSS careció de una metodología o proceso para dirigir las asesorías técnicas con las direcciones normativas para alinear sus programas y estrategias con el modelo y las políticas de seguridad social; por lo que no se dio atención a lo dispuesto en las funciones 1 y 10, numerales 7.1.1 y 7.1.2.1.2, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, vigente en 2021.

A nivel de las Unidades Estatales de Chihuahua y Chiapas:

Se verificó lo siguiente:

- a. Los OOAD Estatales se conformaron por 4 coordinaciones y 7 jefaturas, en cada una de ellas existió comunicación ascendente con las direcciones normativas a nivel central, las cuales reportaron a nivel central los "Planes o Programas de Trabajo" en los que se establecieron, vincularon y dieron seguimiento con la planeación estratégica institucional del IMSS; por lo que cada OOAD determinó de forma individual sus objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y acciones puntuales de cómo se debieron vincular sus operaciones con el PIIMSS 2020-2024; no obstante, se comprobó que en dichos documentos no se vincularon con el PND 2019-2024, el PSS 2020-2024 y el propio PIIMSS 2020-2024.
- b. Los OOAD no contaron con un área específica que realizara el seguimiento y supervisara el cumplimiento de los planes o programas de trabajo de forma integral de las coordinaciones y jefaturas a su cargo, y la vinculación de éstos con los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y acciones puntuales del PIIMSS 2020-2024; toda vez, que cada coordinación o jefatura reportó de forma individual e independiente a la Dirección Normativa correspondiente a nivel central.
- c. Los OOAD no vincularon los planes, programas de trabajo o cualquier documento homólogo de las Subdelegaciones adscritas a ellos, así como de las unidades administrativas, médicas y sociales en sus demarcaciones territoriales, bajo el argumento de que cada Dirección Normativa a nivel central concentró la información de todas las OOAD, así como de sus unidades, en el ámbito de su competencia. Hecho que no se comprobó con las pruebas de fiscalización.

16/ Notificadas al IMSS mediante el Oficio Número DGAESCI/175/2022 de fecha del 21 de septiembre de 2022.

17/ Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditoría números 024/CP2021 y 026/CP2021, suscritas el 13 y 27 de octubre de 2022, respectivamente.

18/ Direcciones de Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, de Administración, de Incorporación y Recaudación Jurídica, de Innovación y Desarrollo Tecnológico, de Finanzas, de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones y de Planeación Estratégica Institucional.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Por todo lo anterior, se constató que el IMSS no contó con mecanismos suficientes para garantizar la vinculación de las diversas delegaciones, subdelegaciones y unidades administrativas, médicas y sociales al proceso de planeación estratégica institucional, por lo que no se aseguró el cumplimiento de los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales del PIIMSS 2020-2024.

Seguimiento del PIIMSS 2020-2024

Concerniente al seguimiento del cumplimiento de los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y acciones puntuales del PIIMSS 2020-2024, se verificó que la División de Proyectos de Gestión Presupuestal realizó la elaboración, integración, registro y publicación del Informe de Avance y Seguimiento del Programa Institucional de IMSS en 2021, la referida área lo integró con los reportes emitidos por cada Dirección Normativa a nivel central y los cuales, a su vez, se alimentaron por los reportes emitidos por los OOAD y las unidades administrativas, médicas y sociales, sin que la División de Proyectos de Gestión Presupuestal verificara la integridad de la información reportada por cada dirección normativa, ya que dicha división, en su caso, únicamente solicitó a las direcciones normativas indicar los factores que provocaron el incumplimiento de los indicadores establecidos por cada una de ellas, para integrarlos en el informe; por lo que entre los meses de abril y mayo de 2022 la División elaboró el Informe sobre el avance y los resultados obtenidos durante el ejercicio fiscal 2021 del PIIMSS 2020-2024, denominado "Avances y Resultados 2021".

Aunado a lo anterior, el Instituto proporcionó el documento denominado "Relación de las áreas normativas (responsables de atención) y de los objetivos, estrategias, acciones puntuales, metas y parámetros del PIIMSS 2020-2024" que incluyó la matriz integrada con los objetivos prioritarios, el enfoque poblacional, las estrategias prioritarias, el área responsable, las acciones puntuales; así como, las metas y los parámetros; sin embargo, la IMSS no acreditó la información relacionada con los reportes de avances registrados en el SISEG-PPND, ni tampoco la documentación que acreditara los factores que provocaron el incumplimiento de los indicadores establecidos por cada Dirección Normativa para integrarlos en el Informe sobre el avance y los resultados obtenidos durante el ejercicio fiscal 2021 del PIIMSS 2020-2024; por lo que no se dio observancia a lo previsto en la función 16, numeral 8.1.6, del Manual de Organización del IMSS; y la función sustantiva 3, numeral 7.1.3.2.2, del Manual de Organización de la Dirección de Finanzas, vigentes en 2021.

Con la revisión del Informe sobre el avance y los resultados obtenidos durante el ejercicio fiscal 2021 del PIIMSS 2020-2024 (Avances y Resultados 2021), el equipo auditor constató que el IMSS presentó los "Avances" de los 6 objetivos prioritarios, las "Actividades relevantes" de las 26 estrategias prioritarias establecidos en el PIIMSS 2020-2024; no obstante, no presentó los avances y resultados de las 113 acciones puntuales enfocadas en las personas derechohabientes y usuarias.

Adicionalmente, se identificó que en el Informe de Labores y Programa de Actividades 2020-2021 del IMSS se incluyó en el Capítulo III, el Programa de Actividades 2021-2022, referente a las direcciones de Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, de Administración, de Incorporación y Recaudación Jurídica, de Innovación y Desarrollo Tecnológico, de Finanzas, de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones y de Planeación Estratégica Institucional; sin embargo, dicho programa no definió la vinculación con los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales establecidas en el PSS 2020-2024 y el PIIMSS 2020-2024.

Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, el equipo auditor comprobó que, en 2021, el IMSS contó con el PIIMSS 2020-2024 en el que estableció los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones puntuales para los procesos sustantivos, el cual guardó congruencia con los objetivos, las estrategias y las acciones puntuales previstas en el PND 2019-2024; sin embargo, no se vinculó con el programa sectorial de salud. En materia de gobernanza, el IMSS mostró áreas de oportunidad ya que se observó una desarticulación de las distintas unidades encargadas de la planeación institucional, lo que tuvo como consecuencia que el Instituto no constituyera un Sistema Institucional de Percepción Social integral que le permitiera disponer de insumos para apoyar el proceso de planeación y transformación y, con ello, le permitiera a sus Direcciones Normativas proporcionar a sus Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, subdelegaciones, unidades administrativas, médicas y sociales los elementos para la definición, formulación y elaboración integral y homóloga de planes, directrices y rutas de acción en temas prioritarios y coyunturales como un mecanismo articulado que garantizara la vinculación de los planes y programas de trabajo de todos sus organismos, basado en una estrategia de planeación integral a nivel institucional, sectorial y nacional.

Pre- Recomendación 1

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social elabore e implemente un manual, lineamiento o procedimiento específico para la planeación estratégica, en el que se defina su diseño, elaboración, implementación y seguimiento; y asesorías, que incorpore los insumos, los plazos, los entregables, la periodicidad, los responsables, los tramos de control, los medios de comunicación y el seguimiento; así como la coordinación con las Direcciones Normativas, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Subdelegaciones, Unidades Administrativas, Médicas y

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Sociales, a fin de contar con documentos de planeación integrales y armonizados, que aseguren la fijación de objetivos, estrategias, líneas de acción, indicadores, metas y parámetros de medición de los resultados, en alineación con el Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Especiales y demás planes y programas institucionales. Lo anterior, garantizará el cumplimiento del mandato constitucional y consolidará un cuerpo estratégico y documental de alcance institucional articulado. Lo anterior, como lo prevén los artículos 17, fracción II, 24 y 26 Bis de la Ley de Planeación; las funciones sustantivas 1 y 3, numeral 8.1.10, del Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social; la función 10, numeral 7.1.1, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional; las funciones 1, 2 y 3, numeral 7.1.3.2.2, del Manual de Organización de la Dirección de Finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como, el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda y Tercera, Administración de Riesgos y Actividades de Control, Principios 6 y 12, elementos de control 6.01, 6.02, 6.03, 6.05, y 12.02, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 2

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca mecanismos de control que garanticen que el "Sistema de Percepción Social" tenga un alcance integral y significativo que le permita identificar la percepción de los derechohabientes y de la población usuaria sobre los servicios médicos, sociales y administrativos y la atención brindada por el Instituto y, con ello, disponer de información veraz, integra y oportuna que contribuya al proceso de planeación estratégica a corto, mediano y largo plazos y que promueva acciones de mejora; de conformidad con la función sustantiva 4 y 6, numeral 8.1.10, del Manual de Organización del IMSS; y la función sustantiva 2, de los numerales 7.1.3.2 y 7.1.3.3, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional; así como, el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

NÚM. DEL RESULTADO:	2	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	2			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Órganos de Gobierno del IMSS

Los órganos de Gobierno y la Alta Dirección tienen en conjunto la responsabilidad de establecer los objetivos del Instituto, definir las estrategias para alcanzar esos objetivos y establecer estructuras de gobernanza y procesos para administrar de mejor modo los riesgos frente al logro de los objetivos.^{19/}

El análisis de la integración y funcionamiento de los órganos de Gobierno y la Alta Dirección constituye una aproximación para la medición de su contribución a la efectividad del funcionamiento de la estructura de Gobierno Corporativo, generando valor a las organizaciones. Para desarrollar un modelo de evaluación de los órganos de Gobierno y la Alta Dirección se requiere verificar los elementos de cumplimiento incluidos en el marco jurídico y normativo de éstos; considerando las responsabilidades y funciones que debe desempeñar cada órgano para determinar el nivel de adhesión a la norma.^{20/}

De conformidad con el Componente Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05, y Principio 2. Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia, puntos de interés 2.01 y 2.04, del Marco Integrado de Control Interno (MICI)^{21/}, el Órgano de Gobierno, el Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento; asimismo, deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. Deben establecer la actitud de respaldo en toda la institución a través de su actuación y ejemplo, lo cual es fundamental para lograr un control interno apropiado y eficaz. En las instituciones más grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también pueden establecer la "actitud de respaldo de la Administración", las directrices, actitudes y conductas del Órgano de Gobierno y del Titular deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución. De igual manera, deben reforzar el compromiso de hacer lo correcto y no sólo de mantener un nivel mínimo de desempeño para cumplir con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, a fin de que estas prioridades sean comprendidas por todas las partes

^{19/} Responsabilidad de los Titulares y la Alta Dirección sobre el Control Interno, disponible en: https://www.asf.gob.mx/uploads/179_Sensibilizacion_en_Materia_de_Control_Interno/10_RESPONSABILIDADES_DE_LOS_TITULARES_EN_EL_CONTROL_INTERNO.pdf

^{20/} Texto elaborado por el equipo auditor con base en VI. Las responsabilidades del consejo de administración, OECD (2016), Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, OECD Publishing, París, disponible en <https://doi.org/10.1787/9789264259171-es>.

^{21/} Auditoría Superior de la Federación y Secretaría de la Función Pública, Marco Integrado de Control Interno, México 2017.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

interesadas, tales como reguladores, empleados y el público en general, (...) sin una sólida actitud de respaldo de éstos para el control interno, la identificación de riesgos puede quedar incompleta, la respuesta a los riesgos puede ser inapropiada, las actividades de control pueden no ser diseñadas o implementadas apropiadamente, la información y la comunicación pueden debilitarse; asimismo, los resultados de la supervisión pueden no ser comprendidos o pueden no servir de base para corregir las deficiencias detectadas. El Órgano de Gobierno y el Titular son responsables de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables y la estructura y características de la institución. (...) En la selección de los miembros de un Órgano de Gobierno y el Titular deben considerar el conocimiento necesario respecto de la institución, los conocimientos especializados pertinentes, el número de miembros con que contará el Órgano y su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en la institución.

El componente Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, punto de interés 14.05, del MICI, señala que el Órgano de Gobierno y el Titular deben recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Órgano de Gobierno o al Titular, debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

El artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, elementos de control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06, y Principio 2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia, elementos de control 2.01, 2.03 y 2.06, del Acuerdo de Control Interno, establecen que: El Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento. (...) El Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. En instituciones grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también deben establecer la "actitud de respaldo de la Administración". Las directrices, actitudes y conductas del Titular y del Órgano de Gobierno deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución. La Administración, con la supervisión del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno, debe definir las expectativas que guarda la institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta. El Titular y el Órgano de Gobierno, es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la institución. En la selección del Titular y de los miembros del Órgano de Gobierno, se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la institución, los conocimientos especializados pertinentes, el número de miembros con que contará el Órgano de Gobierno y su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en la institución. En la determinación del número de miembros que componen al Órgano de Gobierno se debe considerar la necesidad de incluir personal con otras habilidades especializadas, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva al Titular y favorezcan la toma de decisiones adecuadas.

El artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, elemento de control 14.04, del Acuerdo de Control Interno, señala que: "El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Titular o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno".

El artículo 251A de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que "El Instituto, a fin de lograr una mayor eficiencia en la administración del Seguro Social y en el despacho de los asuntos de su competencia, contará con órganos de operación administrativa desconcentrada, así como con órganos colegiados integrados de manera tripartita por representantes del sector obrero, patronal y gubernamental, cuyas facultades, dependencia y ámbito territorial se determinarán en el Reglamento Interior del Instituto".

El artículo 257 de la LSS establece que "Los órganos superiores del Instituto son: I. La Asamblea General; II. El Consejo Técnico; III. La Comisión de Vigilancia, y IV. La Dirección General".

El artículo 2° del Reglamento Interior de Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS) establece las definiciones siguientes:

- Órganos Colegiados: Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada: Delegaciones Estatales y Regionales, y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- Órganos Normativos: Las direcciones normativas de Administración y Evaluación de Delegaciones; de Finanzas; Incorporación y Recaudación; de Innovación y Desarrollo Tecnológico; Jurídica; de Prestaciones Económicas y Sociales; y de Prestaciones Médicas; así como las unidades y coordinaciones que de ellas dependan.
- Órganos Operativos: Unidades de Servicios Médicos y no Médicos; Subdelegaciones; Oficinas para Cobros del Instituto Mexicano del Seguro Social y otras unidades administrativas.
- Órganos Superiores: la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General.

En los artículos 31, fracción X y 32, del RIIMSS, se establece que el Consejo Técnico tiene la atribución de crear e integrar los comités para el mejor desempeño de sus funciones y éstos deberán informarle de sus actividades realizadas, estarán integrados por los representantes de la unidad administrativa correspondiente, por el sector gubernamental quien fungirá como coordinador, así como de los sectores obrero y patronal.

El lineamiento 1.8 Comités del Consejo Técnico. Integración y Funcionamiento, de los Lineamientos Operativos del Consejo Técnico^{22/}, señala que los comités son instancias intermedias creadas como mecanismos para apoyar al Consejo Técnico en sus funciones; se integrarán preferentemente por consejeros titulares o suplentes, manteniendo siempre la representación de los sectores obrero, patronal y del Instituto; la coordinación de los comités deberá recaer en los Directores Normativos del Instituto; sesionarán al menos una vez al mes de manera ordinaria y en cualquier momento de forma extraordinaria y las funciones de los comités son independientes de otras instancias y foros previstos por la LSS o el RIIMSS.

A fin de verificar que, durante 2021, los Órganos Superiores del IMSS, los comités y los órganos colegiados se rigieron bajo una normativa para su integración, funcionamiento e independencia y, evaluar en qué medida éstos sesionaron y se comunicaron e informaron para propiciar un funcionamiento eficiente y eficaz en la toma de decisiones oportuna, de conformidad con sus atribuciones y facultades definidas en el marco jurídico y normativo aplicable, y lo previsto en las mejores prácticas de control interno y, que con ello, se contribuyó al logro de los objetivos y las metas del IMSS. El equipo auditor solicitó a la entidad fiscalizada, mediante el oficio número OAED/DGAESCI/002/2022 del 4 de enero de 2022, el marco jurídico y normativo que reguló la dirección, administración, control y funcionamiento de los órganos de gobierno que integraron el IMSS; las actas, los acuerdos, los anexos de las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General, la Comisión de Vigilancia, el Consejo Técnico y sus comités, y los órganos colegiados (Consejos Consultivos y Juntas de Gobierno de las UMAE); evidencia de la comunicación efectuada entre los Órganos Superiores (Asamblea General, Comisión de Vigilancia, Consejo Técnico y la Dirección General), los comités, los órganos colegiados; y las bases, reglas y los lineamientos de operación de los comités.

Mediante los oficios números 0952 8061 4830/01/060, 0952 8061 4B30/01/072/2022 y 0952 8061 4B30/01/072/2022, del 18 de enero de 2022, 27 de enero de 2022 y 4 de abril de 2022, respectivamente, el IMSS proporcionó la información y documentación solicitada, cuyo análisis se describe a continuación:

Estructura de la gobernanza del IMSS en 2021

En los artículos 2°, 4° y 5° de la LSS, se establece que el IMSS es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que concurren los sectores público, social y privado; el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo y que tiene por objeto principal, organizar y administrar el Seguro Social, que es el instrumento básico de la seguridad social, para garantizar entre otros, el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

De acuerdo con la LSS y el RIIMSS, la entidad fiscalizada operó, en 2021, con los siguientes órganos superiores: la Asamblea General, la Comisión de Vigilancia, el Consejo Técnico y los comités de Prestaciones Médicas; de Prestaciones Económicas y Sociales; de Innovación y Desarrollo Tecnológico; de Asuntos Jurídicos; de Administración; de Incorporación y Recaudación; de Evaluación de Órganos Desconcentrados y de Presupuesto; órganos normativos: las direcciones normativas de Administración y Evaluación de Delegaciones; de Finanzas; de Incorporación y Recaudación; de Innovación y Desarrollo Tecnológico; Jurídica; de Prestaciones Económicas y Sociales, y de Prestaciones Médicas, así como las

22/ Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006. Última reforma DOF 23-08-12 y vigente en 2021.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

unidades y coordinaciones que de ellas dependan; órganos colegiados: Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las UMAE, y órganos operativos: Unidades de Servicios Médicos y no Médicos; Subdelegaciones y Oficinas para cobros.^{23/}

También se identificó que, en 2021, el IMSS operó con nueve direcciones normativas: 1) de Administración; 2) de Operación y Evaluación de Delegaciones; 3) de Finanzas; 4) de Incorporación y Recaudación; 5) de Innovación y Desarrollo Tecnológico; 6) Jurídica; 7) de Prestaciones Económicas y Sociales; 8) de Prestaciones Médicas, y 9) de Planeación para la Transformación Institucional. Al respecto, la Comisión de Vigilancia, en su informe presentado en la última sesión de la Asamblea General (23 de noviembre de 2021), recomendó "Regularizar las atribuciones y facultades de los Órganos Normativos del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la actualización de su Reglamento Interior y el Manual de Organización, considerando los diversos nombramientos que en los últimos años autorizó el Consejo Técnico, lo que ha incidido en la modificación de la estructura orgánica autorizada y funcional del Instituto y, consecuentemente requiere de cambios en la normatividad vigente."

Debido al alcance de la auditoría y a la relevancia de los órganos de gobierno y las actividades sustantivas y adjetivas que realizaron en materia de control interno y gobernanza, para el desarrollo de la auditoría, se revisaron los comités de Prestaciones Médicas, de Prestaciones Económicas y Sociales, de Asuntos Jurídicos, de Administración, de Incorporación y Recaudación y de Evaluación de Órganos Desconcentrados, cuyas atribuciones y actividades se relacionaron con los procesos sustantivos que fueron objeto de revisión.

a. Asamblea General

Se comprobó que, en 2021, la Asamblea General se integró por 30 miembros y sectores definidos en términos de la normativa. Asimismo, se verificó que mediante el acuerdo ACDO.AS2.HCT.290921/232.P.DG dictado por el Consejo Técnico, en la sesión celebrada el 29 de septiembre de 2021, se emitió la convocatoria para la Centésima Décima Segunda Asamblea General Ordinaria del IMSS, a celebrarse el día 10 de noviembre de 2021, pero la cual se celebró hasta el día 23 de noviembre de 2021. Con la revisión de la orden del día, se identificó que los temas sometidos a conocimiento y autorización de la Asamblea fueron, entre otros, los siguientes: el Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2020; los Estados Financieros dictaminados por el auditor externo al 31 de diciembre de 2020; el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2021; el Presupuesto de Ingresos, Gastos e Inversión Física 2021 y sus adecuaciones; los Estados Financieros al 30 de junio de 2021; la Tercera y Cuarta Evaluaciones Trimestrales de los Ingresos y Gastos con respecto al Presupuesto 2020; y la Primera y Segunda Evaluaciones Trimestrales de los Ingresos y Gastos con respecto al Presupuesto 2021 y sus adecuaciones; el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas para el ejercicio fiscal 2021 y sus adecuaciones, el Informe relativo a las operaciones de inversión, los rendimientos obtenidos y la composición de las inversiones de las Reservas Financieras y el Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, con corte al mes de junio de 2021; el Informe de Labores del Director General 2020-2021 y Programa de Actividades 2021-2022; y el Informe de la Comisión de Vigilancia; por lo anterior, se verificó que el máximo órgano del IMSS fue acorde con sus funciones y atribuciones señaladas en la LSS y el RIIMSS.

b. Comisión de Vigilancia

Se constató que, durante 2021, la Comisión de Vigilancia se integró por seis miembros designados por la Asamblea General: dos representantes del Gobierno Federal de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública; dos representantes de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y dos representantes de la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO-SERVYTUR), lo anterior, en términos de lo previsto en los artículos 265 y 266 de la LSS, y 50 y 52, del RIIMSS.

Con la revisión de las actas de las sesiones y el Informe de la Comisión de Vigilancia, presentado en la Centésima Décima Segunda Asamblea General Ordinaria, celebrada el 23 de noviembre de 2021, se constató que en cumplimiento de lo establecido en los artículos 266 de la LSS y 50 del RIIMSS, las atribuciones de la Comisión de Vigilancia estuvieron orientadas a vigilar el uso y aprovechamiento de los recursos financieros, así como a evaluar el cumplimiento de las metas, los compromisos y la problemática institucional, con el objetivo de coadyuvar en la mejora de la operación y en la correcta aplicación de los recursos a favor de la calidad de los servicios que se otorgaron a los derechohabientes. Asimismo, se verificó que, en el periodo de enero a diciembre de 2021, este órgano superior celebró 21 sesiones ordinarias, dando cumplimiento a lo previsto en el artículo 52 del RIIMSS. En el desarrollo de dichas sesiones se determinaron 37 acuerdos y 16 compromisos.

Con base en las atribuciones contempladas en las fracciones V y XI, del artículo 50 del RIIMSS, la Comisión de Vigilancia realizó visitas a unidades médicas y no médicas en diversas entidades federativas, en las que observó su operación, así como los programas en marcha de la Institución; en consecuencia, emitió recomendaciones que están en proceso de atención de manera conjunta por las Direcciones Normativas involucradas y

^{23/} Artículo 2° del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, vigente en 2021.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

el personal de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD). También, es importante resaltar que de acuerdo con lo previsto en la fracción XII, del artículo 50 del RIIIMSS, este órgano superior contó con la participación de diversos servidores públicos de la institución con quienes se analizaron distintos temas de su competencia, generándose compromisos para su seguimiento y hasta su conclusión.

c. Consejo Técnico

Se constató que el Consejo Técnico, en 2021, se integró conforme a lo establecido en el artículo 263 de la LSS, por el sector gobierno (los Secretarios de Hacienda y Crédito Público, de Salud, del Trabajo y Previsión Social, y el Director General del IMSS); sector obrero (un representante de la CTM, uno de la Confederación Regional Obrera Mexicana, uno de la CROC y uno del Sindicato Nacional de Trabajadores Mineros, Metalúrgicos, Siderúrgicos y Similares de la República Mexicana); y del sector patronal (tres representantes de la CONCAMIN y uno de la CONCANACO-SERVITUR).

Con la revisión de las actas de las sesiones celebradas en 2021, se constató que este órgano de gobierno sesionó en 17 ocasiones, 12 de forma ordinaria y 5 de manera extraordinaria, y se identificaron, entre otros: las autorizaciones para incrementar el nivel máximo de ocupación de plazas presupuestarias para el ejercicio fiscal 2021; incorporar la figura de Experto Independiente en la Comisión de Inversiones Financieras del Instituto; modificar el Presupuesto 2021 del Programa IMSS-BIENESTAR; actualizar el documento normativo interno denominado "Políticas Bases y Lineamientos en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas del Instituto Mexicano del Seguro Social"; arrendar el inmueble con destino de Hospital de Apoyo de Segundo Nivel en Morelos para proporcionar la atención hospitalaria y quirúrgica; otorgar la ayuda por equidad para cubrir los costos de las erogaciones derivadas de la asistencia obstétrica en caso de embarazo a las beneficiarias hijas de asegurados y pensionados menores de 16 años de edad; actualizar el Tabulador de Cuotas de Recuperación del Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE) y el Manual de Integración y Funcionamiento de la Comisión de Riesgos Financieros y Actuariales; transferir el monto del Programa de Trabajo 2022 del FOFOE al presupuesto del IMSS para su ejecución; otorgar el donativo previsto en el Presupuesto del Instituto para el ejercicio fiscal 2021 a favor de la Fundación IMSS, A.C.; cambiar la denominación de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional por Dirección de Planeación para la Transformación Institucional; actualizar la Norma para que las Unidades Médicas, Sociales y Administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad; actualizar la norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del modelo institucional para la competitividad; modificar el Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles 2021; actualizar las Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del Instituto; autorizar el calendario de las sesiones ordinarias para el año 2022; autorizar el calendario de las reuniones ordinarias de los comités del Consejo Técnico para el año 2022; y la actualización del Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas servidoras públicas del IMSS.

Tomó conocimiento de los informes de los resultados de la contratación del servicio de guardería infantil; los resultados de la conclusión de los Convenios de Colaboración con Entidades Financieras; los resultados del Programa de Austeridad del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020; los resultados de la contratación plurianual del Servicio Integral de Transportes Terrestres; los resultados de la contratación plurianual del Servicio de Seguridad Subrogada; los costos de las erogaciones derivadas de la asistencia obstétrica en caso de embarazo a las beneficiarias hijas menores de 16 años de edad; los resultados del Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles del ejercicio fiscal 2020; los resultados del Programa de Arrendamiento Inmobiliario IMSS Arrendamiento Régimen Ordinario 2020; los resultados de las acciones realizadas para los arrendamientos para casas habitación para los Titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, y de los resultados del Programa de Arrendamiento Inmobiliario 2020 de IMSS-BIENESTAR.

Cabe mencionar que en las actas analizadas no se identificaron asuntos relacionados de cómo este órgano superior demostró la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento, ni la guía a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución, ni de cómo las directrices, actitudes y conductas de éste debieron reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperaban por parte de los servidores públicos en la Institución, así como de su supervisión a la definición de las expectativas que guarda, respecto de los valores éticos en las normas de conducta institucionales, como está establecido en el Componente Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05, del MICI; el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar actitud de respaldo y compromiso, elementos de control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06, del Acuerdo de Control Interno.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

d. Comités

De acuerdo con las entrevistas realizadas por el equipo auditor con personal de la Secretaría General y los enlaces de la áreas normativas que participaron en los comités sujetos de revisión^{24/}, los temas presentados al Consejo Técnico y previamente dictaminados por algún comité, fueron resultado de un proceso que inició con el oficio emitido por la Secretaría General en el que informó a las direcciones normativas del calendario de sesiones aprobado para el 2021 con la programación de las sesiones de los comités; se identificó que mensualmente se emitieron recordatorios a las direcciones normativas que tuvieron comités para que enviaran la documentación soporte de los temas a presentar en las reuniones de los comités, las direcciones normativas definieron los temas presentados al Consejo Técnico, que previamente fueron analizados y se determinó si los temas a presentar eran de carpeta (se refirieron a la presentación de informes, solicitudes para modificar algún acuerdo o manual) o sustantivos (se refirieron a temas relevantes como donaciones, contrataciones o temas mediáticos que involucraban al Instituto). Asimismo, se revisaron las actas y dictámenes de 2021 de los comités que formaron parte de la revisión, cuyos resultados fueron los siguientes:

Comité de Prestaciones Médicas (CPM)

Se constató que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas, un consejero representante del sector obrero y un consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS en su carácter de Secretario Técnico del Comité; sesionó 11 veces de manera ordinaria^{25/} y se identificó que dictaminó asuntos para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico, como de carpeta (solicitudes de autorización para contrataciones o para dar continuidad a programas ya implementados e informes de resultados y de avances), y un asunto sustantivo que correspondió a la solicitud de autorización para llevar a cabo el procedimiento de contratación plurianual, por el periodo del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2024, del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Interna, por un monto total de hasta 4,171,830.22 miles de pesos.

Comité de Prestaciones Económicas y Sociales (CPES)

Se verificó que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), un consejero representante del sector obrero y un consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 12 veces de manera ordinaria y 3 de manera extraordinaria, y se identificó que dictaminó asuntos para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico de carpeta (informes de avances, de resultados y de análisis de acciones a implementar por la DPES); así como diagnósticos y asuntos sustantivos relacionados con solicitudes para autorizar la cancelación de adeudos incobrables no fiscales, la ampliación de la partida presupuestal para la atención de familiares de derechohabiente fallecidos, el proyecto de Turismo Social para Personas Mayores, el Permiso COVID y la Estrategia de reforzamiento, el Cese de trabajadores incapacitados en los procesos de sustitución laboral, la cooperación técnica entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Coordinación del Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil del IMSS, el Programa para la Continuidad Operativa de 696 Guarderías de Prestación Indirecta, la Estrategia de reforzamiento de la implementación de medidas de salud y seguridad sanitaria ante COVID-19, Instalaciones Sociales en Apoyo a las Acciones de Salud COVID-19 y el proyecto "Tu Préstamo Fácil y Seguro".

Comité de Administración (CA)

Se comprobó que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Administración, un consejero representante del sector obrero y un consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 14 veces, 12 de manera ordinaria y 2 de forma extraordinaria, y se constató que emitió un dictamen para asuntos relacionados con los informes de avance, de resultados, de actividades, de reportes de cierre y solicitudes de aprobación y autorización para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico como de carpeta, y se identificaron como asuntos sustantivos; la modificación del acuerdo referente al arrendamiento de vehículos de carga; la renovación estructural a los Directores de las UMAE; la reestructura de normativas, el nuevo modelo de convenio de colaboración 2021 con entidades financieras; la aceptación de la enajenación por parte del Instituto Nacional del Suelo Sustentable; la aceptación de la donación por parte del Municipio de Amozoc de un terreno; el fortalecimiento de la infraestructura del Programa IMSS Bienestar, mediante la donación y regularización de cinco inmuebles; la actualización de los Lineamientos Generales del IMSS para la aplicación de las medidas en materia de Adquisición y Arrendamiento de Bienes y Contratación de Servicios Urgentes, Nivel Central, con motivo de la Emergencia Nacional en materia de Salubridad generada por el COVID 19; la solicitud de autorización para actualizar el Tabulador de sueldos y salarios de los Servidores Públicos de Mando y Homólogos del IMSS, y las solicitudes de autorización para aceptar la donación a favor del IMSS los predios en Tabasco y Sinaloa.

^{24/} Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditoría números 009/CP2021, 011/CP2021, 012/CP2021, 15/CP2021, 017CP/201 y 020/CP2021, realizadas los días 12 al 17, 22 y del 26 al 27 de septiembre de 2022, respectivamente.

^{25/} La Dirección de Prestaciones Médicas a través del oficio 198 de 26 de abril de 2021, informó a la Secretaría General, no tener asuntos por tratar, por lo que se canceló la sesión del mes de mayo. Lo anterior se hizo del conocimiento de los integrantes del Comité.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Comité de Incorporación y Recaudación (CIR)

Se corroboró que, en 2021, este Comité se integró por el Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, un consejero representante del sector obrero, un consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 12 veces de manera ordinaria y dictaminó asuntos para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico como informativos los informes mensuales de afiliación, y como sustantivos los costos y factores de mano de obra de los contratos regidos de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas en 2021; la evaluación sobre los resultados de la implementación de las reglas de carácter general para incorporar al régimen obligatorio del Seguro Social; por lo que corresponde a las prestaciones en especie que otorgaron los seguros de enfermedades y maternidad, y de riesgos de trabajo a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro; la modificación del acuerdo relativo a las reglas para registrar las obras de construcción, y la evaluación sobre los resultados de la implementación del acuerdo por el que se autorizó la dispensa de la obligación de garantizar el interés fiscal a patrones y demás sujetos obligados, cuando suscriban convenio para pago a plazo en forma diferida o en parcialidades de créditos fiscales.

Comité de Asuntos Jurídicos (CAJ)

Se constató que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Asuntos Jurídicos, un consejero representante del sector obrero, un consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 11 veces de manera ordinaria^{26/} y dictaminó asuntos para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico como informativos y de carpeta (informes de seguimiento, de avances sobre los juicios fiscales, los juicios laborales y pasivo laboral) y como asuntos sustantivos el informe sobre el avance en la aplicación del Convenio de Colaboración entre la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo, la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y el IMSS para el abatimiento de juicios laborales; el acuerdo de autorización para la celebración de un contrato de comodato con el Gobierno de la Ciudad de México, respecto de un inmueble propiedad de Instituto; el informe referente al impacto del decreto en materia de subcontratación laboral en el IMSS (Guarderías); y los Lineamientos Generales para la aplicación de las Medidas Autorizadas por el Consejo Técnico con motivo del incendio en la Guardería ABC, S.C.

Comité de Evaluación de Órganos Desconcentrados (CEOD)^{27/}

Se constató que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados, un consejero representante del sector obrero, un consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 4 veces de manera ordinaria^{28/} y solo tomó conocimiento de los Avances al Programa de Trabajo 2021.

Comités para el control de la incapacidad temporal para el trabajo, en los ámbitos Normativo, Delegacional, de Unidades Médicas de Alta Especialidad y Operativos (COCOITT)

Los COCOITT fueron instrumentados en los ámbitos normativos, delegacional, de UMAE y operativo, con el objetivo de analizar las variaciones del comportamiento de la incapacidad temporal para el trabajo. Con la revisión de las actas del COCOITT en el ámbito normativo, se identificó que, en 2021, sólo sesionó en tres ocasiones, ya que por motivos de la contingencia sanitaria por el COVID-19 se retrasó el plan de trabajo y actividades programadas de todos los ámbitos de competencia: Normativo, Delegacional, UMAE y Operativo. De los acuerdos tomados, se destacaron la reintegración del COCOITT; la aprobación del calendario de reuniones para 2021; la aprobación de la redefinición del funcionamiento de los COCOITT; el informe del comportamiento de la Incapacidad Temporal para el Trabajo (ITT) y el ausentismo no programado de los trabajadores, la actualización de las Guías ITT y la atención prioritaria del trabajador incapacitado.

e. Órganos Colegiados (Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las UMAE)

Consejos Consultivos Delegacionales

Con la revisión del reporte de actas registradas del Sistema Integral de Consejos Consultivos (SICC) y de los Informes sobre el Funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales, se identificó que, en 2021, el IMSS operó con 35 Consejos Consultivos Delegacionales, que

^{26/} La Dirección de Asuntos Jurídicos informó a la Secretaría General, no tener asuntos por tratar, por lo que se canceló la sesión del mes de febrero. Lo anterior se hizo del conocimiento de los integrantes del Comité.

^{27/} Antes Comité de Evaluación de Delegaciones, ya que la dirección normativa se llamaba Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, pero en la sesión ordinaria del 28 de abril de 2021, el Consejo Técnico dictó el acuerdo número ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA mediante el cual aprobó la modificación a la estructura orgánica y el cambio de denominación a Dirección de Operación y Evaluación y la Unidad de Evaluación de Delegaciones, área coordinadora del comité, también cambió de denominación a Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados.

^{28/} Este comité a petición de la Dirección Normativa responsable, se reúne de forma trimestral durante la primera mitad del año y bimestral en la segunda mitad de este.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

sesionaron 24 o más ocasiones, con excepción de los Consejos Consultivos Delegacionales del Estado de México Poniente, Estado de México Oriente, Tlaxcala y Sur del D.F., que sesionaron 21, 22, 23 y 48 ocasiones, respectivamente.

Para verificar que la integración, aplicación de las facultades y atribuciones, y los acuerdos tomados fueron congruentes con la normativa aplicable, se seleccionaron las actas de los Consejos Consultivos de las delegaciones de Chihuahua y Chiapas, de su revisión se identificó lo siguiente:

Consejo Consultivo Delegacional de Chihuahua

Se integró por el Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (TOOAD) Chihuahua; los representantes de la CANACO, la CMIC, la FECANACO y Patronos Agrícolas, por el sector patronal y por el sector obrero, los representantes de la CTM, la CROC y del Sindicato Minero (SNTMMSRM) y el encargado de Servicios Jurídicos y el Secretario del Consejo Consultivo. En cada sesión se presentó el informe del TOOAD y se sometieron a consideración del Consejo Consultivo los dictámenes relativos a los recursos de inconformidad para su aprobación; las solicitudes de expedición de certificados de incapacidad de asegurados; de solicitud de autorización para la ampliación de la atención médica obstétrica para beneficiarias hijas menores de 16 años; y solicitudes de cancelaciones de créditos de patronos no localizados o insolventes; sin embargo, no se informó a los miembros del Consejo Consultivo Delegacional los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico; ni tampoco se comunicó al Consejo Técnico, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas del Consejo Consultivo Delegacional, y no se dio a conocer a sus integrantes el Informe cuatrimestral sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

Consejo Consultivo Delegacional Chiapas

Se integró por la Secretario del Consejo Consultivo de IMSS en Chiapas, en suplencia del Presidente del Consejo Consultivo; los representantes de la CONCAMIN y la CANACO por el sector patronal y por el sector obrero, los representantes de la CTM y la CROC, y la encargada de Servicios Jurídicos y la Prosecretaria del Consejo Consultivo. En cada sesión se sometieron a consideración del Consejo Consultivo los dictámenes relativos a los recursos de inconformidad para su aprobación; las solicitudes de expedición de certificados de incapacidad de asegurados; la solicitud de autorización para la ampliación de la atención médica obstétrica para beneficiarias hijas menores de 16 años; y solicitudes de cancelaciones de créditos de patronos no localizados o insolventes; conforme a sus facultades; sin embargo, no se informó a los miembros del Consejo Consultivo Delegacional los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico; ni tampoco se comunicó, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas del Consejo Consultivo Delegacional, y no se dio a conocer a sus integrantes el Informe cuatrimestral sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

Juntas de Gobierno de las UMAE

Con la revisión del reporte de las actas registradas del SIJGUMAE y de los Informes sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE, se identificó que, en 2021, el IMSS operó con 25 Juntas de Gobierno de las UMAE, que sesionaron 12 ocasiones, con excepción de los Juntas de Gobierno de las UMAE de Gineco Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco; Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional La Raza; Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco; y Gineco Obstetricia No.3, "Dr. VMERS" del Centro Médico Nacional La Raza, que sesionaron 8, 9, 11 y 11 ocasiones, respectivamente.

Para cotejar que la integración, aplicación de las facultades y atribuciones, y los acuerdos tomados fueron congruentes con la normativa aplicable, se seleccionaron las actas de la Junta de Gobierno de la UMAE Cardiología No. 34, del CMN del Noreste, Monterrey, N.L., con su revisión se identificó lo siguiente:

Se integró por el Director de la UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21, el residente de la Junta de Gobierno de la UMAE No. 34 y el Director del Hospital de Cardiología No. 34; los representantes de la COCANACO y la CONCAMIN, por el sector patronal y por el sector obrero, los representantes de la CTM y del Sindicato Minero (SNTMMSRM) y el Titular de la División de Asuntos Jurídicos y Secretario del Junta de Gobierno de la UMAE No. 34. En cada sesión se presentó el informe del Presidente de la Junta de Gobierno y se sometieron a consideración los asuntos y temas relativos a las dependencias de la UMAE y temas alineados a la Dirección de Prestaciones Médicas; los reportes mensuales de quejas y de reconocimientos al personal que labora en la Unidad; y el seguimiento y cumplimiento de los acuerdos de la Junta de Gobierno, sobre aspectos de infraestructura (obra y equipamiento) y recursos humanos; sin embargo, no se informó al Consejo Técnico, al menos una vez al año, sobre el ejercicio de sus atribuciones y no se comunicó al Consejo Técnico, por conducto de la Secretaría General del Instituto, las consultas, sugerencias y propuestas de la Junta de Gobierno de la UMAE, ni se dio a conocer a sus integrantes el Informe cuatrimestral sobre el funcionamiento de la Junta de Gobierno de la UMAE.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Independencia de los integrantes de los órganos superiores y colegiados y los comités de apoyo

Mediante el análisis del marco jurídico y normativo del IMSS, se verificó que consideró en la integración de sus órganos superiores y colegiados, así como de los comités de apoyo al Consejo Técnico, que se respete la naturaleza tripartita del Instituto, otorgándole un equilibrio en el número de representantes por cada uno de los sectores gobierno, obrero y patronal, y se eviten los conflictos de interés^{29/}, con el fin de que se garantice que los acuerdos y toma de decisiones de estos cuerpos colegiados no estuviera dominado por una única persona o un pequeño grupo, de forma que no se afectaran los intereses de la derechohabencia y en conjunto del Instituto, por lo anterior, se cumplió con lo establecido por el principio 2 del MICI y con lo previsto en el Acuerdo de Control Interno.

Comunicación entre los órganos superiores General, los comités, las unidades administrativas y los órganos colegiados

Con la revisión del marco jurídico y normativo del Instituto, se identificó que con base en lo dispuesto en el artículo 38, fracción III, y 68, fracciones I y IX, del RIIMSS, dentro de las facultades del Secretario del Consejo Técnico y Secretario General del Instituto, se encuentran las de planear, dirigir y coordinar las acciones necesarias para atender los asuntos relativos a las sesiones y acuerdos de la Asamblea General, del Consejo Técnico y de la Comisión; y la de hacer del conocimiento de los Órganos Normativos, Colegiados, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos, los acuerdos emitidos por el mismo; así como difundir, dar seguimiento y vigilar su cumplimiento y clasificar, archivar y sistematizar los mismos. Asimismo, mediante entrevistas al personal de la Secretaría General y de las direcciones normativas, que fungen como enlaces en las actividades para el desarrollo de las sesiones, tanto del Consejo Técnico, como de los comités en revisión.

Se comprobó el proceso previo de revisión y análisis de la información proporcionada por las direcciones normativas a los consejeros en los comités, de los temas o asuntos, que una vez dictaminados, pasaron a consideración del Consejo Técnico para emitir el acuerdo correspondiente para su autorización o toma de conocimiento, hecho que se acreditó con la revisión de los informes de seguimiento al cumplimiento de los acuerdos del Consejo Técnico y de los Informes de Actividades de los Comités del Consejo Técnico y Seguimiento al Cumplimiento de las Sugerencias y Recomendaciones, en los que se precisaron las actividades realizadas por cada comité, así como de los asuntos sometidos a la consideración de sus integrantes, los cuales se presentaron de manera mensual en las sesiones del Consejo Técnico. Asimismo, se verificaron los informes sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y los informe sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE, y cuyo fin fue el de comunicar al Consejo Técnico, sobre el ejercicio de las atribuciones normativas por parte de esos Órganos Colegiados, así como proporcionar la información estadística generada por sus actividades.

Se verificó que el IMSS, por medio de la Secretaría General, estableció controles para el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones de los órganos de gobierno superiores y colegiados, y de comités, así como de su seguimiento, y propició canales de comunicación de los asuntos presentados por las direcciones normativas del IMSS, vía los comités hacia el Consejo Técnico, así como de las actividades de los órganos colegiados; sin embargo, en el caso de las delegaciones de Chihuahua y Chiapas, no se acreditó que informaran a los miembros del Consejo Consultivo Delegacional los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico, ni tampoco poner a consideración del Consejo Técnico, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas del Consejo Consultivo Delegacional, así como dar conocer a sus integrantes el Informe sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

Además, se observó en el caso de la Junta de Gobierno de la UMAE Cardiología No.34 no se acreditó que se informará al Consejo Técnico, al menos una vez al año, sobre el ejercicio de sus atribuciones y se pusiera a consideración las consultas, sugerencias y propuestas de la Junta de Gobierno, así como dar a conocer a sus integrantes el Informe sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE, por lo que no se dio observancia a lo previsto en los artículos 93, fracciones IX y XII, 120, fracciones IX y XII, del RIIMSS y el Componente Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, punto de interés 14.05, del MICI y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, elemento de control 14.04, del Acuerdo de Control Interno.

Conclusión

Con las actividades de fiscalización, se concluye que el IMSS dispuso de un marco normativo y jurídico que reguló la integración, atribuciones, actuación y toma de decisiones de sus órganos de gobierno superiores: Asamblea General, Comisión de Vigilancia, Consejo Técnico y de sus comités de apoyo y de sus órganos colegiados: Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las UMAE, con independencia y

^{29/} Artículo 263 de la Ley del Seguro Social y Numeral 1.4 Funciones de Gestoría y Representación de los integrantes del Consejo Técnico, de los Lineamientos Operativos del Consejo Técnico, Publicados en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006. Última reforma DOF 23-08-12.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

sin conflicto de interés, durante 2021, y se constató la existencia de canales de comunicación entre éstos a través de la Secretaría General, sobre los acuerdos tomados en torno a los procesos del IMSS y dar el seguimiento oportuno de los asuntos hasta su conclusión, con el fin de que la toma de decisiones contribuya al logro de los objetivos y las metas del Instituto; sin embargo, en el caso de los Consejos Consultivos de las Delegaciones de Chihuahua y Chiapas, no se acreditó que informaran a sus miembros los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico, ni pusieron a consideración de éste, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas del Consejo Consultivo Delegacional, correspondiente; y no dieron a conocer a sus integrantes el Informe cuatrimestral sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales; asimismo, se identificó también el caso de la Junta de Gobierno de la UMAE Cardiología No.34 no se acreditó que se informará al Consejo Técnico, al menos una vez al año, sobre el ejercicio de sus atribuciones y comunicara a éste, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas de la Junta de Gobierno de la UMAE, así como no dio a conocer a sus integrantes el Informe cuatrimestral sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE, por lo que no se dio observancia a los artículos 93, fracciones IX y XII, y 120, fracciones IX y XII, del RIMSS y el Componente Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, punto de interés 14.05, del MICI y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, elemento de control 14.04, del Acuerdo de Control Interno.

Asimismo, en las sesiones de los órganos superiores, realizadas durante 2021, no se identificaron temas o asuntos, ni acuerdos relacionados de cómo éstos demostraron la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento; ni la guía a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución; ni de cómo las directrices, actitudes y conductas de los órganos superiores deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución, así como de su supervisión a la definición de las expectativas que guarda la institución, respecto de los valores éticos en las normas de conducta institucionales, como se dispone en el Componente Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05, del Marco Integrado de Control Interno, el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar actitud de respaldo y compromiso, elementos de control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 3

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social fortalezca los mecanismos de control que aseguren que en el H. Consejo Técnico se traten asuntos relacionados con la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, y de cómo sus directrices, actitudes y comportamiento, y el ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución, implican una actitud de respaldo hacia el control interno; la supervisión a la definición de las expectativas que guarda el Instituto respecto de los valores éticos en las normas de conducta, a fin de fortalecer el ambiente de control en todo el Instituto Mexicano del Seguro Social, en términos de lo dispuesto en el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar actitud de respaldo y compromiso, elementos de control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, y el Componente Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05, del Marco Integrado de Control Interno.

Pre- Recomendación 4

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social diseñe e implemente los mecanismos de comunicación descendente y ascendente entre el H. Consejo Técnico, los Consejos Consultivos Delegacionales, las Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y la Administración, que garanticen el conocimiento oportuno de los asuntos relevantes que pueden materializar riesgos e impactar de manera adversa en la consecución de los objetivos y las metas del Instituto Mexicano del Seguro Social; lo que permitirá la toma de decisiones oportuna, el seguimiento de los asuntos relevantes y prevenir la materialización de los riesgos, en términos de los artículos 93, fracciones IX y XII, y 120, fracciones IX y XII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, elemento de control 14.04, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, y el Componente Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, punto de interés 14.05, del Marco Integrado de Control Interno.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

NÚM. DEL RESULTADO:	3	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	3			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				
Evaluación del desempeño de los órganos de gobierno y la Administración del IMSS				
El Manual de Organización de la Secretaría General del IMSS (Manual) función sustantiva 7.1 "Secretaría General", numeral 14 establece que debe emitir las políticas, los lineamientos, las metodologías y los programas relacionados con el enlace, evaluación y mejora del funcionamiento de los órganos de gobierno y los órganos colegiados.				
El numeral 7.1.1 "Coordinación de Órganos de Gobierno", punto 13, del Manual señala que la Coordinación supervisará la operación de los Consejos Consultivos Delegacionales y de las Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), a fin de medir su desempeño e identificar áreas de oportunidad para establecer acciones que ayuden a mejorar su funcionamiento.				
El numeral 7.1.1.1 "Coordinación Técnica de Órgano Colegiados", punto 4, del Manual establece que la Coordinación debe formular y coordinar la ejecución de los lineamientos, las metodologías y los programas, para analizar y evaluar el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y de las Juntas de Gobierno de las UMAE.				
La importancia de la evaluación de los órganos de Gobierno y de la Alta Dirección constituye una herramienta de planeación, análisis y medición del desempeño que contribuye a mejorar la efectividad del funcionamiento de la estructura de Gobierno Corporativo, generando valor a las instituciones. La mejor forma de desarrollar un sistema de evaluación para los órganos de Gobierno y la Alta Dirección es a partir de los elementos de cumplimiento incluidos en los estatutos o las reglas de operación de éstos; considerando las responsabilidades y funciones que debe desempeñar cada Órgano para determinar si está cumpliendo con ellas o no. Asimismo, de acuerdo con los principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, es importante realizar evaluaciones periódicas de los resultados y valorar si disponen de la combinación adecuada de conocimiento y competencias de los participantes de los órganos de gobierno para tener acceso a información precisa, pertinente y oportuna. ^{30/}				
Con la finalidad de verificar que el IMSS contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar el desempeño de los Órganos de Gobierno y la Administración, que permitiera medir el cumplimiento de las metas y los objetivos, y comprobar su implementación en el ejercicio 2021. El equipo auditor solicitó a la entidad fiscalizada, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, las políticas, lineamientos, metodologías y programas, vigentes en 2021, relacionadas con la evaluación y mejora del funcionamiento de los Órganos de Gobierno (Asamblea General, Consejo Técnico, Comisión de Vigilancia y Dirección General) y los Órganos Colegiados; las correspondientes al análisis y evaluación del funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales de la Ciudad de México, Chihuahua y Chiapas y de las Juntas de Gobierno de las UMAE; así como las evaluaciones realizadas a los comités de: Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, Administración, Incorporación y Recaudación, Asuntos Jurídicos, y Evaluación de Delegaciones.				
Al respecto, mediante el oficio número 0953 8061 4B30/01/523/2022 del 29 de agosto de 2022, emitido por la Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores, se proporcionó el oficio 09-9001-010000/1601 del 23 de agosto de 2022, emitido por la Coordinación Técnica de Órganos Superiores y Enlace de la Secretaría General, en donde se informó que respecto a las políticas, lineamientos, metodologías y programas relacionadas con la evaluación y mejora del funcionamiento de los Órganos de Gobierno y los Órganos Colegiados; al análisis y evaluación del funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y de las Juntas de Gobierno de las UMAE, vigentes en 2021, se está en espera de que sea modificado el Reglamento Interior del IMSS, para así alinear los respectivos lineamientos de Operación del Consejo Técnico, de los Órganos Colegiados y el Reglamento de la Asamblea General. En el mismo oficio de respuesta, el IMSS señaló que, en 2021, no se realizaron evaluaciones a la Asamblea General, debido a que es la autoridad suprema del Instituto; por lo que respecta al Consejo Técnico, proporcionó los informes de enero a diciembre de 2021 del Seguimiento al Cumplimiento de los Acuerdos.				
Con relación a los comités, el IMSS proporcionó los Informes de Actividades de las reuniones celebradas por éstos correspondientes a los meses de enero a diciembre de 2021. Asimismo, referente a los Órganos Colegiados, el Instituto proporcionó los "Ejes Principales de Evaluación", tres informes cuatrimestrales sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y tres Informes cuatrimestrales sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE correspondientes al ejercicio 2021.				
Se comprobó que el IMSS contó con un documento denominado "Ejes Principales de Evaluación", en el cual se establecieron las reglas, los criterios y los métodos para la evaluación de las actas de los Órganos Colegiados por medio de cinco indicadores enfocados sólo a evaluar en la forma las actividades llevadas a cabo por los órganos, debido a que se aplican a comprobar la elaboración de las actas, la celebración de sesiones, la asistencia, la oportunidad de envío y el término; por lo tanto, no contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar la gestión				

30/ Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, 2016, páginas 60 y 61.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

de los órganos de gobierno y la administración que incluyera indicadores para medir el cumplimiento de sus funciones y las metas con base en métodos y mecanismos de medición cualitativos y no sólo cuantitativos, ni evaluó la efectividad y funcionamiento de los comités y comisiones establecidos por el propio Consejo Técnico, ni determinó cómo las actividades fueron ejercidas con la debida eficiencia buscando la mayor agilización en el estudio y resolución de los asuntos que se presentaron en las sesiones para la toma de decisiones oportuna. Por lo antes mencionado, el IMSS no evaluó el desempeño de sus órganos de gobierno, lo que limitó la identificación de las fortalezas y áreas de oportunidad que pudieran ser atendidas para mejorar la efectividad de la gestión de su estructura y, con ello, garantizar un adecuado apoyo para la toma de decisiones y evitar la materialización de riesgos. Lo anterior, se sustenta en los siguientes hallazgos:

a. Órganos de Gobierno

Con base en lo previsto en el Manual de Organización de la Secretaría General del IMSS, función sustantiva 7.1 "Secretaría General", numeral 14, que define que dicha Secretaría debe emitir las políticas, lineamientos, metodologías y programas relacionados con el enlace, evaluación y mejora del funcionamiento de los Órganos de Gobierno y los Órganos Colegiados, el equipo auditor entrevistó al personal de la Coordinación Técnica de Órganos Superiores para identificar si la Secretaría General evaluó, en 2021, a los órganos de gobierno, a lo que respondieron que ... *no se tiene un precepto que diga que se tiene que evaluar al Consejo Técnico, a la Asamblea General o a los comités.*

Adicional a lo antes mencionado, y de acuerdo con la revisión de los Informes de Seguimiento al Cumplimiento de los Acuerdos del H. Consejo Técnico correspondientes a los meses de enero a diciembre de 2021, se constató que éstos se realizaron con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 38, fracción III, y 68, fracción IX, del RIIMSS, en donde se establece que son atribuciones del Secretario del Consejo Técnico y facultades de la Secretaría General hacer del conocimiento de los Órganos Normativos, Colegiados, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos, los acuerdos del Consejo Técnico; difundir, dar seguimiento y vigilar su cumplimiento, clasificar y archivar cronológicamente los mismos.

Con la revisión de los informes se comprobó que éstos se elaboraron en dos versiones, una denominada "versión amplia" en donde se mencionó de manera detallada el número de acuerdo, la fecha de la sesión, la temática de seguimiento, el enfoque rector, la periodicidad, el estatus, los resultados de los acuerdos y el avance de los mismos; cabe mencionar que éstos se categorizaron por color, indicando si tuvieron modificaciones en el mes; fueron registrados como nuevos; fueron cumplidos totalmente, o si eran sujetos de depuración del sistema de seguimiento de la Secretaría General. La segunda versión de los informes de seguimiento al cumplimiento de los acuerdos, fue la denominada "versión ejecutiva", ésta correspondió a una presentación breve que se limitó a mencionar el número de los acuerdos cumplidos en el mes, acuerdos nuevos para seguimiento, acuerdos totalmente cumplidos y acuerdos depurados, el número de acuerdo, e incluyó una gráfica comparativa entre el estatus de los acuerdos cumplidos tomando como referencia el mes anterior, indicó la semaforización de acuerdos, en donde se establecieron cuántos estaban en proceso de seguimiento, cuántos fueron atendidos, cuántos estaban pendientes, cuántos se encontraban cerca de la fecha de su vencimiento y cuántos vencieron para ser sometidos ante el Consejo Técnico.

Con base al análisis realizado, se pudo comprobar que los Informes de Seguimiento al Cumplimiento de Acuerdos del H. Consejo Técnico correspondientes al ejercicio 2021 se elaboraron para dar cumplimiento a las atribuciones establecidas en el RIIMSS respecto a hacer del conocimiento de los Órganos Normativos, Colegiados, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos, los acuerdos del Consejo Técnico, difundir, dar seguimiento y vigilar su cumplimiento, así como informar las actividades realizadas por los comités, sin que en estos informes se pueda observar cómo las funciones y gestión desarrolladas por los órganos de gobierno permitió medir el cumplimiento de los objetivos y las metas para lograr una efectiva toma de decisiones.

b. Comités

Por lo que respecta a la revisión efectuada a los "Informe de Actividades de los Comités del H. Consejo Técnico y Seguimiento al Cumplimiento de las Sugerencias y Recomendaciones emitidas en las reuniones respectivas" correspondientes a los meses de enero a diciembre de 2021 proporcionados por el IMSS, se verificó que éstos se integraron de dos apartados, el primero denominado "Actividades" que detalló por cada comité la asistencia (integración del quórum legal), los temas de la orden del día, fecha y hora de celebración y el dictamen de los integrantes del Comité; el segundo apartado correspondió al "Seguimiento al Cumplimiento de las Observaciones y Propuestas Emitidas en las Reuniones de los Comités del H. Consejo Técnico". En este apartado, la Secretaría General informó las observaciones o propuestas que se encontraban en proceso o fueron atendidas por parte de las Direcciones Normativas, indicando la fecha de la reunión, rubro, asunto, sugerencia, recomendación o solicitud, semáforo y estatus de seguimiento al cumplimiento (acciones realizadas por parte de la Secretaría para el cumplimiento de la solicitud del Consejo Técnico), con lo que se dio cumplimiento a lo establecido en los artículos 31, fracción X, 32 y 38, fracción XII, del RIIMSS y a los numerales 1.8, noveno párrafo, y 1.9.2.20, de los Lineamientos Operativos del Órgano de Gobierno, en donde se señala que el Consejo Técnico deberá informar

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

al pleno de dicho cuerpo colegiado las actividades realizadas por los comités y que éstos tendrán como función la de atender y revisar los asuntos que les encomiende el Consejo Técnico y deberán rendir su dictamen dentro del plazo que les fije; además, señala que el Secretario del Consejo Técnico deberá dar seguimiento a las actividades desarrolladas por los Comités y Comisiones, estableciendo que el Secretario del Consejo Técnico remitirá una síntesis informativa mensual de las actividades y avances al Consejo.

Con base al análisis realizado, se constató que los informes proporcionados por el Instituto se elaboraron para informar las actividades realizadas por los comités, sin que en éstos se pueda observar la evaluación de la gestión de éstos, ni como contribuyeron a hacer eficientes las funciones de los órganos de gobierno respecto a la toma de decisiones, para el logro de los objetivos y las metas institucionales.

c. Órganos Colegiados

La Secretaría General tiene dentro de sus atribuciones observar el funcionamiento de los órganos colegiados, a través de diversos mecanismos y procedimientos. Se verificó que periódicamente analiza y evalúa las actas recopiladas para conocer el desempeño de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno.

Para llevar a cabo las actividades antes mencionadas, presentó el documento denominado "Ejes Principales de Evaluación" en donde se establecieron las reglas, los criterios y los métodos a implementar para la evaluación de las actas de los órganos colegiados con base en las atribuciones conferidas en el RIIMSS y de acuerdo con lo manifestado en sus ejes, contar con un proceso para asegurar la información oportuna y de calidad, que contribuya a mejorar el funcionamiento de los órganos colegiados y generar así confiabilidad y precisión en los resultados que la Secretaría General informa cuatrimestralmente al Consejo Técnico. Los ejes principales de evaluación fueron tres:

1. Certeza y simplificación de la información: Simplificación de procedimientos y confiabilidad en los registros de información, a fin de garantizar mayor certeza en la elaboración de las actas.
2. Transparencia en las sesiones: La transparencia contribuirá a mantener el buen funcionamiento de los órganos colegiados en el marco normativo esperado, lo que asegurará la celebración de las sesiones y participación tripartita de los sectores que integran las Juntas de Gobierno y los Consejos Consultivos.
3. Oportunidad en la evaluación de las actas: La necesidad de llevar a cabo en tiempo y forma la evaluación, depende del cumplimiento de término de las sesiones y envío oportuno de las actas correspondientes. Eso permitirá que, a su vez, los órganos colegiados conozcan sus resultados con oportunidad y de esta forma establecer un círculo positivo de retroalimentación para la mejora continua.

De acuerdo con los ejes principales de evaluación se tuvieron cinco indicadores que fueron los siguientes:

- a. Elaboración de las actas: Las actas de los Órganos Colegiados deben de ser elaboradas por el Secretario, quien asentará un resumen de los asuntos tratados y un extracto de los comentarios u opiniones vertidas por los integrantes del Órgano Colegiado de conformidad con los artículos 108 y 134 del RIIMSS. Este rubro se compone de cuatro subindicadores (nomenclatura, síntesis, orden del día y fundamentación).
- b. Celebración de sesiones: Mide que el número de sesiones llevadas a cabo por los Órganos Colegiados corresponda con el número requerido por los artículos 97 y 124 del RIIMSS.
- c. Oportunidad en el envío: Mide el total de las actas enviadas en el periodo y cuántas se registraron dentro del término reglamentario.
- d. Asistencia: Es atribución de los representantes asistir a las sesiones de los órganos colegiados de acuerdo con los artículos 94, fracción I, y 121, fracción I, del RIIMSS.
- e. Término: Los órganos colegiados deben celebrar su primera sesión de cada mes dentro de los primeros cinco días hábiles del mismo.

El puntaje de cada uno de los cinco indicadores antes señalados fue sumado y el promedio correspondió al resultado de la evaluación.

La Secretaría General presentó al Consejo Técnico tres informes cuatrimestrales sobre el funcionamiento de los 35 Consejos Consultivos Delegacionales y tres informes cuatrimestrales correspondientes a las 25 Juntas de Gobierno de las UMAE. Como resultado de la presentación de los informes al Consejo Técnico se generó un seguimiento de carpeta, en el cual se estableció que el Comité toma nota del informe sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno de las UMAE y se instruyó a la Secretaría General hiciera llegar a los

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

presidentes de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno de las UMAE el informe, a fin de que en la próxima sesión de los Órganos Colegiados se diera a conocer a sus integrantes.

El equipo auditor verificó que los informes antes mencionados incluyeron además de la evaluación, la integración de los Órganos Colegiados; las designaciones autorizadas por el Consejo Técnico; la operación de las comisiones; así como el número de acuerdos y estadísticas según en su materia, las visitas de trabajo y el apego al calendario de sesiones; no obstante, estos informes sólo muestran en la forma cómo operaron los Órganos Colegiados y no muestran una evaluación de la gestión respecto de cómo sus funciones contribuyeron al cumplimiento de los objetivos y las metas institucionales o a la identificación de temas relevantes que pudieron asociarse a la posible materialización de riesgos que requirieran la atención inmediata de los órganos superiores del IMSS.

A continuación, se muestra la evaluación correspondiente al tercer cuatrimestre (de septiembre a diciembre de 2021) correspondientes a los 35 Consejos Consultivos:

EVALUACIÓN POR RUBRO Y CONSEJO CONSULTIVO DEL IMSS
(Porcentajes)

Consejo consultivo	Actas	Oportunidad	Asistencia	Término	Sesiones	Promedio	Promedio Cuatrimestral Anterior
1 Aguascalientes	100	100	100	100	100	100	100
2 Hidalgo	100	100	100	100	100	100	96
3 Quintana Roo	100	100	100	100	100	100	100
4 Sinaloa	100	100	100	100	100	100	93
5 Veracruz Norte	100	100	100	100	100	100	97
6 CDMX Norte	100	100	100	100	100	100	100
7 CDMX Sur	100	100	100	100	100	100	97
8 Coahuila	94	100	100	100	100	99	76
9 Colima	100	100	94	100	100	99	100
10 Edomex Oriente	100	100	93	100	100	99	94
11 Guerrero	89	100	100	100	100	98	98
12 Edomex Poniente	100	100	91	100	100	98	93
13 Querétaro	100	100	90	100	100	98	99
14 San Luis Potosí	97	100	93	100	100	98	98
15 Sonora	100	100	90	100	100	98	98
16 Tabasco	100	100	88	100	100	98	99
17 Tamaulipas	100	100	91	100	100	98	98
18 Veracruz Sur	94	100	96	100	100	98	70
19 Baja California Sur	100	100	85	100	100	97	98
20 Campeche	100	100	83	100	100	97	99
21 Morelos	97	88	100	100	100	97	100
22 Oaxaca	97	100	84	100	100	96	94
23 Puebla	94	100	86	100	100	96	97
24 Zacatecas	94	100	86	100	100	96	81
25 Guanajuato	94	75	100	100	100	94	93
26 Tlaxcala	96	100	88	100	88	94	97
27 Yucatán	97	100	100	75	100	94	88
28 Chihuahua	88	88	89	100	100	93	90
29 Durango	78	88	100	100	100	93	91
30 Michoacán	94	78	95	100	100	93	98
31 Chiapas	100	100	85	75	100	92	91
32 Nayarit	97	100	88	75	100	92	96
33 Jalisco	81	75	92	100	100	90	87
34 Nuevo León	72	100	97	75	100	89	76
35 Baja California	44	88	93	100	100	85	88

FUENTE: Elaborado con los datos del Informe cuatrimestral Consejos Consultivos de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada de septiembre a diciembre de 2021.

Con base en el cuadro anterior, se puede observar que en el tercer cuatrimestre de 2021 se tuvieron casos con calificación por debajo del 80.0%: tres en el indicador de elaboración de actas, tres en el indicador oportunidad de envío y en cuatro en el indicador término.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

A continuación, se muestra la evaluación correspondiente al tercer cuatrimestre (de septiembre a diciembre de 2021) correspondientes a las 25 Juntas de Gobierno de las UMAE:

EVALUACIÓN POR RUBRO Y JUNTA DE GOBIERNO DEL IMSS
(Porcentajes)

Junta de Gobierno en UMAE	Actas	Oportunidad	Asistencia	Término	Sesiones	Promedio	Promedio Cuatrimestral Anterior
1 Especialidades, Coahuila	100	100	100	100	100	100	98
2 Pediatría, "Siglo XXI"	100	100	100	100	100	100	100
3 Cardiología, Nuevo León	100	100	100	100	100	100	95
4 Traumatología y Ortopedia, Nuevo León	100	100	100	100	100	100	98
5 Especialidades Veracruz	100	100	100	100	100	100	100
6 Cardiología, "Siglo XXI"	92	100	100	100	100	98	95
7 Gineco Obstetricia, "La Raza"	92	100	100	100	100	98	98
8 "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"	92	100	100	100	100	98	99
9 Especialidades, Guanajuato	92	100	100	100	100	98	95
10 Especialidades, Jalisco	92	100	100	100	100	98	92
11 Gineco Obstetricia, Jalisco	92	100	100	100	100	98	98
12 Pediatría, Jalisco	92	100	100	100	100	98	99
13 Gineco Obstetricia, Nuevo León	92	100	100	100	100	98	93
14 Traumatología y Ortopedia, Puebla	92	100	100	100	100	98	98
15 Especialidades, "La Raza"	83	100	100	100	100	97	96
16 Especialidades Puebla	83	100	100	100	100	97	89
17 Especialidades Sonora	83	100	100	100	100	97	98
18 Especialidades, Yucatán	83	100	100	100	100	97	95
19 Gineco Obstetricia, Ciudad de México	75	100	100	100	100	95	95
20 Traumatología y Ortopedia, Estado de México	75	100	100	100	100	95	98
21 Oncología, "Siglo XXI"	92	75	100	100	100	93	95
22 Gineco Pediatría, Guanajuato	92	100	100	75	100	93	94
23 Especialidades, Nuevo León	92	75	100	100	100	93	95
24 Especialidades, "Siglo XXI"	58	100	100	100	100	92	94
25 Hospital General, "La raza"	83	75	100	100	100	92	97

FUENTE: Elaborado con los datos del Informe cuatrimestral Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad de septiembre a diciembre de 2021.

Con base en el cuadro anterior, se puede observar que en el tercer cuatrimestre de 2021 se tuvieron casos con calificación por debajo del 80.0%: tres en el indicador de elaboración de actas, tres en el indicador oportunidad de envío y en uno en el indicador término.

Con la finalidad de validar los controles establecidos para la evaluación de las actas de los Órganos Colegiados, el equipo auditor consultó el Sistema Integral de Consejos Consultivos (SICC) en donde se constató que en este sistema se incluyeron las actas celebradas por los 35 consejos consultivos durante el ejercicio 2021, mismas que sirvieron de base para alimentar el sistema y obtener los reportes con los que se elaboran los informes cuatrimestrales, entre los que destacaron el concentrado de actas, asistencia de los Consejeros por Delegación, integración de los Consejos Consultivos, los acuerdos, números de acuerdos por materia, facultades desconcentradas, comisiones integradas, reporte global de evaluaciones y oportunidad en el envío, entre otros.

Asimismo, con la finalidad de validar que la información registrada en el SICC fuera congruente con la concentrada por los Consejos Consultivos, el equipo auditor visitó los OOAD de Chihuahua y Chiapas, en donde se solicitó proporcionar el total de las actas celebradas durante el ejercicio 2021, para su cotejo, constatando que en el caso de la OOAD de Chiapas las actas se encontraban archivadas en legajos por mes, los cuales incluyeron los acuerdos generados, los oficios de recepción de asuntos a tratar en las sesiones del Consejo Consultivo por parte de cada Comisión del Consejo Consultivo y los oficios de envío de los números de acuerdos generados como resultado de cada sesión; sin embargo, en la OOAD Chihuahua no se contaba con el total de las actas originales para su cotejo, además de que las existentes no contenían el respaldo de los acuerdos determinados, ni el seguimiento de los mismos.

Adicionalmente, con el objetivo de comprobar la veracidad e integridad de los casos presentados al Consejo Consultivo para su aprobación, los acuerdos que se generaron y el seguimiento que se dio a los mismos por parte de la Comisión Revisora de Recursos de Inconformidad, la Comisión Revisora de Quejas y la Comisión Revisora de Cancelación de Créditos a Cargo de Patrones No Localizados y/o Insolventes, se revisaron los expedientes correspondientes a los acuerdos aprobados por la OOAD de Chiapas en las sesiones celebradas el 20/01/2021, 07/04/2021, 19/05/2021, 25/08/2021, 08/11/2021 y 16/12/2021, y por la OOAD de Chihuahua en las sesiones celebradas el 20/04/2021, 04/05/2021,

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

06/07/2021, 03/08/2021, 03/09/2021, 19/10/2021, 16/11/2021 y 10/12/2021. Con base en la revisión antes mencionada, el equipo auditor identificó áreas de oportunidad en la integración de los expedientes presentados a los Consejos Consultivos para la toma de decisiones, tales como:

- a. Ausencia de expedientes que soportaran el acuerdo generado en las sesiones.
- b. Duplicidad en la numeración de los expedientes.
- c. Falta de acuse de notificación de la resolución de la queja al derechohabiente o patrón.
- d. Acuerdos que no contaban con la firma del Presidente del Consejo Consultivo.
- e. Números de acuerdo que no correspondieron con el registrado en el acta.
- f. Expedientes con el nombre del asegurado distinto al manifestado en el acta.
- g. Documentación incompleta.
- h. Dictamen de investigación de quejas médicas sin firmas.
- i. Ausencia del dictamen de autorización por la cancelación de créditos a cargo de patrones no localizados.

Con base a lo antes mencionado, se puede constatar que si bien el IMSS tuvo establecidos controles para la evaluar las actas, éstos no fueron suficientes para garantizar que la información manifestada en éstas fue suficiente, veraz, íntegra y oportuna.

Conclusión

Con los trabajos de fiscalización se concluye que el IMSS no contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar la gestión de los órganos de gobierno y la Administración que incluyera indicadores para medir el cumplimiento de sus funciones y las metas con base en métodos y mecanismos de medición, cualitativos y cuantitativos, ni evaluar la efectividad y funcionamiento de los comités y comisiones establecidos por el propio Consejo Técnico, ni determinar cómo sus actividades fueron ejercidas con la debida eficiencia buscando la mayor agilización en el estudio y resolución de los asuntos que se presentaron en sus sesiones.

Si bien durante el ejercicio 2021 el Instituto estableció controles para el seguimiento de las actividades realizadas por sus Órganos de Gobierno y Colegiados, éstas sólo fueron en la forma, por lo que no fueron suficientes para conocer el desempeño de los mismos, ni midieron el cumplimiento de los objetivos establecidos, lo que limitó la retroalimentación de la labor realizada durante el ejercicio; además, de que el IMSS no tuvo elementos para identificar las fortalezas y áreas de oportunidad que acreditaran la participación de los órganos en el logro de los objetivos y las metas institucionales.

Aunado a lo anterior, si bien el IMSS contó con el documento denominado "Ejes Principales de Evaluación", el cual tuvo por objeto servir de guía para los órganos Colegiados en la síntesis y envío de actas para su análisis y generar confiabilidad y precisión en los resultados que la Secretaría informó cuatrimestralmente al Consejo Técnico, éstos definieron indicadores cuantitativos y cualitativos que no permitieron conocer el desempeño de los Órganos Colegiados respecto de sus funciones, ya que estuvieron enfocados a la elaboración de actas, celebración de sesiones, asistencia, oportunidad de envío y término, y no a la evaluación de la gestión de los órganos para medir el logro de los objetivos y las metas Institucionales.

Debido a la importancia de la evaluación del desempeño de los órganos de Gobierno y la Alta Dirección, es transcendental que el Instituto adopte las mejores prácticas corporativas y defina metas, objetivos e indicadores a través de una metodología que permita guiar y evaluar la contribución de los Órganos Superiores y Colegiados al logro de los objetos y las metas, ya que en la medida en los indicadores y metas de evaluación funcionen, se contribuirá a una toma de decisiones eficaz y oportuna, lo que garantizará la participación en el cumplimiento del mandato institucional del IMSS.

Pre- Recomendación 5

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social diseñe e implemente una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar la gestión de los órganos superiores y los órganos colegiados, en la que se establezcan indicadores para medir el grado de cumplimiento de su gestión, metas y objetivos con base en métodos y mecanismos de medición, cualitativos y cuantitativos basados en la eficiencia y eficacia que permita conocer la efectividad y funcionamiento de los órganos superiores y los órganos colegiados que contribuya a la toma de decisiones oportuna, en términos de lo establecido en el Manual de Organización de la Secretaría General del Instituto Mexicano del Seguro Social, función sustantiva 7.1 "Secretaría General", numeral 14.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

NÚM. DEL RESULTADO:	4	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	4			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				
Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS El artículo 6°, numeral 6.32 de la "Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad" define al Modelo Institucional para la Competitividad^{31/} (MC) como el instrumento para guiar a las unidades médicas, sociales y administrativas del IMSS para lograr la mejora e innovación de los procesos, transformar la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo, con el fin de obtener procesos y servicios acordes a las necesidades y expectativas de las y los usuarios, incrementando su satisfacción y confianza, que permitan el desarrollo de las capacidades y ventajas competitivas del IMSS.^{32/} El artículo 69, fracción VIII del RIIMSS establece que la Dirección de Administración tiene la facultad de emitir la normatividad y coadyuvar en la implantación de proyectos de cambio en los procesos y el establecimiento de prácticas administrativas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios institucionales. Por lo que las funciones 42, 43 y 46, del Manual de Organización del IMSS facultaron a la Dirección de Administración de dirigir el desarrollo, emisión y actualización de las políticas, normas, procedimientos, lineamientos y directrices en materia de normatividad interna institucional, mejora regulatoria, control interno, clima y cultura organizacional y competitividad, así como de impulsar acciones para la implementación y mejora continua del MC y difundir las mejoras en el ámbito institucional. Al respecto, el 7 de septiembre de 2020, el Consejo Técnico aprobó la modificación de la estructura orgánica del IMSS y autorizó la creación de la Unidad de Integridad y Transparencia y, con ello, transfirió la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC), perteneciente a la Dirección de Administración las facultades en materia del MC. En las funciones 1, 2, 3 y 4, numeral 7.1.2 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS, se facultó a la Coordinación de Modernización y Competitividad para: a. Coordinar y controlar el desarrollo, emisión y actualización de los documentos normativos a implementar por los Órganos Normativos, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos, y por la propia Coordinación en las materias del MC, Premio IMSS a la Competitividad, buenas prácticas y prácticas competitivas. b. Dirigir los programas para impulsar la implementación y los procesos de evaluación del MC, en las unidades médicas, sociales y administrativas. c. Coordinar estrategias para la formación y desarrollo del talento humano de las unidades participantes en la implementación del MC. d. Coordinar la realización del Premio IMSS a la Competitividad para las unidades médicas, sociales y administrativas, así como la participación de las unidades ganadoras en certámenes externos. En las funciones 1, 2, 4 y 6 numeral 7.1 del Manual de Organización de la Coordinación Delegacional, se señala que la Coordinación Delegacional de Competitividad tendrá las facultades siguientes: a. Elaborar y ejecutar los programas de asesoría y acompañamiento para la implementación o mantenimiento del MC. b. Asesorar técnicamente a las unidades médicas, sociales y administrativas para que implementen y mantengan el MC u otros modelos y sistemas de gestión de calidad, competitividad, productividad complementarios o de certificación en calidad, a efecto de promover su participación en el Premio IMSS a la Competitividad u otros certámenes externos.				

^{31/} Capacidad de la unidad para desarrollar, adoptar y/o adaptar buenas prácticas para mejorar sus procesos que impacten en la calidad de los servicios y la satisfacción de la derechohabiente y personas usuarias, a través de la mejora continua, innovación, incremento sostenido de la eficiencia operativa y productividad.

^{32/} Antecedentes:

- 1999: Se instituye el Premio "IMSS a la Calidad".
- 2003: Se convierte en Norma Institucional.
- 2008: Se convierte en Modelo de Calidad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI).
- 2014: El MOCERI evolucionó al MC.
- 2017: El MC fue denominado por el Consejo de Salubridad General como una experiencia exitosa.
- 2018: El MC fue reconocido como una buena práctica de gestión por la Secretaría de la Función Pública.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- c. Llevar a cabo las actividades de formación e impartición de talleres en calidad y competitividad a las unidades médicas, sociales y administrativas que se encuentren en implementación o mantenimiento del MC, así como a aquellas unidades que lo soliciten.
- d. Desarrollar e implementar acciones que impulsen y fortalezcan la formación, el desarrollo y la actualización del personal en unidades médicas, sociales y administrativas que funjan como evaluadores del Premio IMSS a la Competitividad, a fin de integrar y mantener actualizado el "Padrón Nacional de Evaluadores del IMSS".

En materia de control interno, el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo de Control Interno establece que la Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado y documentar mediante políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la institución. Asimismo, debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudarán a cumplir las responsabilidades y a enfrentar apropiadamente los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A su vez el principio 11, elementos de control 11.01, 11.02 y 11.03, señalan que la Administración debe desarrollar los sistemas de información de la institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados; debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos; así como los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución.

Con el objetivo de verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades de implementación, asesoría, monitoreo, seguimiento y evaluación del MC, así como verificar en qué medida el modelo implementado por el IMSS coadyuvó a consolidar la transformación de la cultura institucional de las unidades médicas, sociales y administrativas, mediante la atención de las necesidades y expectativas de los derechohabientes y la población usuaria y que, con ello, se incrementó la satisfacción y confianza; así como, comprobar que los métodos para medir los niveles de competitividad definidos para otorgar los reconocimientos económicos del Premio IMSS fueron eficientes y eficaces; el equipo auditor solicitó a la entidad fiscalizada, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, las políticas, normas, metodologías, procedimientos, instrumentos, herramientas y guías que regularon los procesos del MC y el Premio IMSS a la competitividad, durante 2021; la información de las unidades médicas, sociales y administrativas que estuvieron incorporadas al MC; y la evidencia documental del certamen 2021 del Premio IMSS.

En respuesta, el IMSS proporcionó la información y documentación solicitada, con el oficio número 095280614B30/01/0512/2022 del 19 de agosto de 2022.

El presente resultado se integra de los apartados "A. Modelo Institucional para la Competitividad" y "B. Premio IMSS a la Competitividad", con el propósito de facilitar su presentación y entendimiento relativos al marco normativo; las cifras estadísticas; las actividades de gobernanza y de control interno ejercidos por las unidades a nivel central, OOAD y unidades médicas, sociales y administrativas; así como los resultados de las unidades seleccionadas para revisión. Los resultados de las pruebas de fiscalización fueron los siguientes:

A. MODELO INSTITUCIONAL PARA LA COMPETITIVIDAD

I. Marco normativo que reguló el Modelo Institucional para la competitividad en 2021

Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad

En 2021, el IMSS dispuso de la "Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad" (Norma de Implementación)^{33/}, en la que reguló las actividades y requisitos que deben cumplir los Órganos Normativos, de Apoyo a la Dirección General, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos del IMSS, que decidieron implementar y mantener de forma voluntaria el MC. Con la revisión de la norma se identificó que:

- a. Facultó a la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC) para apoyar y asesorar técnicamente a las unidades médicas, sociales y administrativas, para la implementación y mantenimiento del MC; realizar visitas de verificación en las unidades incorporadas al MC, así como emitir y actualizar las guías de implementación.

^{33/} Validado y registrado por la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC) adscrita a la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS, con fechas de actualización del 15 de junio de 2016 y del 21 de octubre de 2021.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

b. Definió al MC con ocho criterios (Planeación, Derechohabiencia y Población Usaria, Liderazgo, Procesos, Talento Humano, Conocimiento, Organizacional e innovación y Responsabilidad Social y Evaluación) y seis principios (Enfoque al usuario, Liderazgo Estratégico, Resultados Competitivos, Personal Comprometido, Creatividad e Innovación y Compromiso Social), que fungieron como la base para que las unidades diseñaran e implementaran su sistema de gestión. No obstante, se identificó que estos fueron definidos y establecidos mediante una serie de cuestionamientos genéricos y con preguntas abiertas de cada criterio.

c. La incorporación de cualquier unidad que forma parte del IMSS fue voluntaria al MC.

d. Estableció que el mecanismo de medición del MC sería mediante la evaluación de cinco tipos de "Bandas de Madurez"^{34/}:

- Diseño: Cumplimiento parcial de los requerimientos del MC, con un rango de 0 a 200 puntos.
- Desarrollo: Indicadores hacia el cumplimiento de estándares institucionales, con un rango de 201 a 400 puntos.
- Consolidado: Cumplimiento de estándares institucionales, locales y sectoriales; evaluación para la mejora; aplicación sistemática y sistémica de los requerimientos del MC, con un rango de 401 a 600 puntos.
- Mejorado: Alto desempeño en estándares nacionales e internacionales; desarrollo de mejoras, innovaciones y prácticas competitivas, con un rango de 601 a 800 puntos.
- Referencial: Referente por su desempeño y resultados; primeros lugares en ranking nacional y posicionamiento internacional, con un rango de 801 a 1000 puntos.

e. Reconoció el Autodiagnóstico de las unidades incorporadas, como el proceso de análisis que realizaron para evaluar su avance en la implementación o mantenimiento del MC, con referencia a los criterios establecidos en la norma, mediante la utilización de la herramienta de evaluación definida por la CMC, así como el establecimiento de un plan de mejora.

Cabe señalar, que se verificó que el 7 de octubre de 2021, el IMSS, por conducto de la CMC, realizó una actualización de la norma que reguló el MC, como resultado de la creación de la Unidad de Integridad y Transparencia. Con la revisión, se identificó que la actualización correspondió principalmente a:

- a. La definición de tres ámbitos de competencia para la asesoría, monitoreo, seguimiento y evaluación: 1) A nivel central facultó a la CMC; 2) A nivel delegacional facultó a las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad, y 3) A las Jefaturas de División de Calidad en las UMAE.
- b. El reconocimiento de la Plataforma Virtual de Competitividad, como la herramienta en la que se administrarán los procesos relacionados con la implementación y mantenimiento del MC y el Premio IMSS.
- c. La determinación de 30 tipos de unidades en el IMSS sujetas a la implementación del MC, mismas que las clasificó en tres rubros, de las cuales 12 correspondieron a unidades sociales^{35/}, 11 a unidades administrativas^{36/} y 7 a unidades médicas^{37/}.
- d. El incremento de seis a nueve principios (Transformación Institucional; Enfoque a la derechohabiencia y población usuaria; Calidez en los Servicios; Excelencia de Servicios; Liderazgo Estratégico; Talento Humano Comprometido; Pensamiento Basado en Riesgos; Creatividad, Mejora e Innovación; y Orientación a Resultados Competitivos) que regularon el MC. En el caso de estos nueve principios y de los ocho criterios que prevalecieron del marco normativo anterior, se identificó que están diseñados por un conjunto de actividades y procesos genéricos que las

34/ Niveles en los que se ubica al sistema de gestión en la unidad, con respecto al avance en la implementación de los principios y criterios del MC.

35/ Unidades Sociales: 1) Centro de Artesanía y Artes Plásticas; 2) Centros de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAM); 3) Centros de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART); 4) Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar; 5) Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo; 6) Capacitación y Productividad (CRESTCAP); 7) Centros Vacacionales; 8) Guarderías Madres IMSS; 9) Guarderías Ordinaria; 10) Tiendas, Unidad de Congreso; 11) Unidades Deportivas; y 12) Velatorios.

36/ Unidades Administrativas: 1) Almacenes; 2) Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica; 3) Centros de Investigación Biomédica; 4) Centros de Investigación Educativa y Formación Docente; 5) Coordinación Normativa; 6) Direcciones Normativas; 7) Escuelas de Enfermería; 8) Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada; 9) Plantas de Lavado; 10) Subdelegaciones y 11) Unidades Normativas.

37/ Unidades Médicas: 1) Clínicas de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama; 2) Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR; 3) Unidades Complementarias de UMAE; 4) Unidades de Control Metabólico; 5) Unidades de primer nivel de atención de 5 o más consultorios; 6) Unidades de segundo nivel de atención; 7) Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

unidades deben realizar para dar cumplimiento a cada criterio y principio, sin que se establecieran los responsables, los medios de verificación, las evidencias y las acciones de forma clara, específica y concreta, que permitieran su eficaz implementación.

- e. La determinación de un proceso de evaluación inicial e interna (hecho por la propia unidad) y la evaluación externa, realizado por las áreas responsables en materia de competitividad a nivel central y delegacional.
- f. La sustitución del Plan de Mejora por el Plan Integral de Implementación, en el que las unidades registran las actividades relacionadas con la instrumentación de cada uno de los criterios bajo objetivos claros y alcanzables, acciones focalizadas, ordenadas y realizables, en sus diferentes fases, plazos y responsables.

Procedimiento para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del MC

Se verificó que el "Procedimiento para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad y modelos de gestión de calidad" (Procedimiento)^{38/} definió las políticas y actividades para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del MC y modelos de gestión de calidad en las unidades médicas, sociales y administrativas, que facultó a las unidades de nivel central y delegacional de brindar asesoría atendiendo los enfoques transversales de Normatividad, SCII, PTAR y encuestas de clima organizacional. La normativa dispuso que las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad (CDC) asignarán asesores (adscritos a las Coordinaciones Delegacionales) para cada unidad incorporada al MC, para la elaboración del autodiagnóstico y programas operativos, para validarlos y elaborar un reporte de retroinformación. Además, estableció la obligación de los asesores de elaborar programas de trabajo. Cabe señalar que con el análisis del procedimiento se identificó que éste incluyó la descripción de actividades genéricas y determinó diagramas de flujo de las actividades a nivel central y delegacional, así como los documentos emitidos por la realización del proceso.

Guías técnicas para la Implementación y mantenimiento del MC

Se constató que el IMSS dispuso de cinco "Guías técnicas para la Implementación y mantenimiento del MC (2018)" enfocadas a Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA; Unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención, y unidades sociales y administrativas. Con la revisión de las guías, se verificó que describen una serie de actividades mediante la teoría de la estructura teórica basada en el "Ciclo de Mejora Continua" o "Círculo de Deming" (proceso sistemático de secuencia de cuatro pasos: planear, hacer, verificar y actuar). Dichas actividades enfocadas a los pasos, acciones de apoyo para implementar, ejecutar, verificar, consolidar y mantener, y mejorar e innovar los ocho criterios del MC.

Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente:

- a. Mostró deficiencias en el diseño, al no definir los riesgos estratégicos, tácticos y operativos del proceso; los niveles de autorización; los controles preventivos y correctivos vinculados a los riesgos; y el resguardo de evidencia documental suficiente y competente.
- b. Careció de parámetros, alcances, secuencia lógica de actividades, criterios de validación y de metodologías de revisión claras, específicas y concretas, libres de sesgos y de discrecionalidad.
- c. No definió un marco lógico y secuencial de los criterios documentar los procesos de implementación y mantenimiento del MC, por las unidades, los asesores y las áreas responsables a nivel central y delegacional.
- d. No definió un proceso integral, metódico, específico, claro y detallado con base en el cual las unidades y los asesores determinarían en qué nivel de la Banda de Madurez les correspondía, ni cómo debía de ser requisitada para su comprobación en el proceso de evaluación.
- e. No reguló el proceso de elaboración de los autodiagnósticos, reportes de retroinformación, las evaluaciones, planes de mejora, planes integrales de implementación, así como los entregables de las asesorías.
- f. La falta de homologación y armonización entre cada instrumento normativo por las modificaciones de la estructura orgánica del IMSS, al no existir congruencia entre las unidades administrativas participantes definidas en el RIIMSS, Manual de Organización, las normas, los procedimientos y las guías del MC.
- g. No definió la forma de cómo las asesorías por parte de los responsables del MC coadyuvarán en los enfoques transversales de las Direcciones Normativas encargadas de la normatividad, el SCII, el PTAR y las encuestas de clima organizacional; ni cómo se debían llevar a cabo. Todo

38/ Elaborado por la Coordinación Técnica de Competitividad y Cultura Institucional, con fecha de actualización del 8 de diciembre de 2017 y vigente en 2021.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

ello generó la completa desvinculación del MC con los instrumentos y componentes del Control Interno del Instituto, al no haber acciones implementadas por las unidades normativas encargadas del SCII y el PTAR del IMSS, durante 2021, derivadas de la gestión del MC, como se constató en el resultado 10 del presente informe.

- h. Las guías de implementación no permearon a todas las unidades del IMSS incorporadas al MC, debido a que están diseñadas para Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA; Unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención, y unidades sociales y administrativas; además, se verificó que las guías no estuvieron homologadas en cuanto a los criterios, actividades, herramientas de apoyo y evidencia diseñados en el marco normativo del MC vigente en 2021.
- i. No definió un esquema claro, específico y concreto que le permitiera al IMSS medir de qué manera la implementación del MC ha cumplido su objetivo de creación relativo a incrementar la satisfacción y confianza de los derechohabientes y la población usuaria, con el fin de consolidar la transformación de la cultura institucional.
- j. No estableció las actividades puntuales necesarias para impulsar y crear estrategias para incrementar la incorporación al MC por parte de todas las unidades del IMSS; y asegurar el incremento de la banda de madurez entre las unidades ya incorporadas.

Las deficiencias de diseño identificadas en el marco normativo que reguló el MC, durante 2021, se presume que provocaron actos de discrecionalidad en su implementación, como se comprobó con las pruebas de fiscalización descritas en este resultado.

II. Unidades incorporadas al Modelo Institucional para la Competitividad en 2021

El equipo auditor solicitó al IMSS los registros de las unidades médicas, sociales y administrativas que estuvieron incorporadas al MC durante 2021. En respuesta, con el oficio número 095280614B30/01/0512/2022 del 19 de agosto de 2022, el IMSS proporcionó la información solicitada.

Con el análisis, se verificó que 916 unidades estuvieron incorporadas al MC en 2021, de las cuales 520 correspondieron a unidades médicas, 202 a unidades administrativas y 194 a unidades sociales, con las bandas de madurez que se describen a continuación:

UNIDADES INCORPORADAS AL MC Y BANDA DE MADUREZ, EN 2021							
Tipo de Unidad	Banda de Madurez					Total	
	Diseño	Desarrollo	Consolidado	Mejorado	Referencial		
Médica	71	209	148	73	19	520	
Administrativa	26	94	37	24	21	202	
Social	37	75	54	24	4	194	
Total	134	378	239	121	44	916	

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con base en la información proporcionada por el IMSS.

Con los datos proporcionados, se comprobó que:

- a. Las 916 unidades que estuvieron incorporadas al MC representaron sólo el 12.4% de las 7,293^{39/} unidades sociales, médicas y administrativas que integraron la estructura del IMSS en 2021.
- b. De las 916 unidades, 221 se incorporaron en el año 2016; 231 en 2017; 286 en 2018; 78 en 2019; 77 en 2020; y 23 en 2021; lo anterior, mostró áreas de oportunidad en el proceso de incorporación al MC, ante la falta de efectividad de las estrategias para incrementar el número de las unidades médicas, sociales y administrativas y, con ello, garantizar la mejora e innovación de los procesos y transformar la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo a nivel institucional.
- c. El IMSS determinó inadecuadamente la banda de madurez de 17 unidades, ya que no correspondió con el puntaje obtenido con la banda de madurez asignada; y 151 unidades no acreditaron el puntaje del resultado de evaluación de 2021, aun cuando se les determinó una cierta banda de madurez; lo anterior, bajo el argumento de que dichas unidades no ratificaron la implementación para el ejercicio 2022.
- d. 64 unidades correspondieron a Coordinaciones y Jefaturas adscritas a 34 OOAD Estatales, lo que provocó el incremento inadecuado en el número de unidades incorporadas al MC, al no ser unidades medibles para el modelo y que contrastó con los mismos registros en donde se identificaron nueve sedes delegacionales consideradas por la CMC en lo individual para la medición de unidades incorporadas.

39/ Total de Unidades del IMSS reportadas en la "Memoria Estadística del IMSS 2021" <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- e. La CMC no impulsó el incremento de las bandas de madurez de las unidades incorporadas al MC, debido a que se identificó que 98 y 140 unidades, inscritas desde los años de 2016 y 2017, respectivamente, no incrementaron su banda de madurez, manteniéndose en un lapso de cuatro a cinco años en los mismos niveles de "diseño" y "desarrollo".
- f. En el "Reporte Ejecutivo de Desempeño de Unidades en el Proceso de Implementación del MC, 2021", la CMC informó que 855 unidades implementaron el modelo, cifra que no correspondió con las 860 unidades incorporadas al MC en el "Informe de Avance y Resultados 2021 del PIIMSS 2020-2024". Lo anterior, denotó que el Instituto presentó deficiencias en la rendición de cuentas al no generar información veraz, íntegra y oportuna en materia de competitividad.

Adicionalmente, el equipo auditor solicitó los registros de las unidades médicas, sociales y administrativas del IMSS que estuvieron incorporadas al MC, durante los ejercicios de 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021. Con el análisis tendencial, respecto a los promedios en las bandas de madurez de las unidades incorporadas, se observó lo siguiente:

- a. El IMSS registró 574 unidades en 2016 al MC, 807 en 2017, 889 en 2018, 945 en 2019, 955 en 2020 y 918 en 2021, lo que mostró que 2020 fue el año que más unidades incorporó al MC y que en el año 2021 registró el mayor número de unidades dadas de baja.
- b. Alta volatilidad en la determinación de las bandas de madurez, ya que varias unidades bajaron su nivel de banda de madurez de "Referencial" o "Mejorado" a "Diseño" o "Desarrollo", lo que mostró que los esfuerzos para mejorar e innovar los procesos de las unidades fueron insuficientes o inadecuados.
- c. El promedio de la banda de madurez de las Unidades Administrativas, en un lapso de cinco años, mostró un comportamiento al alza; sin embargo, su punto máximo se ubicó en 499.05 puntos (Consolidado) en 2016, por lo que no han superado ese valor al cierre del ejercicio de 2021.
- d. El promedio de la banda de madurez de las Unidades Médicas, en un lapso de cinco años, mostró una tendencia a la baja; sin embargo, su punto máximo se ubicó en 479.20 puntos (Consolidado) en 2021.
- e. El promedio de la banda de madurez de las Unidades Sociales, en un lapso de cinco años, mostró un comportamiento a la baja.

Lo anterior mostró áreas de oportunidad en los procesos de incorporación al MC, de mantenimiento y mejoramiento en las bandas de madurez de las unidades, ante la falta de efectividad de las estrategias diseñadas e implementadas por la CMC para incrementar el número de las unidades médicas, sociales y administrativas e impulsar la mejora e innovación de los procesos reflejados, mediante modificaciones a los niveles de las bandas de madurez.

III. Gobernanza y actividades de control en el proceso del MC

Con la finalidad de verificar los mecanismos de control y supervisión en el proceso de implementación de las unidades médicas, sociales y administrativas al MC, el equipo auditor llevó a cabo entrevistas y pruebas de control (visitas domiciliarias)^{40/} a la CMC y a los OOAD Estatales de Chihuahua y Chiapas^{41/}. El resultado se detalla a continuación:

Pruebas de control a Nivel Central

Se verificó que la Coordinación Técnica de Competitividad Institucional, adscrita a la CMC, fue el área responsable de impulsar el MC durante 2021; diseñar y establecer los instrumentos, herramientas y guías para la implementación; dirigir las estrategias para la implementación y difusión de las buenas prácticas y prácticas competitivas, y regular la formación y el fortalecimiento de las competencias por los asesores del modelo. Al respecto, se constató que:

- a. En 2021, el IMSS reportó una plantilla de 222 asesores con los que se auxilió a niveles centrales y en las Coordinaciones Delegacionales para la implementación y mantenimiento del MC en las unidades incorporadas, por lo que cada asesor debió tener en promedio cuatro unidades a su cargo; sin embargo, se observó que no hubo relación directa del total de unidades incorporadas con el número de asesores por OOAD, ya que osciló desde 1 unidad asignada por asesor hasta 10 unidades, por lo que la distribución de los esfuerzos en materia de asesoría no fue homogénea, ni consistente en todas las Delegaciones, lo que se presume repercutió en la eficiencia y eficacia de las actividades desarrolladas por estos asesores. Lo anterior, se constató en las unidades de nivel central que contaron con 26 asesores que atendieron a 25 UMAE, mientras

^{40/} Notificadas al IMSS mediante el oficio número DGAESCI/175/2022 del 21 de septiembre de 2022.

^{41/} Documentadas mediante el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 002/CP2021 del 6 de septiembre de 2022, Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 024/CP2021 del 13 de octubre de 2022 y el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 026/CP2021 del 27 de octubre de 2022.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

que los OOAD de Tabasco, Zacatecas y Veracruz Norte reflejaron que en promedio un asesor atendió de 8 a 10 unidades. Además, se corroboró que a niveles centrales se definió la meta de contar con un mínimo de 3 unidades por asesor y realizar al menos 8 asesorías por mes; sin embargo, los indicadores no fueron formalizados, por lo que su implementación fue discrecional por las unidades centrales, al constatare que un asesor atendió a una UMAE.

b. En relación con las asesorías, la CMC reportó que 267 asesores a nivel nacional realizaron 22,248 acciones de asesoramiento, con base en el "Programa Anual de Asesoría 2021"; sin embargo, se observó que la Plataforma Virtual de Competitividad únicamente concentró cuántas acciones de asesoramiento se realizaron en 2021, sin determinar qué OOAD fue asesora y qué asesores lo realizaron, por lo que el sistema no generó información útil y oportuna para la toma de decisiones.

c. El IMSS reportó que las actividades del MC se alinearon con el objetivo prioritario número 6. "Garantizar que el Instituto cuente con los mecanismos para conocer las necesidades y atender las demandas de la población derechohabiente y usuaria", en el que informó que el porcentaje de unidades que incrementaron el nivel de competitividad fue del 49.0% y que 51 unidades demostraron contar con resultados de valor y satisfacción a la población derechohabiente y población usuaria, al ser reconocidas en el certamen del Premio IMSS a la Competitividad de 2021. No obstante lo manifestado, durante las pruebas de control por parte del equipo auditor en las oficinas de la CMC, ante el cuestionamiento de acreditar con evidencia documental en qué medida la implementación del MC incrementó la satisfacción y confianza en los servicios otorgados por el Instituto, ésta informó que:

... De 2009 a 2018, en el IMSS se implementó la "Encuesta Nacional de Satisfacción a Usuarios de los Servicios Médicos (ENSAT Servicios Médicos)" y de 2010 a 2018 la "Encuesta Nacional a Usuarios del Servicio de Guardería (ENSAT Guarderías)". Para 2019 se aplicó la Encuesta Nacional de Calidad de la atención y de los Servicios de Salud y de Guarderías (ENCAL). Los resultados de estos instrumentos arrojaban los indicadores de satisfacción de la derechohabiente, mismos que eran utilizados como valores de referencia en unidades médicas y guarderías. Por otro lado, las unidades implementadoras del MC que así lo deciden cuentan con instrumentos propios para medir la satisfacción de su población usuaria o derechohabiente.

En este contexto, durante la actualización de la Norma para la Implementación del MC en 2021, se observó como problemática que no existía un instrumento homologado para medir dicho indicador y por lo tanto no existe homogenización de una metodología que arroje resultados estandarizados.

Por lo anterior, a partir de entonces se desarrolla, en conjunto, con la Coordinación de Investigación Estratégica de la Dirección de Planeación para la Transformación Institucional el proyecto denominado "Encuesta de satisfacción de usuarios de unidades implementadoras del MC", mismo que considera el diseño de cuestionarios específicos por tipo de unidad y servicio otorgado, así como una metodología para su aplicación. El proyecto se encuentra en la etapa de pilotaje y se espera que para finales de este año las unidades que implementan el Modelo cuenten con los cuestionarios y metodología que les permita medir de manera homogénea dicho indicador...

Por lo tanto, se comprobó que la CMC no contó con mecanismos e indicadores suficientes e integrales para medir las necesidades y expectativas de los derechohabientes y la población usuaria y, con ello, identificar en qué medida la implementación del MC incrementó o no la satisfacción y confianza en los servicios otorgados por el Instituto, para en su caso redireccionar las estrategias de diseño e implementación del modelo.

d. En 2021, el IMSS incorporó a 23 unidades al MC, pero se dieron de baja 69 unidades respecto de las registradas en 2020. La CMC se auxilió de las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad y Jefaturas de División de Calidad, con el propósito de que realizaran actividades de convencimiento de los cuerpos directivos de las unidades para su incorporación; sin embargo, se verificó que no contó con una campaña de difusión formalizada, ni tampoco emitió un informe en el que se difundieran los casos de las unidades sobresalientes que contaron con un Sistema de Gestión con base en el MC. Además, se verificó que el IMSS no contó con estrategias para garantizar la permanencia de las unidades médicas, sociales y administrativas en el MC y para mejorar la banda de madurez de las unidades incorporadas, ya que como se describió en el apartado II de este resultado, existió un estancamiento en las bandas de madurez y alta volatilidad en las mismas de un año respecto de otro.

e. El único medio para ejercer mecanismos de monitoreo, seguimiento y control fue la "Plataforma Virtual de Competitividad", en donde las unidades incorporadas al MC y los asesores registraron la información y documentación en 2021; sin embargo, con las pruebas de control se identificaron errores y fallas en la plataforma para consultar, generar y extraer información y documentación referente a los programas operativos, bandas de madurez y autodiagnósticos de las unidades incorporadas al MC, por lo que CMC no contó con un resguardo de información y documentación que acreditara la implementación del MC en cada una de las unidades incorporadas. Hecho que se sustentó, mediante la prueba de hechos posteriores, en la que se comprobó que en el ejercicio 2022 las OOAD de Chihuahua y Chiapas realizaron el resguardo y seguimiento por medio de "Microsoft Teams" y no en la plataforma específica, ante los errores y fallas de ésta.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- f. La División de Desarrollo a la Competitividad, adscrita a la CMC, no elaboró el Informe Anual de los resultados derivados de la ejecución de las acciones de formación en competitividad establecidos para el personal asesor y evaluador del MC, a efecto de contar con información para el planteamiento de las estrategias de desarrollo y fortalecimiento de las competencias, por lo que fue omisa con lo previsto en la función 2, del numeral 7.1.2.1.3 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS.

Pruebas de control a nivel OOAD de Chihuahua y Chiapas

Durante las pruebas de recorrido a las OOAD de Chihuahua y Chiapas, el equipo auditor observó que:

- a. Las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad (CDC) de los OOAD fungieron como unidades operativas a nivel nacional, encargadas de difundir y sensibilizar la importancia de mejorar los sistemas de gestión; así como, otorgar asesorías a las unidades para implementar el MC.
- b. La comunicación de las CDC de Chihuahua y Chiapas con la CMC a nivel central se llevó a cabo por medio de la "Plataforma Virtual de Competitividad"; no obstante, dicha plataforma fungió como repositorio de información y documentación de la CMC, la cual presentó errores y fallas para consultar, generar y extraer información y documentación. Por lo tanto, la plataforma no facilitó las actividades de control y supervisión para la toma de decisiones.
- c. No existió una homogenización en la integración y resguardo de los expedientes del MC, debido a la falta de normativa o de un lineamiento que regulara el proceso.
- d. Los reportes de autodiagnóstico y de retroinformación, así como los programas operativos, fueron requisitados por las unidades y los asesores en la plataforma, en los cuales se observó que la veracidad, integridad, confiabilidad, suficiencia y pertinencia de la información y documentación que sustentó los reportes y los programas, dependieron del criterio de cada unidad y asesor asignado, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y las OOAD responsables del modelo, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación del MC.
- e. Las unidades y los asesores se apoyaron de la herramienta denominada "Autodiagnóstico de Implementación del Modelo Institucional para la Competitividad", la cual correspondió a un formulario cargado en la plataforma, que se integró de una descripción de los cinco niveles de implementación de la "banda de madurez" enunciados en orden descendente, y se les asignó una calificación por cada criterio y subcriterio en una escala de 5 a 100; sin embargo, el sistema y la normativa no definieron los criterios, medios y evidencias de soporte que le permitieran a las unidades y asesores determinar, bajo mecanismos libres de sesgos y discrecionalidad, el nivel de la banda de madurez que les correspondía.
- f. Los factores que limitaron que las unidades médicas, sociales y administrativas mantuvieran y mejoraran su "Banda de Madurez", de acuerdo con lo manifestado por los titulares de las unidades incorporadas y los asesores, obedeció principalmente a la rotación del personal y a la resistencia de éste respecto a la implementación del MC, así como a los cambios en la normativa.
- g. La labor de las CDC se focalizó en la permanencia en el MC y en la mejora de la "Banda de Madurez" de las unidades ya incorporadas, y no en incrementar la incorporación de nuevas unidades, bajo el criterio de "Calidad y no "Cantidad", el cual no fue acreditado en términos normativos. Pese al criterio adoptado por las CDC, se observó que éste no se cumplió, debido a que se identificó que 681 unidades no mejoraron su nivel de banda de madurez, sólo 132 unidades sí mejoraron y 63 unidades disminuyeron.

IV. Unidades registradas al MC seleccionadas para revisión

El equipo auditor seleccionó a 16^{42/} unidades médicas, sociales y administrativas de las 916 unidades incorporadas al MC, con la finalidad de comprobar los mecanismos de control y las actividades de gobernanza en la implementación del MC, en 2021. Los hallazgos se presentan a continuación:

- a. De las 16 unidades analizadas, 9 correspondieron a unidades sociales, 6 a unidades médicas y 1 a unidades administrativas, de las cuales 7 tuvieron una banda de madurez en "desarrollo", 3 "consolidado", 3 en "mejorado", 2 en "referencial" y 1 en "diseño".

42/ Unidades médicas: HGO 4 XXI; Hospital Rural SS Villa Unión; Unidad Médica Familiar 11 Tapachula; Unidad Médica Familiar 13 Tuxtla Gutiérrez; Unidad Médica Familiar 23 Tuxtla Gutiérrez; y Unidad Médica Familiar 71.

Unidades Sociales: Guardería Ordinaria G-001, Tapachula de Córdova; Guardería Ordinaria G-01, Cd. Juárez; Guardería Ordinaria G-01, Chihuahua; Guardería Ordinaria G-02, Chihuahua; Guardería Ordinaria G-03, Cd. Juárez; Guardería Ordinaria G-04 Monterrey; Velatorio 15, Pachuca; Velatorio, Cd. Juárez, y Velatorio, Chihuahua.

Unidades Administrativas: Subdelegación de Polanco.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- b. En 15 unidades no se acreditó la elaboración de las evaluaciones inicial e interna por las unidades, ni las evaluaciones externas por la CMC, lo que incumplió la "Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad"; sólo la Unidad Médica Familiar Número 71 acreditó la "Cédula de Evaluación Inicial" de los 8 criterios.
- c. Se verificó que 14 de las 16 unidades realizaron "Programas Operativos de fortalecimiento al MC" relacionados con los 8 criterios del modelo, por medio de los cuales se establecieron objetivos, actividades y se definió la congruencia, el lugar y los responsables de la ejecución; necesarios para la mejora continua para incrementar la banda de madurez.
- h. Se revisaron los 16 Reportes de retroinformación elaborados por los asesores de las CDC, los cuales sustanciaron las validaciones que éstos realizaron; sin embargo, se observó que fueron requisitados por los asesores en la plataforma, por lo que la veracidad, integridad, confiabilidad, suficiencia y pertinencia de la información y documentación que sustentó los reportes, dependieron del criterio de cada asesor, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y las OOAD, también responsables del modelo, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección, en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación de las actividades desarrolladas por los asesores.

B. Premio IMSS a la Competitividad

Se verificó que el IMSS estableció el Premio IMSS a la Competitividad, el cual correspondió al certamen anual en el que las unidades médicas, sociales y administrativas del Instituto que implementaron un sistema de gestión basado en el MC, participaron y demostraron altos niveles de competitividad, para ser reconocidas económicamente.^{43/}

El equipo auditor analizó la metodología e instrumentos utilizados por el IMSS en 2021, con el propósito de verificar las bases de coordinación para la realización del Premio IMSS a la Competitividad y la participación de las unidades; así como la alineación de los criterios normativos y de evaluación del MC. Los resultados se muestran en los siguientes apartados.

I. Marco normativo que reguló el Premio IMSS a la Competitividad en 2021

Se verificó que, en 2021, el IMSS dispuso de dos instrumentos que regularon el certamen del Premio IMSS a la Competitividad (Premio IMSS). Del análisis se observó que:

- A. El IMSS dispuso de la "Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la competitividad"^{44/} para regular el certamen; así como, de las disposiciones generales y específicas para administrar y resguardar la información generada en las diversas etapas del concurso; las categorías de participación por tipo de unidad; las modalidades de participación y las características; las instancias decisorias; la participación de los evaluadores y los reconocimientos económicos. Al respecto, se identificó que:
- a. El IMSS facultó a la CMC para planear, dirigir y coordinar el proceso del Premio IMSS; formar los equipos de evaluadores (responsables de determinar las unidades ganadoras); integrar, presentar, conservar y resguardar la documentación soporte del certamen.
- b. El proceso se dividió en las etapas de: 1. Autodiagnóstico (Premio IMSS) o plan de mejora (Distintivo Águila); 2. Visita de verificación de autodiagnóstico; 3. Inscripción de las unidades; 4. Elaboración del informe organizacional; 5. Evaluación documental; 6. Autorización de la Junta Técnica; 7. Ejecución de visita de verificación; 8. Autorización de la Junta Directiva y 9. Premiación y reconocimiento económico.
- c. La normativa reconoció el premio IMSS y los distintivos "Águila" oro, doble oro y triple oro; "Águila" platino, doble platino y triple platino, y "Águila" Diamante, doble y triple diamante. Dichos distintivos correspondieron a brindar un reconocimiento a las unidades que consecutivamente ganaron el Premio IMSS en los tres años subsecuentes y demostraron mantener o mejorar el puntaje obtenido en la última evaluación.
- d. La normativa mandata la conformación de la Junta Técnica de Competitividad y la Junta Directiva de Competitividad, las cuales correspondieron a las instancias decisorias del Premio IMSS y los distintivos, con base a los puntajes mínimos de participación, las visitas de verificación; así como de autorizar las unidades ganadoras y los montos de reconocimiento económicos.

^{43/} En el año 2000, el IMSS analizó los criterios de los diferentes modelos de gestión de calidad de los premios internacionales y tomó la experiencia del "Premio Nacional de Calidad" y adoptó la metodología del "Modelo de Calidad Total" para instaurar el Premio IMSS de Calidad. Procedimiento para la identificación, documentación, evaluación, registro, reconocimiento, difusión y seguimiento de las prácticas competitivas del IMSS. Unidad de Integridad y Transparencia, Página 5.

^{44/} Validado y registrado por la Coordinación de Modernización y Competitividad el 7 de octubre de 2021.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

B. El IMSS estableció el "Procedimiento para la Administración del Premio IMSS a la Competitividad^{45/} que definió las políticas, actividades y responsabilidades para administrar el proceso de evaluación del Premio IMSS, con la finalidad de impulsar la eficiencia, la mejora e innovación de las unidades médicas, sociales y administrativas.

El equipo auditor determinó que los instrumentos definidos para el Premio IMSS vigentes en 2021, contaron con la definición de las disposiciones generales y los requisitos para la participación de las unidades médicas, sociales y administrativas; no obstante, se identificó que los instrumentos carecieron de parámetros, alcances, secuencia de actividades, criterios de validación, metodologías de revisión claras, específicas y concretas; así como, la alineación de los criterios normativos y de evaluación al MC, tampoco establecieron la información generada durante las diferentes etapas, ni el resguardo de la documentación.

II. Certamen del Premio IMSS y los Distintivos Águila en 2021

Se verificó que, durante 2021, de las 916 unidades incorporadas al MC, sólo 306 participaron para obtener el Premio IMSS o los distintivos Águila, lo que representó el 33.4% respecto del total de las unidades registradas. Éstas correspondieron a 181 unidades médicas, 67 unidades administrativas y 58 unidades sociales. Al respecto, el IMSS premió sólo a 51 unidades como ganadoras y pagó 22,977.0 miles de pesos a 17 unidades por el Premio IMSS y 26,112.5 miles pesos a 34 unidades por los distintivos Águila. Los tipos de premio y los distintivos por unidad ganadora se muestran en el cuadro siguiente:

UNIDADES GANADORAS DEL PREMIO IMSS Y LOS DISTINTIVOS, EN 2021				
Premio o Distintivo	Unidad			Total
	Médicas	Administrativas	Sociales	
Premio IMSS:				
Premio IMSS	6	4	0	10
Premio IMSS Oro	3	1	2	6
Premio IMSS Platino	0	1	0	1
Distintivo Águila:				
Distintivo Águila Oro	9	4	2	15
Distintivo Águila Platino	5	2	0	7
Distintivo Águila Doble Oro	3	1	0	4
Distintivo Águila Triple Oro	2	1	1	4
Distintivo Águila Doble Platino	0	3	0	3
Distintivo Águila Triple Platino	1	0	0	1
Total	29	17	5	51

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con base en la información proporcionado por el IMSS.

III. Gobernanza y actividades de control en el proceso de Premio IMSS y distintivos águila

Con la finalidad de verificar los mecanismos de control y supervisión en el proceso del Premio IMSS y los distintivos, el equipo auditor entrevistó y realizó pruebas de control (visitas domiciliarias)^{46/} en la CMC y en los OOAD de Chihuahua y Chiapas^{47/}. El resultado se muestra a continuación:

Pruebas de control a Nivel Central

Se verificó que, en 2021, el IMSS contó con dos cuerpos colegiados (Junta Directiva y Junta Técnica de Competitividad) enfocados a la toma de decisiones del Premio IMSS y los distintivos. La primera fue responsable de establecer el puntaje mínimo de evaluación con el que las unidades resultaron ganadoras y autorizar los montos del reconocimiento económico; y la segunda estableció el puntaje mínimo para que las unidades participaran y fueran sujetas de las visitas de verificación. Con base en lo anterior, el equipo auditor analizó las actas de las sesiones de los dos cuerpos colegiados y se constató que:

- En la sesión ordinaria de la Junta Técnica de Competitividad, del 20 de agosto de 2021, se autorizó el puntaje igual o mayor a 610 puntos como mínimo, para que las unidades continuaran participando y fueran sujetas de las visitas de verificación.

^{45/} Elaborado por la Coordinación Técnica de Competitividad y Cultura Institucional, el 4 de octubre de 2018.

^{46/} Notificadas al IMSS mediante el oficio número DGAESCI/175/2022 del 21 de septiembre de 2022.

^{47/} Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditorías números 002/CP2021, 024/CP2021 y 026/CP2021, suscritas el 6 de septiembre de 2022, el 13 de octubre de 2022 y el 27 de octubre de 2022, respectivamente.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

b. En la sesión ordinaria de la Junta Directiva de Competitividad, del 28 de octubre de 2021, se autorizó el puntaje de 650 puntos como mínimo para que las unidades resultaran ganadoras del Premio IMSS y los distintivos, y dictaminó como ganadoras en las modalidades del Premio IMSS a 17 unidades y en "Distintivo Águila" a 34 unidades. Además, autorizó el pago de 49,089.6 miles de pesos.

c. La Junta Directiva de Competitividad y la Junta Técnica de Competitividad se integraron por los representantes de las áreas normativas de las unidades que participaron, durante 2021.

d. El IMSS no contó con una metodología para que la Junta Directiva de Competitividad y la Junta Técnica de Competitividad establecieran los puntajes, números y montos autorizados; toda vez, que sólo se retomaron los datos históricos determinados en ejercicios previos.

Para los procesos de evaluación documental y ejecución de las visitas de verificación, procesos medulares del certamen, se verificó que la CMC se auxilió del "Padrón Nacional de Evaluadores" del certamen 2021, que se integró de servidores públicos voluntarios adscritos en las diversas unidades de IMSS, de todos los niveles, estados, áreas y categorías, quienes fueron los encargados de revisar la parte documental y ejecutar las visitas de verificación. Con las pruebas de recorrido, se comprobó lo siguiente:

a. En 2021, dicho padrón se conformó por 528 evaluadores, de los cuales 378 fueron evaluadores ratificados por participar en ejercicios previos y 150 fueron de nuevo ingreso. Al respecto, se verificó que 149 correspondieron a asesores adscritos a las CDC.

b. El IMSS acreditó planes de cursos propedéuticos y de capacitación en materia de MC y del Certamen Premio IMSS, realizados en 2021 y proporcionó los perfiles de puestos, los cuales indicaron las competencias requeridas de forma genérica (el nivel académico, las características personales, las necesidades de conocimiento y comprensión básicas, y las habilidades y experiencia). No obstante, los perfiles no establecieron las expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada sobre los puestos y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución a lograr los objetivos en materia de MC, por lo que no se atendió lo previsto en el artículo segundo, disposición 9, Norma general Primera, numerales 3 y 4 del Acuerdo de Control Interno.

c. Los evaluadores fueron los encargados de revisar los "Informes Organizacionales" y evaluar a las unidades mediante la "Visita de Verificación". Aunado a lo anterior, se identificó que la evaluación se realizó en dos etapas, la primera de forma individual y la segunda mediante consenso grupal, en donde se determinó la puntuación, para lo cual se integraron equipos evaluadores de al menos dos evaluadores, siendo uno de ellos el evaluador líder; asimismo, dicho equipo se encargó de determinar el puntaje y la banda de madurez alcanzada por cada unidad participante.

d. Que la asignación de los evaluadores fue conforme a la demarcación territorial y la experiencia de los evaluadores en materia del MC y el Premio IMSS; sin embargo, el IMSS no consideró los perfiles o áreas de conocimiento de los evaluadores para validar a las unidades médicas, sociales y administrativas participantes. Lo anterior, se comprobó con las unidades revisadas, en donde se identificó que algunos evaluadores de unidades médicas tenían más conocimiento de la gestión en unidades administrativas o sociales a las que estaban adscritos.

e. Que las herramientas de evaluación utilizadas para el certamen del Premio IMSS y Distintivos carecieron de parámetros específicos y de una metodología para definir el puntaje otorgado a las unidades; toda vez, que el evaluador con base en su experiencia determinó la ponderación asignada de las unidades participantes. Adicionalmente, las cédulas de evaluación no contaron con firmas autógrafas de quienes las elaboraron y validaron; la veracidad, integridad, confiabilidad y suficiencia de la información y documentación que sustentó las revisiones, evaluaciones y validaciones dependieron únicamente del criterio de los evaluadores, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y las OOAD responsables de la asignación del Premio IMSS, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección, en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación del certamen.

f. La CMC no contó con los mecanismos de seguimiento de los 49,089.6 miles de pesos que otorgó a las unidades ganadoras, tampoco acreditó los informes trimestrales del avance en el ejercicio de los recursos.

IV. Unidades ganadoras del Premio IMSS y distintivos seleccionadas para revisión

Con la finalidad de verificar el proceso de premiación y el resguardo de la información y documentación del certamen, el equipo auditor seleccionó 11 unidades ganadoras del certamen (5 en la modalidad de Premio IMSS y 6 en la modalidad de Distintivo Águila) de las 51 unidades galardonadas en el certamen de 2021. Los hallazgos fueron los siguientes:

a. Las 11 unidades presentaron su solicitud de inscripción en tiempo y forma.

b. Se comprobó que los reportes de Autodiagnóstico y de Retroinformación fueron requisitados por las unidades y los asesores en la plataforma, en los cuales se observó que la veracidad, integridad, confiabilidad, suficiencia y pertinencia de la información y documentación que sustentó

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

los reportes, dependieron del criterio de cada unidad y asesor asignado, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y las OOAD responsables del modelo, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación del MC.

- c. 5 unidades (Hospital General de Zona Número 58 "Las Margaritas"; Unidad de Medicina Familiar Número 64 Córdoba; Centro Vacacional "Atlixco Metepec"; Guardería Ordinaria G-0035 "Sevilla" y Subdelegación de Aguascalientes) ganaron el Premio IMSS, IMSS Oro y Platino y las cuales presentaron informes organizacionales. Con la revisión de los informes, se verificó que fueron análogos en cuanto a la estructura, al incluir datos de la unidad, antecedentes, servicios otorgados, organigrama, descripción del sistema de gestión implementado, el mapa de gestión, el propósito del criterio, la implementación y los resultados de los ocho criterios del MC. Sin embargo, no fueron homogéneos en su contenido, hecho que se comprobó con los resultados de los criterios, en los que se presentaron de forma indistinta entre cada informe, ya se describieron mediante reportes financieros, fotografías, índices de indicadores y resultados de encuestas; lo que denotó áreas de oportunidad por parte de los responsables del proceso en el diseño e implementación de la información y documentación que debió incluir cada informe.
- d. 6 unidades (Unidad de Medicina Familiar Número 57 "Irapuato"; Subdelegación Mérida Norte; Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Número 25 del Centro Médico Nacional del Noroeste; Unidad de Medicina Familiar Número 1 Puebla; Escuela de Enfermería Tijuana, y Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología Número 34 Centro Médico Nacional del Noroeste) ganaron los Distintivo Águila Oro, Águila Triple Oro, Águila Platino y Águila Triple Platino, las cuales presentaron informes de mejora. Con la revisión de los informes, se constató que fueron análogos en cuanto a la estructura, al incluir datos generales, enfoque de mejora, resultado de indicadores y mapa de gestión (descripción, objetivo, resultados cualitativos, cuantitativos e impacto).
- e. Concerniente a las 11 Actas de Evaluación, se identificó que éstas fueron el resultado de las visitas de verificación virtual, en las que el grupo de evaluadores determinó las calificaciones de los 8 criterios establecidos en el MC e incluyeron una descripción genérica de los motivos que originaron la calificación asignada. Al respecto, se comprobó que la CMC no validó, ni resguardó la evidencia documental de la información registrada por los evaluadores referente a las calificaciones; además, mediante entrevista a ocho evaluadores de las OOAD de Chihuahua y Chiapas se comprobó que no resguardaron evidencia documental que acreditara lo reportado a nivel central e indicaron que las herramientas de evaluación utilizadas, al requisitarse en la plataforma, son borradas una vez que el certamen finaliza. Por lo tanto, la trazabilidad del certamen careció de los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia.
- f. Se verificó que los evaluadores elaboraron 11 Informes de Retroinformación, como resultado de las evaluaciones documentales y visitas de verificación, que incluyeron los resultados y las áreas de oportunidad.

III. EVALUACIONES DE LA DOE

Durante 2021, se comprobó que la Coordinación de Evaluación de Calidad Médica (CECM) adscrita a la DOE, evaluó a las OOAD de Jalisco, Campeche, Oaxaca, Tlaxcala y Coahuila, y a 3 UMAE el Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 3, CMN La Raza; el Hospital de Especialidades Núm. 14 "Lic. Adolfo Ruiz Cortines", CMN Veracruz, y el Hospital de Gineco Obstetricia "Lic. Ignacio García Téllez", CMN Occidente. Con el análisis de los ocho "Tableros e Informes de Evaluación 2021", se identificó que dentro de su proceso de evaluación, revisó a un total de 16 unidades médicas, de las cuales se verificó que 8 estuvieron incorporadas al MC en 2021.

Se destaca que el Hospital General Regional Número 46 "Guadalajara" del OOAD de Jalisco tuvo una banda de madurez de "Mejorado"; no obstante, se observó que la CECM determinó diversas áreas de oportunidad en los servicios médicos otorgados relacionados con urgencias, hospitalización, cirugía, consulta de especialidades, atención integral de cáncer de mama, atención integral de cáncer cérvico uterino, atención materno integral, infecciones asociadas a la atención a la salud, gestión directiva, conservación, servicios generales, personal y en administración de bienes muebles e informática; relativas a:

- La falta de aplicación de acciones de mejora efectivas a los procesos de cada uno de los servicios.
- La deficiente supervisión operativa y directiva en los inicios oportunos, cita escalonadas, apego a criterios, tiempos de espera, diagnósticos, consultas, disponibilidad de camas hospitalarias, uso racional de medicamentos, calidad de la atención, registros de expedientes clínicos y diagnósticos y oportunidad en la entrega de resultados.
- El bajo apego a las Normas Oficiales Mexicanas, a las Guías de Práctica Clínica, a los formatos de registro, a las acciones esenciales de Seguridad del Paciente y de procedimientos.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- La falta de infraestructura y recursos humanos.
- La falta de actualización de la matriz de riesgos, al no tener contemplada la principal problemática de cada uno de los servicios del hospital.
- El incremento en la cantidad de quejas por inconsistencias en el servicio otorgado.
- La falta de aplicación de encuestas de satisfacción a la población usuaria, para identificar las mejoras en los procesos médicos y administrativos y la percepción de los derechohabientes.

Con base en lo antes expuesto, se identificó que la Unidad que reguló el MC en 2021, no consideró en el diseño del marco normativo los productos generados por otras Direcciones Normativas del IMSS, en los que se determinaron, con enfoques transversales, hallazgos sobre la gestión de las unidades incorporadas al modelo, que le permitieran a la CMC presumir que éstas no están logrando atender las necesidades y expectativas de las y los usuarios y, por ello, el objetivo principal del modelo de incrementar la satisfacción y confianza. Esta situación resulta contraria al propósito de que el IMSS pueda contar con información veraz y oportuna que refleje la situación real de las unidades mediante la determinación de las bandas de madurez, además de que el MC constituya un apoyo efectivo para la mejora del desempeño institucional y el logro de los objetivos y metas de toda la organización.

Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, el equipo auditor comprobó que el IMSS mostró áreas de oportunidad en los mecanismos de control en los procesos de diseño e implementación del MC, referentes a las actividades de regulación, registro, implementación, mantenimiento, asesoría, comunicación, información, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación, lo que se traduce en una gobernanza débil y fragmentada entre las unidades centrales y delegacionales, así como deficiencias en el control interno, lo que obstaculizó que las gestiones realizadas a nivel central se realizaran de forma integral y homogénea y permearan en todas las unidades del IMSS.

Adicionalmente, el Instituto no contó con mecanismos e indicadores suficientes e integrales para determinar en qué medida la implementación del MC incrementó la satisfacción y confianza en los servicios otorgados por el Instituto.

En el proceso del certamen Premio IMSS, consistente en premiar económicamente a las unidades con altos niveles de competitividad, se comprobó que en 2021 el Instituto pagó 49,089.6 miles de pesos a 51 unidades. Se identificó que los mecanismos de evaluación carecieron de controles de autorización, supervisión y resguardo de la evidencia comprobatoria de las mejoras determinadas en los modelos de gestión por las unidades galardonadas, lo que puso en evidencia que la trazabilidad del certamen careció de los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia.

Si bien el IMSS ha desarrollado el MC desde 1999 con el propósito de mejorar los procesos y establecer prácticas administrativas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios y promover la transformación e innovación institucional, el modelo careció de integralidad, debido a que, al ser voluntario, sólo 916 de las 7,293 unidades sociales, médicas y administrativas que integraron la estructura del IMSS en 2021, se incorporaron, por lo que los esfuerzos de la CMC no permearon en todo el Instituto de forma homóloga, armónica y estandarizada.

Además, se identificó que la Unidad que reguló el MC en 2021 no consideró en el diseño del marco normativo los productos generados por otras Direcciones Normativas del IMSS, en los que se determinaron, con enfoques transversales, hallazgos sobre la gestión de las unidades incorporadas al modelo, que le permitieran a la CMC identificar que éstas no están logrando atender las necesidades y expectativas de las y los usuarios y, con base en ello, implementar estrategias de mejora en el diseño del modelo.

Por lo tanto, se concluyó que el MC estuvo basado en una gestión que se acreditó en la forma y no en la sustanciación del objetivo que le inspira y que justifica su existencia y operación.

Pre- Recomendación 6

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social rediseñe y actualice el marco regulatorio del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad en el que establezca las actividades de regulación, registro, implementación, mantenimiento, asesoría, comunicación, información, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación; bajo los criterios de validación, parámetros, alcances, secuencia de actividades, responsables, resguardo de evidencia, herramientas, indicadores, metodologías de revisión y elaboración de expedientes; regule la elaboración de los autodiagnósticos, reportes de retroinformación, planes de mejora, planes integrales de implementación, cédulas de evaluación,

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

actas de evaluación, reportes organizacionales y reportes de retroinformación; incluya la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos, así como los controles y niveles de autorización; defina los perfiles y expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad de los evaluadores; regule las guías de implementación y evaluación que incluyan todas las unidades médicas, sociales y administrativas; establezca un esquema claro, específico y concreto que mida la satisfacción del derechohabiente y la población usuaria; y defina un esquema de colaboración con las Direcciones Normativas con enfoques transversales; a fin de garantizar en las unidades médicas, sociales y administrativas la correcta implementación de un sistema de gestión basado en el Modelo Institucional para la Competitividad que logre la mejora e innovación de los procesos, la transformación la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo. Lo que permitirá obtener procesos y servicios acordes a las necesidades y expectativas de las y los usuarios, incrementará su satisfacción y confianza, y el desarrollo de las capacidades y ventajas competitivas del IMSS; así como, asegurar la trazabilidad del certamen de premio IMSS con los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia; de conformidad con la función 1, numeral 7.1.2 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social y artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 7

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social fortalezca la "Plataforma Virtual de Competitividad" con la finalidad de contar con sistema informático que almacene y procese la totalidad de la información relacionada con los procesos del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad que incluya las actividades de asesoramiento; las actividades realizadas por los evaluadores durante el certamen Premio IMSS a la competitividad; que genere reportes respecto de las actividades de implementación del Modelo; la información y la documentación que sustente los reportes autodiagnósticos, reportes de retroinformación, las evaluaciones, planes de mejora, planes integrales de implementación, cédulas de evaluación, actas de evaluación, reportes organizacionales y reportes de retroinformación; así como sus validaciones y autorizaciones; y, con ello, garantice contar con un sistema de apoyo que permita consultar, generar y extraer información veraz, íntegra y oportuna que facilite las actividades de control y supervisión para la toma de decisiones para transformar la gestión directiva en un desempeño integral. Lo anterior, de conformidad con el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 11, elementos de control 11.01, 11.02 y 11.03; así como, el párrafo tercero, artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación del del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 8

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social evalúe, bajo una visión institucional, la eficacia del esquema "voluntario" definido en el Modelo Institucional para la Competitividad aplicable a la incorporación de las unidades sociales, médicas y administrativas y los resultados obtenidos, que le permita identificar las áreas de oportunidad respecto al cumplimiento del objetivo que dio origen al modelo y, de ser el caso, diseñe e implemente una estrategia de mediano y largo plazo, que garantice la mejora e innovación de los procesos, la transformación de la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo y, con ello, ofrecer procesos y servicios acordes a las necesidades y expectativas de las y los usuarios de los servicios de seguridad social e incremente su satisfacción y confianza. Lo anterior, en términos de lo dispuesto en el artículo 6, numeral 6.32 de la Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad; la función 1, numeral 7.1.2 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social; y artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

NÚM. DEL RESULTADO:	5	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	5			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Actividades de la Dirección de Operación y Evaluación en 2021

De conformidad con el artículo 69, fracción XXII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS), la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones está facultada para coadyuvar con los Órganos Normativos y de Operación Administrativa Desconcentrada para la implantación, seguimiento y análisis en el Instituto de los resultados específicos comprometidos por el Ejecutivo Federal para el Instituto, así como informar de los avances.

En el apartado 5 "Políticas", política 5.6, del Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación (MODOE), se establece que esta dirección promoverá la aplicación oportuna y sistemática de procesos de evaluación a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) para mejorar los resultados de su gestión.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

En el apartado 7 "Funciones Sustantivas", subapartado 7.1 "Dirección de Operación y Evaluación", numeral 3, se establece que corresponde a la DOE determinar las gestiones, en coordinación con las Direcciones Normativas competentes, para implementar acciones correctivas o de mejora en los OOAD, UMAE y Órganos Operativos (OO), respecto a las prestaciones, trámites y servicios que brindan.

Con la finalidad de constatar el seguimiento realizado por la DOE, en 2021, sobre los hallazgos derivados de las evaluaciones, así como las mejoras que se han desarrollado en los OOAD, UMAE y OO, se analizó el marco normativo para identificar los mecanismos diseñados para el seguimiento, los resultados de las evaluaciones, las acciones correctivas o de mejora emitidas y los mecanismos implementados para el seguimiento. Asimismo, se analizó la metodología del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) denominada "Mecanismo para el Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal" (Mecanismos para el Seguimiento), a fin de identificar las mejores prácticas nacionales en la materia.

Se observó una falta de homologación en los instrumentos normativos del IMSS, en relación con las facultades de la DOE, ya que en el RIIMSS se hace referencia a la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, en tanto que en el MODOE lo denomina "Dirección de Operación y Evaluación". El cambio de denominación se derivó de la aprobación hecha por el Consejo Técnico en su sesión ordinaria del 28 de abril de 2021, mediante el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA. Lo anterior mostró la desactualización y falta de armonización de los instrumentos normativos que regulan al IMSS.

Con el análisis del MODOE, se identificó que el proceso para el seguimiento de las acciones de mejora que realiza la DOE es el siguiente:

- La DOE tiene a su cargo a la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados, que se integra por las Coordinaciones de Evaluación de Incorporación y Recaudación, de Calidad Médica, de Prestaciones Económico-Sociales, del Programa IMSS Bienestar y de Administración de finanzas, las cuales se encargan de llevar a cabo las evaluaciones y verificaciones a los OOAD, UMAE y OO, por medio de las Divisiones de Evaluación.
- La UEOD somete a la DOE los resultados de las evaluaciones y verificación realizadas a los OOAD, las UMAE y los OO.
- La UEOD implementa, en coordinación con la DOE, las medidas correctivas para el buen funcionamiento de los órganos, y dicta los mecanismos para evaluar los avances de los compromisos y planes de mejora.
- La UEOD informa a los OOAD, las UMAE y los OO las áreas de oportunidad detectadas con base en los resultados de las evaluaciones, y solicita un plan de mejora.
- La UEOD orienta y autoriza los planes de mejora determinados por los OOAD, las UMAE y los OO, con motivo de los resultados obtenidos de las evaluaciones y verificaciones.
- La UEOD acuerda con los Órganos Normativos competentes las líneas de acción para promover el incremento de la eficiencia de los OOAD, las UMAE y los OO, en la ejecución de los procesos, con base en los resultados de las evaluaciones, verificaciones y la determinación de prioridades.
- La UEOD verifica el cumplimiento y seguimiento de los planes de mejora.
- La UEOD verifica el impacto obtenido en la mejora de las deficiencias identificadas.

Con la finalidad de verificar que, durante 2021, las actividades de la DOE se realizaron en términos de la normativa interna y las mejores prácticas en la materia para llevar a cabo el seguimiento de las acciones de mejora, se analizó la metodología definida por el CONEVAL. De acuerdo con lo señalado por el CONEVAL en el Anexo A del documento denominado "Mecanismo para el Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal, el proceso para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora (ASM) derivados de los informes y evaluaciones por parte de las unidades evaluadoras es el siguiente:

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

PROCESO DE SEGUIMIENTO POR LAS UNIDADES EVALUADORAS DEFINIDO POR EL CONEVAL



FUENTE: Elaborado por el grupo auditor con base en lo establecido en el Anexo A del documento denominado "Mecanismo para el Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal".

De manera institucional, en términos de lo establecido en la metodología desarrollada por el CONEVAL, la entidad debe conocer los ASM, establecer un área que coordine las acciones a emprender, un área responsable de llevarlas a cabo, fechas para su atención, evaluar los resultados y emitir los productos o evidencias que acrediten la implementación de las ASM.

Con base en lo anterior, se verificó que, normativamente, la DOE cumplió con los requisitos previstos en la metodología utilizada por el CONEVAL para llevar a cabo el seguimiento de las acciones de mejora, ya que se establece que debe hacer del conocimiento a los OOAD y las UMAE los hallazgos y la propuesta de acciones de mejora, a efecto de que realicen un plan para su atención al que debe dar seguimiento.

Se constató que, en 2021, de los 35 OOAD se evaluaron únicamente cinco (Campeche, Coahuila, Jalisco, Oaxaca y Tlaxcala), y de las 25 UMAE se evaluaron tres (Hospital de Gineco Obstetricia "Lic. Ignacio García Téllez", Hospital de Especialidades Núm. 14 "Lic. Adolfo Ruiz Cortines" y Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 3, CMN La Raza).

Como parte de las actividades realizadas, durante 2021, por la Coordinación de Evaluación de Calidad Médica se identificaron las evaluaciones a las OOAD de Jalisco, Campeche, Oaxaca, Tlaxcala y Coahuila, y a 3 UMAE el Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 3, CMN La Raza; el Hospital de Especialidades Núm. 14 "Lic. Adolfo Ruiz Cortines", CMN Veracruz, y el Hospital de Gineco Obstetricia "Lic. Ignacio García Téllez", CMN Occidente. Con el análisis de los ocho "Tableros e Informes de Evaluación 2021", se identificó que, dentro de su proceso de evaluación, revisó a un total de 16 unidades médicas, de las cuales se verificó que 8 estuvieron incorporadas al Modelo de Competitividad en 2021.

Se destaca que en el Hospital General Regional Número 46 "Guadalajara" del OOAD de Jalisco se determinaron diversas áreas de oportunidad en los servicios médicos otorgados relacionados con urgencias, hospitalización, cirugía, consulta de especialidades, atención integral de cáncer de mama, atención integral de cáncer cérvico uterino, atención materno integral, infecciones asociadas a la atención a la salud, gestión directiva, conservación, servicios generales, personal y en administración de bienes muebles e informática. El detalle de los hallazgos de encuentra en el resultado 4 de este informe.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

De las evaluaciones que, durante el ejercicio 2021, la Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación realizó a 6 Subdelegaciones de las OOAD de CDMX Sur, Jalisco, Campeche, Oaxaca, Tlaxcala y Coahuila del total de 134 Subdelegaciones que formaron parte del IMSS en el ejercicio sujeto de revisión; con el análisis de los Informes de Evaluación y Seguimiento se identificó que dicha Coordinación, en materia de programación de la fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, recomendó establecer mecanismos de control para verificar que las propuestas de actos de fiscalización recibidas de manera interna y externa contengan la totalidad de la información para determinar la presuntiva de evasión, toda vez que observó que las Subdelegaciones registraron las propuestas de fiscalización sin analizar que existieron elementos que presuman una desviación; respecto a la ejecución y conclusión de los actos de fiscalización indicó que el CSER deberá fortalecer la vigilancia, el seguimiento y el cumplimiento de las actividades que se acuerden, así como supervisar que las correcciones fiscales cuenten con la autorización para la conclusión de los actos de fiscalización; sugirió que el JAC de las OOAD vigile y supervise que las actividades que realizó el personal auditor, revisor y visitador fueron conforme a lo establecido en la normativa vigente y que el Departamento de Auditoría a Patrones deberá realizar una conciliación con el Departamento de Cobranza a fin de verificar el correcto registro de los ingresos por actos de fiscalización. Adicionalmente, observó la recurrencia en los hallazgos relacionados con la programación, ejecución y conclusión de los actos de fiscalización; así como en las actividades de supervisión que los CSER de las Subdelegaciones y los JAC de las OOAD realizaron, y en la validación de los registros de propuestas y créditos fiscales generados por los actos de fiscalización. El detalle de los hallazgos se encuentra en el resultado 6 de este informe.

En lo que respecta a las evaluaciones realizadas a los OOAD y UMAE, se constató que en los informes se presentan las acciones de mejora, los cuales son enviados a los OOAD y UMAE por medio de correo electrónico, a efecto de que sean retomadas para la elaboración del Plan de Trabajo, para su atención. Con la revisión del formato del Plan de Mejora se observó que en él se solicitaron a los OOAD y UMAE los responsables para la atención de las acciones de mejora o áreas de oportunidad, los medios de verificación, la fecha de cumplimiento, la periodicidad de la acción de mejora, el tipo de acción o unidad de medida y la meta (número de acciones); también, se observó un apartado en el que le corresponde a la UEOD analizar las acciones a realizar para determinar si se orientan a la solución parcial o total de las acciones de mejora o áreas de oportunidad y, finalmente, dar seguimiento a los resultados de la acción de mejora, de los avances y de los medios de verificación. No obstante, no se presentó evidencia de la aplicación de dicho plan, toda vez que sólo se proporcionó el formato, por lo que la DOE careció de evidencia que acreditara que durante 2021 ejecutó el seguimiento de los resultados de las evaluaciones que realizó y comunicó, de la orientación y autorización de los planes de mejora, así como de las mejoras en la gestión de los OOAD y las UMAE derivadas de sus evaluaciones.

Mediante entrevista con el personal de la UEOD, se manifestó que los OOAD y las UMAE son los responsables del cumplimiento de los Planes de Mejora, y que los hallazgos son informados a las Direcciones Normativas y éstas informan de los hallazgos al Consejo Técnico como asuntos sustantivos; siendo esta última instancia la que determina algún tipo de acción que se tenga que realizar. Asimismo, manifestaron que, para el seguimiento de las áreas de oportunidad, cuentan con cédulas de seguimiento, las cuales permiten supervisar las acciones que se pretenden realizar para su atención, para lo que otorgan 90 días. Destacaron que se han identificado hechos o circunstancias que no están reguladas por normatividad para ser atendidas, para lo cual sugieren solicitar apoyo a la Dirección Normativa, para que emita el instrumento correspondiente; además de hallazgos recurrentes que se dan a conocer a los consejeros del Comité de Evaluación de Órganos Desconcentrados como parte de su rendición de cuentas. Asimismo, el personal de la UEOD señaló que la información obtenida permite que se pueda generar una coordinación con las Direcciones Normativas, a efecto de mejorar los procesos en los que se encuentren fallas por medio de la creación de nuevas normas.

En la revisión de las actas de las sesiones realizadas por el H. Consejo Técnico, durante 2021, únicamente se identificó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.250221/28.P.DVIED, del 25 de febrero de 2021, mediante el cual la entonces Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones (DOE a partir del 28 de abril de 2021) presentó para conocimiento del H. Consejo Técnico el "Informe del Primer Año de Gestión de los Titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada en las Entidades Federativas", sin que se presentaran asuntos relacionados con las actividades de evaluación realizadas por la DOE.

En la revisión de las actas de las sesiones del Comité de Evaluación de Órganos Desconcentrados se observó que únicamente toma nota de los avances en el Programa de Trabajo 2021 de la UEOD; adicionalmente, no se identificaron asuntos que por su relevancia fueran sometidos al H. Consejo Técnico o a las Direcciones Normativas.

No obstante lo anterior, la información proporcionada no acreditó el seguimiento realizado por la DOE a los hallazgos determinados por la UEOD y las Coordinaciones de Evaluación en las revisiones realizadas a los OOAD y UMAE, a efecto de generar acciones que detonen en mejorar la gestión de los OOAD y las UMAE, por lo que no se dio cumplimiento de lo previsto en el artículo 69, fracción XXII, del RIIMSS, en los apartados 5 "Políticas", política 5.6, y 7 "Funciones Sustantivas", subapartado 7.1 "Dirección de Operación y Evaluación", numeral 3, del MODOE.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Conclusión

Se identificó que en el MODOE se estableció el proceso para llevar a cabo el seguimiento de los hallazgos identificados en las evaluaciones realizadas, el cual prevé la notificación, por medio de la UEOD, de las acciones de mejora determinadas en coordinación con la DOE, a efecto de que los OOAD y las UMAE determinen el Plan de Trabajo a realizar para su atención, a efecto de mejorar los resultados de su gestión.

Con la información proporcionada, se observó que, en el caso de los OOAD y UMAE es mediante los informes de evaluación que se presentan las acciones de mejora, las cuales deben ser retomadas para la elaboración del Plan de Mejora, que incluye la identificación de los responsables, los medios de verificación, la fecha de cumplimiento, la periodicidad de la acción de mejora, el tipo de acción o unidad de medida y la meta (número de acciones), así como el seguimiento que debió realizar la UEOD; sin embargo, no se acreditó la evidencia de la trazabilidad y realización efectiva de dichas acciones durante 2021.

Por lo anterior, se concluye que la DOE careció de los elementos probatorios que acreditaran la trazabilidad en el proceso de seguimiento de las acciones de mejora derivadas de las evaluaciones que realiza, a efecto de que los OOAD y las UMAE lleven a cabo las acciones procedentes para su atención. Tampoco contó con evidencia que acreditara el tratamiento que se da a los hallazgos a efecto de generar mejoras en los citados órganos, lo anterior, en incumplimiento de lo previsto en el artículo 69, fracción XXII, del RIIMSS, en el apartado 5 "Políticas", política 5.6, y 7 "Funciones Sustantivas", subapartado 7.1 "Dirección de Operación y Evaluación", numeral 3, del MODOE.

Pre- Recomendación 9

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca los mecanismos de control que garanticen el seguimiento y análisis oportuno de las acciones de mejoras generadas por los hallazgos identificados en las evaluaciones practicadas por la Dirección de Operación y Evaluación y sus Coordinaciones de Evaluación, lo anterior permitirá contribuir a la mejora de la gestión de las unidades del Instituto evaluadas, en cumplimiento de lo previsto en el apartado 5 "Políticas", política 5.6, del Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación.

Pre- Recomendación 10

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social fortalezca los mecanismos de gobernanza, a efecto de que la Dirección de Operación y Evaluación, en coordinación con la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados y el Comité de Evaluación de Órganos Desconcentrados, analice y comunique de manera oportuna los hallazgos detectados en las evaluaciones practicadas, a efecto de identificar recurrencias y riesgos que, por su relevancia, requieran de la participación de las Direcciones Normativas y del H. Consejo Técnico para determinar acciones institucionales que permitan su atención, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 69, fracción XXII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y de los apartados 5 "Políticas", política 5.6, y 7 "Funciones Sustantivas", subapartado 7.1 "Dirección de Operación y Evaluación", numeral 3, del del Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación.

NÚM. DEL RESULTADO:	6	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	6			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Fiscalización a patrones y demás sujetos obligados

El artículo 5° de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que el IMSS tiene el carácter de organismo fiscal autónomo, en consecuencia los artículos 15, fracción V, y 251, fracción XVII de dicha Ley, señalan que los patrones están obligados a permitir las inspecciones y visitas domiciliarias que practique el Instituto, y que éste tiene la facultad y atribución de ordenar y practicar visitas domiciliarias con el personal que al efecto se designe, así como requerir la exhibición de libros y documentos a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establecen las disposiciones aplicables.

En el Capítulo II "De los Delitos", artículos del 305 al 319 de la LSS se dispone que comenten el delito de defraudación a los regímenes del seguro social, los patrones o sus representantes y demás sujetos obligados que, con uso de engaños o aprovechamiento de errores omitan total o parcialmente el pago de las cuotas obrero-patronales u obtengan un beneficio indebido con perjuicio al Instituto o a los trabajadores, para proceder penalmente será necesario que previamente el IMSS formule la querrela y se establezcan los supuestos en los que se considera un delito de defraudación a los regímenes del seguro social y las sanciones.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

El artículo 71, fracciones III, V, X, XIX y XX del RIIMSS indica que la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) tendrá las facultades de elaborar los proyectos de reglas generales y otras disposiciones en materia de fiscalización; analizar las repercusiones económicas y financieras de la política de fiscalización; elaborar los estudios o análisis de los procesos para determinar, desarrollar e implementar acciones de mejora continua de los servicios competencia de las jefaturas de servicios delegacionales y subdelegaciones, respecto a las actividades que realizan en materia de fiscalización; presentar a consideración de la Dirección Jurídica (DJ) los asuntos en los que se deba formular la querrela, por considerarse que se cometió un delito en contra de los regímenes del seguro social, acompañando la cuantificación del perjuicio sufrido por el Instituto; así como imponer las sanciones a que se refiere la LSS y el RIIMSS en materia de fiscalización.

El artículo 79, fracción X, del RIIMSS indica que la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación (CIAD), adscrita a la DJ, tiene la facultad de coordinarse con las unidades administrativas del IMSS competentes, en la práctica de los actos de fiscalización que sean necesarios con motivo del ejercicio de las facultades de investigación, respecto de asuntos relacionados con la comisión de cualquiera de los delitos a que se refiere el Título Sexto de la LSS.

Asimismo, el artículo 144, fracciones XV y XXIX de dicha disposición establece que el Delegado, dentro de su circunscripción territorial, tiene la atribución de imponer las multas y demás sanciones a que se refiere la LSS en materia de fiscalización, así como supervisar que las unidades administrativas adscritas a la OOAD cumplan con la aplicación de las disposiciones de la LSS y sus reglamentos, y las demás disposiciones legales aplicables.

El artículo 150, fracciones XII, XIV y XX del RIIMSS establece que las Subdelegaciones ordenarán y ejecutarán visitas domiciliarias para requerir la exhibición de libros y documentos a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones de los patrones y demás sujetos obligados; integrarán y someterán a consideración de la DIR, los expedientes de los asuntos en que se presuma la comisión de delitos en contra de los regímenes del seguro social, y determinarán la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados.

En el numeral 8.1, funciones 5, 10, 15, 17 y 20 del Manual de Organización de la DIR (MO de la DIR) indica que esta Dirección Normativa podrá analizar las repercusiones económicas y financieras de la política de fiscalización del IMSS; elaborar los estudios o análisis de los procesos para determinar e implementar acciones de mejora continua de los servicios de competencia de las OOAD y Subdelegaciones, respecto de las actividades que realicen en materia de fiscalización; ordenar la práctica de visita domiciliaria y requerir la exhibición de libros y documentos para así comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la normativa aplicable; así como imponer las sanciones a que se refiere la LSS y el RIIMSS en materia de fiscalización.

En el numeral 8.3, funciones 1, incisos a), b) y k), 6 y 9, del MO de la DIR menciona que la Unidad de Fiscalización y Cobranza (UFC) debe de establecer, de manera coordinada con la Unidad de Servicios Estratégicos (USE), las estrategias y otras disposiciones que deben de seguir las Delegaciones y Subdelegaciones en materia de atención y asistencia a patrones y sujetos obligados en relación con sus trámites derivados de la fiscalización; el registro y control de los créditos fiscales a favor del IMSS; planeación, programación y realización de visitas domiciliarias, auditorías, y demás actos que deriven de las facultades de comprobación del Instituto; aprobar los formatos oficiales en materia de fiscalización; proponer a la DIR las metas e indicadores de desempeño que permitan evaluar y mejorar la fiscalización, así como analizar su cumplimiento.

En las funciones del numeral 8.1 del Manual de Organización de las Subdelegaciones del IMSS (MO de las Subdelegaciones) se establece que el Subdelegado coordinará a los Departamentos de Auditoría a Patrones, de Afiliación Vigencia y de Cobranza para el seguimiento y recuperación de los montos determinados, el restablecimiento de los derechos de las y los trabajadores, con motivo de los actos de fiscalización; verificará que los actos de fiscalización se realicen conforme a las disposiciones fiscales, estrategias, normas y procedimientos vigentes; en los plazos normativos y legales; emitirá las resoluciones determinativas de los créditos fiscales que sean procedentes derivado de los actos de fiscalización, debidamente fundados y motivados y dentro de los plazos preventivos establecidos en las estrategias y guías operativas, así como en los plazos legales vigentes. Asimismo, el numeral 8.1.3 del MO de las Subdelegaciones indica que el Departamento de Auditoría a Patrones deberá aplicar las estrategias competentes para realizar los actos de autoridad, los actos de fiscalización en el marco del proceso de fiscalización; así como realizar la planeación de los actos de fiscalización dentro de los plazos establecidos; coordinarse con el Departamento de Cobranza para apoyar en el seguimiento y la recuperación de los montos determinados por concepto de actos de fiscalización y supervisar el envío a las Coordinaciones Normativas correspondientes, la información de las acciones de fiscalización.

El numeral 7.1, función 2 del Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación (MO de la DOE), menciona que la Dirección de Operación y Evaluación (DOE) aprobará la normativa para la evaluación y seguimiento del quehacer de los OOAD, las UMAE y los órganos

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

operativos, con el propósito de evaluar su gestión respecto a los servicios proyectos y tareas que tienen encomendados; así como medir el grado de cumplimiento de sus metas y objetivos.

El numeral 7.1.1.5, funciones 2, 3 y 9, de dicho manual establece que la Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación (CElyR), adscrita a la DOE, coordinará acciones para evaluar el desempeño de las JAC y Subdelegaciones relacionadas con las metas de fiscalización; difundirá en las JAC el reporte de resultados de indicadores para informarles los resultados detectados en las visitas de evaluación y seguimiento y se establezcan los compromisos que correspondan, y aprobará los actos de evaluación y seguimiento a las JAC y Subdelegaciones para validar el cumplimiento de las metas establecidas por la DIR y, en su caso, proponer mejoras en los procesos.

Con el objetivo de verificar que el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, mediante los actos de fiscalización que las oficinas a nivel central, Delegaciones y Subdelegaciones del IMSS realizaron durante 2021, contribuyó a la regularización y determinación del incumplimiento de los patrones o sujetos obligados; así como a la identificación de los riesgos asociados al proceso y determinación de los controles preventivos, correctivos y, en su caso, punitivos por los posibles actos de presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social, el equipo auditor solicitó al IMSS, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, las normas, las estrategias, las políticas, los manuales y las metodologías vigentes en 2021, que regularon el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, así como las bases de datos de propuesta de fiscalización y de visitas domiciliarias realizadas del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021.

En respuesta, con el oficio número 095380614B30/01/526/2022 del 30 de agosto de 2022, la entidad fiscalizada proporcionó las estrategias que regularon el proceso de fiscalización y dos bases de datos en las cuales se relacionaron las propuestas de actos de fiscalización y los actos de fiscalización registrados en el ejercicio 2021, de cuyo análisis se desprende lo siguiente:

I. PROCESO DE FISCALIZACIÓN A PATRONES Y DEMÁS SUJETOS OBLIGADOS EN 2021

Se comprobó que la DIR en coordinación con la UFC y la USE establecieron ocho estrategias que regularon el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados durante 2021, las cuales se enlistan a continuación:

ESTRATEGIAS QUE REGULARON EL PROCESO DE FISCALIZACIÓN A PATRONES DEL IMSS, DURANTE 2021

Numeral	Estrategia	Objetivo
1	Estrategias para la Programación de Actos de Fiscalización	Establecen los lineamientos y las actividades para la generación de propuestas de actos de fiscalización, a partir del análisis de insumos conocidos de las diversas fuentes de información internas y externas, hasta su registro y validación en la aplicación denominada Administrador de Propuestas (Ad-Pro). Asimismo, indica que el IMSS, en carácter de organismo fiscal autónomo, ejerce sus facultades de comprobación mediante siete métodos de fiscalización: Visitas domiciliarias, Revisiones de Gabinete, Revisión Interna de Dictamen, Requerimiento de Obra de Construcción (artículos 12-A y 18 del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado), Corrección Patronal y Carta Invitación.
2	Estrategias para la Recepción y Atención de Denuncias Presentadas por el Trabajador, sus Beneficiarios o Representante Legal	Establecen las actividades para la recepción y atención de las denuncias presentadas por el trabajador, sus beneficiarios o su representante legal, en contra de sus presuntos patrones o sujetos obligados por posibles incumplimientos a las disposiciones fiscales en materia de seguridad social, en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización.
3	Estrategias para el Desarrollo de las Visitas domiciliarias	Establecen las actividades que las áreas operativas del IMSS deben observar para el desahogo de las visitas domiciliarias que se realicen en el ejercicio de las facultades de comprobación, de conformidad con lo establecido en los artículos 42, primer párrafo, fracción III, quinto y sexto párrafos, 43, 44, 45, 46, 46 A, 47, 50, 53 C, y 69 C del Código Fiscal de la Federación.
4	Estrategias para el Desarrollo de Revisiones de Gabinete	Establecen las actividades y tareas operativas que deben de observarse para el desahogo de las revisiones de gabinete.
5	Estrategias para la Revisión del Dictamen	Establecen las actividades a seguir para la revisión del dictamen formulados por contador público autorizado, así como para la imposición de sanciones a dichos contadores, derivadas de irregularidades detectadas durante la revisión del dictamen.
6	Estrategias para la Emisión y Atención de las Cartas Invitación	Establecen las actividades que las áreas operativas del Instituto deben observar para la emisión, control y seguimiento de las Cartas Invitación, dirigidas a patrones o sujetos obligados, respecto de los que se identifiquen probables irregularidades detectadas por el IMSS en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de seguridad social.
7	Estrategias para el Desarrollo de la Verificación de Supuesto Aseguramiento Establecida en el Segundo Párrafo, del Artículo 17 de la Ley del Seguro Social	Establece las actividades que las áreas operativas de auditoría a patrones deben observar para ejercer la facultad administrativa del IMSS, establecida en el segundo párrafo del artículo 17 de la LSS, a fin de comprobar la existencia de una relación de trabajo para que, en caso de no comprobarse los supuestos, se dé de baja al presunto trabajador, al presunto patrón o ambos y de esta manera evitar que el IMSS tenga un daño patrimonial por la erogación de gastos por la inscripción improcedente.
8	Estrategias y Lineamientos Generales para el Seguimiento y Evaluación de la Función Fiscalizadora	Establece los lineamientos sobre la vigilancia, seguimiento, evaluación y control de los actos de fiscalización por parte de las titulares de las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza, del Jefe del Departamento de Supervisión de Auditoría a Patrones, así como del Titular de la Subdelegación, del Jefe del Departamento o Encargado de Auditoría a Patrones, y de los Jefes de Oficina de Auditoría de cada subdelegación.

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor conforme lo establecido en los objetivos de las ocho estrategias definidas por la DIR en coordinación con la UFC y la USE del IMSS, vigentes en 2021.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Asimismo, se verificó que el IMSS contó con las "Estrategias y Lineamientos Generales para el Seguimiento y Evaluación de la Función Fiscalizadora", documento en el cual se definió la integración y las funciones del Comité de Seguimiento y Evaluación de Resultados (CSER). Derivado del análisis se identificó que dicho Comité se integró por el Subdelegado, el Jefe del Departamento de Auditoría a Patrones o el servidor público encargado de las funciones de fiscalización a patrones en la Subdelegación, quienes fungieron como Presidente y Secretario Ejecutivo, respectivamente, y se definió que la función del CSER fue la de verificar que la planeación y el desahogo de los actos de fiscalización se realizaron conforme a las disposiciones legales aplicables, así como a las normas y demás lineamientos institucionales.

Adicionalmente, con el análisis de las dos bases de datos proporcionadas por la DIR, se verificó que, del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021, las 35 OOAD en el sistema Ad-Pro registraron 13,266 propuestas de actos de fiscalización a 11,524 patrones; y que a cada patrón se le registró una propuesta por cada ejercicio a fiscalizar; asimismo, se comprobó que las 35 OOAD realizaron 781 actos de fiscalización a 779 patrones, lo que representó el 5.89% del total de propuestas de actos de fiscalización, como se detalla a continuación:

PROPUESTAS Y ACTOS DE FISCALIZACIÓN REGISTRADOS DURANTE 2021

Numeral	OOAD	Propuestas de Actos de Fiscalización		Actos de Fiscalización Realizados	
		Número de Propuestas	Número de Patrones con Propuesta	Número de Actos de Fiscalización	Número de Patrones con Actos de Fiscalización
1	AGUASCALIENTES	135	107	8	8
2	BAJA CALIFORNIA NORTE	406	343	16	16
3	BAJA CALIFORNIA SUR	173	151	9	9
4	CAMPECHE	93	72	1	1
5	CHIAPAS	181	142	15	15
6	CHIHUAHUA	317	290	15	15
7	COAHUILA	456	397	88	88
8	COLIMA	235	203	35	35
9	D.F. NORTE	996	887	82	82
10	D.F. SUR	1,199	992	57	57
11	DURANGO	251	213	53	52
12	GUANAJUATO	786	689	26	26
13	GUERRERO	265	236	1	1
14	HIDALGO	144	135	22	22
15	JALISCO	1,331	1,174	53	53
16	MÉXICO ORIENTE	523	452	41	41
17	MÉXICO PONIENTE	259	225	20	20
18	MICHOACÁN	299	260	23	23
19	MORELOS	274	248	15	15
20	NAYARIT	126	115	6	6
21	NUEVO LEÓN	839	736	33	33
22	OAXACA	219	190	2	2
23	PUEBLA	539	471	19	19
24	QUERÉTARO	189	159	2	2
25	QUINTANA ROO	210	193	6	6
26	SAN LUIS POTOSÍ	447	388	5	5
27	SINALOA	500	418	15	15
28	SONORA	275	244	25	25
29	TABASCO	160	140	34	34
30	TAMAULIPAS	429	387	28	27
31	TLAXCALA	82	71	5	5
32	VERACRUZ NORTE	304	263	3	3
33	VERACRUZ SUR	237	216	7	7
34	YUCATÁN	236	203	9	9
35	ZACATECAS	151	114	2	2
Total		13,266	11,524	781	779

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con los datos incluidos en las bases de datos de Propuestas y de Actos de Fiscalización de 2021, proporcionada por la DIR.

OOAD seleccionados

Para comprobar que el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados durante 2021, fue realizado conforme a lo establecido en la normativa vigente, y que la fiscalización por parte del IMSS coadyuvó al fortalecimiento de la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social, el equipo auditor seleccionó a las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 de la OOAD de Chihuahua y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez de la OOAD de Chiapas, en las que identificó que las OOAD de Chihuahua y Chiapas, durante 2021, realizaron 30 actos de fiscalización de visitas domiciliarias y se corroboró que 19 de las 30 visitas fueron realizadas por las Subdelegaciones de Juárez 1 (7 visitas), Juárez 2 (4 visitas) y Tuxtla Gutiérrez (8 visitas), con el objetivo de verificar los mecanismos de control en los diferentes tipos de visitas y

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

su estatus de la fiscalización al cierre del ejercicio fiscal, de las cuales se revisaron los expedientes de 17 visitas domiciliarias, como se detalla a continuación:

INTEGRACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LAS SUBDELEGACIONES DE JUÁREZ 1, JUÁREZ 2 Y TUXTLA GUTIÉRREZ DE 2021, SELECCIONADAS PARA REVISIÓN

Numeral	Registro Patronal	Nombre / Razón Social	OOAD	Subdelegación	Fecha de la Visita Domiciliaria	Tipo de Visita Domiciliaria	Estatus de la Fiscalización
1	Y771255810	Appliance Electrolux de Juárez, S.A. de C.V.	Chihuahua	Juárez 1	marzo 2021	Integral ^{1/}	Concluida con liquidación
2	A8372300104	Inmobiliaria Olbacc, S.A. de C.V.	Chihuahua	Juárez 1	abril 2021	Específica ^{2/}	Concluida por corrección fiscal
3	A8368071107	Sertec Agencia Aduanal, S.A. de C.V.	Chihuahua	Juárez 1	marzo 2021	Específica	Concluida con liquidación
4	A8361989107	IEC Technologies S. de R.L. de C.V.	Chihuahua	Juárez 1	marzo 2021	Integral	Concluida por corrección fiscal
5	A8365517102	Implementos de Manufacturas y Servicios, S.A. de C.V.	Chihuahua	Juárez 1	noviembre 2021	Específica	Orden de Visita notificada ^{3/}
6	A8329569108	Industrial Digital Juárez, S.A. de C.V.	Chihuahua	Juárez 2	febrero 2021	Integral	Concluida por corrección fiscal
7	A8393333100	Ecoservicios del Norte, S.A. de C.V.	Chihuahua	Juárez 2	agosto 2021	Específica	Concluida por corrección fiscal
8	A8390665108	Venus de México S. de R.L. de C.V.	Chihuahua	Juárez 2	noviembre 2021	Integral	Pendiente de levantar Acta Final
9	Y7717139104	Acabados CDL S. de R.L. de C.V.	Chihuahua	Juárez 2	abril 2021	Específica	Concluida por corrección fiscal
10	A6843658100	Comité de Fomento y Protección Pecuaria del Estado de Chiapas A.C.	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	julio 2021	Específica	Conclusión Anticipada
11	A6838954100	Coordinadora Asipec, S.A. de C.V.	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	mayo 2021	Específica	Visita en Proceso
12	A6854528101	Gabriela Berenice Girón Esquina	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	diciembre 2021	Específica	Visita en Proceso
13	A6853156102	LCH Autopartes S.A.P.I. de C.V.	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	enero 2021	Específica	Acta Final ^{4/}
14	A6854163131	Comité Estatal de Sanidad Acuicola de Chiapas A.C.	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	enero 2021	Específica	Concluida por corrección fiscal
15	A6816017102	Mercantil Agropecuario de Chiapas, S.A. de C.V.	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	noviembre 2021	Específica	Acta Parcial ^{5/}
16	A6212944107	Rafael Maldonado Alcázar	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	mayo 2021	Específica	Visita en Proceso
17	A6214269107	Distribuidora Médica San Pablo, S.A. de C.V.	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	agosto 2021	Específica	Visita en Proceso

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con la base de datos de actos de fiscalización de 2021 proporcionada por la DIR del IMSS.

- 1/ El numeral 5.2 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias establece que las visitas domiciliarias integrales tienen como objetivo revisar en forma total el cumplimiento de las obligaciones patronales establecidas en la LSS.
- 2/ El numeral 5.2 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias establece que las visitas domiciliarias específicas realizadas con objeto de analizar determinados conceptos o trabajadores de las obligaciones patronales establecidas en la LSS.
- 3/ El numeral 4.35 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias establece que la orden de visita es el documento donde consta el acto administrativo emanado de una autoridad fiscal, tendiente a verificar en el domicilio fiscal del patrón o sujeto obligado, el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social.
- 4/ El numeral 4.6 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias establece que el acta final es el documento legal y formal en el que se hace constar y se dan a conocer al patrón o sujeto obligado visitado los hechos y omisiones definitivos, observados como resultado de la revisión, o bien, los hechos corregidos por el patrón o sujeto obligado.
- 5/ El numeral 4.3 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias establece que el acta parcial es el documento legal y formal en el que se hace constar de forma circunstanciada los hechos u omisiones de carácter concreto, que se presenten en el desarrollo de una visita domiciliaria.

De la información contenida en el cuadro anterior, se observó que de los 8 estatus de fiscalización registrados por la DIR y las Subdelegaciones, sólo los correspondientes a la orden de visita notificada, el acta final y el acta parcial estuvieron definidos en las "Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias" vigentes en 2021; mientras que los estatus a) concluida con liquidación, b) concluida por corrección fiscal, c) pendiente de levantar acta final, c) conclusión anticipada y d) visita en proceso no estuvieron regulados en el marco normativo del IMSS, situación que reflejó áreas de oportunidad en el registro de las visitas y provocó inconsistencias en la información reportada para la toma de decisiones, propiciando actos de posible discrecionalidad en la determinación del indicador "eficiencia de los actos de fiscalización", incluido en el documento Evaluación del Desempeño Operativo de la Fiscalización 2021, que consideró en su determinación las visitas domiciliarias con estatus "concluida por autocorrección", "concluida por liquidación" y "concluida por liquidación sólo multas". Lo anterior, se comprobó con el estatus de fiscalización denominado "conclusión anticipada" que se registró para la visita domiciliaria al patrón "Comité de Fomento y Protección Pecuaria del Estado de Chiapas A.C." por la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, quien manifestó que la DIR realizó las actualizaciones de las revisiones que se migraron del "Sistema Integral de Seguimiento" al sistema denominado "Seguimiento Integral para el Control de Actos de Fiscalización", por lo que instruyó que todas las revisiones concluidas en 2021 se registraran con ese estatus en el sistema, situación que no fue congruente con los estatus determinados por las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 a los patrones con razón social "Inmobiliaria Olbacc, S.A. de C.V.", "IEC Technologies S. de R.L. de C.V." y "Acabados CDL S. de R.L. de C.V.", de los cuales concluyeron las revisiones en 2021 y se reportaron como "Concluida por corrección fiscal".

Con la revisión de los expedientes de las 17 visitas domiciliarias, se comprobó lo siguiente:

- a. La fiscalización de 4 patrones (Industrial Digital Juárez, S.A. de C.V., Ecoservicios del Norte, S.A. de C.V., Acabados CDL S. de R.L. de C.V. y IEC Technologies S. de R.L. de C.V.) se realizó en cumplimiento de lo establecido en los artículos 46 y 46 A del Código Fiscal de la Federación y según lo dispuesto en las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias.
- b. La Subdelegación de Juárez 1 no proporcionó los expedientes de 2 visitas domiciliarias que realizó a los patrones Sertec Agencia Aduanal, S.A. de C.V. y Appliance Electrolux de Juárez, S.A. de C.V., bajo el argumento de que los patrones una vez que se les notificó la conclusión de la visita domiciliaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 295 de la LSS, interpusieron juicios de nulidad ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa; sin embargo, se observó que la DIR registró esos actos de fiscalización con el estatus como "Concluida con liquidación".

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- c. La Subdelegación de Tuxtla realizó visitas domiciliarias a 4 patrones (Comité de Fomento y Protección Pecuaria del Estado de Chiapas A.C., LCH Autopartes S.A.P.I. de C.V., Comité Estatal de Sanidad Acuicola de Chiapas A.C. y Mercantil Agropecuaria de Chiapas S.A. de C.V.), con la revisión de los expedientes se comprobó que no contenían toda la información del seguimiento y desahogo de los actos de fiscalización; no contaron con caratula e índice que facilitaran el análisis y estudio de su contenido, y los papeles de trabajo no contaban con cruces; por lo que no dio observancia a lo establecido en los numerales 5.11 y 5.12 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias, referente a la integración del expediente de visitas domiciliarias.
- d. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Juárez 1 realizó al patrón Inmobiliaria Olbacc S.A. de C.V. se verificó que, el 4 de mayo de 2021 con el oficio 0810069500/VE0618/2021, el Departamento de Auditoría a Patrones solicitó al Departamento de Cobranza la creación de un crédito fiscal por 3,584.80 pesos a cargo del patrón, debido a que no exhibió la documentación de conformidad con el artículo 53, inciso b, del Código Fiscal de la Federación; no obstante, que el patrón realizó la correcciones fiscales correspondientes y la visita domiciliaria fue concluida, se comprobó que el crédito fiscal no fue registrado por la DIR.
- e. De las visitas domiciliarias que las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 realizaron a los patrones con razón social Implementos de Manufacturas y Servicios S.A. de C.V. y Venusa de México S de R.L. de C.V., respectivamente, se verificó que fueron notificadas en noviembre de 2021 y que los CSER de ambas Subdelegaciones autorizaron su conclusión dentro de un plazo máximo de 12 meses, por lo que no se cumplió con el plazo normativo^{48/} previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias; sin embargo, la ampliación del plazo se justificó con lo dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación.
- f. De la visita domiciliaria al patrón LCH Autopartes S.A.P.I. de C.V. por la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, se verificó que la orden de visita fue notificada el 26 de enero de 2021 y concluida el 14 de junio de 2022, es decir 18 meses después a la fecha de inicio; por lo que no se cumplió con el plazo normativo previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias, ni con el plazo legal dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación.
- g. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez realizó al patrón Distribuidora Médica San Pablo S.A. de C.V., la cual mediante acta final celebrada el 4 de julio de 2022, se comprobó que fue concluida en un periodo de 11 meses después de que se notificó la orden de la visita, y que el acta final se suscribió 9 meses posteriores a la notificación de los resultados (20 de octubre de 2021); por lo que la Subdelegación mostró áreas de oportunidad en los procesos de seguimiento y atención de los hallazgos detectados en los actos de fiscalización.
- h. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Juárez 1 realizó al patrón con razón social Industrial Digital Juárez, S.A. de C.V., la cual mediante acta final celebrada el 10 de enero de 2022, se comprobó que fue concluida 11 meses después de que se notificó la orden de la visita (26 de febrero de 2021), por lo que no se cumplió con el plazo normativo previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias; sin embargo, la ampliación del plazo se justificó con lo dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación.
- i. De las visitas domiciliarias que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez ordenó a los patrones denominados Coordinadora Asipec S.A. de C.V. y C. Rafael Maldonado Alcázar, en el mes de mayo de 2021, el CSER de la Subdelegación, mediante actas celebradas en los meses de junio y julio de 2021, autorizó la suspensión de los plazos, bajo el argumento de que los patrones no atendieron los requerimientos de información y documentación. No obstante, se comprobó que se excedieron los seis meses de suspensión de plazos y a la fecha de revisión de los expedientes en sitio (octubre de 2022) la Subdelegación no ha reanudado, ni concluido las visitas domiciliarias. Por lo tanto, no se dio observancia a lo establecido en el artículo 46 A, fracción IV, del Código Fiscal de la Federación y a la sección 4 "Suspensión de plazos para concluir la visita domiciliaria", inciso b) de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias.
- j. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez realizó al patrón C. Gabriela Berenice Girón Esquina, visita que se ordenó el 15 de diciembre de 2021 considerando las denuncias de los trabajadores, se verificó que el patrón no atendió el requerimiento de información y documentación, y en consecuencia en diciembre de 2021 y en marzo de 2022 se le notificaron la creación de créditos fiscales, en virtud de que no exhibió la documentación de conformidad con el artículo 53, inciso b, del Código Fiscal de la Federación.

Es importante mencionar que con la revisión de las actas finales y parciales de las visitas domiciliarias revisadas, se observaron inconsistencias en los criterios de aplicación por parte de las Subdelegaciones para el desarrollo y conclusión de las visitas, debido a que los CSER autorizaron la ampliación de los plazos en términos de lo dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación bajo las premisas del número de auditores a cargo de las revisiones y los ejercicios fiscales sujetos de revisión; sin embargo, con la revisión de las actas finales se identificó que en los casos de siete patrones, las Subdelegaciones concluyeron las visitas en un periodo de tres a nueve meses, y éstas abarcaron la revisión

48/ Dispone que el desahogo de la visita domiciliaria deberá concluirse en el término de 9 meses contados a partir de que surta efectos la notificación de la orden de visita.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

de uno a tres ejercicios fiscales por patrón; situación diferente a los periodos de revisión efectuados a tres patrones en los que las Subdelegaciones concluyeron de 11 a 18 meses y sólo revisaron las obligaciones patronales de un ejercicio fiscal.

También, se comprobó que la decisión de ampliar a más de 9 meses los plazos para concluir las visitas no siempre fue producto de la autorización colegiada de los CSER de las Subdelegaciones por lo que se observó un inadecuado cumplimiento de la normativa, lo que conllevó a un proceso de toma de decisiones discrecional por parte de las subdelegaciones.

Por otra parte, con el análisis del acta de sesión número 11 que el CSER de la Subdelegación de Juárez 1 celebró el 12 de noviembre de 2021, se identificó que la Dirección de Auditoría a Patrones, en los meses de julio, agosto, octubre y noviembre de 2021, realizó 10 actos de fiscalización adicionales a los 7 actos registrados y reportados por la DIR. Hecho similar que se comprobó en la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, en donde el Departamento de Auditoría a Patrones acreditó que durante el ejercicio 2021 realizó 97 actos de fiscalización y la DIR solo registró 8 revisiones que se generaron por actos coactivos, por lo que los actos de fiscalización derivados del artículo 17 de la LSS y las cartas invitación correspondieron a actos administrativos que no consideró. Al respecto, se comprobó que el criterio utilizado por la DIR no está regulado en la normativa del IMSS, por lo que la información generada en 2021 por las Direcciones Normativas careció de elementos de integridad, confiabilidad y certeza respecto de las actividades desarrolladas por las Delegaciones y Subdelegaciones. Se destaca que el término de "actos coactivos" no está regulado en el marco normativo del IMSS, ni en las disposiciones jurídicas aplicables en la materia.

Confirmaciones con los patrones fiscalizados por el IMSS durante 2021

El equipo auditor realizó 13 confirmaciones abiertas al mismo número de patrones seleccionados, con la finalidad de verificar la integridad y veracidad de los aspectos analizados en las actividades de los actos de fiscalización que las Subdelegaciones de Juárez 1, Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez realizaron durante 2021. Los hallazgos fueron los siguientes:

- a. Los datos proporcionados respecto de 7 patrones (Inmobiliaria Olbacc, S.A. de C.V.; IEC Technologies S. de R.L. de C.V.; Implementos de Manufacturas y Servicios, S.A. de C.V.; Industrial Digital Juárez, S.A. de C.V.; Ecoservicios del Norte, S.A. de C.V. y Acabados CDL S. de R.L. de C.V.) registrados en las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 fueron consistentes con lo registrado por los Departamentos de Auditoría a Patrones en los expedientes de las visitas domiciliarias.
- b. El patrón Appliance Electrolux de Juárez, S.A. de C.V., no fue localizado en el domicilio registrado por la Subdelegación de Juárez 1.
- c. 3 patrones (Coordinadora Asipec, S.A. de C.V.; Mercantil Agropecuaria de Chiapas, S.A. de C.V.; Gabriela Berenice Girón Esquinca) de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez recibieron el oficio de compulsión, los cuales fueron omisos en su atención.
- d. El patrón Sertec Agencia Aduanal S.A. de C.V. manifestó que, en 2021, no tuvo adeudos, ni modificaciones, tampoco, juicios o actos de regularización fiscal; no obstante, la DIR y la Subdelegación reportaron que al patrón se le realizó una visita domiciliaria en 2021. Asimismo, se destaca que la Subdelegación no proporcionó el expediente bajo el argumento de que se encontraba en resguardo por la Jefatura de Servicios Jurídicos, debido a que el patrón interpuso un juicio de nulidad.
- e. El patrón C. Rafael Maldonado Alcázar manifestó que no tuvo ninguna visita por parte del IMSS en 2021 y que dejó de tener actividades desde el ejercicio 2010 y aun así de manera reiterada ha recibido solicitudes por parte del IMSS para regularizarse. Esta confirmación del patrón contrasta con lo registrado por la DIR y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, los cuales reportaron que, en junio de 2021, el CSER autorizó la suspensión de plazos bajo el argumento de que el patrón no atendió el requerimiento de información y documentación.

II. ACTIVIDADES PARA IDENTIFICAR LA PRESUNTA COMISIÓN DE DELITOS DE DEFRAUDACIÓN A LOS RÉGIMENES DEL SEGURO SOCIAL EN 2021

Se verificó que el marco jurídico y normativo que reguló, durante 2021, el proceso de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social, se normó en el Capítulo III "De los Delitos", artículos 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318 y 319 de la LSS, en los cuales se establece que para proceder penalmente será necesario que previamente el IMSS formule la querrela, sin considerar el proceso administrativo que se tenga iniciado; y definen que cometen el delito de defraudación a los regímenes del seguro social los patrones o sus representantes y demás sujetos obligados que con uso de engaños o aprovechamiento de errores omitan total o parcialmente el pago de las cuotas obrero-patronales u obtengan un beneficio indebido en perjuicio del IMSS o los trabajadores.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Al respecto, se verificó que, en 2021, el IMSS contó con las "Estrategias para la Integración Documental por la Presunta Comisión de Delitos a los Regímenes del Seguro Social", en las cuales se establecieron las actividades para identificar actos de defraudación a los regímenes del Seguro Social derivados de visitas domiciliarias; revisiones por requerimiento de obra de construcción (previstos en los artículos 12A y 18 del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado), y de revisiones de gabinete; y excluyó a los actos de defraudación a los regímenes del Seguro Social determinados mediante la fiscalización de supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS y las cartas invitación.

Lo antes descrito se comprobó con los actos de fiscalización efectuados bajo el supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS, que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez realizó a los patrones CC. José Carlos García Puch y Erik Reyes Santos, durante 2021, en los que concluyó que el patrón José Carlos García Puch se registró ante el IMSS con el objetivo de obtener el servicio médico y las prestaciones económicas relacionadas a las semanas de cotización; y en el caso del patrón Erik Reyes Santos, se concluyó que éste registró ante el Instituto a su hermana, quien solicitó la atención médica de alto costo en Cardenas, Tabasco, ante dicho hecho la Subdelegación de esa entidad solicitó a la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez iniciar un acto de fiscalización al patrón para comprobar la relación laboral. Al respecto, el equipo auditor comprobó con la revisión de las actas de sesión del CSER de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez que como resultado de las visitas, se concluyó que los patrones no acreditaron la relación laboral con los trabajadores, por lo que existieron elementos de presunta comisión de delitos, debido a que los patrones con engaños obtuvieron beneficios indebidos en perjuicio del Instituto. No obstante, de las conclusiones obtenidas la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez únicamente solicitó la baja de ambos trabajadores y no sometió a consideración del Titular de la DIR los expedientes de presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social, bajo el argumento de que los hechos se determinaron por actos administrativos. Lo anterior, contravino lo establecido en el artículo 307 de la LSS, y la omisión por la Subdelegación de lo señalado en el artículo 150, fracción XIV del RIIMSS. También, se observó que los dos actos de fiscalización descritos no fueron registrados por la DIR, por ser verificaciones de supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS. Por los hallazgos antes señalados, se observó el uso de criterios discrecionales en el actuar de los servidores públicos que intervinieron en el proceso.

Por otra parte, el equipo auditor verificó las actividades realizadas por la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación a nivel central, se identificó que conforme a lo establecido en el artículo 71, fracción XIX, del RIIMSS, mediante oficios números 0952179000/16/2021 y 0952179000/33/2021 del 6 de abril y 26 mayo de 2021, respectivamente, el Titular de la DIR envió el informe contable de los patrones con razón social Consumo y Protección para la Familia, S.C. de C. de R.L. de C.V. y Socialmente Asegurado, S.C. de R.L. de C.V., para que analizara si procedía la presentación de las querellas por la presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social. Al efecto, se verificó que, el 20 de mayo de 2021 y el 30 de junio de 2021, el Titular de la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación formuló las querellas para proceder penalmente en contra de ambos patrones, al no demostrar la relación laboral de los supuestos socios cooperativistas que durante seis meses obtuvieron de manera indebida atención médica.

III. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN

Durante 2021, se comprobó que la Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación (CElyR), adscrita a la DOE, no estableció estrategias o políticas para la evaluación y seguimiento del quehacer de los JAC adscritos a las OOAD y las Subdelegaciones, por lo que no dio observancia a lo establecido en el numeral 7.1, función 2, del MO de la DOE. Asimismo, se observó que, durante 2021, la CElyR realizó evaluaciones conforme a lo establecido en el "Acuerdo de Gestión", instrumento que contiene los indicadores de fiscalización de la DIR.

Al respecto, se verificó que, en 2021, la CElyR evaluó a 6 Subdelegaciones de las OOAD de CDMX Sur, Jalisco, Campeche, Oaxaca, Tlaxcala y Coahuila del total de 134 Subdelegaciones que formaron parte del IMSS en el ejercicio sujeto de revisión; con el análisis de los Informes de Evaluación y Seguimiento se identificó que dicha Coordinación, en materia de programación de la fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, recomendó establecer mecanismos de control para verificar que las propuestas de actos de fiscalización recibidas de manera interna y externa contengan la totalidad de la información para determinar la presuntiva de evasión, toda vez que observó que las Subdelegaciones registraron las propuestas de fiscalización sin analizar que existieron elementos que presuman una desviación; respecto a la ejecución y conclusión de los actos de fiscalización indicó que el CSER deberá fortalecer la vigilancia, el seguimiento y el cumplimiento de las actividades que se acuerden, así como supervisar que las correcciones fiscales cuenten con la autorización para la conclusión de los actos de fiscalización; sugirió que el JAC de las OOAD vigile y supervise que las actividades que realizó el personal auditor, revisor y visitador fueron conforme a lo establecido en la normativa vigente y que el Departamento de Auditoría a Patrones deberá realizar una conciliación con el Departamento de Cobranza a fin de verificar el correcto registro de los ingresos por actos de fiscalización; áreas de oportunidad que coinciden y fueron corroboradas en las revisiones descritas en el apartado I y II del presente resultado.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

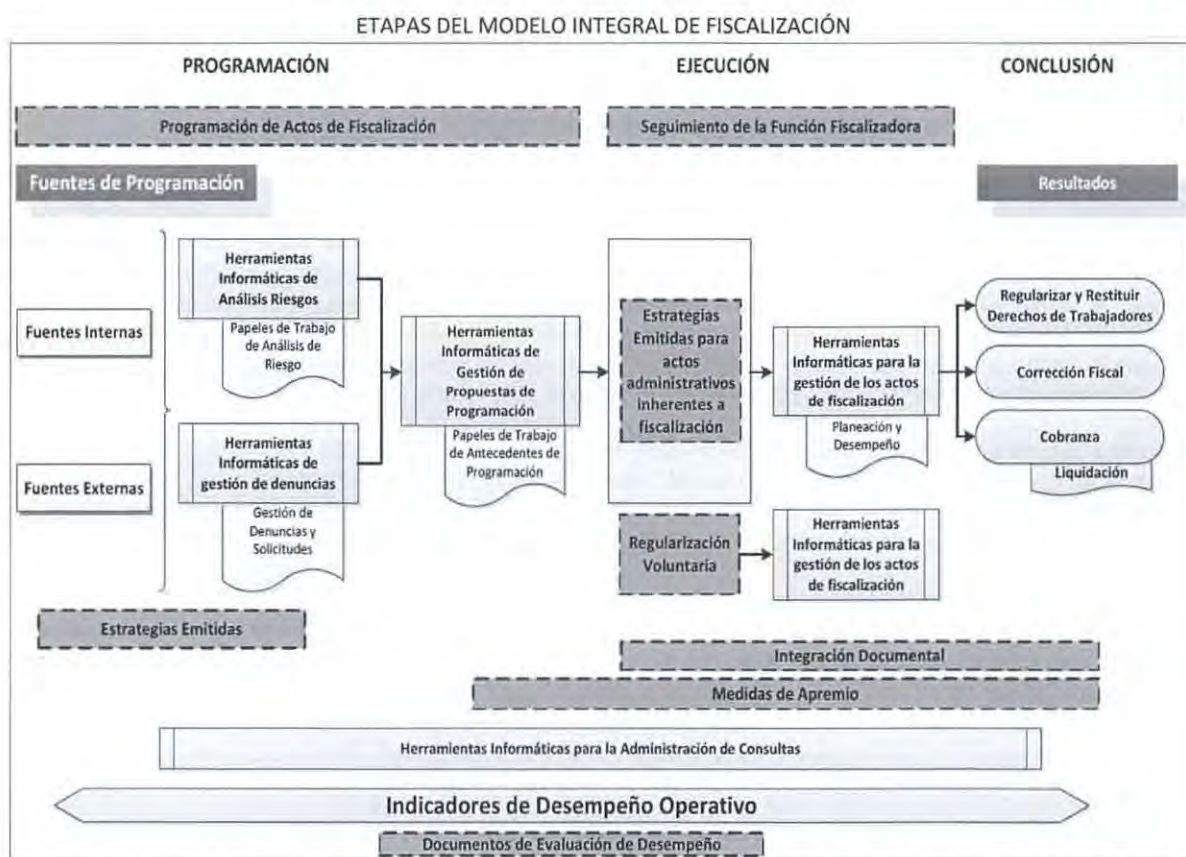
TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

IV. MODIFICACIONES AL PROCESO DE FISCALIZACIÓN EN 2022

Con la prueba de hechos posteriores, se identificó que el 22 de junio de 2022, el Titular de la DIR autorizó la "Norma que Describe el Modelo Integral de Fiscalización" en la cual se incluyó el marco referencia para el ejercicio de las facultades de los OOAD y de los órganos operativos del IMSS en materia de auditoría a patrones, para promover las mejores estrategias para la regularización y determinación de los patrones o sujetos obligados; además, definió al Modelo Integral de Fiscalización como el conjunto de acciones que de manera transversal y estructurada apoyan a la recaudación del IMSS, mediante el ejercicio de las facultades de comprobación, mismos que deben ser aplicados por el personal responsable de los actos de fiscalización y estableció que el modelo se conforma de las etapas de programación, ejecución y conclusión, como se muestra a continuación:



FUENTE: Elaborado por el equipo auditor conforme lo establecido en la Norma que Describe el Modelo Integral de Fiscalización, proporcionada por el IMSS.

Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, se identificó que, para el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, la DIR en coordinación con la UFC y la USE establecieron ocho estrategias que regularon la programación de los actos de fiscalización; el desarrollo de las visitas domiciliarias, las revisiones de gabinete, la revisión del dictamen, la emisión y atención de las cartas invitación y la verificación del supuesto aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS, y se verificó que cada Subdelegación contó con un Comité de Seguimiento y Evaluación de Resultados, el cual se integró por el Presidente (Subdelegado) y Secretario Ejecutivo (el Jefe del Departamento de Auditoría a Patrones), para verificar que la planeación y el desahogo de los actos de fiscalización se realizaron conforme a las disposiciones legales aplicables.

Con los registros proporcionados por la DIR, se verificó que del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021, las 35 OOAD en el sistema Ad-Pro registraron 13,266 propuestas de actos de fiscalización a 11,524 patrones y realizaron 781 actos de fiscalización a 779 patrones, lo que representó el 5.89% del total de las propuestas por actos de fiscalización. Adicionalmente, con la revisión de los expedientes de 17 visitas domiciliarias que

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

realizaron las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 de la OOAD de Chihuahua y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez de la OOAD de Chiapas al mismo número de patrones durante el ejercicio 2021, se identificaron áreas de oportunidad en la supervisión sobre la aplicación efectiva y apropiada de la normativa; en el seguimiento de los actos de fiscalización, debido a que no se cumplieron en los tiempos y con las formas establecidas, y se observaron deficiencias en los registros, al no contar con información veraz, confiable y oportuna por la DIR a nivel central.

Con la revisión de los expedientes de visitas domiciliarias se observaron inconsistencias en los estatutos de fiscalización registrados por la DIR; las Subdelegaciones no dieron observancia a lo establecido en los numerales 5.11 y 5.12 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias, referente a la integración del expediente de visitas domiciliarias; los plazos de conclusión de las visitas no cumplieron con el plazo normativo previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias, ni con el plazo legal dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación. Además, se observaron inconsistencias en los criterios de aplicación por parte de las Subdelegaciones para el desarrollo y conclusión de las visitas, mostrando pautas discrecionales en la toma de decisiones, debido a que se identificó que en el caso de siete patrones las Subdelegaciones concluyeron las visitas en un periodo de tres a nueve meses y éstas abarcaron la revisión de uno a tres ejercicios fiscales por patrón; situación diferente a los periodos de revisión efectuados a tres patrones en los que las Subdelegaciones concluyeron de 11 a 18 meses y sólo revisaron las obligaciones patronales de un ejercicio fiscal por patrón.

Referente a las actividades para identificar la presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social en 2021, se observó que en las "Estrategias para la Integración Documental por la Presunta Comisión de Delitos a los Regímenes del Seguro Social" no se consideraron actividades para identificar actos de defraudación a los regímenes del seguro social derivados por la fiscalización del supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS y las cartas invitación; así como el uso de criterios discrecionales en el actuar de los servidores públicos de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, ante la identificación de la presunta comisión de delitos en contra de los regímenes del seguro social, ya que únicamente solicitaron la baja de los trabajadores y no remitieron a la DIR los expedientes para las investigaciones correspondientes, bajo el argumento de que los hechos se determinaron por actos administrativos y no por actos coactivos, lo que contravino con lo dispuesto en el artículo 307 de la LSS y la omisión por la Subdelegación de lo señalado en el artículo 150, fracción XIV, del RIIMSS.

De las evaluaciones que, durante el ejercicio 2021, la Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación, adscrita a la DOE, realizó a seis Subdelegaciones en materia de fiscalización, se observó recurrencia en los hallazgos relacionados con la programación, ejecución y conclusión de los actos de fiscalización; así como en las actividades de supervisión que los CSER de las Subdelegaciones y los JAC de las OOAD realizaron, y en la validación de los registros de propuestas y créditos fiscales generados por los actos de fiscalización.

Lo anterior, mostró un esquema descentralizado y desarticulado entre la DIR a nivel central y las OOAD y Subdelegaciones, que no permitió a la estructura institucional administrar los riesgos a nivel estratégico, táctico y operativo, que privilegiara una gestión basada en la detección y prevención, para evitar la materialización de riesgos asociados a los actos de fiscalización. Por lo que, la Gobernanza institucional no privilegió la supervisión para la toma de decisiones oportuna y se substanciaron actos mayormente discrecionales aplicados a nivel de cada Subdelegación.

Pre- Recomendación 11

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca los mecanismos de control que aseguren la supervisión y monitoreo de las actividades del proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, relacionadas con la aplicación efectiva y apropiada de la normativa vigente, la integración de expedientes que faciliten el análisis de su contenido y el cumplimiento de los tiempos de conclusión de las visitas, que permita la mitigación de riesgos y contribuya al logro de objetivos del Instituto, en términos de lo señalado en artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Tercera "Actividades de Control" y Quinta "Supervisión y Mejora Continua", Principio 10 "Diseño de Actividades de Control en Varios Niveles", Elemento de Control 10.09, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 12

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la Dirección de Incorporación y Recaudación, diseñe e implemente una política, lineamiento o procedimiento que regule las actividades para identificar actos de defraudación a los regímenes del seguro social en la fiscalización del supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS y las cartas invitación, considerados como actos administrativos, y defina con mayor amplitud los criterios y conceptos para las actividades de identificación de la presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social con el objeto de evitar el uso de criterios discrecionales en el actuar de los servidores públicos encargados del proceso y posibles daños al patrimonio del Instituto y de los trabajadores, en términos de lo dispuesto en el artículo 71, fracción I, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera "Actividades de Control", Principio 12

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

"Implementar actividades de Control", Elemento de Control 12.01, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

NÚM. DEL RESULTADO:	7	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	7			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Recaudación, créditos fiscales, condonación de multas y cancelación de créditos

El artículo 5° de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que el IMSS tiene el carácter de organismo fiscal autónomo; el artículo 271 de la LSS señala que el Instituto recaudará, administrará y, en su caso, determinará y liquidará, las cuotas correspondientes a los seguros establecidos en la LSS, aplicando lo dispuesto en ésta y el Código Fiscal de la Federación.

Los artículos 304, 304 A, 304 B, 304 C y 304 D, del Capítulo II "De las Infracciones y Sanciones", de la LSS, establecen las sanciones que se aplicarán a los patrones y demás sujetos obligados que incumplan con el pago de los conceptos fiscales establecidos en el artículo 287 de la LSS; a los que realicen actos u omisiones que perjudiquen a los trabajadores o al Instituto, y a los que presenten fuera del plazo legal la información relacionado con los trabajadores u otros sujetos que presten servicios o ejecuten obra; además, indica que podrá dejar sin efectos las multas impuestas por infracción a las disposiciones de la LSS y sus reglamentos, cuando a su juicio, con la sola exhibición documental por los interesados se acredite que no se incurrió en infracciones.

El artículo 71, fracciones III, XI, XV y XX, del RIIMSS dispone que la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) elaborar los proyectos de reglas generales y otras disposiciones en materia de recaudación; diseñará los sistemas de registro de recaudación de los ingresos y de control del trámite de cobro de los créditos fiscales a favor del Instituto; así como los formatos que deberán usar los patrones y demás sujetos obligados para el cumplimiento de sus obligaciones; autorizarán la implementación de acciones de mejora continua de los procesos que son competencia de las Jefaturas de Servicios Delegacionales y Subdelegaciones en materia de recaudación; e impondrá las sanciones a que se refiere la LSS.

El artículo 73, fracciones II y III, RIIMSS indican que la Unidad de Fiscalización y Cobranza (UFC), adscrita a la DIR, participará en el diseño de los sistemas de registro de recaudación de los ingresos y de control del trámite de cobro de los créditos fiscales a favor del Instituto y propondrá al Titular de la DIR las normas y bases para cancelar los créditos derivados de contribuciones y aprovechamientos por incosteabilidad en su cobro, por incobrabilidad, insolvencia o por la no localización de los deudores o de los responsables solidarios.

El artículo 144, fracciones XV, XVII, inciso f, y XXIX, del RIIMSS dispone que el Delegado, dentro de su circunscripción territorial, tiene la atribución de imponer las multas y demás sanciones a que se refiere la LSS en materia de fiscalización y recaudación; llevará a cabo la determinación, emisión, notificación y cobro de liquidaciones por cuotas obrero patronales, capitales constitutivos, actualización, recargos y multas; así como, por los gastos realizados por inscripciones improcedentes y los que tenga derecho a exigir de las personas no derechohabientes, así como supervisar que las unidades administrativas adscritas a la OOAD cumplan con la aplicación de las disposiciones de la LSS y sus reglamentos, y las demás disposiciones legales aplicables.

El artículo 150, fracciones XII, XI, XX, XXV y XXVII, del RIIMSS establece que las Subdelegaciones ordenarán y ejecutarán visitas domiciliarias para requerir la exhibición de libros y documentos a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones de los patrones y demás sujetos obligados; recibirán las solicitudes presentadas por los patrones y demás sujetos obligados, relativas a la autorización de prórroga para el pago diferido o en parcialidades de los créditos fiscales a favor del Instituto; resolverán las que sean de su competencia en los términos que disponga el Consejo Técnico; determinarán la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados; cancelarán por incobrabilidad, incosteabilidad o por la no localización del deudor o responsables solidarios los créditos fiscales a favor del Instituto, en los términos que apruebe el Consejo Técnico, y declararán la prescripción de los créditos fiscales o la extinción de las facultades de comprobación del Instituto.

Los numerales 8.1 y 8.3 del Modelo de Organización de la DIR indican las funciones de la DIR y la UFC; las cuales están armonizadas con las disposiciones previstas en los artículos 71 y 73 del RIIMSS.

El numeral 8.3.1 del MO de la DIR dispone que la Coordinación de Cobranza, adscrita a la DIR, tendrá las funciones de diseñar y proponer, en coordinación con las áreas competentes de la Unidad de Servicios Estratégicos, las normas y bases para cancelar las cuentas del Instituto por los créditos fiscales determinados por concepto de aportaciones de seguridad social, considerados por imposibilidad práctica de su cobro, incosteabilidad del mismo, por insolvencia y no localización del deudor y de los responsables solidarios; analizará las peticiones de suspensión

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

del procedimiento administrativo de ejecución, en los casos de solicitudes de autorización de pago a plazos de los créditos fiscales, ya sea en forma diferida o en parcialidades; así como de aclaración administrativa, y propondrá al Titular de la UFC la respuesta respectiva, en la que se dicte en los casos que proceda la orden de suspensión; acordará, en el ámbito de su competencia, con las Entidades Receptoras, la conciliación y certificación de pagos de cuotas efectuados; coordinará la recopilación de la información y documentación necesaria para analizar la problemática que presentan los adeudos por créditos fiscales.

El numeral 7.1.1.5, funciones 2 y 7, del Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación (MO de la DOE) establece que la Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación (CElyR) coordinará acciones para evaluar el desempeño de las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza (JAC) y Subdelegaciones, relacionadas con las metas de recaudación y el seguimiento de los compromisos establecidos, mediante el análisis de la evidencia documental, para verificar que los procesos se encuentren estandarizados y se desarrollen conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

Con el objetivo de verificar que, durante 2021, el IMSS implementó mecanismos de control que aseguraron que los procesos de recaudación, condonación, cancelación y créditos fiscales fueron realizados conforme a lo establecido en la normatividad vigente; así como evaluar que las actividades y la supervisión de la DIR, los OOAD y las Subdelegaciones fue óptimo y oportuno al cumplimiento de los objetivos en materia fiscal del IMSS, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, el equipo auditor solicitó a la entidad fiscalizada las normas, las estrategias, las políticas, los manuales y las metodologías vigentes en 2021, que regularon los procesos de recaudación, infracciones y sanciones de los patrones y demás sujetos obligados; los registros de los créditos fiscales, las multas, las condonaciones y cancelación de créditos realizadas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021.

En respuesta, con el oficio número 095380614B30/01/526/2022 del 30 de agosto de 2022, la entidad fiscalizada proporcionó las estrategias que regularon los procesos de recaudación, infracciones y sanciones; cuatro bases de datos de las multas, condonaciones, cancelaciones y créditos fiscales registrados durante 2021.

El presente resultado se integró de los apartados I. Recaudación y patrones afiliados al IMSS, II. Créditos fiscales, III. Condonación de multas, IV. Cancelación de créditos fiscales, V. Evaluación de las actividades de cobranza por la DOE, con el propósito de facilitar su presentación y entendimiento relativos al marco normativo; las cifras estadísticas; las actividades de gobernanza y del control interno ejercidos por las unidades a nivel central, OOAD y Subdelegaciones; así como los resultados de los patrones seleccionados para revisión.

I. RECAUDACIÓN Y PATRONES AFILIADOS AL IMSS EN 2021

Con el análisis de los informes de cobranza mensual, proporcionados por la Coordinación de Cobranza, adscrita a la DIR, se verificó que el IMSS, durante el ejercicio 2021, determinó cuotas obrero patronales por 378,979,899.8 miles de pesos, y recaudó 371,690,770.5 miles de pesos, de los cuales 354,942,799.1 miles de pesos correspondieron a enteros de forma oportuna por los patrones y 16,747,971.4 miles de pesos fueron por enteros extemporáneos, la estimación y recaudación mensual se detalla en el cuadro siguiente:

CUOTAS OBRERO PATRONALES DETERMINADAS POR EL IMSS Y ENTERADAS POR LOS PATRONES, DURANTE 2021
(Miles de pesos)

Mes	Cuotas Obrero Patronales Determinadas	Enteros Oportunos (A)	Enteros Extemporáneos (B)	Cuotas Obrero Patronales Enteradas (A+B)
Enero	30,678,958.0	28,663,178.6	1,386,915.5	30,050,094.1
Febrero	28,573,226.0	26,501,580.3	1,347,036.8	27,848,617.1
Marzo	31,094,665.1	29,277,782.8	1,190,003.3	30,467,786.1
Abril	30,386,423.8	28,161,916.0	1,615,826.4	29,777,742.3
Mayo	31,712,248.2	29,896,819.1	1,259,589.4	31,156,408.4
Junio	30,975,353.6	28,961,805.5	1,352,436.5	30,314,242.0
Julio	32,276,501.9	30,260,084.7	1,394,617.0	31,654,701.7
Agosto	32,569,716.6	30,575,112.1	1,369,983.7	31,945,095.9
Septiembre	31,522,808.6	29,690,861.7	1,310,576.0	31,001,437.6
Octubre	33,183,401.9	31,039,799.7	1,570,638.4	32,610,438.1
Noviembre	32,373,708.1	30,742,992.7	1,091,652.7	31,834,645.4
Diciembre	33,632,887.9	31,170,866.0	1,858,695.7	33,029,561.7
Total	378,979,899.8	354,942,799.1	16,747,971.4	371,690,770.5

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con la información de los informes de cobranza mensual de 2021, proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Se identificó que, en 2021, el total de patrones afiliados al IMSS fue de 1,053,670 y que la actividad económica de éstos se concentraron en: a) la agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza (34,942 patrones); b) industrias extractivas (2,581 patrones); c) industrias de transformación (136,678 patrones); d) construcción (144,186 patrones); e) industria eléctrica, captación y suministro de agua potable (2,344 patrones); f) comercio (300,201 patrones); g) transportes y comunicaciones (67,437 patrones); h) servicios para empresas, personas y el hogar (293,613 patrones) y i) servicios sociales y comunales (71,688 patrones).^{49/}

II. CRÉDITOS FISCALES EN 2021

Con los registros de los créditos fiscales vigentes del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021 proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR, se verificó que el IMSS generó 385,122 créditos fiscales por 17,636,660.1 miles de pesos, de los cuales 14,769,236.6 miles de pesos, el 83.7% de los créditos fiscales, se generaron por la omisión en el entero oportuno de las cuotas obrero patronal, por las diferencias entre la determinación y entero de las cuotas, y por las multas, el detalle se presenta en el cuadro siguiente:

CONCEPTOS DE LOS CRÉDITOS FISCALES QUE SE GENERARON EN 2021

(Miles de pesos y porcentajes)

Numeral	Concepto	Importe	%
1	Omisión total en el pago de cuotas IMSS	5,365,143.7	30.4
2	Diferencias en pago de cuotas IMSS o RCV	3,496,137.0	19.8
3	Multa por omisión total en el pago de cuotas IMSS	2,811,879.2	15.9
4	Multa por diferencias en pago de cuotas IMSS o RCV	1,950,492.5	11.1
5	Multa por omisión total en el pago de cuotas RCV	1,145,584.2	6.5
6	Multa artículo 304, fracciones I, V, VII, IX, X, XIII, XIV, XVII, XIX y XXI	880,914.4	5.0
7	Liquidación Trabajadores de la Construcción (Art. 18)	698,734.5	4.0
8	Liquidación Por Visita Domiciliaria	507,280.8	2.9
9	Liquidación por revisión de Gabinete (Art. 48)	329,286.5	1.9
10	Liquidación por capitales constitutivos	259,348.9	1.5
11	Liquidación por Visitas Específicas Régimen Simplificado	79,944.7	0.5
12	Liquidación por Corrección Fiscal	42,765.6	0.2
13	Liquidación por Corrección	21,269.8	0.1
14	Liquidación Gastos Realizados por Inscripciones Improcedentes	15,071.6	0.1
15	Liquidación Gastos Médicos a Personas no Derechohabientes	10,560.7	0.1
16	Multa por diferencias en el pago de cuotas de Riesgo de Trabajo	8,868.0	0.1
17	Dictamen, pago en parcialidades	5,616.3	0.0
18	Multa por Actos u Omisiones Art.304 A, Fracc. XI, XII, XV	5,542.6	0.0
19	Liquidación por Regularización de Obra	1,311.2	0.0
20	Liquidación Trabajadores de la Construcción (Art. 12-A)	607.8	0.0
21	Liquidación por Revisión Interna	226.5	0.0
22	Dictamen, Pago Inmediato	48.0	0.0
23	Cédula de determinación con datos falsos Art. 304 A Fracc. VI	15.9	0.0
24	Por actos u omisiones del artículo 304 A, fracciones II, III, VI, XVI y XVIII	9.7	0.0
Total		17,636,660.1	100.0

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con los registros de los créditos fiscales vigentes del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, proporcionados por la Coordinación de Cobranza, de la DIR.

III. CONDONACIÓN DE MULTAS

Se comprobó que, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 71, fracción I, del RIIMSS, la DIR en coordinación con la UFC establecieron el "Procedimiento para el trámite de condonación de multas" (Procedimiento de Condonación), documento en el que se definieron las actividades para regular el trámite de las solicitudes relativas a la condonación de multas impuestas por el incumplimiento en el pago de las cuotas obrero patronales y del RCV.

Mediante el "ACUERDO ACDO.AS2.HCT.250309/56.P.DIR, por el que se modifica el Acuerdo 187/2003, publicado el 15 de julio de 2003" del 2 de abril de 2009, vigente en 2021, modificó las premisas para la condonación de multas por las cuotas obrero patronal y RCV, de la siguiente forma:

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

...NOVENO.- Se condonará la multa en un cien por ciento, cuando el patrón o sujeto obligado cumpla con las dos condiciones siguientes: I. No tener créditos fiscales de los señalados en el artículo 287 de la Ley del Seguro Social, vencidos o exigibles; o bien, que en caso de tener créditos fiscales de los antes mencionados en la fecha de la solicitud de condonación, acompañe a ésta los documentos con los que se demuestre fehacientemente su improcedencia o, en su caso, que exista por parte del Instituto autorización de prórroga para el pago en parcialidades o diferido, y II. Haber pagado en términos de los artículos 39 y Vigésimo Séptimo Transitorio de la Ley del Seguro Social, las cuotas obrero patronales, durante el año anterior al de la fecha de la solicitud. DECIMO.- Se condonará la multa en el por ciento que se indica, en los casos siguientes: 1. El 90% cuando el patrón cumpla con las condiciones de la fracción I, del lineamiento NOVENO; y 2. El 60% cuando el patrón cumpla con las condiciones de la fracción II, del lineamiento antes indicado...

Con base en lo anterior, se verificó que, en 2021, el IMSS determinó multas por 5,406,345.2 miles de pesos en 2021, condonó 2,039,002.6 miles de pesos y recaudó 3,367,342.7 miles de pesos, que correspondieron a 710,630 créditos fiscales originados por multas. Se identificó que del monto recaudado 1,942,277.7 miles de pesos, el 57.7% del total de lo condonado, fue por multas por omisión de cuotas obrero patronales y 918,284.3 miles de pesos, el 27.3% del total de condonación, correspondieron a multas por la omisión total de cuotas RCV, como se detalla a continuación:

RECAUDACIÓN POR LA CONDONACIÓN DE MULTAS EN 2021
(Miles de pesos y porcentaje)

Numeral	Concepto	Recaudado por Condación	%
1	Multa por omisión total en el pago de cuotas IMSS	1,942,277.7	57.7
2	Multa por omisión total en el pago de cuotas RCV	918,284.3	27.3
3	Multa por diferencias en pago de cuotas IMSS o RCV	386,726.7	11.5
4	Multa Art 304, fracciones I, V, VII, IX, X, XIII, XIV, XVII, XIX y XXI	119,696.5	3.6
5	No determinación Art. 304 A, fracción VI	352.6	0.0
6	Por actos u omisiones Art. 304 A, fracciones II, III, VI, XVI y XVIII	4.7	0.0
7	Multa por diferencias en el pago de cuotas de Riesgo de Trabajo	0.1	0.0
Total		3,367,342.7	100.0

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con los registros de condonación de multas que el IMSS realizó del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR.

Con el propósito de comprobar que el IMSS, por conducto de los OOAD y las Subdelegaciones, realizó la condonación de multas en términos de las disposiciones jurídicas y normativas vigentes en 2021. Se seleccionaron los OOAD de Chihuahua y Chiapas y las Subdelegaciones de Juárez 1, Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez; en los que se verificó que, en el ejercicio fiscal 2021:

- El OOAD de Chihuahua recaudó 69,606.4 miles de pesos de 14,141 créditos fiscales generados por multas condonadas, de los cuales la Subdelegación de Juárez 1 recaudó 19,282.5 miles de pesos por 4,438 créditos fiscales y la Subdelegación de Juárez 2 recaudó 7,886.5 miles de pesos por 849 créditos fiscales.
- El OOAD de Chiapas recaudó 113,060.1 miles de pesos de 16,541 créditos fiscales generados por multas condonadas, de los cuales la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez recaudó 101,150.3 miles de pesos por 11,610 créditos fiscales.

Para verificar que el proceso de condonación que, en 2021, realizaron las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 del OOAD de Chihuahua y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez del OOAD de Chiapas, cumplieron con lo establecido en la normativa vigente, el equipo auditor revisó 26 expedientes de patrones que se beneficiaron de la condonación de multas en 2021, en los que se observó lo siguiente:

- En 24 créditos fiscales condonados a favor de 6 patrones, se comprobó que éstos pagaron el 10.0% de la multa como lo prevé la disposición jurídica, con lo que se beneficiaron de la condonación al 90.0%. No obstante, se comprobó que la DIR mantuvo en sus registros contables al 31 de diciembre de 2021, el valor de los créditos fiscales correspondientes al 90.0% condonado con el pago del 10.0% del valor de la multa, por lo que las cifras registradas por la DIR generaron una expectativa de cobro falsa al cierre del ejercicio en materia de multas.
- 17 créditos fiscales determinados a 4 patrones de las Subdelegaciones de Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez mostraron inconsistencias con los importes registrados por la DIR, debido a que ésta registró los 17 créditos con valor de 10,051.5 miles de pesos, mientras que las solicitudes para condonación de las multas en los expedientes correspondieron a la cantidad de 9,603.1 miles de pesos, importe sobre el cual los patrones pagaron el 10.0% o el 40.0% de las multas para obtener el beneficio de la condonación.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- c. 6 créditos fiscales determinados a 1 patrón de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez se le realizó la condonación de las multas que se registró en términos de la normativa; sin embargo, el expediente no contenía la resolución de autorización del Delegado.
- d. 1 crédito fiscal a cargo de 1 patrón de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez por 1,201.4 miles de pesos generado por multas, no fue registrado por la DIR ni reconoció el pago por 120.1 miles de pesos del 10% del valor de la multa para obtener el beneficio de la condonación.
- e. El SISCOB no permitió la generación de información histórica de pagos realizados en 2021 correspondientes a créditos fiscales generados en ejercicios anteriores a éste. Con las pruebas de recorrido se comprobó que para consultar el correcto registro del pago de un crédito antiguo aunque el patrón sea vigente, el personal de la Subdelegación, de forma manual, cargó en la aplicación denominada "saldados" la información contenida en discos compactos que cada año le entrega la DIR. Por lo tanto el sistema no facilitó la gestión de riesgos.

Por otra parte, el equipo auditor realizó 14 confirmaciones abiertas al mismo número de patrones seleccionados, con la finalidad de verificar la integridad y veracidad de los aspectos analizados por los actos de condonación que las Subdelegaciones de Juárez 1, Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez realizaron durante 2021. De las 14 confirmaciones enviadas, 9 patrones respondieron, 3 fueron omisos y 2 no fueron localizados en los domicilios registrados por las Subdelegaciones. Respecto de la información confirmada por los 9 patrones se determinó lo siguiente:

- a. Los datos proporcionados por 6 patrones fueron consistentes con lo registrado por la DIR y la documentación resguardada en los expedientes por las Subdelegaciones.
- b. Los datos proporcionados por 3 patrones fueron inconsistentes con lo registrado por la DIR y la documentación resguardada en los expedientes por las Subdelegaciones. Las diferencias correspondieron a que los patrones reportaron importes de las multas mayores a los registrados por el IMSS.

IV. CANCELACIÓN DE CRÉDITOS FISCALES EN 2021

Se verificó que el marco jurídico y normativo que reguló, durante 2021, el proceso de cancelación de créditos fiscales fueron las "Estrategias para la localización, reinicio de acciones de cobro y, en su caso, cancelación de créditos fiscales por la no localización del deudor o responsable solidario", instrumento que indica las gestiones para investigar y localizar patrones y bienes de éstos o a los responsables solidarios para el cobro de los créditos fiscales o proceder a la cancelación de los mismos.

Las Estrategias establecen en el numeral 5.9 que los dictámenes de cancelación serán autorizados por los Subdelegados con créditos fiscales que se ubiquen en los rangos Primero y Segundo (SMG elevado al año de 1 hasta 2), y por los Delegados los créditos fiscales en los rangos Tercero, Cuarto y Quinto (SMG elevado al año de 2 hasta 25); en el caso de los créditos fiscales en rango Quinto los Delegados autorizarán, previa aprobación del Consejo Consultivo Delegacional correspondiente.

Por otra parte, se corroboró que la DIR, mediante el Acuerdo 469/2005, definió los tipos de cancelación, los cuales se enlistan a continuación:

- Por Insolvencia. Cuando se compruebe plenamente la insolvencia del deudor o responsable solidario y se considerarán que serán insolventes cuando no tengan bienes embargables para cubrir el crédito o éstos ya se hubieren realizado y no tengan trabajadores registrados vigentes.
- Por Cobros Incosteables. Cuando la suerte del principal de los créditos fiscales sea de hasta sesenta veces el salario mínimo general diario vigente.
- Por No Localizados. Cuando habiéndose intentado la diligencia en el domicilio fiscal del deudor o representante legal, y agotada la búsqueda en las fuentes de verificación internas y externas, no se encuentren al deudor o a los responsables solidarios, ni bienes de su propiedad susceptibles de embargo.

Asimismo, se observó que la cláusula QUINTA, del Acuerdo 469/2005, indicó la información mínima comprobatoria que deben contener los expedientes de cancelación de créditos fiscales que se encuentren en los supuestos antes descritos; sin embargo, se identificaron áreas de oportunidad en el diseño del acuerdo debido a que éste no estableció los requisitos que deben contener los expedientes para la integración, manejo y conservación de los expedientes, que garantizara la correcta administración y resguardo de la evidencia que sustancia el proceso de cancelación.

Con el análisis de los registros de cancelación de créditos fiscales del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR, se identificó que, en el ejercicio sujeto de fiscalización, el IMSS canceló 635,259 créditos fiscales por 3,126,123.2 miles

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

de pesos, de los cuales 561,770 créditos fiscales por 2,998,917.1 miles de pesos, el 95.9% del total de créditos fiscales, fueron cancelados bajo el supuesto de "Por no localizados", como se detalla a continuación:

CRÉDITOS CANCELADOS POR EL IMSS, EN 2021

(Miles de pesos y porcentajes)

Tipo de Cancelación	Importe	%
Por Cobros Incosteables	55,004.9	1.8
Por Insolvencia	72,201.2	2.3
Por No Localizados	2,998,917.1	95.9
Total	3,126,123.2	100.0

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con los registros de cancelación de créditos fiscales que el IMSS realizó del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR.

Con el propósito de verificar que el IMSS, por conducto de los OOAD y las Subdelegaciones, autorizó y registró la cancelación de créditos en términos de las disposiciones jurídicas y normativas vigentes en 2021. Se seleccionaron los OOAD de Chihuahua y Chiapas y las Subdelegaciones de Juárez 1, Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez; en los que se verificó que, en el ejercicio fiscal 2021:

- El OOAD de Chihuahua canceló 15,512 créditos fiscales por 61,773.4 miles de pesos, de los cuales la Subdelegación de Juárez 1 canceló 4,392 créditos por 22,526.3 miles de pesos y la Subdelegación de Juárez 2 canceló 1,001 créditos por 5,490.6 miles de pesos.
- El OOAD de Chiapas canceló 18,284 créditos fiscales por 26,779.4 miles de pesos, de los cuales la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez canceló 13,626 créditos fiscales por 19,246.0 mil de pesos.

Para verificar que el proceso de cancelación de créditos fiscales que, en 2021, realizaron las Subdelegaciones y Delegaciones fue conforme a lo establecido en la normativa vigente, el equipo auditor revisó 46 expedientes correspondientes al mismo número de patrones que tuvieron créditos cancelados bajo el concepto "Por No Localización" y que dichos créditos se ubicaron en los rangos Tercero, Cuarto y Quinto, de los cuales 11 correspondieron a la Subdelegación de Juárez 1, 10 de la Subdelegación de Juárez 2 y 25 de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, en los que se observó lo siguiente:

- La denominación o razón social de los 46 patrones a los que se les cancelaron 1,809 créditos fiscales por 28,961.5 miles de pesos, no coincidieron con los registros proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR, debido a que ésta reportó 1,809 razones sociales vinculadas como patrones al mismo número de créditos fiscales cancelados. Se destaca que con la evidencia documental de los expedientes se constató que los créditos fiscales cancelados sólo correspondieron a 46 patrones. También, se observó que la información emitida por la Coordinación no incluyó los créditos fiscales generados por RCV. Los hallazgos fueron comentados con la Coordinación de Cobranza, quien manifestó que fue un error humano al integrar la base de los registros de cancelación. Lo que mostró deficiencias de control en la información y rendición de cuentas, debido a que los datos carecieron de veracidad, integridad y confiabilidad para la toma de decisiones oportuna.

Ante los hallazgos manifestados, se identificó que el Sistema de Cobranza (SISCOB) utilizado por el IMSS para el registro y control de los créditos en materia de recaudación, no proporcionó procesos automatizados en la emisión de los reportes, por lo que la Coordinación de Cobranza realizó de forma manual la integración de distintas bases de datos, por lo tanto el sistema no facilitó la gestión de riesgos.

- No existió homologación en la integración de los expedientes, lo que dificultó el análisis de la trazabilidad del proceso de cancelación; bajo el argumento por parte de las Subdelegaciones de que no existe normativa que la regule.
- En un expediente el dictamen de cancelación no estaba firmado por el Delegado y se encontraba en carpetas administrativas del área responsable.
- Las actividades de investigación que realizaron las Subdelegaciones, no fueron consistentes referente a la consulta de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), para identificar posibles cuentas bancarias de los patrones deudores susceptibles de embargo. Si bien la normativa señala que sólo se aplicará la consulta de la CNBV para créditos fiscales en rango Quinto, se identificó que las Subdelegaciones realizaron las consultas para créditos en rangos Tercero y Cuarto.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- e. 10 dictámenes suscritos por el Delegado de Chiapas fueron autorizados en el ejercicio de 2020, sin embargo, la DIR los registró como cancelaciones en 2021.
- f. Las tres Subdelegaciones realizaron las investigaciones ante el SAT y las Tesorerías para identificar otros domicilios o responsables solidarios vinculados a los patrones deudores; al respecto, se observó que en varias consultas se obtuvieron resultados positivos al identificarse direcciones en otros estados o en la misma circunscripción territorial. Sin embargo, las Subdelegaciones fueron omisas en las gestiones ante otras Subdelegaciones para solicitar su apoyo en la localización de los patrones y en realizar visitas para localizar a éstos en direcciones distintas a las registradas en su localidad.
- g. La autorización por parte de los Delegados y Subdelegados de los dictámenes de cancelación de créditos fiscales a cargo de patrones deudores no localizados se realizó de 12 a 18 meses posteriores a las fechas de las visitas realizadas por el personal "localizador", con las cuales confirmaron la no localización de los patrones deudores. Por lo tanto, el Instituto mantuvo en sus registros créditos fiscales con expectativa de cobro falsa.
- h. Los Delegados y Subdelegados autorizaron la cancelación de créditos fiscales que se originaron en los ejercicios fiscales de 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019 y 2020, es decir los créditos tenían una antigüedad de hasta siete años, se observó que las Subdelegaciones no realizaron actividades oportunas para tratar de localizar a los patrones deudores, debido a que se verificó que las visitas por los localizadores para exigir el pago de los créditos se realizaron de 3 a 6 años posteriores a su incumplimiento.
- i. Con la revisión del expediente del patrón con registro A6852374, se identificó que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez solicitó a la CNBV identificar cuentas a nombre del patrón, en respuesta la Comisión identificó una cuenta bancaria del patrón con un saldo que cubría el 61.7% de los créditos fiscales a cargo del patrón. Si bien la CNBV informó a la Subdelegación que la cuenta estaba embargada por otra instancia, indicó a la Subdelegación que iniciara la "prelación"; sin embargo, ésta fue omisa en realizar la gestión y procedió a la cancelación de los créditos por el total de los adeudos.
- j. Con la revisión de los expedientes de los patrones con registros Y7715634, Y7719359 y A6849270, se identificó en los dictámenes que los Delegados autorizaron la cancelación de 30 créditos fiscales por 968.7 miles de pesos por la no localización de los patrones; sin embargo, la DIR reportó 7 créditos adicionales que no fueron autorizados por los Delegados que ascendieron a 326.9 miles de pesos.
- k. Con la revisión del expediente del patrón con registro Y7713549, se identificó en el dictamen que el Delegado autorizó la cancelación de 60 créditos fiscales por 1,992.6 miles de pesos por la no localización del patrón. Al respecto, se observó que la DIR no registró 1 crédito fiscal por 25.4 miles de pesos.

Por otra parte, con la finalidad de comprobar que las actividades de localización de los patrones efectuadas por las Subdelegaciones previas a la cancelación de los créditos en 2021, se realizaron bajo los criterios de veracidad y oportunidad; el equipo auditor realizó 37 confirmaciones abiertas al mismo número de patrones seleccionados, de las confirmaciones enviadas al mismo número de patrones (9 de la Subdelegación de Juárez 2, 10 de la Subdelegación de Juárez 1 y 12 de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez); 2 respondieron, 7 fueron localizados pero omisos en la atención de la confirmación y 28 no fueron localizados en los domicilios.

Respecto a los 2 patrones localizados se precisa que fueron cancelados por los Delegados "Por No Localización" como consta en los dictámenes, pese a esto se observó lo siguiente:

- a. El patrón con registro Y7713549 y denominación "Asesoría Profesional en Administración y Ventas, S.A. de C.V.", del cual el Delegado de Chihuahua autorizó la cancelación de 60 créditos fiscales por 1,992.6 miles de pesos, el 21 de abril de 2021, fue localizado en Ciudad Juárez Chihuahua, por el equipo auditor utilizando los datos del domicilio fiscal consultado en el expediente de cancelación de la Subdelegación de Juárez 1, como consta en el oficio de respuesta del representante legal, quien a su vez acreditó ser el patrón de la empresa objeto de la confirmación, y el cual proporcionó copia simple del acta constitutiva.
- b. El patrón con registro A6851093 y denominación "Baax Sociedad Deportiva, S.A. de C.V.", del cual el Delegado de Chiapas autorizó la cancelación de 22 créditos fiscales por 154.3 miles de pesos, fue localizado en Chiapas por el equipo auditor utilizando los datos del domicilio fiscal consultado en el expediente de cancelación de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, como consta en el oficio de respuesta del representante legal, quien proporcionó captura de pantalla del escritorio virtual del IMSS con el que mostró el estatus de baja del registro patronal registrado.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

V. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE COBRANZA POR LA DOE

Por otra parte, se verificó que, en 2021, la CElyR evaluó a 6 Subdelegaciones de las OOAD de CDMX Sur, Jalisco, Campeche, Oaxaca, Tlaxcala y Coahuila del total de 134 Subdelegaciones que formaron parte del IMSS durante el ejercicio sujeto a revisión; con el análisis de los Informes de Evaluación y Seguimiento se identificó que dicha Coordinación, en materia de cobro, recomendó que los departamentos de cobranza, adscritos a las JAC; fortalecieran las acciones de coordinación con los Departamentos de Cobranza a fin de dar un correcto seguimiento de los créditos generados durante los actos de fiscalización realizados a patrones y demás sujetos obligados; sobre la recuperación, condonación y depuración de multas, se indicó que las JAC deberán establecer acciones de supervisión y seguimiento para verificar que el trámite de condonación de multas se realice en estricto apego al procedimiento vigente; implementar controles para el adecuado resguardo y trámite de los expedientes de condonación de multas; respecto a patrones no localizados e insolventes recomendó que las JAC establecieran programas de supervisión para verificar el desahogo de las investigaciones; integrar los expedientes en estricto apego a las estrategias vigentes; establecer controles para supervisar el proceso de localización; realizar acciones de supervisión a la cartera para verificar que se encuentre depurada o corregida, con el objetivo de contar con una cartera que contenga créditos vigentes, los cuales cuenten con su respectiva documentación soporte. Recomendaciones que coinciden con lo observado por el equipo auditor y que fueron corroboradas en las revisiones descritas en los apartados III y IV del presente resultado.

Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, se identificó que, para los procesos de condonación de multas y cancelación de créditos fiscales, el IMSS determinó estrategias que regularon las actividades desarrolladas por las OOAD y Subdelegaciones.

En 2021, el IMSS determinó cuotas obrero patronales por 378,979,899.8 miles de pesos, y recaudó 371,690,770.5 miles de pesos, de los cuales 354,942,799.1 miles de pesos correspondieron a enteros de forma oportuna por los patrones y 16,747,971.4 miles de pesos fueron por enteros extemporáneos. Además, de que el total de patrones afiliados fue de 1,053,670.

Con relación a los créditos fiscales se verificó que el IMSS generó 385,122 créditos fiscales por 17,636,660.1 miles de pesos, de los cuales 14,769,236.6 miles de pesos, el 83.7% de los créditos fiscales, se generaron por la omisión en el entero oportuno de las cuotas obrero patronal, por las diferencias entre la determinación y entero de las cuotas, y por las multas.

En 2021, el Instituto determinó multas por 5,406,345.2 miles de pesos, condonó 2,039,002.6 miles de pesos y recaudó 3,367,342.7 miles de pesos, que correspondieron a 710,630 créditos fiscales originados por multas. Se identificó que del monto recaudado 1,942,277.7 miles de pesos, el 57.7% del total de lo condonado, fue por multas por omisión de cuotas obrero patronales y 918,284.3 miles de pesos, el 27.3% del total de condonación, correspondieron a multas por la omisión total de cuotas RCV.

Con la revisión de los expedientes de patrones cancelados "Por No Localización", se observó que el SISCOB, utilizado por el IMSS para el registro y control de los créditos en materia de recaudación, no proporcionó procesos automatizados en la emisión de los reportes, por lo que la Coordinación de Cobranza realizó de forma manual la integración de distintas bases de datos; además, el sistema no permitió la consulta de pagos realizados a créditos originados en ejercicios anteriores, por lo tanto el sistema no facilitó la gestión de riesgos. No existió homologación en la integración de los expedientes, lo que dificultó el análisis de la trazabilidad del proceso de cancelación; bajo el argumento por parte de las Subdelegaciones de que no existe normativa que la regule.

Asimismo, se verificó que las actividades de investigación que realizaron las Subdelegaciones no fueron consistentes referente a la consulta de la CNBV, para identificar posibles cuentas bancarias de los patrones deudores susceptibles de embargo y se observó que las Subdelegaciones no realizaron actividades oportunas para tratar de localizar a los patrones deudores, debido a que se verificó que las visitas por los localizadores para exigir el pago de los créditos se realizaron de 3 a 6 años posteriores a su incumplimiento; además, de que se presume la simulación de las actividades de localización de los patrones deudores.

De los 46 patrones sujetos de revisión por la cancelación de créditos fiscales "Por No Localización", se enviaron 37 confirmaciones abiertas para comprobar que las actividades de localización de estos patrones efectuadas por las Subdelegaciones, previas a la cancelación de los créditos, se realizaron bajo los criterios de veracidad y oportunidad. El resultado de la prueba de auditoría permitió localizar a 2 patrones en los domicilios fiscales consultados en los expedientes de cancelación resguardados por las Subdelegaciones de Juárez 1 y Tuxtla Gutiérrez, y que dichos domicilios fueron supuestamente visitados por los localizadores del Instituto. Lo que reflejó una nula Gobernanza ante la omisa supervisión por la

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

DIRECCIÓN a nivel central y las OOAD respecto de las actividades realizadas por las Subdelegaciones, y la inexistencia de controles en el proceso de cancelación de créditos, por lo que se presumen daños al patrimonio del Instituto y de los trabajadores por los créditos cancelados.

Pre- Recomendación 13

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social implemente un sistema informático institucional integral y único para la gestión de la recaudación, los créditos fiscales, la condonación de multas y la cancelación de créditos fiscales, que permita integrar la información y automatizar los procesos; lo que permitirá eficientar las actividades, disminuir los riesgos y garantizar la generación de información integra, veraz, oportuna y suficiente de las operaciones del Instituto en su carácter de organismo fiscal autónomo, en términos de lo señalado en artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera "Actividades de Control", Principio 11 "Seleccionar y Desarrollar Actividades de Control Basadas en las TIC's.", Elementos de Control 11.05, 11.06 y 11.07, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 14

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca los mecanismos de control que garanticen la supervisión en las actividades del proceso de cancelación de créditos fiscales por la no localización de los patrones, con el objeto de evitar simulaciones de localización de deudores y posibles daños al patrimonio del Instituto y de los trabajadores, en términos de lo señalado en artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Tercera "Actividades de Control" y Quinta "Supervisión y Mejora Continua", Principio 10 "Diseño de Actividades de Control en Varios Niveles", Elemento de Control 10.09, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 15

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la Dirección de Incorporación y Recaudación, diseñe e implemente una política, lineamiento o procedimiento que regule la integración de los expedientes de cancelación de créditos, lo que permitirá la trazabilidad del proceso de cancelación de créditos fiscales, en términos de lo dispuesto en el artículo 71, fracción I, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera "Actividades de Control", Principio 12 "Implementar actividades de Control", Elemento de Control 12.01, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

NÚM. DEL RESULTADO:	8	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	8			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Quejas y denuncias médicas en el IMSS durante 2021

El artículo 296 de la LSS establece que los derechohabientes podrán interponer "queja administrativa" ante el IMSS, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnado por medio del recurso de inconformidad. Asimismo, establece que la resolución de la queja se hará en los términos que establezca el instructivo respectivo.

El artículo 1º, Capítulo 1, del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, denomina a las "quejas médicas" como "quejas administrativas", las cuales define como toda insatisfacción formulada en exposición de hechos por parte de las personas usuarias, por actos u omisiones en la prestación de los servicios médicos encomendados al Instituto.

El artículo 75, fracción XVII, del Reglamento Interior del IMSS^{50/} (RIIMSS), vigente en 2021, facultó a la Dirección Jurídica para planear, coordinar, normar y organizar el sistema de orientación, atención e información para los derechohabientes del Instituto, que les permita el trámite y resolución de quejas administrativas y seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones que sean emitidas por las diversas autoridades competentes.

El artículo 76, fracciones VI, VII, IX y XIV, del RIIMSS, prevé que la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente tendrá las facultades siguientes:

^{50/} Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y reformado por última vez el 23 de agosto de 2012, vigente en 2021.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- Analizar la problemática captada por los sistemas de atención a quejas y de orientación e información, así como por otros instrumentos de contacto con usuarios, respecto a asuntos relevantes que pongan en riesgo la operación o dañen la imagen institucional, para coadyuvar a la toma de decisiones.
- Planear y dirigir las acciones relacionadas con atención a las quejas administrativas por servicios médicos y, aplicar en el ámbito de su competencia, el instructivo a que se refiere el artículo 296 de la LSS.
- Coordinar la elaboración y dictaminar jurídicamente los convenios conciliatorios para concluir el procedimiento instaurado por quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), así como, de aquellos que se celebren con motivo de quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) u otros organismos públicos similares.
- Promover ante el OIC el fincamiento de responsabilidades administrativas por el incumplimiento o violación a las disposiciones de la LSS y demás aplicables en perjuicio de los derechohabientes o de los intereses del Instituto.

Al respecto, la función 33, numeral 8.1.5 del Manual de Organización del IMSS facultó a la Dirección Jurídica para dirigir la tramitación y resolución de las quejas médicas; así como, el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones que sean emitidas por las diversas autoridades competentes.

Por otro lado, el numeral 7.1.3.4. del Manual de Organización de la Dirección Jurídica del IMSS, señala las funciones sustantivas de la División de Atención a Quejas Médicas, entre las que destacan: registrar y tramitar hasta su conclusión las quejas interpuestas al Instituto por conducto del IMSS, CONAMED y CNDH; solicitar la documentación necesaria para el trámite de las quejas médicas; desarrollar estrategias en materia de quejas médicas; informar al OIC los actos u omisiones derivados de la prestación de servicios médicos; elaborar los dictámenes técnico-médicos y los proyectos de acuerdo para el desahogo y atención de las quejas médicas, y elaborar y desarrollar programas de trabajo en materia de las quejas médicas, capacitación y actos de supervisión.

En materia de control interno, el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo de Control Interno, establece que la Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado y, documentar mediante políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la institución. Asimismo, debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudarán al Titular y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A su vez el principio 11, elementos de control 11.01, 11.02 y 11.03, señalan que la Administración debe desarrollar los sistemas de información de la institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados; debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos; así como los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución.

En el párrafo tercero, artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación del Acuerdo de Control Interno, se señala que los sistemas de información y comunicación, deben diseñarse e instrumentarse bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo las metas y los objetivos institucionales con el uso eficiente de los recursos.

Finalmente, el Componente General "Actividades de Control", principio 10, del MICI señala que la Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales y responder a los riesgos. En este sentido, la Administración es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan, incluyendo los riesgos de corrupción.

Con la finalidad de verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades del registro, seguimiento y substanciación de las quejas médicas recibidas directamente o por conducto de la CNDH y la CONAMED; además, de verificar el seguimiento que realizó por el incumplimiento de las obligaciones administrativas de los servidores públicos derivado del ejercicio de sus funciones en perjuicio de la derechohabiente, el equipo auditor solicitó, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, los lineamientos, las metodologías y los procedimientos, vigentes en 2021, que regularon el proceso de las quejas médicas; la base de datos con los registros de las quejas relacionadas con la prestación de servicios médicos; así como, los informes semestrales

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

sobre la resolución de las quejas y las medidas tomadas para la prevención de 2021, que remitieron al Consejo Técnico y a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

Al respecto, con el oficio número 09 52 17 4AB0/165/2022 del 23 de agosto de 2022, el IMSS proporcionó diversa información y documentación, con su revisión se observó lo siguiente:

El IMSS mostró áreas de oportunidad en los mecanismos de control del proceso para el trámite y resolución de quejas médicas referente a las actividades de evaluación, supervisión, monitoreo y establecimiento de criterios para garantizar que los médicos investigadores y demás personal dieron cabal cumplimiento a la normativa y existiera homogeneidad en el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos, lo que mostró una desarticulación en las actividades de gobernanza para las resoluciones, criterios y gestiones a niveles centrales, delegacionales y UMAE de forma integral y homóloga. Se constató que el IMSS no contó con un sistema informático que permitiera la generación de información bajo los criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad por incumplimientos, brechas, errores y sesgos en los registros de las quejas médicas, lo que imposibilitó una supervisión integral y oportuna en la atención de quejas médicas. Lo antes descrito se sustenta con las actividades de fiscalización que se detallan a continuación:

I. Marco normativo que reguló el proceso de atención de quejas médicas en 2021

A. En 2021, el IMSS dispuso del "Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social", aprobado por el Consejo Técnico, y tuvo como objetivo regular el procedimiento administrativo de las quejas médicas cuya finalidad es la resolución de la queja, mediante la investigación oportuna, objetiva e imparcial de los hechos que la originaron, teniendo como fundamento principal las pruebas documentales a fin de conocer la actuación en la prestación de servicios médicos, realizar un análisis de factores y causas, y aportar información para que se adopten medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos. Con la revisión del instructivo se verificó lo siguiente:

- a. Definió tres ámbitos de competencia para la resolución de quejas: 1) A nivel central facultó a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente (CGAOD); 2) A nivel delegacional facultó a las Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente Normativas (AAOD), y 3) A las direcciones de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). Además, estableció que serán de competencia a nivel central las interpuestas en la CNDH y CONAMED cuando involucre a dos o más delegaciones, unidades médicas o UMAE; las que impliquen un reintegro de gastos mayores a 250 veces el salario mínimo vigente; cuando soliciten atención médica vitalicia y, las que por su gravedad, trascendencia o implicaciones, la coordinación considere necesarias.
- b. Dividió el procedimiento en las etapas de recepción, integración, investigación, elaboración de dictamen, proyecto de acuerdo y notificación.
- c. Estableció un plazo máximo de 50 días hábiles para realizar el procedimiento de atención de la queja médica.
- d. Señaló que si como resultado de las investigaciones de las quejas, se presume una probable existencia de negligencia médica u otros hechos que por su naturaleza lo ameriten las áreas responsables, deberán turnar para su conocimiento al OIC. Además, establece que se harán del conocimiento de las áreas de relaciones contractuales respectivas para la valoración de la procedencia de la investigación en los términos del contrato colectivo de trabajo.
- e. Facultó a la CGAOD de capacitar, asesorar, supervisar, evaluar y realizar las acciones necesarias para el cumplimiento del instructivo por las OOAD y UMAE. Definió la responsabilidad de las direcciones delegacionales, regionales y UMAE de entregar un informe semestral de las quejas médicas.
- f. Señaló que las Comisiones Bipartitas de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico y de los Consejos Consultivos Delegacionales, Regionales y las comisiones designadas por las Juntas de Gobierno de las UMAE serán los competentes para resolver y emitir los acuerdos.

B. Manuales de procedimientos y Bases de coordinación

El equipo auditor verificó que el IMSS, durante 2021, contó con tres procedimientos y dos mecanismos de coordinación que regularon las quejas médicas, como se describe a continuación:

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- a. Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de quejas administrativas (4C2-03-002)^{51/}, se verificó que definió de forma genérica el alcance, las responsabilidades y una descripción de actividades de los titulares de las Coordinaciones de Atención y Orientación al Derechohabiente Delegacionales; Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública; Departamentos de Atención y Orientación al Derechohabiente de las UMAE; Consultores; los Médicos Investigadores; referentes a la recepción, integración, investigación, elaboración de dictamen, proyecto de acuerdo y notificación. Además, reconoce al Sistema Institucional de Quejas Médicas "SIQUEM" como el sistema informático institucional vigente que reguló el flujo de las actividades en el proceso de la atención a quejas médicas.
- b. Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (4C20-003-001)^{52/}, se verificó que reguló el proceso de quejas presentadas por la ciudadanía ante la CONAMED en contra del IMSS; definió de forma genérica el alcance, las responsabilidades y una descripción de actividades de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública (A nivel central); la Coordinación Delegacional; la Jefatura de Departamento o a la Jefa o Jefe del área de investigación relacionadas con la recepción, integración del expediente clínico, informe médico y acuerdo, así como de la programación de audiencias y las bases de conciliación con la CONAMED.
- c. Procedimiento para la atención de quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (4C20-0003-003), se verificó que reguló el proceso de quejas médicas presentadas por la ciudadanía ante la CNDH; definió de forma genérica el alcance, las políticas, la descripción de actividades y el diagrama de flujos para la resolución de quejas, las propuestas de conciliación, las recomendaciones, el proyección de oficios de opinión y el análisis de reparación del daño.
- d. Bases de coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social^{53/}, se verificó que tuvo como objetivo establecer la coordinación entre el IMSS y la CONAMED para la atención, investigación y resolución de las quejas derivadas de la atención médica y a partir del conocimiento de las causas que generaron la queja y de su solución e impulsar el mejoramiento de los servicios médicos.
- e. Bases de Coordinación CFE-IMSS-SUTERM^{54/}, referente a la adscripción de trabajadores de la CFE a unidades de medicina familiar del IMSS, que avala que sus quejas se atiendan por parte del Instituto.

Con el análisis del marco normativo que reguló el proceso de recepción, integración, investigación, elaboración de dictamen, proyecto de acuerdo y notificación, se observó lo siguiente:

- Se verificó que el IMSS no incluyó la gestión de riesgos estratégicos y operativos, ni tampoco los niveles de autorización, controles de resguardo de evidencia, ni vinculaciones (internas/externas) de manera integral relacionadas con las actividades que realizaron las unidades administrativas responsables.
- La normativa no determinó los alcances, criterios de validación, las metodologías de revisión claras, específicas y concretas referentes a la naturaleza, gravedad y tipo de queja médica.
- La normativa no definió un marco lógico y secuencial de los criterios para la elaboración de los dictámenes base, para determinar la procedencia e improcedencia de las quejas médicas.
- La normativa no incluyó una tipificación de la gravedad, trascendencia e implicaciones de quejas médicas que por su naturaleza, implicaciones o precedentes puedan tener repercusiones graves para el Instituto.
- El instructivo careció de los criterios y parámetros para definir los casos que deben ser considerados en el rubro de negligencia médica y, con ello, las CGAOD, las AAOD delegacional o las UMAE envíen la queja médica por medio del expediente al OIC.
- El IMSS no definió los criterios para determinar la procedencia o improcedencia de las quejas médicas; ni tampoco la tipificación, registro, control y seguimiento de las medidas preventivas y correctivas que deben aplicarse con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios médicos; además, fue omiso en el seguimiento para gestionar y dar vista ante el OIC para la determinación por parte de éste de las posibles sanciones a los servidores públicos que proporcionaron u omitieron la prestación del servicio médico, que pudieron repercutir en las faltas administrativas.

^{51/} Con fecha de actualización del 29 de noviembre de 2018.

^{52/} Con fecha de actualización del 29 de noviembre de 2018.

^{53/} Con fecha de emisión de agosto 2002.

^{54/} Con fecha de emisión del 31 de enero de 1994.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- La normativa facultó con el 100% de la responsabilidad a médicos investigadores de las resoluciones, ya que éstas dependerán de su experiencia y conocimientos técnicos.
- Se observó la falta de armonización de los documentos normativos, toda vez que con las recientes modificaciones a la estructura orgánica del IMSS, los cambios en los nombres de las adscripciones y la sustitución del SIQUEM por el sistema SIADe no corresponden con la estructura orgánica vigente en 2021; lo que contravino la función 10, numeral 7.1.3.4, del Manual de Organización de la Dirección Jurídica.

II. Quejas médicas en contra del IMSS durante 2021

El equipo auditor solicitó la base de datos del IMSS correspondiente a las quejas médicas vinculadas con la prestación de los servicios médicos del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021. Al respecto, con el oficio número 09 52 17 4AB0/165/2022 del 23 de agosto de 2022, la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales adscrita a la Dirección Jurídica proporcionó lo solicitado.

Con el análisis de la información proporcionada, se verificó que la ciudadanía presentó, en 2021, un total de 3,278 quejas médicas, de las cuales 2,413 fueron atendidas a nivel delegacional, 637 a nivel central y 228 por las UMAE, como se muestra a continuación:

Nivel de competencia	QUEJAS MÉDICAS DEL IMSS EN 2021					
	Fase					
	Registro	Desarrollo	Seguimiento	Resolución	Cierre	Total
Delegación	25	15	23	33	2,317	2,413
Nivel Central	23	31	34	255	294	637
UMAE	6	0	6	7	209	228
Total	54	46	63	295	2,820	3,278

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con base en la información proporcionado por el IMSS.

Con los datos proporcionados, se verificó lo siguiente:

- Las 3,278 quejas médicas estuvieron relacionadas con 61 especialidades médicas, de las cuales 866 correspondieron con urgencias; 333 se relacionaron con cirugía general; 302 con traumatología y ortopedia; 275 con medicina familiar; 263 con la especialidad de Gineco-Obstetricia, y las 1,151 restantes se vincularon con 56 especialidades, entre las que destacaron oftalmología, oncología, urología, cardiología y medicina interna. Adicionalmente, se identificó en los registros que el IMSS no asoció 88 quejas médicas a alguna especialidad.
- El IMSS registró 2,430 de las quejas médicas por motivos de deficiente atención médica, 544 por negativa en la atención, 188 por deficiencia administrativa y 116 por no brindar la atención institucional.
- Concerniente a la resolución de las quejas médicas, el IMSS dictaminó que de las 3,278 quejas presentadas por la ciudadanía, 2,026 fueron improcedentes, 809 procedentes y 413 no contaron con una dictaminación. Referente a las quejas improcedentes, las causas principales por las que se originaron fue la sobreexpectativa del derechohabiente con 735 quejas médicas, 364 por falta de oportunidad en la atención y 182 por dilación. Adicionalmente, se observó que el IMSS no definió el término "sobreexpectativa" el cual se entiende como la percepción errónea del derechohabiente sobre la atención médica que recibe, ya que espera algo superior a las posibilidades reales.
- Respecto de las 809 quejas médicas que fueron procedentes, se verificó que 654 no causaron secuelas en los pacientes, 83 agraviados tuvieron secuelas y 72 fueron fallecimientos. Además, de que las quejas procedentes se originaron por 37 causas, entre las que destacaron la falta de oportunidad en la atención (228), dilación (181), negativa en la atención (76), error en el diagnóstico (73) y negligencia (42).
- Se identificó que el plazo de resolución de las quejas osciló entre 50 a 820 días entre la fecha de recepción y la fecha de cierre, por lo que el periodo de 1,570 (47.9%) quejas médicas cumplió con el plazo establecido en el "Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social", mientras que de 1,708 (52.1%) se incumplió con la normativa. Se observó que el IMSS determinó la fecha de vencimiento de forma manual, debido a que el sistema realizaba el cálculo de forma errónea ya que consideraba la fecha de suceso y fecha de cierre y no a la fecha de recepción, como lo establece la normativa, lo que provocaba una falla en el cálculo y a su vez en el seguimiento oportuno.

Se verificó que, en 2021, el IMSS pagó 74,912.8 miles de pesos a 833 beneficiarios como resultado de las resoluciones procedentes de las quejas médicas, importe que se integró por 45,588.7 miles de pesos de indemnizaciones y por 29,324.1 miles de pesos de reembolsos, como se muestra en el cuadro siguiente:

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

IMPORTE POR REEMBOLSOS E INDEMNIZACIONES PAGADOS POR EL IMSS EN 2021
(Miles de pesos)

Instancia que generó la queja médica	Beneficiarios	Reembolsos	Indemnización	Importe pagado
Delegación	656	23,262.9	14,746.4	38,009.3
CNDH	32	93.3	24,236.2	24,329.4
CONAMED	31	773.6	4,348.6	5,122.2
CFE	103	3,726.6	92.5	3,819.1
UMAE	6	1,306.7	2,076.7	3,383.4
NAYARIT	3	146.2	0.0	146.2
CODAMEVER ^{1/}	1	0.0	88.3	88.3
CAMEJAL ^{2/}	1	14.9	0.0	14.9
Total	833	29,324.1	45,588.7	74,912.8

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con base en la información proporcionada por el IMSS.

^{1/} Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz.

^{2/} Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

III. Gobernanza y actividades de control en el proceso de resolución de quejas médicas

Con la finalidad de verificar los mecanismos para el control y supervisión, la integración de los expedientes del proceso de investigación, atención y conclusión de las quejas médicas en contra del IMSS, el equipo auditor llevó a cabo entrevistas y pruebas de control (visitas domiciliarias)^{55/} en la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales y en los OOAD de Chihuahua y Chiapas^{56/}. El resultado se muestra a continuación:

A Nivel Central:

Se verificó que la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales (adscrita a la Dirección Jurídica) fue el área encargada del proceso para el trámite y resolución de las quejas médicas, mediante el proceso que se describe en el cuadro siguiente:

PROCESO PARA EL TRÁMITE Y RESOLUCIÓN DE QUEJAS MÉDICAS DEL IMSS, VIGENTE EN 2021

Flujograma Atención a Quejas Médicas



FUENTE: Elaborado por el IMSS.

^{55/} Notificadas al IMSS mediante el oficio número DGAESCI/175/2022 del 21 de septiembre de 2022.

^{56/} Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditoría números 003/CP2021, 024/CP2021 y 026/CP2021 del 7 de septiembre, 13 de octubre y 27 de octubre de 2022, respectivamente.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Con base en el flujograma, se identificó que para la resolución de las quejas médicas, la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales a nivel central, las OOAD estatales y las UMAE se apoyaron de médicos investigadores para la dictaminación y elaboración del proyecto de Acuerdo, los cuales resultaron ser un punto medular para la determinación de la procedencia e improcedencia de la queja médica. Al respecto, se constató lo siguiente:

- a. En 2021, el IMSS contó con 102 médicos investigadores a nivel nacional y 13 a nivel central, mismos que no formaron parte de la estructura orgánica del Instituto, en razón de que fueron médicos jubilados del IMSS o particulares contratados bajo el esquema de contratación por honorarios; sin embargo, se verificó que el Instituto no contó con un documento que regulara el perfil de puestos en el que estableciera los estudios, los conocimientos técnicos, la experiencia laboral u otros requerimientos necesarios para ser los médicos investigadores encargados de la dictaminación de las quejas médicas, lo que contravino lo dispuesto en el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, principio 4, elementos de control 4.01, 4.02 y 4.03, del Acuerdo de Control Interno. Al respecto, el IMSS señaló que los médicos son invitados con base en la experiencia laboral y prestigio y que la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales a nivel central es la única que autoriza la contratación de todos los médicos a nivel nacional, los cuales son seleccionados con base en el curriculum vitae, la especialidad y recurrencia de los casos en cada delegación.
- b. Por las deficiencias en el cumplimiento del plazo de la resolución de las 1,708 quejas médicas presentadas por la ciudadanía en 2021, como se mencionó en el apartado II de este resultado, se identificaron áreas de oportunidad en la implementación y fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo que les permita asegurar el cumplimiento de los plazos en términos de su normativa. Aun cuando los servidores públicos señalaron que en septiembre de 2021, el IMSS realizó un ejercicio piloto, mediante el uso de indicadores semanales de rezago, en el que las oficinas centrales, vía WhatsApp, informaron a las AAOD en las delegacionales y en las UMAE utilizando un ranking de quejas médicas rezagadas, el esquema implementado no fue suficiente, ni formal para que las actividades de monitoreo redujeran el rezago. Lo anterior, se sustenta en el inciso siguiente y en todos los errores y omisiones en los registros del propio sistema y de las AAOD en las delegacionales y en las UMAE identificados como resultados de las pruebas de fiscalización.
- c. Se observó que el IMSS, durante 2021, no implementó mecanismos suficientes de evaluación, supervisión o control para garantizar que los médicos investigadores y demás personal dieran cabal cumplimiento a la normativa, y no existió homogeneidad en el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo y vistas al OIC; así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos.

El IMSS implementó actividades de capacitación y un ejercicio de supervisión, que consistió en la revisión de 89 expedientes distribuidos en 26 OOAD y 5 UMAE, para verificar la congruencia de la información plasmada en los expedientes con los registrados en el sistema, criterios como nombre; descripción de sucesos; fechas de registro, suceso y cierre; daño; acuerdo; dictamen, solicitud de queja, notificaciones y los requerimientos de información. Los resultados resaltaron que todos los expedientes tuvieron algún rubro faltante u observación, entre los que destacaron el registro de las fechas de recepción y de suceso, prueba de entrega de los cheques, avisos de emisión de cheques, pruebas de cumplimiento y otros datos como las solicitudes de información, edad, código postal, calle, colonia, punto resolutivo, entre otros. Se destaca que de dicho ejercicio, el IMSS no pudo extrapolar los resultados, ni fueron representativos del total de expedientes que resolvieron por el método de selección realizado.

- d. Se identificó que el artículo 11 del Instructivo señala que en los niveles delegacionales y las UMAE deberán elaborar los informes semestrales sobre la resolución de las quejas médicas y las medidas tomadas para su prevención y entregarlos al Consejo Técnico y a la CGAOD; al respecto, la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales adscrita a la Dirección Jurídica, mediante el oficio número 09 52 17 4AB0/165/2022 del 23 de agosto de 2022, anexó la "Nota explicativa" en la que informó que dichos informes resultaron obsoletos con la entrada en vigor en 2021 del SIADE, pues el seguimiento a las resoluciones de las quejas se realizaba de forma diaria, sin necesidad de esperar a cortes semestrales; no obstante, el equipo auditor verificó que, en 2021, los OOAD de Baja California, Chiapas y Durango, y las UMAE de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", México Oriente, México Poniente, Nuevo León, Quintana Roo, Tamaulipas y Tlaxcala sí remitieron dichos informes, mientras que el resto de las OOAD y UMAE no los remitieron. Por lo tanto, los errores e inconsistencias en los registros del sistema, señalados en los incisos b y c de este apartado, así como las descritas en el apartado IV de este resultado, reflejaron deficiencias en el proceso por parte del IMSS al no acreditar la generación de información íntegra y veraz para la oportuna toma de decisiones en materia de quejas médicas.
- e. A nivel central, el IMSS resolvió 637 quejas médicas, de las cuales 258 las determinó como improcedentes, 63 procedentes y 316 no tuvieron resolución. Al respecto, se verificó que el Instituto a nivel central dio vista al OIC de sólo 37 quejas médicas por 13 causas definidas en su sistema SIADE, que se integró por 7 que correspondieron a "negligencia médica", 6 por dilación de intervención quirúrgica, 6 por falta de

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

oportunidad en la atención, 5 por error en el diagnóstico y 13 restantes entre las que destacaron la falta de medicamentos y la sobreexpectativa del paciente. No obstante, se observó que de las 63 quejas médicas procedentes, 12 fueron por negligencia, término utilizado en su propia normativa para dar vista al OIC, por lo tanto el IMSS mostró discrecionalidad debido a que 33 quejas se originaron por fallecimientos, 16 por daños con secuelas y 14 sin secuelas, lo cual mostró la discrecionalidad y los sesgos por el IMSS en el proceso para enterar y dar vista al OIC por posibles responsabilidades administrativas catalogadas como faltas graves, así como la ausencia de criterios claros y definidos que regulen el proceso.

A nivel de las OOAD de Chihuahua y Chiapas:

Se observó lo siguiente:

- a. No existió una homogenización en la integración y resguardo de los expedientes de las quejas médicas.
- b. Existieron diferencias en la aplicación de criterios para determinar la gravedad, trascendencia o implicaciones para dar cumplimiento al artículo 7° del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, respecto al área de competencia.
- c. En el OOAD de Chiapas se identificaron 3 folios ("quejas médicas" registradas en el sistema) que correspondieron a un error, ya que fueron tres peticiones de incapacidad retroactivas, las cuales debieron registrarse en otro sistema.
- d. En el OOAD de Chiapas, una queja médica se declaró improcedente; sin embargo, en el acuerdo manifestado en el acta se declaró procedente.
- e. Diferencia en los criterios para turnar los expedientes para dar vista al OIC, ya que se observó que, en 2021, el OOAD de Chihuahua notificó al OIC todas las quejas médicas procedentes y en el OOAD de Chiapas únicamente se dieron vista al OIC de los casos que consideró graves, los cuales quedaron a criterio de los responsables en los OOAD.
- f. La falta de seguimiento en la aplicación de medidas preventivas y correctivas de las unidades involucradas en las quejas médicas. Si bien, dieron cumplimiento en el oficio de envío solicitando la aplicación de éstas, el IMSS no acreditó el seguimiento de la queja médica.

IV. Muestra de auditoría

Para comprobar las actividades de control, el equipo auditor seleccionó 30 folios de quejas médicas del universo de los 3,278 folios registrados, que consistieron en 13 quejas médicas atendidas a nivel central, 14 a nivel delegacional y 3 por las UMAE con la finalidad de comprobar que dicho procedimiento se llevó a cabo conforme al Instructivo y los procedimientos, vigentes en 2021. Los hallazgos se presentan a continuación:

- a. Se observó que ningún expediente fue sujeto de supervisión, por lo que no contaron con cédulas de evaluación para verificar el cumplimiento de los requerimientos para la elaboración de los dictámenes.
- b. 24 quejas médicas fueron procedentes, 3 improcedentes y 3 no contaron con la determinación, aun cuando dos de los tres folios sin determinación sí tenían la resolución, el dictamen y el acuerdo.
- c. De las 30 quejas médicas, 25 se registraron por el motivo de "deficiente atención médica", 2 por "deficiencia administrativa", 2 por "negativa en la atención" y 1 "sin atención institucional".
- d. El IMSS envió 9 expedientes al OIC por posibles responsabilidades administrativas y su posterior fincamiento de responsabilidades de faltas graves y no graves, y de las cuales no hubo pronunciamiento por parte del órgano por el inicio, seguimiento y resolución de los casos remitidos. Al respecto, el equipo auditor observó que de las 30 quejas médicas 24 fueron procedentes, de los cuales 16 se originaron por fallecimientos, 3 por secuelas y 5 sin secuelas. Al respecto, el IMSS informó que 5 expedientes correspondieron a seguimiento de expedientes ya registrados en ejercicios anteriores, por lo que no dio vista al OIC, no obstante, no proporcionó la documentación que acreditara lo mencionado.

Adicionalmente, se verificó que de 9 los expedientes que la Coordinación dio vista al OIC también dieron vista a la Oficina de Investigaciones Laborales, para lo conducente, se observó que el 100% fue determinado como improcedente por el área laboral.

Al respecto, se observó que si bien, el área de quejas médicas se encarga de recabar la información y documentación necesaria (expedientes clínicos, notas médicas, dictamen médico, entre otros) para la resolución procedente e improcedente de las solicitudes de la ciudadanía y que,

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

en algunos casos, concluye en reembolsos e indemnizaciones, los esfuerzos se enfocan más al requerimiento del quejoso interpuesto ante la CNDH o CONAMED; además, de que el IMSS no investigó ni substanció los actos, errores y omisiones por parte personal vinculados con la prestación de los servicios médicos encargados que motivaron la queja médica y que probablemente constituyeron posibles responsabilidades administrativas que provocaron daños, secuelas y, en algunos casos, fallecimientos; además, que por la falta de criterios unificados para dar vista al OIC, se presume que los expedientes no fueron integrados para acreditar las responsabilidades en modo, tiempo y lugar, ni se recabó la documentación de los servidores públicos participantes para brindar los elementos necesarios para el posible fincamiento de responsabilidades y sanciones a éstos. Hecho que se comprobó con la muestra de auditoría y las visitas a las OOAD, en las que el 100% de las respuestas del OIC referente a las quejas médicas enteradas, éste concluyó no contar con los elementos suficientes para iniciar las investigaciones ante la falta de la documentación antes señalada y debido a que los expedientes manifestaban la irregularidad médica, pero sin hacer mención de los servidores públicos involucrados.

- e. En 17 de las 30 quejas médicas registradas, se calculó la fecha de vencimiento de 50 días hábiles con base en el suceso y no con la fecha de recepción, lo que provocó errores en las fechas de vencimiento; lo anterior, limitó el correcto y oportuno seguimiento y cierre conforme a lo establecido en el Instructivo de las quejas médicas con folios: PET-26901184-R9W9H1, PET-31709206-T2K2Y9, PET-30013961-H7V7D9, PET-31368599-F1Y6W7, PET-27786844-V2S1T4, PET-27802475-T0P8F3, PET-26851563-F8Z5N3, PET-29120478-Z4K1L2, PET-30477130-Y4V2F8, PET-28046043-POV6Y1, PET-29201862-Q5Y0N8, PET-30661101-T8P8T0, PET-31433056-D4P4R5, PET-31668321-W0G3T3, PET-28854254-J2K3Q4, PET-30588434-N0S8D3 y PET-29536615-X5W6P3.
- f. El "Cierre de Acuerdo" de los folios correspondientes a 8 quejas médicas (PET-31368599-F1Y6W7, PET-27840477-J1Z1S9, PET-32627492-V4L3R4, PET-27460056-X5C6R9, PET-27320737-Y3N9J6, PET-31739686-N4Y1Y6, PET-27607567-Q3J2R4 y PET-32927807-R9S6V5) excedieron el plazo de los 50 días hábiles previstos para dar atención.
- g. 12 folios de quejas médicas (PET-26901184-R9W9H1, PET-31709206-T2K2Y9, PET-30013961-H7V7D9, PET-31368599-F1Y6W7, PET-27786844-V2S1T4, PET-28046043-POV6Y1, PET-29201862-Q5Y0N8, PET-29346965-Y1J0X8, PET-28854254-J2K3Q4, PET-32927807-R9S6V5, PET-31847180-X5M2V2 y PET-27627818-W7P4H0) registraron un "Estatus Activo" al 31 de julio de 2022.
- h. Se identificó que en 17 quejas médicas no se precisó el nombre del médico investigador responsable del análisis y elaboración del "Proyecto de Acuerdo" y tampoco del Jefe de Área de Investigación Médica de Queja (PET-31368599-F1Y6W7, PET-27840477-J1Z1S9, PET-26851563-F8Z5N3, PET-32627492-V4L3R4, PET-29120478-Z4K1L2, PET-27460056-X5C6R9, PET-27320737-Y3N9J6, PET-31739686-N4Y1Y6, PET-29201862-Q5Y0N8, PET-30661101-T8P8T0, PET-31433056-D4P4R5, PET-31668321-W0G3T3, PET-27607567-Q3J2R4, PET-30588434-N0S8D3, PET-31847180-X5M2V2, PET-29454338-H7T9N3 y PET-28778379-T5X5R7).
- i. En los folios números PET-27321000-Q8R8Y7, PET-30013961-H7V7D9, PET-30661101-T8P8T0, PET-31433056-D4P4R5, PET-31668321-W0G3T3, PET-30588434-N0S8D3, PET-31739686-N4Y1Y6, PET-27607567-Q3J2R4 y PET-28778379-T5X5R7, los datos del derechohabiente, asegurado o usuario se encuentran parcialmente registrados, lo que se presume imposibilitó la obtención de información y toma de decisiones oportuna respecto al seguimiento de las quejas médicas.
- j. Se verificó que en 11 folios se solicitó indemnización; en 8 reintegro de gastos médicos; en 1 atención médica de por vida, investigación y sanción; en 1 indemnización y sanción; en 1 investigación, en 1 investigación por negligencia; en 2 investigación y sanción. y en 5 folios (PET-31739686-N4Y1Y6, PET-29120478-Z4K1L2, PET-29454338-H7T9N3, PET-27786844-V2S1T4 y PET-27802475-T0P8F3) no se definió la solicitud del derechohabiente, asegurado o usuario, por parte de los servidores públicos de los niveles centrales, OOAD delegacionales o UMAE, lo que se presume limitó el monitoreo y seguimiento de las quejas médicas.
- k. Respecto de las causas que motivaron las quejas médicas, se observó que se registraron 7 casos por negligencia médica, 5 por falta de oportunidad en la atención, 3 por dilatación de intervención quirúrgica, 2 por prenatal, 2 por sobre expectativa del derechohabiente, 1 por error diagnóstico o terapéutico, 1 por tratamiento inadecuado, 1 por omisión de la respuesta, 1 por negativa, 1 por dilatación, 1 por falta de supervisión, 1 por alta prematura; 1 por material de curación y en 3 de los folios no se registró la causa.

Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, el equipo auditor observó que el IMSS mostró áreas de oportunidad en los mecanismos de control del proceso para el trámite y resolución de quejas médicas, referente a los actividades de evaluación, supervisión, monitoreo y establecimiento de criterios para garantizar que los médicos investigadores y demás personal dieran cabal cumplimiento a la normativa y existiera homogeneidad en el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos, lo que mostró deficiencias en las actividades de Gobernanza que permitieran que las resoluciones, criterios y gestiones a niveles centrales, delegacionales y UMAE se realizaran de forma integral y homogénea. Se constató que el IMSS no contó con un sistema informático que permitiera la generación de información bajo los criterios de utilidad, confiabilidad, integridad y oportunidad por incumplimientos, brechas, errores y sesgos en los registros de las quejas médicas, lo que se presume imposibilitó la supervisión integral y oportuna en la atención de quejas médicas. Lo anterior, a consecuencia de la deficiencias y omisiones de un marco normativo que regulara las actividades de manera específica, detallada, ordenada, sistemática e integral; definiera los subprocesos; las responsabilidades; las autorizaciones e interrelaciones; la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos; los alcances, criterios de evaluación y validación de dictámenes médicos; las metodologías de revisión claras, específicas y concretas; la definición de criterios para determinar la gravedad, trascendencia e implicaciones de las quejas médicas por negligencia y el ámbito de competencia de atención; las vinculaciones y la aplicación de sanciones y seguimientos, que le permitieran al IMSS la gestión para la resolución de las quejas médicas de forma integral, libre de sesgos y discrecionalidad.

Además, se observó que aunque el área de quejas médicas se encargó de recabar la información y documentación necesaria (expedientes clínicos, notas médicas, dictámenes médicos, entre otros) para la resolución procedente e improcedente de las solicitudes de la ciudadanía y que, en algunos casos, concluyó en reembolsos e indemnizaciones; los esfuerzos se enfocaron únicamente al requerimiento del quejoso; las investigaciones de los casos, en términos de la literatura médica que generaron las insatisfacciones de los usuarios y los pagos por reembolsos e indemnizaciones; no obstante, el IMSS no investigó, ni substanció los actos, errores y omisiones por parte personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos que motivaron la queja médica y que probablemente constituyeron posibles responsabilidades administrativas que provocaron daños, secuelas y, en algunos casos, fallecimientos; además, de que por la falta de criterios unificados para dar vistas al OIC, se presume que los expedientes no sustanciaron las responsabilidades en modo, tiempo y lugar, ni se recabó la documentación de los servidores públicos participantes para brindar los elementos necesarios para el fincamiento de responsabilidades y sanciones a dichos servidores públicos. Hecho que se comprobó con la muestra de auditoría y las visitas a las OOAD de Chihuahua y Chiapas en las que el 100% de las respuestas del OIC referente a las quejas médicas enteradas, éste concluyó no contar con los elementos suficientes para iniciar las investigaciones, ante la falta de la documentación antes señalada y debido a que los expedientes manifestaban la irregularidad médica pero no la información relativa a los servidores públicos involucrados.

Pre- Recomendación 16

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social rediseñe y armonice el marco regulatorio en materia de quejas médicas, a fin de que se defina la trazabilidad completa y detallada del proceso que incluya los subprocesos y las actividades, los insumos, las atribuciones, los niveles de autorización, la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos, el resguardo de evidencia documental suficiente y competente; se determinen los alcances, criterios de validación, las metodologías de revisión claras, específicas y concretas referentes a la naturaleza, gravedad y tipo de queja médica; se regule la elaboración de los dictámenes base, para determinar la procedencia e improcedencia de las quejas médicas; se tipifique la gravedad, trascendencia e implicaciones de las quejas médicas; se definan los criterios del establecimiento, registro, control y seguimiento de las medidas preventivas y correctivas; e incluyan dentro de la resolución de la queja médica, la identificación, investigación y sustanciación de los actos, omisiones y errores del personal que motivó el incidente médico, a fin de homogeneizar el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, vistas al Órgano Interno de Control, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos a niveles centrales, delegacionales y Unidades Médicas de Alta Especialidad; que permita la ejecución de actividades de evaluación, supervisión y monitoreo a dicho proceso; y brinde los elementos necesarios en la investigación de los servidores públicos por posibles responsabilidades administrativas, previstos en la Ley General de Responsabilidades; de conformidad con el artículo 76, fracciones VII, IX y XIV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; el numeral 7.1.3.4, del Manual de Organización de la Dirección Jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social; el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno; y el Componente General "Actividades de Control", principio 10, del Marco Integrado de Control Interno.

Pre- Recomendación 17

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca perfiles de puesto de los médicos investigadores del proceso para el trámite y resolución de las quejas médicas, a fin de que cuente con los requerimientos necesarios y defina las expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada sobre los puestos y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución en la dictaminación de las quejas médicas, en términos del artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, principio 4, elementos de control 4.01, 4.02 y 4.03, del Acuerdo de Control Interno.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Pre- Recomendación 18

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca un esquema integral, formal y sistemático de supervisión y monitoreo que integre actividades de evaluación, monitoreo y control de las unidades a nivel central, en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, que le permita garantizar que los médicos investigadores y demás personal cumplan con los plazos y la normativa, a fin de que cuente con un proceso homogéneo y sistemático para la resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo y vistas al OIC; así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos. Lo anterior, en términos de lo dispuesto en el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno; y el Componente General "Actividades de Control", principio 10, del Marco Integrado de Control Interno.

NÚM. DEL RESULTADO:	9	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	9			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Identificación, análisis y respuesta a riesgos por conductas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas

De acuerdo con el artículo 5° de la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción, los entes públicos están obligados a crear y mantener condiciones estructurales y normativas que permitan el adecuado funcionamiento del Estado en su conjunto, y la actuación ética y responsable de cada servidor público.

La Ley General de Responsabilidades Administrativas (LGRA)^{57/}, es de orden público y de observancia general en toda la república y tiene por objeto otorgar competencias entre los órdenes de gobierno para establecer las responsabilidades administrativas de los servidores públicos, sus obligaciones, las sanciones aplicables por los actos u omisiones en que incurran y las que correspondan a los particulares vinculados con faltas administrativas graves, así como los procedimientos para su aplicación.

La Ley del Seguro Social (LSS), vigente en 2021, establece en su artículo 303 A que el incumplimiento de las obligaciones administrativas, que en su caso correspondan, serán sancionadas en los términos previstos en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Cabe comentar que el artículo Tercero Transitorio, párrafos quinto y séptimo de la Ley General de Responsabilidades Administrativas señalan que a la fecha de la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, todas las menciones a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos previstas en las leyes federales y locales así como en cualquier disposición jurídica, se entenderán referidas a la LGRA. Con la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas quedaron abrogadas la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, la Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas, y se derogan los Títulos Primero, Tercero y Cuarto de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, así como todas aquellas disposiciones que se opongan a lo previsto en la LGRA.

En el artículo 75, fracción XXI, del Reglamento Interior del IMSS (RIIMSS)^{58/} se señala que la Dirección Jurídica tendrá las facultad de fungir como ventanilla única de las consultas que las diferentes unidades administrativas del Instituto pretendan formular a la Secretaría de la Función Pública o al OIC.

El artículo 76, fracciones IV y XIV, del RIIMSS establece como facultades de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente las siguientes:

- Recibir, procesar, encauzar y dar seguimiento hasta su solución, en coordinación con los órganos y unidades administrativas competentes, las quejas y sugerencias que se generen con motivo del otorgamiento de las prestaciones y servicios derivados de los seguros que consagra la ley.
- Promover ante el OIC el fincamiento de responsabilidades administrativas por el incumplimiento o violación a las disposiciones de la Ley y demás aplicables en perjuicio de los derechohabientes o de los intereses del Instituto, así como hacer del conocimiento de la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación los hechos que, con motivo del ejercicio de sus funciones, probablemente puedan constituir delitos.

El artículo 79, fracciones I y XIII, del RIIMSS establece que la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación tendrá las facultades siguientes:

^{57/} Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2016, última reforma DOF 22-11-21.

^{58/} Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006, última reforma DOF 23-08-12.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

- Investigar, en el ámbito administrativo, las denuncias que le sean enviadas por las áreas institucionales o extrainstitucionales y que puedan derivar en la comisión de actos delictivos.
- Formular las denuncias o querellas a que se refiere la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

En el Manual de Organización de la Dirección Jurídica del IMSS^{59/} se identificó como áreas responsables a la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos que tienen como función sustantiva la de "Autorizar la presentación de denuncias o querellas a que se refiere la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como otros ordenamientos legales" y a la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación que tiene como función sustantiva la de "Aprobar la presentación de la denuncia o querella a que se refiere la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como otros ordenamientos legales, con previa aprobación del Titular de la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos."

El artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Segunda, Administración de Riesgos, Principio 8 "Considerar el Riesgo de Corrupción", elementos de control 8.01 y 8.02 del Acuerdo de Control Interno, establece que la Administración debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos.

El artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, Actividades de Control, Principio 10, Diseñar actividades de control, elementos de control 10.01 y 10.03 del Acuerdo de Control Interno, establece que la Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado; y las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. La primera se dirige a evitar que la institución falle en lograr un objetivo o enfrentar un riesgo y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuándo la institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.

El artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Quinta, Supervisión y Mejora Continua, Principio 16. Realizar actividades de supervisión, elemento de control 16.09, del Acuerdo de Control Interno, señala que la Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.

El Componente Administración de Riesgos, Principio 8, Considerar el Riesgo de Corrupción, del MICI establece que la Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la institución.

Con la finalidad de verificar que, en 2021, el IMSS estableció mecanismos de control para la captación, registro, substanciación, seguimiento, atención, notificación y resolución de las quejas y denuncias por el incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos y las que correspondan a los particulares vinculados por posibles faltas administrativas previstas en la LGRA, derivado del ejercicio de sus funciones en perjuicio del IMSS. La ASF solicitó mediante los oficios números AED/DGAESCI/002/2022 y DGAESCI/145/2022 del 4 de enero de 2022 y del 10 de agosto de 2022, respectivamente, el proceso, instructivo o manual para coordinar el seguimiento del incumplimiento de las obligaciones administrativas y los procedimientos de investigación de responsabilidades administrativas que de ellas deriven, y la base de datos de las quejas y denuncias registradas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, relacionadas con el incumplimiento de las disposiciones de la LGRA.

Al respecto, con los oficios números 0952 8061 4B30/01/060/2022, 0953 8061 4B30/01/523/2022 y 00641/30.13/2068/2022, del 18 de enero de 2022, del 25 de agosto de 2022 y 27 de octubre de 2022, respectivamente, el IMSS proporcionó diversa información y documentación en la que se identificó lo siguiente:

Con el oficio número 09 5217 4AB0/165/2022 del 23 de agosto de 2022, el IMSS proporcionó nota informativa emitida por el Titular de la Coordinación de Evaluación de Procesos Jurídicos de la Dirección Jurídica, en la cual informó que "(...) mediante correo electrónico de fecha 16 de agosto de 2022, el Titular de la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación, informó, que dicha Coordinación no contaba con antecedentes relacionados con la información requerida."

^{59/} Validado y registrado el 2 de julio de 2021, por la reestructura de la Dirección Jurídica mediante el acuerdo ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA emitido por el H. Consejo Técnico de Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 28 de abril de 2021.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Con la respuesta del Instituto, se comprobó que, en 2021, el IMSS no contó con un manual, política, procedimiento o instructivo para el trámite de las quejas o denuncias por posibles responsabilidades administrativas de los servidores públicos y particulares vinculados con las faltas administrativas previstas en la LGRA, en el que se establecieran la áreas responsables de recibir quejas o denuncias, ámbitos de competencia para el seguimiento, los plazos para realizar las actividades, los requisitos y las premisas para ser turnados al OIC, que permitiera realizar una gestión respecto de cualquier posible incumplimiento de las obligaciones asociadas a los principios de responsabilidad, a la ética profesional, la excelencia, la honradez, la lealtad, imparcialidad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios del IMSS en la atención a los derechohabientes y, en su caso, de particulares; ni contó con un sistema que sirviera como instrumento de contacto con los usuarios respecto a los asuntos relevantes que pusieron en riesgo la operación del Instituto o dañara su imagen, lo que provocó la limitación o falta de elementos para establecer medidas preventivas y correctivas o, en su caso, punitivas que coadyuvaran en la toma de decisiones para la consecución de los objetivos y las metas institucionales, la prevención de actos contrarios a la integridad o fraudes. Lo anterior, se comprobó con lo siguiente:

a. Actividades desarrolladas por las unidades a Nivel Central

Como parte de las pruebas de fiscalización, el equipo auditor entrevistó a personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales que manifestó la existencia de un proceso para el trámite y resolución de quejas administrativas (quejas médicas), enfocado a dar seguimiento a las quejas y denuncias interpuestas ante el Instituto por los derechohabientes y la población usuaria por insatisfacción durante la prestación de los servicios médicos otorgados por los servidores públicos del Instituto, indicando que si derivado de la queja médica se determina la existencia de negligencia médica que implique una presunta falta administrativa, en ese caso se deberá notificar al OIC^{60/}; sin embargo, este proceso únicamente reguló a las quejas médicas, como se detalla en el resultado 8 del presente informe.

Por otra parte, con el análisis de la normativa del IMSS, el equipo auditor identificó el procedimiento para la integración, trámite y seguimiento de los expedientes relativos a los delitos previstos en el Título Sexto, Capítulo III, de la LSS y de otros cometidos en agravio del Instituto (4A20-003-001), cuyo ámbito de aplicación es de observancia obligatoria de la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación (CIAD) y las Divisiones que la integran, en el cual se describen las políticas y las actividades relacionadas a la investigación administrativa, integración y presentación de las querellas o denuncias por otros delitos, cometidos por servidores públicos del IMSS o particulares en agravio del Instituto.

El equipo auditor solicitó a la División de Análisis y Formulación de Denuncias la relación de las denuncias y querellas presentadas en 2021, e identificó que el IMSS presentó 54 casos, de los cuales, se revisaron 8 expedientes, el resultado se describe a continuación:

MUESTRA DE EXPEDIENTES DE LAS QUERELLAS Y DENUNCIAS PRESENTADAS POR EL IMSS EN 2021

DIVISIÓN QUE DENUNCIÓ	HECHOS QUE ORIGINARON LA DENUNCIA
DAFD ^{1/}	Se infiere la posible venta de diversas bases de datos de instituciones bancarias y de gobierno realizada el día 22 de enero de 2021 en un foro de los denominados "dark web", incluyendo entre ellas, una base de datos que contiene registros de datos personales de aproximadamente 42 millones de personas, tanto de patrones y derechohabientes registrados ante el IMSS, con datos sensibles como nombre y domicilio del empleador, número de afiliación, CURP y salario base del trabajador, desconociendo la finalidad del uso o destino.
DAFD/DPRA ^{2/}	Presumiblemente se obtuvo una prestación en dinero por de 137.5 miles de pesos, que no le correspondía a un derechohabiente por la expedición de una incapacidad por maternidad.
DAFD	Un servidor público, adscrito en la época de los hechos, a la Unidad de Medicina Familiar No. 30, en la Ciudad de Tehuacán, Estado de Puebla; en su categoría de Ayudante de Farmacia, utilizando su clave personal de acceso al Sistema institucional, modificó de manera indebida a "recetas surtidas", incluyendo en éstas prescripciones médicas inexistentes.
DAFD	Para el procedimiento de contratación en la Licitación Pública Nacional Electrónica LA-019GYR036-E21-2018, se presentó de manera electrónica el documento denominado "Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales" en sentido positivo, supuestamente emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), información que no atendió a la realidad, razón por la cual dicho documento fue presumiblemente apócrifo.
DAFD	Se presentaron cuatro denuncias en las que se hizo del conocimiento hechos probablemente constitutivos de delito por hacer uso indebido de un documento presuntamente falso en un expediente laboral radicado en la Junta Especial número 20 de la Federal de Conciliación y Arbitraje en Guadalupe, Nuevo León.

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con base en los expedientes proporcionados por el IMSS.

1/ División de Análisis y Formulación de Denuncias del IMSS.

2/ División de Procesos, Recursos y Amparos del IMSS.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Se verificó que la CIAD y sus divisiones recabaron la información y documentación necesaria para integrar las querellas y denuncias en términos de lo previsto en el documento 4A20-003-001, y que dichas actividades correspondieron al ámbito de su competencia.

Con la revisión de las actividades de las unidades administrativas a nivel central del IMSS desarrolladas en 2021, se comprobó que éste no acreditó la identificación, análisis y respuesta a los riesgos asociados a actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, para identificar, analizar y responder a éstos, excepto por los relacionados a las quejas médicas y de las denuncias y querellas ante las instancias competentes interpuestas por la División de Análisis y Formulación de Denuncias. Además, el IMSS no acreditó el total de denuncias notificadas al OIC o al área laboral para su seguimiento en el ámbito de competencia de éstos durante 2021.

b. Actividades desarrolladas por los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD)

En el ámbito de la OOAD, como parte del marco normativo que reguló las actividades en materia de afiliación, recaudación y fiscalización, se identificó que en el Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza (9000-002-003)^{61/}, se establece como una de las funciones sustantivas la de "Informar de las irregularidades, omisiones o faltas graves que se deriven de los actos de fiscalización y que sean de su conocimiento, a la Jefatura de Servicios Jurídicos y al Órgano Interno de Control en el ámbito de su competencia".

Para verificar el cumplimiento de la función antes mencionada, se solicitó al IMSS proporcionar los reportes que se elaboraron para informar a la Jefatura de Servicios Jurídicos y al OIC en el IMSS las irregularidades, omisiones o faltas graves en que incurrió el personal derivado del desahogo de los actos de fiscalización. Al respecto, mediante oficio número 09 5217 9073/5389/2022 del 30 de agosto de 2022, la División de Mejora Continua de Procesos de Incorporación y Recaudación (DMCPIR) proporcionó la información solicitada.

Con el análisis de la información solicitada y con el fin de constatar que los reportes proporcionados correspondieran a la información generada por las OOAD de Chihuahua y Chiapas en 2021, durante la visita a éstos se entrevistó al personal de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza (JAC) y al de jurídico, obteniendo los siguientes resultados:

OOAD de Chihuahua

- a. El JAC manifestó que en el manual de organización de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, en las funciones sustantivas se establece que se debe informar las irregularidades, omisiones o faltas graves cometidas por el personal, derivadas de la función de afiliación, vigencia de derechos, cobranza, auditoría a patrones, clasificación de empresas y prima del seguro de riesgos de trabajo, que sean de su conocimiento, a la Jefatura de Servicios Jurídicos y al OIC, pero no tienen la obligación de darle seguimiento al proceso, porque es el área jurídica es la encargada de las diligencias correspondientes y, el JAC colabora con ellos en aportar los elementos para la investigación correspondiente. Adicionalmente, comentó que, si se tiene conocimiento de alguna irregularidad, se le da aviso al OIC y al área jurídica y se hace mediante oficio.
- b. En 2021, en la OOAD de Chihuahua se registraron siete casos de irregularidades que se hicieron del conocimiento de la Jefatura de Servicios correspondiente, información que correspondió a los registros proporcionados por la DMCPIR de oficinas centrales^{62/}; sin embargo, no se acreditó la notificación al OIC en el IMSS por las presuntas responsabilidades.
- c. El JAC proporcionó el Reporte de Consignación 2021 de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza con la documentación que avaló el aviso de las siete denuncias a la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento con lo establecido en el Manual de Organización.
- d. La Jefatura de Servicios Jurídicos proporcionó ocho expedientes de investigaciones laborales, en los que se comprobó que solamente cinco de los siete casos correspondían a los reportados por el JAC, hecho que evidenció deficiencias en los mecanismos de control e integración del proceso y posibles omisiones en el seguimiento de presuntas responsabilidades.
- e. La OOAD no acreditó que se reportaran los siete casos al OIC en el IMSS, ni justificó dicha omisión.

OOAD de Chiapas

- a. No se registraron casos de irregularidades que se hicieron del conocimiento a la Jefatura de Servicios Jurídicos, información que correspondió y fue coincidente con los registros de la DMCPIR en oficinas centrales.

61/ Validado y registrado por la Dirección de Administración el 8 de diciembre de 2020.

62/ Documentada en el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 024/CP2021 del 13 de octubre de 2022.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

b. La Jefa de Oficina de Investigaciones Laborales mencionó que el proceso de atención de las quejas o denuncias por responsabilidades administrativas durante 2021 inicia con el reporte que efectúan las áreas, de lo cual deriva la programación, citatorios del personal involucrado, diligencias de notificación, desahogo de las comparecencias y análisis, señaló que éstas se turnan a consideración del Titular del Departamento Laboral y del Titular de la Jefatura, se procede a resolver y emitir la resolución respectiva de la sanción a aplicar, finalmente se notifica al involucrado, de existir daño o posible daño patrimonial se efectúa la denuncia al OIC en el IMSS, para la valoración del Expediente de Responsabilidades Administrativas.^{63/}

Información solicitada al OIC en el IMSS

Con base en los hallazgos identificados en los procesos de identificación y seguimiento de las presuntas responsabilidades administrativas previstas en la LGRA por parte de servidores públicos del IMSS o particulares, mediante el oficio número DGAESCI/177/2022 del 29 de septiembre de 2022, el equipo auditor solicitó al OIC la base de datos de quejas o denuncias por incumplimientos a la LGRA recibidas del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021, registradas en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDE) administrado por la SFP. En respuesta, mediante el oficio número 00641/30.13/2068/2022 del 27 de octubre de 2022, el Titular del Área de Auditoría Interna de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del OIC en el IMSS proporcionó lo solicitado.

Con el análisis de la información, se verificó que, en 2021, el OIC registró 8,216 quejas, de las cuales 7,550 (91.9%) fueron interpuestas a nivel delegacional y 666 (8.11%) fueron a nivel central, como se muestra a continuación:

QUEJAS POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA EN EL IMSS,
POR ÁREA DE SEGUIMIENTO Y ESTATUS, EN 2021
(Número)

ÁREA DE QUEJAS, DENUNCIAS E INVESTIGACIONES	ESTATUS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021			
	CONCLUIDO	EN TRÁMITE	NO PROCEDENTES	TOTAL
NIVEL DELEGACIONAL:				
REGIÓN 1 (Baja California, Sonora y Sinaloa)	20	138	617	775
REGIÓN 2 (Chihuahua y Durango)	39	10	285	334
REGIÓN 3 (Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas)	306	183	338	827
REGIÓN 4 (Aguascalientes, Zacatecas y San Luis Potosí)	0	234	759	993
REGIÓN 5 (Jalisco y Nayarit)	14	93	485	592
REGIÓN 6 (Guanajuato y Querétaro)	13	13	144	170
REGIÓN 7 (Puebla, Tlaxcala, Veracruz Norte, Veracruz Sur y Oaxaca)	9	120	940	1,069
REGIÓN 8 (Colima, Michoacán y Guerrero)	65	13	57	135
REGIÓN 9 (Yucatán, Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco)	0	3	308	311
REGIÓN 10 (Estado de México Oriente y Poniente)	56	337	278	671
REGIÓN 11 (D.F. Norte e Hidalgo)	96	236	295	627
REGIÓN 12 (D.F. SUR y Morelos)	0	24	1,022	1,046
NIVEL CENTRAL:	0	31	635	666
TOTAL	618	1,435	6,163	8,216

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con base en la información de las quejas presentadas en 2021, proporcionado por el OIC en el IMSS.

Con la base de datos proporcionada, se identificó lo siguiente:

- Las 618 quejas concluidas se calificaron como no graves, en términos de la LGRA por el OIC y fueron por no presentar la declaración patrimonial y de intereses en tiempo y forma, sancionándose a 616 con acuerdos de abstención y se aplicaron 2 destituciones.
- De las 1,435 quejas con estatus "en trámite", 1,428 fueron calificadas como no graves y 7 fueron calificadas como graves. Éstas fueron por conductas contrarias a la LGRA: 1 por abuso de autoridad, 1 por conflicto de interés, 1 por desvío de recursos, 1 por falta de honestidad, 2 por negligencia administrativa y 1 por violación en procedimientos de contratación; y de las cuales el OIC informó que las sanciones están en trámite de resolución.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

c. Por lo que respecta a las 1,428 quejas no graves, 1,360 fueron por no presentar la declaración patrimonial y de intereses en tiempo y forma; 36 por negligencia administrativa; 15 por violación al proceso de contratación; 13 por negligencia médica; 2 por descuido al cumplimiento de sus funciones; 1 por acoso sexual y 1 por falta de honestidad. De estas quejas el OIC reportó que se encuentran en trámite de resolución y aplicación de la sanción respectiva.

Cabe destacar que el Acuerdo de Control Interno^{64/} señala que en las sesiones del COCODI, se deben discutir los aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad. La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras puede significar que en la institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la institución, por lo que sólo deberá presentarse una breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas. Si bien se identificó que en las sesiones del Consejo Técnico, mediante, el Comité de Asuntos Jurídicos, se informa de manera periódica sobre los casos de las quejas médicas, y se tiene implantado un mecanismo específico para su registro, análisis y atención, el IMSS no acreditó un proceso para las quejas derivadas por faltas administrativas asociadas a la LGRA, lo que incumple con la normativa vigente.

Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, se comprobó que, en 2021, si bien el IMSS acreditó tener un procedimiento administrativo para la atención de las quejas médicas; uno para regular las actividades relativas a la investigación administrativa, integración y presentación de las querellas y denuncias por la posible comisión de actos delictivos por servidores públicos; y uno para notificar al OIC aquellos actos en los que se presuman faltas asociadas a las actividades de los servidores públicos o patrones vinculados a la naturaleza del IMSS como organismo fiscal autónomo. Se observaron áreas de oportunidad, al no acreditarse el diseño e implementación de un procedimiento a nivel integral que regulara las áreas y actividades relativas a recibir quejas y denuncias, ámbitos de competencia para el seguimiento, plazos y requisitos o características para ser turnados al OIC o al área laboral; lo cual tendría que permitir al IMSS realizar un análisis respecto del cumplimiento de las obligaciones, los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a los derechohabientes de los servidores públicos, en términos de lo señalado en el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, Actividades de Control, Principio 10, Diseñar actividades de control, elementos de control 10.01 y 10.03 del Acuerdo de Control Interno.

De igual forma, el Instituto no contó con un sistema que sirviera como instrumento de contacto con los usuarios respecto a los asuntos relevantes que pusieron en riesgo la operación del Instituto o dañar su imagen, por lo que no pudo responder a la totalidad de los riesgos mediante acciones preventivas o correctivas que coadyuvaran en la toma de decisiones para la consecución de los objetivos y las metas institucionales.

También, se comprobó que el IMSS no acreditó la identificación, análisis y respuesta a los riesgos asociados a actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, al no distinguir los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y en su entorno, lo que afectó los procesos de investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos del Instituto, de conformidad con el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda, Administración de Riesgos y Quinta, Supervisión y Mejora Continua, Principios 8, Considerar el Riesgo de Corrupción y 16, Realizar actividades de supervisión, elementos de control 8.01, 8.02 y 16.09, del Acuerdo de Control Interno; y el Componente Administración de Riesgos, Principio 8 "Considerar el Riesgo de Corrupción" del MICI, excepto por los relacionados con las quejas médicas y de denuncias y querellas ante las instancias competentes interpuestas por la División de Análisis y Formulación de Denuncias. Además, de que el IMSS no acreditó el total de quejas y denuncias recibidas, y cuales fueron notificadas al OIC o al área laboral para su seguimiento en el ámbito de competencia de éstos durante 2021, lo que mostró debilidades en la gobernanza por parte de los órganos superiores y la Administración, y posibles actos de discrecionalidad respecto de la oportuna comunicación a las autoridades competentes.

Pre- Recomendación 19

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social diseñe e implemente una política, lineamiento o procedimiento para la gestión integral de las quejas por responsabilidades administrativas de los servidores públicos y particulares vinculados con faltas administrativas previstas en la Ley

^{64/} Artículo Segundo, Disposición 47, de la Orden del Día, fracción XII, inciso a), del Acuerdo de Control Interno.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

General de Responsabilidades Administrativas, en los que se establezcan las áreas responsables de la captación, registro, ámbito de competencia, plazos, requisitos o características para ser turnados al Órgano Interno de Control y al área laboral. Lo anterior, permitirá eliminar elementos de discrecionalidad e impunidad administrativa en el seguimiento de las posibles responsabilidades administrativas graves, en términos de lo señalado en el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda, Administración de Riesgos; Tercera, Actividades de Control, y Quinta, Supervisión y Mejora Continua, Principios 8, Considerar el Riesgo de Corrupción, 10, Diseñar actividades de control, y 16, Realizar actividades de supervisión, elementos de control 8.01, 8.02, 10.01, 10.03 y 16.09 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno y el Componente Administración de Riesgos, Principio 8, Considerar el Riesgo de Corrupción, del Marco Integrado de Control Interno.

NÚM. DEL RESULTADO:	10	CON OBSERVACIÓN	SI (X)	NO ()
PROCEDIMIENTO NÚM.:	10			
DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO:				

Sistema de Control Interno Institucional

El 3 de noviembre de 2016, en el Diario Oficial de Federación (DOF), la Secretaría de la Función Pública (SFP) emitió el "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno" (Acuerdo de Control Interno), en el cual se establecen las disposiciones/ que las dependencias y entidades paraestatales de la Administración Pública Federal, la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, los órganos reguladores coordinados en materia energética y la Procuraduría General de la República deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional (SCII).

El artículo Segundo, Título Primero "Disposiciones Generales", Capítulo I "Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones", numerales 1, 2, fracción "L", 3 y 4, del Acuerdo de Control Interno estipula que los titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las instituciones que integran la APF, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización para el cumplimiento del objetivo del control interno en la operación, la información y la salvaguarda; define al SCII como el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de las metas y los objetivos, en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley; establece que será responsabilidad del Órgano de Gobierno, del Titular y demás servidores públicos de la institución establecer y actualizar el SCII, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua, y señala que el Titular de la institución designará, mediante oficio dirigido al Titular de la SFP, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de dichas disposiciones y que dicho Coordinador designará a un enlace para cada uno de los procesos contemplados en el referido acuerdo, quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; se podrá nombrar a un servidor público como enlace en más de un proceso, pero al menos deberán designarse dos enlaces para la totalidad de los procesos.

El Título Segundo "Modelo Estándar de Control Interno" establece las categorías del objetivo del control interno, las 5 normas generales, los 17 principios, los elementos de control interno y el proceso de evaluación; el Título Tercero "Metodología de Administración de Riesgos" menciona el proceso de administración de riesgos y el Título Cuarto "Comité de Control y Desempeño Institucional" indica el objetivo, la integración y atribuciones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), así como las funciones de sus integrantes.

El MICI establece que la implementación de un Sistema de Control Interno efectivo representa una herramienta fundamental que aporta elementos que promueven la consecución de los objetivos institucionales, minimizan los riesgos, reducen la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción y fraudes y, consideran la integración de las tecnologías de información a los procesos institucionales; asimismo, respaldan la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos y consolidan los procesos de rendición de cuentas y transparencia.

El 7 de septiembre de 2020 el IMSS creó la Unidad de Integridad y Transparencia (UIT), dependiente de la Dirección General, para inhibir las prácticas indebidas y contrarias a la normativa que regula al Instituto, mediante el fortalecimiento de una cultura de integridad y cumplimiento; en consecuencia, en noviembre de ese mismo año, se emitió el Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS (MO de la UIT) en el cual se estableció el organigrama de la UIT y se definieron las funciones del Titular; así como de las coordinaciones y divisiones adscritas a ella.

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

El numeral 7.1 "Unidad de Integridad y Transparencia", funciones 4 y 7, del MO de la UIT dispone que dicha unidad dirigirá el desarrollo, emisión y actualización de políticas, normas y procedimientos a implementar por los Órganos Normativos, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos, en materia de control interno y validará los mecanismos para identificar el estado que guarda el SCII, el proceso de administración de riesgos y el sistema de gestión de riesgos e implementará las mejoras orientadas a la identificación de riesgos de integridad.

El numeral 7.1.3 "Coordinación de Integridad Institucional", funciones 4, 5, 6, 7, 8 y 14 de dicho Manual, indican que coordinará los mecanismos necesarios para determinar el estado que guarda el SCII y el desarrollo del proceso de administración de riesgos, aplicado a procesos institucionales; el seguimiento a la instrumentación de mejoras al sistema en los Órganos Normativos, de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y Operativos del Instituto; las acciones para generar informes sobre la instrumentación de los programas de trabajo, mejoras al sistema de control interno y de evaluación de riesgos a procesos que se implementan en colaboración con las áreas del Instituto; supervisará que los procesos de control interno y de evaluación de riesgos se apeguen a los principios de legalidad, imparcialidad y rendición de cuentas; validará que el desarrollo e implementación de estrategias, planes y programas, promuevan de manera transversal, los mecanismos de control interno y administración de riesgos y establecerá las estrategias en materia de control interno.

En el numeral 7.1.3.1, funciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11, del referido Manual, se establece que la Coordinación Técnica de Evaluación y Control diseñará estrategias, planes, programas, proyectos, mecanismos, acciones o asesorías en materia de control interno; estrategias para el seguimiento y atención oportuna de las recomendaciones, observaciones y requerimientos específicos de las instancias fiscalizadoras sobre la implementación de los programas de control interno y administración de riesgos, en colaboración con la red de enlaces institucionales, así como los criterios de análisis que permitan desarrollar acciones para el fortalecimiento del control interno institucional, a partir de la revisión de informes, datos y estadísticos, relacionados con la medición de los procesos institucionales. Además, desarrollará y efectuará el seguimiento e integrará los reportes de avance del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y del Programa de Administración de Riesgos (PTAR), en colaboración con la red de enlaces institucionales; impulsará el desarrollo de acciones de control interno orientadas a abatir la recurrencia de las áreas de oportunidad en los macroprocesos del Instituto, identificadas con base en la información documentada por las instancias fiscalizadoras o evaluadoras internas y promoverá la instrumentación, el análisis y seguimiento de los elementos del SCII, como insumo precursor para evaluar y fortalecer la cultura de integridad y cumplimiento.

Con el objetivo de verificar que el IMSS, en 2021, diseñó e implementó un SCII integral y armonizado con lo previsto en el Acuerdo de Control Interno y el MICI México; así como, comprobar que el sistema permeó y otorgó una seguridad razonable en el cumplimiento de objetivos y las metas en las siete direcciones normativas, en las direcciones de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones (a partir de abril de 2021 denominada Dirección de Operación y Evaluación -DOE-) y en la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (a partir del 29 de septiembre de 2021 denominada Dirección de Planeación para la Transformación Institucional -DPTI-); así como, en las 35 OOAD, 25 UMAE y 134 Subdelegaciones que integraron al IMSS en 2021. Con los oficios números AED/DGAESCI/002/2022 y DGAESCI/145/2022, del 4 de enero de 2022 y del 10 de agosto de 2022, respectivamente, el equipo auditor solicitó al Instituto la documentación que acreditó las estrategias, las actividades y los procedimientos que realizó, durante 2021, para coordinar a las unidades que lo integraron en materia de control interno y para la identificación, medición y administración de riesgos. En respuesta, el IMSS proporcionó diversa información y documentación, el análisis se muestra a continuación:

I. Sistema de Control Interno Institucional

El equipo auditor verificó que, en 2021, la UIT no desarrolló, ni emitió políticas, normas y procedimientos que establecieran el diseño, los conceptos, alcances, beneficios e impactos del SCII; así como los roles y las responsabilidades a implementar por las direcciones normativas a nivel central, los OOAD, las UMAE y los órganos operativos, por lo que no se dio observancia a lo establecido en el numeral 7.1, función 4 del MO de la UIT del IMSS. Se comprobó que el Acuerdo de Control Interno fue el marco normativo que estableció los objetivos del sistema de control interno y los procedimientos a los que debió apegarse la UIT, mediante la Coordinación de Integridad Institucional, para la designación del coordinador y los enlaces de control interno del IMSS; así como, para realizar la evaluación anual del SCII y para la elaboración y presentación del PTCI y PTAR; sin embargo, se comprobó que el SCII estuvo desarticulado debido a que las actividades de control interno no se ejecutaron en todos los niveles del Instituto, ni en las diferentes etapas de sus procesos, lo que generó áreas de oportunidad para la identificación y atención de la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias revisoras (internas y externas) a fin de evitar su recurrencia e impacto en el cumplimiento de los objetivos y las metas institucionales.

Se corroboró que conforme a lo establecido en el artículo SEGUNDO, numeral 4 del Acuerdo de Control Interno, durante 2021, el Director General del IMSS designó al Titular de la UIT como Coordinador de Control Interno ante la SFP y que el Titular de la Coordinación de Integridad Institucional fue designado como Enlace Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos ante la referida Secretaría de la Función Pública; asimismo,

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

se identificó que la UIT contó con enlaces de control interno en las 7 direcciones normativas, en la DOE, en la DPTI, en las 35 OOAD y en las 25 UMAE, pero no en las 134 subdelegaciones.

Asimismo, el equipo auditor comprobó que la Coordinadora de Control Interno y el Enlace Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos del IMSS ante la SFP, para la implementación y en atención de las cinco normas de control establecidas en el Acuerdo de Control Interno, realizaron las actividades siguientes:

Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI)

Se verificó que conforme lo dispuesto en el Título Segundo, Capítulo III, Sección III, numeral 16 del Acuerdo de Control Interno, el 1º de febrero de 2021, mediante oficio número 0952171000/121/2021, el Coordinador de Control Interno del IMSS envió al Titular de la Unidad de Control, Evaluación y Mejora de la Gestión Pública de la SFP (UCEMGP de la SFP), al Secretario General y a los titulares de las direcciones normativas, de los OOAD y de las UMAE, el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) 2021, el cual incluyó 30 acciones de mejora que el Instituto determinó para fortalecer las actividades de control en 11 procesos de 5 direcciones normativas que presentaron debilidades de control interno y en 1 proceso de la UIT para fortalecer la capacitación, implementación, supervisión y seguimiento de las actividades de control interno en las 35 OOAD y 25 UMAE; sin embargo, se observó que el Instituto no determinó acciones de mejora para los procesos de las direcciones normativas de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) y Jurídica (DJ); así como, para los procesos de la DOE y de la DPTI; además, de que no existió un compromiso para el cumplimiento de las acciones de mejora debido a que se comprobó que 4 de las 30 acciones de mejora fueron inicialmente contempladas en el PTCI del año 2020 y reprogramadas para su posterior atención en el PTCI del año 2021. Los procesos, las direcciones normativas responsables y el número de acciones de mejora incluidos en el PTCI del ejercicio 2021, fueron los siguientes:

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO DEL IMSS, EN 2021

Numeral	Nombre del Proceso	Dirección Normativa Responsable	Acciones de Mejora
1	Cobranza Oportuna	Dirección de Incorporación y Recaudación	1
2	Programas integrados de salud	Dirección de Prestaciones Médicas	4
3	Atención Médico-Quirúrgica (Tercer Nivel de Atención Médica)		
4	Comprobación del gasto de pensiones y rentas vitalicias	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	2
5	Dictaminación de la incapacidad permanente e invalidez		
6	Contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo con suministro de refacciones a equipos de 1er., 2do. y 3er. Nivel de Atención Médica	Dirección de Administración	13
7	Administración de vehículos institucionales arrendados		
8	Gestión administrativa de los inventarios a nivel central OOAD y UMAE		
9	Planeación y seguimiento a la construcción y equipamiento de obra pública nueva y de sustitución bajo el esquema de Asociaciones Público-Privadas		
10	Conformación y registro de la cartera de Inversión	Dirección de Finanzas	3
11	Administración del activo fijo del instituto y su registro contable		
12	Control Interno	Unidad de Integridad y Transparencia	4
Total de Acciones de Mejora			30

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con el PTCI de 2021 proporcionado por el IMSS.

Se validó que, mediante nota informativa del 20 de octubre de 2022, la DOE informó que no participó en la integración e implementación del PTCI de 2021, debido al cambio de denominación y de estructura orgánica que el Consejo Técnico del IMSS aprobó en la sesión ordinaria del 28 de abril de 2021.

También, se validó que para dar cumplimiento a lo establecido en el Título Segundo, Capítulo III, Sección III, numeral 18 del Acuerdo de Control Interno, durante el ejercicio 2021, el Coordinador de Control Interno del IMSS envió al Titular del OIC cuatro reportes de avances trimestrales del PTCI, así como la información y documentación que acreditó dichos avances. En respuesta, el Titular del OIC envió al Director General del IMSS cuatro informes de evaluación basados en los reportes de avance del PTCI. Con el análisis realizado a los cuatro informes, el equipo auditor verificó que en el informe del 4to. Trimestre, el OIC señaló que 18 de las 30 acciones de mejora fueron concluidas, lo que representó un avance del 60.0% del PTCI de 2021 y que de las 12 acciones restantes, 11 se encuentran en proceso de conclusión con un porcentaje de avance que oscilaba entre el 50.0% y el 95.0% y la acción denominada "Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios" es una acción que fue presentada desde el PTCI de 2020 y reprogramada para su cumplimiento en el PTCI de 2021; sin embargo, al cierre del ejercicio reportó un 0.0% de avance,

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

ante lo cual la UIT argumentó que se debía a que no se han realizado las modificaciones y actualizaciones de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS (POBALINES).

Adicionalmente, el equipo auditor identificó que el OIC en el IMSS solicitó que de las 12 acciones pendientes de concluir en su totalidad durante el ejercicio 2021, fueran reprogramas o replanteadas para su conclusión en el PTCI de 2022 y que se presentará en esos términos al Consejo Técnico junto con la información que justificara el incumplimiento; no obstante, con el análisis de las actas de sesión del Consejo Técnico del IMSS se observó que no se presentó la información que justificara el motivo del por qué no fueron concluidas las 12 acciones y con la pruebas de hechos posteriores se corroboró que fueron reprogramadas en el PTCI de 2022 e identificadas con la nota de "Pendiente de concluir en el PTCI 2021".

Respecto a las 4 acciones de mejora del proceso de control interno institucional relacionadas con la capacitación, supervisión y seguimiento para la implementación de las acciones de control interno en las OOAD y UMAE, se identificó que fueron concluidas al 100%, debido a que la UIT realizó reuniones virtuales de capacitación y retroalimentación con los enlaces de control interno de las OOAD y UMAE.

Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)

De conformidad con lo establecido en el artículo Segundo, Título Segundo, Capítulo II, numeral 10, fracción III, inciso a) del Acuerdo de Control Interno, el 11 de febrero de 2021, mediante oficio número 0952171000/123/2021, el Coordinador de Control Interno del IMSS ante la SFP envió al Titular de la UCCEMP, al Secretario General y a los titulares de las direcciones normativas, de los OOAD y de las UMAE, el PTAR 2021, documento en el cual se enlistaron los factores de riesgo y las estrategias para los 16 riesgos que el IMSS identificó en los procesos de 6 direcciones normativas y en la DOE, excluyendo a la DPTI y a la Dirección de Finanzas que no realizaron una evaluación de riesgos. Con el análisis del PTAR 2021 se destacaron los factores de riesgos relacionados con la integración incorrecta de expedientes de los créditos fiscales; la búsqueda inadecuada de información para la localización de patrones; errores de captura en los sistemas de prestaciones económicas; supervisión ordinaria a las guarderías; interpretación de estándares de seguridad; deficiencia en la atención integral del paciente diabético; carencia de documentos que permitieran una adecuada defensa de los juicios laborales; falta de supervisión en todas las etapas del proceso que permitieran identificar errores u omisiones que pudieran repercutir en la defensa de los juicios laborales; deficiencia en la verificación de cumplimiento de las obligaciones de los proveedores por omisión o intención; deterioro, falta de servicio o aprovisionamiento de infraestructura tecnológica de procesamiento necesario para los sistemas sustantivos del IMSS; falta de atención en la demanda de almacenamiento y respaldo de la información de las distintas aplicaciones y áreas internas; incumplimiento en el plazo convenido para la terminación de los trabajos; bases de datos incompletas o desactualizadas, y la problemática en el surtimiento de medicamentos a pacientes oncológicos.

También, se comprobó que durante el ejercicio 2021, el IMSS presentó a la SFP la Matriz de Administración de Riesgos Institucionales (MARI) documento que incluyó el diagnóstico de los 16 riesgos incluidos en el PTAR y el Mapa de Riesgos Institucional, documento en el cual se valoró con alta probabilidad de ocurrencia a los riesgos relacionados con la depuración extemporánea de créditos fiscales; el bajo desempeño en la atención integral de diabetes mellitus tipo 2; la atención de juicios laborales no otorgada en tiempo y forma; la inadecuada dictaminación del mantenimiento preventivo y correctivo a equipos médicos, y al registro inadecuado de los bienes de consumo.

Con la prueba de hechos posteriores, se verificó que de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo II, numeral 10, fracción VII, incisos d y g del Acuerdo de Control Interno, en marzo de 2022, el OIC en el IMSS presentó los resultados de la verificación realizada al "Reporte Anual de del Comportamiento de Riesgos 2021", documento en el cual el OIC recomendó a la CII, adscrita a la UIT, implementar acciones para mitigar la totalidad de riesgos del PTAR 2021; diseñar y ejecutar metodologías de seguimiento para la administración de riesgos de los procesos institucionales y consolidar un modelo de administración de riesgos institucional que permita conciliar los esfuerzos para la prevención de eventos que pudieran obstaculizar el logro de los objetivos institucionales e informó del resultado cualitativo y cuantitativo de los riesgos del PTAR 2021, como se detalla a continuación:

REVISIÓN DEL OIC A LOS RESULTADOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS DE LOS RIESGOS DEL PTAR 2021 DEL IMSS

Número de Riesgo	Riesgo	Dirección Responsable	Comentarios del OIC
2021_1	Créditos fiscales depurados de forma extemporánea	Dirección de Incorporación y Recaudación	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_2	Pensionados afectados por el otorgamiento inoportuno de pensiones	Dirección de Prestaciones	Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

2021_3	Seguimiento a la aplicación de la cédula de verificación de medidas de seguridad en guarderías del IMSS realizado de manera parcial.	Económicas y Sociales	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_4	Desempeño bajo en la atención integral de la diabetes mellitus tipo 2, generada por desconocimiento de programas preventivos.	Dirección de Prestaciones Médicas	Se identificaron elementos para validar su evaluación final.
2021_5	Atención de juicios laborales no otorgada en tiempo y forma podría generar daño patrimonial al Instituto.	Dirección Jurídica	Se identificaron elementos para validar su evaluación final.
2021_6	Servicios tercerizados contratados que podrían no cumplir totalmente con los compromisos y lineamientos establecidos.	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_7	Ecosistema de aplicaciones en la Plataforma Mainframe soportada en infraestructura obsoleta, podría afectar la continuidad de la operación en diferentes procesos institucionales.		Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.
2021_8	Seguimiento a las obras reprogramadas por desfase en su construcción, ampliación y remodelación.	Dirección de Administración	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_9	Bienes de consumo terapéuticos registrados inadecuadamente provocan diferencias físicas en inventarios.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto.
2021_10	Mantenimientos preventivos y correctivos a equipos médicos y electromecánicos realizados sin una adecuada dictaminación.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_11	Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos recolectados inoportunamente propician riesgo de posible propagación de agentes infecciosos.		Se identificó un incremento en la valoración de su impacto.
2021_12	Pagos en demasía efectuados a jubilados y pensionados fallecidos, derivados de una confronta incorrecta de información personal con RENAPO y Registros Civiles.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto
2021_13	El ausentismo no Programado ha afectado a los servicios otorgados a la derechohabiente.		Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.
2021_14	Gasto incrementado por contrataciones de personal derivado de la atención de la emergencia sanitaria asociada a COVID-19.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto
2021_15	Falta de mecanismos de seguimiento en atención otorgada a pacientes oncológicos.	DOE	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_16	Falta de atención médica preventiva a derechohabientes derivada del desconocimiento y de acceso a información.		Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.

FUENTE: Elaborado por el equipo auditor con la información incluida en el reporte "Comentarios del OIC al Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos 2021" proporcionado por el IMSS.

Del PTAR se destacan los riesgos 2021_15 y 2021_16 a cargo de la DOE, debido a que éstos correspondieron a riesgos asociados a la atención médica, lo cual no se vinculó con las actividades sustantivas de la Dirección; se identificó que los riesgos determinados en los que quedó como responsable fueron resultado de las evaluaciones que realizó, por lo tanto la determinación de esos riesgos fue improcedente para su seguimiento por dicha Dirección, debido a que no se cumplieron con las disposiciones previstas en el Título Tercero "Metodología de Administración de Riesgos", Capítulo I "Proceso de administración de Riesgos", numerales 22 y 23, fracción I inciso b del Acuerdo de Control Interno, en los que se indica que en el PTAR se deberán designar a los responsables de instrumentar el proceso.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Adicionalmente, se verificó que la UIT, considerando la información proporcionada por las direcciones normativas y la base de datos de recurrencia que proporcionó el OIC, elaboró el Programa de Observaciones Recurrentes (POR) 2021, documento informativo que se integró de 72 acciones de mejora en las siete direcciones normativas, los 35 OOAD y las 25 UMAE, para evitar reincidencias de observaciones en la adquisición de materiales, la contratación de obras; el cumplimiento de la normativa aplicable; el registro y supervisión del inventario de bienes capitalizable y no capitalizable; el cumplimiento de los programas de salud; las actividades para la localización de derechohabientes y el reforzamiento de la normativa en el proceso de recuperación de adeudos y licitaciones pública; así como en la supervisión y seguimiento del plan anual de análisis y vulnerabilidad de las aplicaciones; no obstante, se observó que en el POR no se incluyeron acciones de mejora para la DOE y la DPTI.

Se destaca que las deficiencias y áreas de oportunidad en el SCII del IMSS informadas por la UIT en el PTCL, el PTAR y el POR, del ejercicio 2021, en su mayoría fueron consistentes con los diversos hallazgos identificados por el equipo auditor en el desarrollo de la presente auditoría, entre los que se destacaron la falta de armonización de su marco jurídico y normativo; las inconsistencias en la formulación e implementación del Plan Estratégico Institucional; en la recepción, análisis e investigación de las quejas y reclamaciones; la falta de criterios y estrategias para la tipificación y sanción de faltas administrativas; la supervisión y seguimiento en la localización de patrones; la falta de criterios y estrategias para la suspensión de actos de fiscalización a patrones; inconsistencias en el modelo de competitividad; la inexistencia de un proceso que regule la notificación de presuntas responsabilidades de servidores públicos al OIC; así como, la falta de identificación de la causa-raíz en los procesos con debilidades de control interno, a efecto de evitar su recurrencia en el PTCL y en el PTAR. Lo anterior, se sustentó en los resultados números 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del presente informe.

II. Actividades de control realizadas por las OOAD y Subdelegaciones

Para comprobar las actividades de control y el proceso de detección, administración y mitigación de riesgos que las OOAD y las subdelegaciones realizaron durante 2021; así como, validar que la UIT consideró y permeó la información en los tres niveles de operación del IMSS, se hizo la fiscalización mediante una muestra de auditoría que se integró de la revisión y entrevistas que se realizaron a las OOAD de Chihuahua y Chiapas y a tres Subdelegaciones (Juárez 1, Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez). Al respecto, se identificó que ambas OOAD contaron con un enlace de control interno, los cuales fueron los encargados de informar a cada una de sus jefaturas el PTCL 2021, que fue creado por las Direcciones Normativas en conjunto con la Coordinación de Evaluación y Control; además, crearon los grupos de trabajo de control interno de las OOAD para la elaboración del PTCL y la Matriz de Riesgos; no obstante, con la información proporcionada por las OOAD revisadas, se verificó que si bien participaron en las videoconferencias de inicio y de avances trimestrales que, durante 2021, la UIT realizó para dar a conocer los resultados del PTCL y PTAR, éstas no proporcionaron información para la elaboración del PTCL, ni identificaron riesgos para el PTAR; además, de que se comprobó que en materia de control interno y administración de riesgos no tuvieron contacto con las subdelegaciones para que éstas participaran.

También, se comprobó que las tres subdelegaciones revisadas no contaron con un enlace de control interno, ni de administración de riesgos, y se verificó que durante el ejercicio 2021 no realizaron una evaluación e implementación del control interno, ni tampoco una identificación de riesgos; la única actividad de control que realizaron fue enviar a las unidades de Fiscalización y Cobranza (UFC) y de Servicios Estratégicos (USE), ambas adscritas a la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS, los avances en el cumplimiento de metas, para que dichas unidades analizaran las áreas de oportunidad en temas relacionados con la cobranza.

Adicionalmente, mediante el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 007/CP2021 del 9 de septiembre de 2022, se informó que durante el ejercicio 2021 la UIT no realizó una evaluación de control interno y de administración de riesgos a las OOAD, UMAE y Subdelegaciones, bajo el argumento que no tienen facultades para generar un cambio normativo. Esto pese a que se trata de áreas sustantivas en las que recae la atención directa a los derechohabientes.

III. Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)

Se verificó que, durante el ejercicio 2021, el IMSS no contó con un COCODI y que dichas funciones fueron conferidas al Consejo Técnico; no obstante, con el análisis realizado a la documentación que acredita los motivos, a las actas que celebró el Consejo durante el ejercicio auditado y a los 4 cuadros comparativos que trimestralmente el Coordinador de Control Interno envió al Titular de la Coordinación de Auditoría Interna de Desarrollo y Mejora a la Gestión Pública del OIC en el IMSS, se observó que si bien el Consejo Técnico cumplió con lo establecido en el Título Cuarto, Capítulo IV, numeral 47 del Acuerdo de Control Interno, éste no promovió acciones que contribuyeran en la implementación de un SCII de alcance institucional y una administración de riesgos integral, que impulsaran la aplicación, seguimiento y supervisión de las acciones de mejora comprometidas en el PTCL y PTAR de 2021; así como la aplicación de medidas preventivas que atiendan la causa-raíz de las desviaciones de control interno identificadas, para evitar la materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones emitidas por los órganos revisores (internos y externos), que agregara valor a la gestión institucional y contribuyeran a la atención y solución de temas relevantes, por lo que no se atendió lo

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

dispuesto en el Título Cuarto, Capítulo I, numeral 32, fracciones V, VI, y VIII del Acuerdo de Control Interno, lo que a su vez propició la materialización de riesgos, hecho que se comprobó con los resultados de las revisiones efectuadas en los últimos diez años (de 2011 a 2021) al IMSS y con la reprogramación para el cumplimiento de las acciones de mejora del PTAR y PTCI, de las cuales se observó la recurrencia de faltas administrativas en los procesos de recaudación, infracciones y sanciones, quejas médicas, adquisiciones y obra pública y, concluyendo que la gestión que realizó el Consejo Técnico del IMSS no incidió en el fortalecimiento del SCII como le prevé el Acuerdo de Control Interno respecto de las funciones específicas que debe cumplir el COCODI.

Asimismo, se comprobó que, el 25 de enero de 2021, mediante oficio número 00641/301/028/2021, el Titular del OIC en el IMSS haciendo referencia a lo establecido en el Título Cuarto, Capítulo I, numerales 32 y 33, fracción II del Acuerdo de Control Interno, referente a que el COCODI tiene entre otros objetivos agregar valor a la gestión institucional de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y que todas las instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por el Titular y el Titular del OIC; al Objetivo Prioritario "1. Combatir, frontalmente y con la participación de la ciudadanía, las causas y efectos de la corrupción y la ineficiencia en la APF, mediante la prevención, fiscalización y promoción de las responsabilidades asociadas a conductas ilícitas" del Programa Sectorial de la Función Pública 2020-2024, y a la reunión de trabajo que en junio 2020 celebraron el Director de Administración y el Titular del OIC para fortalecer la atención de los temas del orden del día del COCODI en el Consejo Técnico, planteando la posibilidad de instalar un COCODI en el Instituto para asegurar la atención de las principales debilidades de control interno en los procesos institucionales desde una perspectiva estratégica; se solicitó al Coordinador de Control Interno los avances en la iniciativa, las estrategias y las acciones específicas orientadas a la implementación del COCODI en el IMSS.

Al respecto, se verificó que, el 8 de febrero de 2021 mediante oficio de respuesta número 0952171000/109/2021, el Coordinador de Control Interno informó al Titular del OIC que, mediante oficio número UCEGP/209/541/2017 del 24 de agosto de 2017, el Titular de la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública de la SFP autorizó al Instituto que el Consejo Técnico continuara ejerciendo las funciones que son atribuibles al COCODI, siempre y cuando atienda de manera permanente y complementaria los temas del orden del día del COCODI, y que el servidor público que fungió en el ejercicio 2019 como Titular del OIC recomendó al Coordinador de Control Interno enviar un archivo de evidencia en el cual se valide que el Consejo Técnico cumplió con la orden del día del COCODI. En consecuencia, se verificó que durante el ejercicio 2021, el Coordinador de Control Interno envió al Titular de la Coordinación de Auditoría Interna de Desarrollo y Mejora a la Gestión Pública del OIC en el IMSS cuatro oficios que incluyeron los reportes trimestrales de los asuntos del orden del día del COCODI en el Consejo Técnico, el cuadro comparativo y las órdenes del día del Consejo Técnico; documentos en los cuales se informó que las actas de sesiones celebradas por dicho Comité cumplieron con la integración de la orden del día del COCODI; sin embargo, se corroboró que no aportaron información sustantiva sobre las actividades que el Consejo realizó para cumplir con las funciones y los objetivos del COCODI establecidos en el Título Cuarto, Capítulo I, numeral 32, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII del Acuerdo de Control Interno. Por lo tanto, los temas presentados ante el Consejo Técnico en materia de control interno cumplieron en la forma las funciones del COCODI, al contemplarse en la Orden del Día de las reuniones, pero su presentación y consideración en este órgano sustituto no generó acciones directas, ni incidió en la atención de riesgos y en las actividades de control de las distintas unidades del IMSS.

IV. Falta de armonización de los instrumentos jurídicos que regularon la estructura orgánica del IMSS

El Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS), publicado en el DOF el 18 de septiembre de 2006 y reformado por última vez el 23 de agosto de 2012, estableció las disposiciones, facultades y atribuciones de los Órganos Superiores, los Consejos Consultivos Delegacionales, las Juntas de Gobierno de las UMAE, las delegaciones estatales y regionales, las unidades de servicios médicos y no médicos, las subdelegaciones, las oficinas para cobros, la Secretaría General y de ocho direcciones normativas del IMSS en 2021; sin embargo, se identificó que el RIIMSS no consideró las últimas modificaciones a la estructura orgánica autorizada y funcional del Instituto que el H. Consejo Técnico aprobó desde 2020.

Aunado a lo anterior, se comprobó que el Manual de Organización del IMSS, actualizado por última vez el 28 de agosto de 2018 y vigente en 2021, no se alineó con la estructura orgánica y las atribuciones establecidas en el RIIMSS; de la misma manera se observó que se actualizaron los manuales de organización de las direcciones de Administración; de Finanzas; de Incorporación y Recaudación; de Innovación y Desarrollo Tecnológico; de Operación y Evaluación; de Planeación para la Transformación Institucional; de Prestaciones Económicas y Sociales; de Prestaciones Médicas; Jurídica, y de la Secretaría General. También se identificó que los Manuales de Funcionamiento Específico fueron modificados en 2021, por lo que no estuvieron armonizados con el RIIMSS; lo anterior incumplió con lo previsto en los numerales 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7, de la Norma para elaborar, actualizar, autorizar, aprobar y registrar, los manuales de organización, los manuales de funcionamiento específico y los manuales de integración y funcionamiento de comités o comisiones del IMSS.

Por lo antes descrito, se comprobó que sólo los Manuales de Organización de la Normativas y los Manuales de Funcionamiento Específico, fueron congruentes con las estructuras, actividades y atribuciones de las unidades que integraron al IMSS en 2021.

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Adicionalmente, con la revisión de los acuerdos del Consejo Técnico que implicaron modificaciones a la estructura orgánica vigente en 2021, se identificaron los acuerdos ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA y ACDO.AS2.HCT.250821/207.P.DA de las sesiones del 28 de abril y 25 de agosto de 2021, respectivamente, en los que se aprobaron las modificaciones a las estructuras orgánicas de las Direcciones de Prestaciones Económicas y Sociales, Jurídica, de Finanzas, de Administración, de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, de Planeación Estratégica Institucional y de Prestaciones Médicas, así como de la Secretaría General y de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico; y se constató que en éstos se instruyó a la Dirección Jurídica para que, conforme a lo previsto en el artículo 75, fracción IV,^{55/} del RIIMSS, coordinara la formulación y presentación al Consejo Técnico, del anteproyecto de Decreto por el que se reforma el RIIMSS, para someterlo a consideración de la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, para su publicación. Hecho que el IMSS no realizó, por lo anterior, no existió una armonización entre el RIIMSS, el Manual de Organización, los manuales de organización de las direcciones normativas y los manuales de funcionamiento específicos.

Conclusión

Con la fiscalización del SCII del IMSS vigente en 2021, se identificó que la UIT no desarrolló, ni emitió políticas, normas y procedimientos que establecieran el diseño, los conceptos, alcances, beneficios e impactos del SCII; así como los roles y las responsabilidades a implementar por las direcciones normativas, los OOAD y los órganos operativos. El Acuerdo de Control Interno fue el marco normativo que estableció los objetivos del SCII y los procedimientos a los que debió apegarse el Instituto. Asimismo, se verificó que el Titular de la UIT fungió como Coordinador de Control Interno del IMSS ante la SFP, que el Titular de la Coordinación de Integridad Institucional fungió como Enlace Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos ante la SFP y que contó con enlaces de control interno en las siete direcciones normativas, en las 32 OOAD y en las 25 UMAE, pero sin contemplar las 134 subdelegaciones.

Respecto de las actividades que llevó a cabo el IMSS, durante 2021, relacionadas con el diseño e implementación de las cinco normas de control establecidas en el Acuerdo de Control Interno, se verificó que la UIT únicamente elaboró y presentó a la SFP el PTCL, el PTAR y el POR. En el caso específico del PTAR, se identificaron inconsistencias en su determinación al incluir la DOE riesgos de los cuales no es responsable de su atención. Con el análisis realizado al PTCL, el PTAR y el POR, el equipo auditor identificó que aun cuando se implementaron actividades en materia de control interno y acciones de mejora, éstas no incluyeron la totalidad de los procesos y niveles funcionales del Instituto, como fueron la Dirección de Operación y Evaluación, la Dirección de Planeación y Transformación Institucional, las subdelegaciones, y que los enlaces de control interno de las OOAD participaron en las videoconferencias de avances, pero no realizaron una evaluación de control interno y de administración de riesgos, lo que limitó la identificación, análisis y respuesta de las debilidades de riesgos y de control en estas unidades, así como áreas de oportunidad en el diseño de mecanismos de prevención que considerara la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos y actos contrarios a la integridad.

Asimismo, se verificó que el avance en el cumplimiento de las 30 acciones de mejoras del PTCL 2021 fue del 60.0%, debido a que el OIC indicó que 18 de las 30 acciones fueron concluidas y en el "Reporte Anual de del Comportamiento de Riesgos 2021" recomendó diseñar y ejecutar metodologías de seguimiento para la administración de riesgos de los procesos institucionales y consolidar un modelo de administración de riesgos institucional que permitiera conciliar los esfuerzos para la prevención de eventos que pudieran obstaculizar el logro de los objetivos institucionales; por lo antes descrito el equipo auditor corroboró que el SCII del IMSS no aseguró que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna; así como las detectadas por las diferentes instancias revisoras fueran atendidas con oportunidad y diligencia dentro de los plazos establecidos; ni identificó y atendió la causa-raíz de las mismas, a efecto de evitar su recurrencia conforme a lo dispuesto en la Norma Quinta "Supervisión y Mejora Continua" del Acuerdo de Control Interno, lo que se comprobó con el análisis de los resultados de las auditorías efectuadas en los últimos 10 años al IMSS, en los que se constató recurrencia en las observaciones.

Por último, se identificó que durante el ejercicio 2021, el IMSS no contó con un COCODI en razón de que dichas funciones fueron absorbidas por el Consejo Técnico; sin embargo, con el análisis de las actas de las sesiones celebradas por este órgano durante 2021, se comprobó que no promovió acciones que contribuyeran en la implementación de un SCII de alcance institucional y una administración de riesgos integral; no supervisó la implementación y cumplimiento de la totalidad de las acciones de mejora, y no estableció medidas preventivas que atendieran la causa-raíz de las desviaciones de control interno, conforme lo dispuesto en el Título Cuarto, capítulo I, numeral 32, fracciones V, VI, y VIII del Acuerdo de Control Interno, lo que no incidió en la mitigación de riesgos, hecho que se sustentó con los resultados de las revisiones efectuadas en los últimos 10 años al IMSS y la reprogramación para el cumplimiento de acciones de mejora del PTAR y PTCL, de las cuales se observó la recurrencia de observaciones en los procesos de recaudación, infracciones y sanciones, quejas médicas, adquisiciones y obra pública.

^{55/} Coordinar la formulación y someter a la consideración del Director General, para su presentación al Consejo Técnico del Instituto, de los proyectos de iniciativas de leyes o decretos, así como reglamentos, decretos y acuerdos correspondientes (...)

CÉDULA DE RESULTADOS FINALES

FECHA DE ELABORACIÓN: 02/12/2022

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

Finalmente, se comprobó que el RIMSS no guardó congruencia con las estructuras, actividades y atribuciones de las unidades que integraron al IMSS en 2021, ya que no consideró las últimas modificaciones a la estructura orgánica autorizada y funcional del Instituto que el H. Consejo Técnico aprobó.

Pre- Recomendación 20

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social elabore e implemente los lineamientos o políticas en materia de control interno y administración de riesgos en términos de las mejores prácticas nacionales e internacionales, en los que se definan los responsables, los insumos, los plazos, los entregables, la periodicidad, los riesgos, los tramos de control, los medios de comunicación y el seguimiento; así como la coordinación con las Direcciones Normativas, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Subdelegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, que permita contar con un Sistema de Control Interno Institucional y una administración de riesgos diseñados e implementados de forma articulada e integral, que otorguen certidumbre y un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos y las metas institucionales y, la salvaguarda de los recursos. Lo anterior, permitirá eliminar controles ineficientes, controlar la materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones por las instancias revisoras, en cumplimiento de lo establecido en el Capítulo I "Estructura del Modelo", numeral 9, Norma Tercera. "Actividades de Control", Principio 12, Elementos de control 12.01 y 12.02 del Acuerdo de Control Interno y al numeral 7.1, función 4, del Manual de Operación de la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS.

Pre- Recomendación 21

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social instale el Comité de Control y Desempeño Institucional a efecto de contar con un órgano colegiado al interior del Instituto especializado en la materia de control interno que promueva acciones que contribuyan a la implementación de un Sistema de Control Interno Institucional y a una administración de riesgos integral mediante el Programa de Administración de Riesgos; a la aplicación, seguimiento y supervisión de las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno; así como a la aplicación de medidas preventivas que atiendan la causa raíz de las desviaciones de control interno para evitar la materialización de riesgos, la recurrencia de observaciones emitidas por los órganos revisores (internos y externos) y posibles daños patrimoniales, que agreguen valor a la gestión institucional y contribuyan a la atención y solución de los temas relevantes y al cumplimiento de las metas y los objetivos. Lo anterior en términos de lo establecido en el Título Cuarto, Capítulo I, numeral 32, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Pre- Recomendación 22

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto del H. Consejo Técnico, elabore el proyecto de reforma del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social que considere la armonización, congruencia y consistencia con los instrumentos normativos vigentes que regulan la estructura, actividades y atribuciones de las unidades que integran al Instituto, y lo proponga a la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal para su revisión y validación, a efecto de que se publique. De llevarse a cabo las modificaciones normativas se contará con un marco de actuación preciso y funcional para el Instituto Mexicano del Seguro Social; en cumplimiento de lo previsto en los numerales 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7, de la "Norma para elaborar, actualizar, autorizar, aprobar y registrar, los manuales de organización, los manuales de funcionamiento específico y los manuales de integración y funcionamiento de comités o comisiones del IMSS" y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, principio 3, elementos de control 3.01, 3.02, 3.03 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

ELABORÓ:

REVISÓ:

AUTORIZÓ:

L.C. LIZBETH VIGIL CRUZ MANJARREZ
JEFA DE DEPARTAMENTOL.C. MARIBEL MERCEDES CORTES CRUZ
DIRECTORA DE ÁREALIC. JOSÉ DE J. SOSA LÓPEZ
DIRECTOR GENERALC.P. MARCELA FABIOLA GÓMEZ GIL
JEFA DE DEPARTAMENTOL.C. ÁLVARO BALLESTEROS VILLA
SUBDIRECTOR DE ÁREA

NÚMERO DE AUDITORÍA: 160

TÍTULO: Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTIDAD FISCALIZADA: Instituto Mexicano del Seguro Social

UAA: Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno

L.C. ALLAN JOSSET CAZARIN CHÁVEZ
JEFE DE DEPARTAMENTO

ACT. JOSÉ MANUEL GUTIERREZ CRUZ
COORDINADOR DE AUDITORES DE
FISCALIZACIÓN

LIC. MARICARMEN TREJO MALDONADO
COORDINADORA DE AUDITORES DE
FISCALIZACIÓN

LIC. LUCERO GARCÍA MENDOZA
AUDITORA DE FISCALIZACIÓN